



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง



ศุภมิตรา ตีระพงษ์ประเสริฐ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2564

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้อการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง



สุมิตรา ตีระพงศ์ประเสริฐ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
2564  
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

FACTORS RELATED TO SPIRITUAL NEEDS IN PALLIATIVE CANCER PATIENTS



SUMITTRA TIRAPONGPRASERT

A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF  
THE REQUIREMENTS FOR MASTER OF NURSING SCIENCE

IN ADULT AND GERONTOLOGICAL NURSING

FACULTY OF NURSING

BURAPHA UNIVERSITY

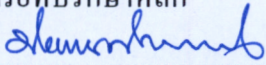
2021

COPYRIGHT OF BURAPHA UNIVERSITY

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้พิจารณา  
วิทยานิพนธ์ของ สุมิตรา ศิริพงษ์ประเสริฐ ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ของ  
มหาวิทยาลัยบูรพาได้

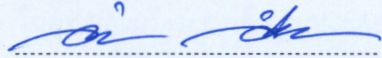
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก



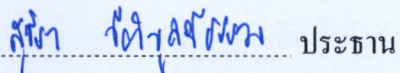
(รองศาสตราจารย์ ดร.นิภาวรรณ สามารถกิจ)

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา วิเสโส)

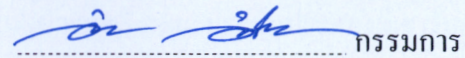
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

 ประธาน

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุจิรา ชัยวิบูลย์ธรรม)

 กรรมการ

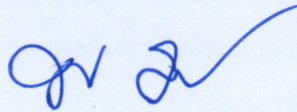
(รองศาสตราจารย์ ดร.นิภาวรรณ สามารถกิจ)

 กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา วิเสโส)

 กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชุตินา ฉันทมิตร โอภาส)

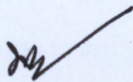


คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์)

วันที่ ๑ เดือน เม.ย. พ.ศ. ๖๕

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของ  
การศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ของ  
มหาวิทยาลัยบูรพา



คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

วันที่ 13 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2564

61910115: สาขาวิชา: การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ; พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)  
 คำสำคัญ: ความต้องการด้านจิตวิญญาณ/ ผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง  
 สุมิตรา ตีระพงศ์ประเสริฐ : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณใน  
 ผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง. (FACTORS RELATED TO SPIRITUAL NEEDS IN PALLIATIVE  
 CANCER PATIENTS) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: นิภาวรรณ สามารถกิจ, วิชา วิเสโส ปี พ.ศ.  
 2564.

ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง เป็นสิ่งสำคัญที่  
 พยาบาลควรประเมิน และตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความผาสุกทางจิต  
 วิญญาณการศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ความรุนแรงของ  
 การเจ็บป่วย การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการสนับสนุนทางสังคม กับความต้องการด้านจิตวิญญาณ  
 ในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองที่เข้ารับการรักษา  
 ที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ที่มีค่าคะแนน Palliative Performance Scale 30-60%  
 จำนวน 84 ราย สุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มตัวอย่างโดยกำหนดช่วงเวลา เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน  
 พฤศจิกายน ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2563 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วน  
 บุคคล แบบสอบถามความต้องการด้านจิตวิญญาณ แบบสอบถามการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา  
 แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ และแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของ  
 การเจ็บป่วย ที่มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .82, .85, .83 และ .85 ตามลำดับ วิเคราะห์  
 ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง ( $M = 2.67$ ,  
 $SD = 0.12$ ) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยและการปฏิบัติ  
 กิจกรรมทางศาสนา และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการด้านจิต  
 วิญญาณอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .40, p < .001$ ;  $r = .36, p < .01$ ,  $r = .25, p < .05$  ตามลำดับ)

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองมีความต้องการด้านจิตวิญญาณ  
 ดังนั้นพยาบาลควรจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ โดยการ  
 ประเมินความรุนแรงของการเจ็บป่วย ส่งเสริมการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ให้การสนับสนุนทางสังคม  
 เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณและมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะสุดท้าย

61910115: MAJOR: ADULT AND GERONTOLOGICAL NURSING; M.N.S. (ADULT AND GERONTOLOGICAL NURSING)

KEYWORDS: SPIRITUAL NEEDS/ PALLIATIVE CANCER PATIENTS

SUMITTRA TIRAPONGPRASERT : FACTORS RELATED TO SPIRITUAL NEEDS IN PALLIATIVE CANCER PATIENTS. ADVISORY COMMITTEE: NIPHAWAN SAMARTKIT, Ph.D., WIPA WISESO, Ph.D. 2021.

Spiritual needs of palliative cancer patients is important for nurse to assess and respond for those patients to meet their spiritual well-being. The purposes of this descriptive correlational research design aimed to analyze the relationship between perceived severity of illness, religious practice and social support with spiritual needs in palliative cancer patients. Eighty-four palliative cancer patients, who have a palliative performance scale 30-60%, admitted to of Maharat Nakhon Ratchasima Hospital were recruited into this study by the method of setting the time period. Data were collected during November and December, 2020 using The Demographic Questionnaire, The Spiritual Needs Questionnaire, The Religious Practice Questionnaire, The Multidimensional Scale of Perceived Social Support and The Perceived Severity of Illness Questionnaire. They demonstrated acceptable reliability with Cronbach's alphas at .82, .85, .83, and .85, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's product moment correlation coefficient.

The research results showed that palliative cancer patients had high level of spiritual needs ( $M = 2.67$ ,  $SD = 0.12$ ). There was significantly positive relationship between perceived severity of illness, religious practices and social support with spiritual needs ( $r = .40$ ,  $p < .001$ ;  $r = .36$ ,  $p < .01$ ,  $r = .25$ ,  $p < .05$  respectively).

This research result reveal that the palliative cancer patients had high level of spiritual needs. The findings suggest that nurses should develop nursing guideline for caring and response to spiritual needs of the palliative cancer patients by evaluation the level of severity of illness, supporting religious practices and social support to improve quality the patients' spiritual well-being and quality of life in the terminal stages.

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความกรุณาอย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.นิภาวรรณ สามารถกิจ อาจารย์ที่ปรึกษาหลักวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วย ศาสตราจารย์ ดร.วิภา วิเสโส อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุพิน ถนัดฉิมชัย ที่ได้ เสียสละเวลาให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทางแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ในทุกขั้นตอนการทำวิทยานิพนธ์ ด้วยความละเอียดถี่ถ้วน และเอาใจใส่อย่างยิ่ง ตลอดจนสนับสนุนและให้กำลังใจที่ดีเสมอมา ผู้วิจัย รู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างมาก จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ และขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่กรุณาให้ความรู้ และให้ ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขงานวิจัยให้มีความถูกต้องสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ให้แก่ผู้วิจัย พร้อมทั้งให้กำลังใจจน วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการ หัวหน้าการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย และบุคลากรใน หอผู้ป่วยเคมีบำบัด ชั้น 3 ศูนย์มะเร็ง ชั้น 4 ศัลยกรรม อายุรกรรม และศูนย์การดูแลแบบ ประคับประคอง โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ช่วยเหลือในการเก็บ รวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

กราบขอบพระคุณผู้บังคับบัญชา และเพื่อนร่วมงานในหอผู้ป่วยเคมีบำบัด ชั้น 3 โรงพยาบาล มหาราชนครราชสีมาทุกท่าน ที่เสียสละเวลาทำงานเพิ่มมากขึ้นในระหว่างที่ผู้วิจัยลาศึกษาต่อ และ ขอขอบคุณเพื่อนนิสิตปริญญาโทสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุและสาขาอื่น ๆ ที่ให้ความ ช่วยเหลือและเป็นกำลังใจมาโดยตลอด

ขอขอบพระคุณผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองทุกท่าน ที่กรุณาสละเวลา และให้ความ ร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้ด้วยความเต็มใจ

ท้ายที่สุดขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา และครอบครัวที่คอยให้การสนับสนุนในทุก เรื่อง ให้ความรัก ความหวังใจ และกำลังใจผู้วิจัยเสมอมา คุณประโยชน์อันใดอันเกิดจากวิทยานิพนธ์ ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูแก่แต่บุพการี บุรพจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและ ปัจจุบัน ที่ทำให้ผู้วิจัยมีการศึกษาและประสบความสำเร็จตราบนานทุกวันนี้

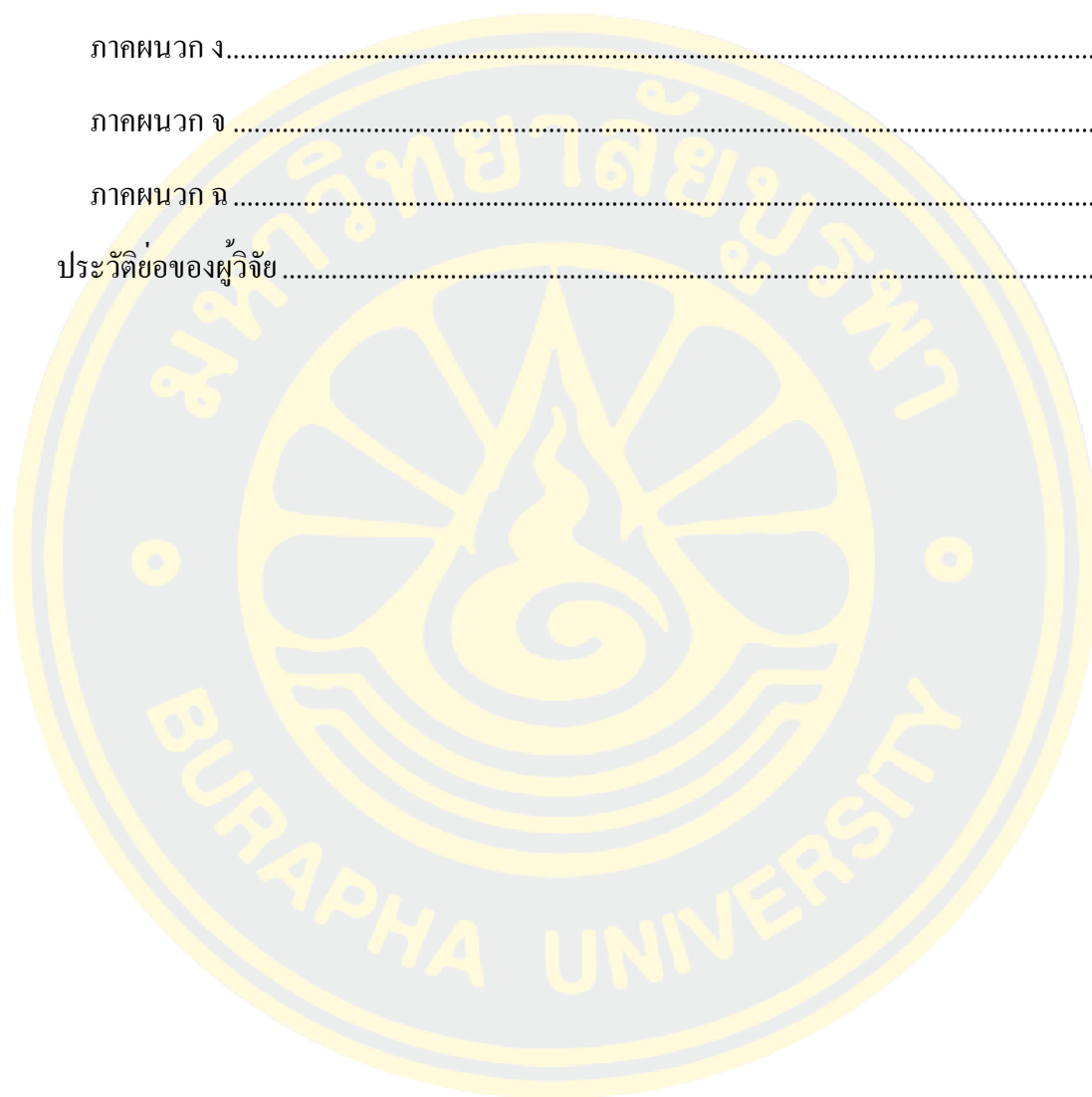
## สารบัญ

|   | หน้า |
|---|------|
| บทคัดย่อภาษาไทย .....   | ง    |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....  | จ    |
| กิตติกรรมประกาศ .....   | ฉ    |
| สารบัญ .....  | ช    |
| สารบัญตาราง .....   | ญ    |
| สารบัญภาพ .....   | ฎ    |
| บทที่ 1 บทนำ .....  | 1    |
| ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....  | 1    |
| วัตถุประสงค์การวิจัย .....  | 8    |
| สมมติฐานการวิจัย .....  | 8    |
| กรอบแนวคิดในการวิจัย .....  | 9    |
| ขอบเขตการวิจัย .....  | 10   |
| นิยามศัพท์เฉพาะ .....   | 10   |
| บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....  | 12   |
| โรคมะเร็ง .....   | 12   |
| มะเร็งระยะประคับประคอง .....  | 15   |
| แนวคิดเกี่ยวกับจิตวิญญาณและความต้องการด้านจิตวิญญาณ .....                                   | 21   |
| ทฤษฎีความผาสุกทางจิตวิญญาณในขณะที่เจ็บป่วย (Spiritual Well – Being in Illness)<br>.....     | 26   |
| ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะ<br>ประคับประคอง ..... | 28   |



|  |    |
|--|----|
| บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....  | 35 |
| ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....   | 35 |
| สถานที่ศึกษา.....  | 36 |
| เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....  | 37 |
| การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย.....   | 41 |
| การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....   | 42 |
| การเก็บรวบรวมข้อมูล.....   | 43 |
| การวิเคราะห์ข้อมูล.....  | 45 |
| บทที่ 4 ผลการวิจัย.....  | 47 |
| ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....  | 47 |
| ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง.....   | 47 |
| ส่วนที่ 2 ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง.....  | 52 |
| ส่วนที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และ<br>การสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง.....   | 54 |
| ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย<br>การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการสนับสนุนทางสังคม กับความ<br>ต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง..... | 54 |
| บทที่ 5 สรุปและอภิปรายผล.....  | 57 |
| ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....  | 57 |
| อภิปรายผลการวิจัย.....   | 58 |
| ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....  | 64 |
| ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....  | 64 |
| บรรณานุกรม.....  | 65 |
| ภาคผนวก.....   | 75 |

|                             |     |
|-----------------------------|-----|
| ภาคผนวก ก .....             | 76  |
| ภาคผนวก ข .....             | 79  |
| ภาคผนวก ค .....             | 86  |
| ภาคผนวก ง .....             | 92  |
| ภาคผนวก จ .....             | 102 |
| ภาคผนวก ฉ .....             | 104 |
| ประวัติย่อของผู้วิจัย ..... | 107 |



## สารบัญตาราง

หน้า

|   |     |
|---|-----|
| ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 84).....  | 47  |
| ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการเจ็บป่วยและการรักษา (n = 84).....  | 50  |
| ตารางที่ 3 พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ และระดับของคะแนนความต้องการด้านจิตวิญญาณจำแนกตามคะแนนโดยรวมและรายด้าน (n = 84).....  | 53  |
| ตารางที่ 4 พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง (n = 84).....  | 54  |
| ตารางที่ 5 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการสนับสนุนทางสังคม กับความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง (n = 84)..... | 55  |
| ตารางที่ 6 การทดสอบ Normality test ของทุกตัวแปรด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov.....  | 103 |
| ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง จำแนกตามรายขอ (n = 84).....   | 105 |

## สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....10



# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุข ซึ่งในปัจจุบันโรคมะเร็งเป็นหนึ่งในสาเหตุของการเจ็บป่วยที่สำคัญของโลก จากสถิติขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2018b) พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งรายใหม่เพิ่มขึ้น 18.1 ล้านรายต่อปี และมีแนวโน้มว่าในปีพ.ศ.2583 หรืออีก 22 ปีข้างหน้าจะมีผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่เพิ่มขึ้นเป็น 29.30 ล้านรายต่อปี เช่นเดียวกับประเทศไทย ที่มีแนวโน้มของผู้ป่วยโรคมะเร็งเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน โดย ในปี พ.ศ. 2559 มีจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็ง 113,637 ราย และเพิ่มขึ้นเป็น 170,495 ราย ในปี พ.ศ. 2561 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) จากการที่มะเร็งเป็นโรคที่จะไม่มีอาการในระยะแรก ๆ ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าตนเองเป็นมะเร็ง ถึงแม้ว่าเทคโนโลยีการตรวจวินิจฉัยมะเร็งจะก้าวหน้าอย่างมาก แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่เมื่อไม่ทราบอาการจึงไม่ได้มาตรวจรักษา เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยที่มารับการรักษา มักเป็นมะเร็งระยะที่ 3 หรือ 4 ที่มีการแพร่กระจาย ลุกลามไปอวัยวะอื่น ๆ จนเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย สอดคล้องกับข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาราช พบว่าจากข้อมูลย้อนหลัง 3 ปีที่ผ่านมา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560-2562 มีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เข้ามารับการรักษามากถึง 1,265, 1,406 และ 1,464 ราย ตามลำดับ ซึ่งมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ (ศูนย์ดูแลประคับประคอง โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา, 2562) จากแนวโน้มของผู้ป่วยมะเร็งที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้ทุกโรงพยาบาลมีระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ด้วยการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมาน และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ (สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

ระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นการให้การดูแลแบบประคับประคอง เพื่อการตอบสนองความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (ซอทิพย์ พรหมมาร์ตัน, 2561) โดยเฉพาะการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาวะด้านจิตวิญญาณที่ดีเป็นพลังในการขับเคลื่อนการดำเนินชีวิตของบุคคล ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคามต่อชีวิตได้ (วิสัย คะตา, พัทธนี สมกำลัง, ยุทธชัย ไชยสิทธิ์ และวิภาวรรณ สีหาคม, 2561) ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมาน

ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม รวมถึงจิตวิญญาณ (วิภาวี เกตุวัง, 2562) โดยเฉพาะอาการรบกวนที่ก่อให้เกิดที่พบบ่อย ได้แก่ ความทุกข์ทรมานจากอาการปวดรอยละ 88.2 เบื่ออาหารรอยละ 89.4 (Ozalp, Uysal, Oguz, Kocak, Karaca, & Kadiogullari, 2017) อาการอ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง รอยละ 68.46 (รัตติยา ไชยชมพู, อาภาพร นามวงศ์พรหม, น้าออย ภักดีวงศ์, เบญจมาศ ปรีชาคุณ และ จิตินันท์ อ้วนล่า, 2562) ท้องผูก รอยละ 65.63 อาการนอนไม่หลับ รอยละ 63.54 (เบญจมาศ ปรีชาคุณ และคณะ, 2562) จากความทุกข์ทรมานทางร่างกายดังที่กล่าวมานั้น ทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ (นภา ทวีรทรงกุล, สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม และบัวหลวง สำแดงฤทธิ์, 2558) ส่งผลกระทบต่อบทบาททางสังคม ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ เนื่องจากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นน้อยลง (ฐิติวัฒน์ ชัดดี, 2559) และจากการที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าจะต้องเผชิญกับความตายที่ใกล้เข้ามา ถือเป็นสถานการณ์ที่ตึงเครียดส่งผลให้เกิดความทุกข์ทางด้านจิตใจตามมาด้วย ผู้ป่วยมักจะว่าวน วิดกกังวล เครียด หวาดกลัว เบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง (กิตติกร นิลมานันต์, 2555)

จากความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ที่ผู้ป่วยมีถึงระยะสุดท้ายต้องเผชิญอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้นั้น ส่งผลกระทบต่อมิติทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยด้วย (ชุนกร แก้วมณี, พิภูล นันทชัยพันธ์ และสุภารัตน์ สิทธิสมบัติ, 2557) ผู้ป่วยมักแสดงความทุกข์ทางจิตวิญญาณออกมาในลักษณะของการขาดความหวัง ขาดความรัก ขาดความศรัทธา เบื่อหน่าย ท้อแท้ หดห่อกำลังใจ ความเข้มแข็งภายในจิตใจลดลง ไม่กล้าเผชิญปัญหา ไม่มีเป้าหมายในชีวิต รู้สึกว่าอนาคตไม่แน่นอนอน (Thapanakulsuk, Sirapo-ngam, Ferrans, Orathai, & Junda, 2020; กิตติกร นิลมานันต์, 2555; เอมอร ภูพันธ์, สมบัติ สกมลพรรณ และเพชรสุนีย์ ทั้งเจริญกุล, 2561) หากบุคคลมีสุขภาวะทางจิตวิญญาณไม่ดี จะส่งผลกับความสมดุลในทุกมิติซึ่งส่งผลต่อสุขภาพ บุคคลจะไม่สามารถดำเนินชีวิต ไม่สามารถเผชิญกับสถานการณ์และภาวะกดดันของชีวิตได้ (วิสัย คตะตา และคณะ, 2561) และผู้ป่วยจะไม่พบกับความสุขทางจิตวิญญาณที่แท้จริง (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2557)

มิติจิตวิญญาณนั้นเป็นมิติที่มีพลังมากที่สุดในทุกมิติ ทำหน้าที่เชื่อมประสานการทำหน้าที่ของมิติด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เข้าด้วยกัน ทำให้เกิดความสมดุล (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2557) โดยจิตวิญญาณช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับชีวิตและความเจ็บป่วย เพิ่มความมั่นคงทางอารมณ์ ความพึงพอใจและความแข็งแกร่งในชีวิต ช่วยในการค้นหาความหมายและเป้าหมายของการมีชีวิตอยู่ ลดความวิตกกังวล ความเครียด (Thapanakulsuk et al., 2020) สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความหวัง เสริมสร้างความเชื่อ ความศรัทธาเมื่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต (ยุทธชัย ไชยสิทธิ์ และประเสริฐ ไพบุลย์รุ่งโรจน์, 2563) ซึ่งในภาวะปกติบุคคลจะเกิดความทุกข์ทางจิตวิญญาณน้อย บุคคลจึงแสดงออกถึงความต้องการทางด้านจิตวิญญาณน้อย แต่เมื่ออยู่ในภาวะเจ็บป่วยโดยเฉพาะ

การเจ็บป่วยด้วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นภาวะที่วิกฤตและคุกคามต่อชีวิตอยู่ในภาวะใกล้สู่ความตาย ทำให้ส่งผลต่อสุขภาพทางจิตวิญญาณ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจึงแสวงหาแนวทางในการช่วยดูแลด้านจิตวิญญาณของตนเอง โดยแสดงออกถึงความต้องการด้านจิตวิญญาณ (Mesquita, Chaves, & Barros, 2017; ชนุกร แก้วมณี และคณะ, 2557)

จากการศึกษาของ Forouzi, Tirgari, Safarizadeh, and Jahani (2017) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการด้านทางจิตวิญญาณและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกระยะ จำนวน 150 คน พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งมีความต้องการด้านจิตวิญญาณร้อยละ 64.32 สำหรับการศึกษาในประเทศไทยซึ่งการศึกษาความต้องการด้านจิตวิญญาณในคนไทยที่มีความเชื่อ ค่านิยม สังคมและวัฒนธรรมแตกต่างจากประเทศตะวันตก พบการศึกษาของ ชนุกร แก้วมณี และคณะ (2557) ที่ศึกษาความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ที่เป็นมะเร็งท่อน้ำดี จำนวน 267 ราย พบว่าผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีมีความต้องการด้านจิตวิญญาณร้อยละ 100 โดยมีความต้องการด้านจิตวิญญาณโดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 55.80 รองลงมาคือ ร้อยละ 44.20 มีความต้องการด้านจิตวิญญาณในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ เอมอร์ ภูพันธ์ และคณะ (2561) ที่ศึกษาความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 361 ราย พบว่าผู้ป่วยมีความต้องการด้านจิตวิญญาณอยู่ร้อยละ 100 โดยมีความต้องการด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูงร้อยละ 21.33 ระดับปานกลางร้อยละ 75.62 และระดับต่ำ ร้อยละ 3.05 โดยลักษณะความต้องการด้านจิตวิญญาณ เป็นความต้องการค้นหาความหมายและเป้าหมายในชีวิต การมีคุณค่าและความภาคภูมิใจในชีวิต ต้องการมีความสัมพันธ์กับผู้อื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งนอกเหนือตน หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนเองเคารพนับถือ การปฏิบัติกิจกรรมพิธีกรรมต่าง ๆ ตามความเชื่อของตนเอง ในลักษณะการให้ความรัก ความศรัทธา ให้อภัย และต้องการมีความหวังในการดำรงชีวิตอยู่ (Mesquita et al., 2017; ชนุกร แก้วมณี และคณะ, 2557) เพื่อให้ตนเองพบกับความสุข และความผาสุกทางจิตวิญญาณ ที่จะนำพาไปสู่จิตที่สงบ หลุดพ้น สามารถเผชิญปัญหาและค้นหาความหมายในชีวิตเป้าหมายใหม่ในชีวิตในระยะสุดท้ายของชีวิต (กิตติกร นิลมานัต, 2555)

ในบทบาทของพยาบาลการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เป้าหมายสำคัญของการดูแล คือ ให้ผู้ป่วยพบกับความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ ให้ชีวิตอย่างมีคุณค่ามีความหมาย ได้ทำตามสิ่งที่ต้องการในช่วงสุดท้ายของชีวิต (ศศิวิมล ปานูราช, เขาวรัตน์ มัชฌิม และบรรลักษ์ณ์ ทองทวี, 2561) รวมถึงให้ผู้ป่วยเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ (ฉัตรกมล เจริญวิภาดา, 2560) ซึ่งการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในมิติทางจิตวิญญาณเป็นอีกหนึ่งการดูแลที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม (Caldeira, Timmins, Carvalho, & Vieira, 2017) ดังนั้นพยาบาลต้องยอมรับและตระหนักถึงความสำคัญในการประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณ และสามารถตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้อย่างเหมาะสม (Hatampour, Rassouli,

Yaghmaie, Zendedel, & Majd, 2015) ซึ่งจะช่วยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า มีพลังในการดำเนินชีวิต กล้าเผชิญกับความเจ็บป่วย ช่วยในการค้นหาเป้าหมายในชีวิต เสริมสร้างความหวัง ส่งเสริมให้เกิดพลังอำนาจในตนเอง เกิดความเชื่อในจิตวิญญาณจะส่งผลให้เกิดความสุขสบายใจในชีวิต เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ สามารถดำรงชีวิตอย่างปกติสุขได้ จนกระทั่งการจากไปอย่างสงบ (เอมอร์ กูพันธ์ และคณะ, 2561; รุ่งทิพย์ รัตน์โมตรีเกียรติ และนัยนา พิพัฒน์วิมลชญา, 2560) เป็นการตายด้วยใจสงบ ยอมรับความเป็นจริงของชีวิต ไม่มีสิ่งที่จะต้องกังวลหรือติดค้างอะไร ถือเป็น การตายดี (Good death) (วาตนิตา เสมประวัตติ และสาระ มุขดี, 2561) ซึ่งการตายในการรับรู้ของคนไทย ตามหลักศาสนาพุทธ ความตายนั้นเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต บุคคลจะมีการเวียนเกิดเวียนตายอยู่ตลอดเวลา (มาลีวัล เลิศสาครศิริ, กุหลาบ รัตน์สังขธรรม, พิสมัย เสรีขจรกิจเจริญ, วนัสรา เขาวนัณนิม และชัยนันท์ เหมือนเพชร, 2560) นอกจากนี้ยังมีความเชื่อเกี่ยวกับการเกิดใหม่ทำให้ชาวพุทธให้ความสำคัญกับสภาวะจิตใจในช่วงใกล้เสียชีวิต โดยเชื่อว่าการจากไปอย่างสงบ จะเกิดในภพภูมิใหม่ที่ดี (กิตติกร นิลมานัต, 2555)

แต่ในทางตรงกันข้ามหากผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ หรือตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณไม่เพียงพอ จะส่งผลให้เกิดความทุกข์ทางจิตใจ และจิตวิญญาณได้ (เอมอร์ กูพันธ์ และคณะ, 2561; Kim et al., 2016) อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการทางกายที่เพิ่มขึ้นด้วย ทำให้สุขภาพทางกายและจิตใจของผู้ป่วยแย่ลง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยแสดงความต้องการด้านจิตวิญญาณมากขึ้นเรื่อย ๆ และเกิดความทุกข์ทางจิตวิญญาณเพิ่มมากขึ้น (Rankin, 2018) ผู้ป่วยจะมีความกลัว หมดกำลังใจ สิ้นหวัง ไม่กล้าเผชิญปัญหา บางรายมีความปรารถนาที่จะเร่งรัดความตาย ทำให้ผู้ป่วยจากไปอย่างไม่สงบ ไม่พบกับการตายดี (กิตติกร นิลมานัต, 2555)

นอกจากนี้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีความทุกข์ทางจิตวิญญาณ จะส่งผลกระทบต่อจิตใจของสมาชิกในครอบครัว ทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความวิตกกังวล เครียด เกิดความทุกข์ เศร้า เสียใจ ที่เห็นบุคคลอันเป็นที่รักในครอบครัวทุกข์ทรมาน (วนิศา รัชวัตร, 2561) ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายให้มีความทุกข์ทรมานน้อยที่สุด โดยการตอบสนองความต้องการการดูแลแบบองค์รวมทั้ง กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณอย่างเหมาะสมอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งเสียชีวิตจึงเป็นการพยาบาลที่ควรให้ความสำคัญอีกมิติหนึ่งของการพยาบาลแบบองค์รวม

อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความต้องการด้านจิตวิญญาณของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน ตามบริบททางสังคมและวัฒนธรรม (Taylor, 2006; Astrow, Kwok, Sharma, Fromer, & Sulmasy, 2018) จิตวิญญาณของแต่ละบุคคลจะแสดงออกผ่านความเชื่อค่านิยม ขนบธรรมเนียม (Puchalski, Vitillo, Hull, & Rellre, 2014) ตามทฤษฎีความสุขทางจิตวิญญาณ ขณะเจ็บป่วย (Spiritual Well-Being in Illness) ของ O'Brien (2014) ที่กล่าวว่า เมื่อบุคคลเกิดการ



เจ็บป่วย จะสูญเสียความสามารถ หรือมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ ทั้งทางร่างกายและทางจิตสังคม ตลอดจนส่งผลกระทบต่อจิตวิญญาณ เกิดความไม่มั่นใจในความเชื่อ ความศรัทธา สิ่งที่คุณค่าและความหมายในชีวิตบุคคลจึงมีความต้องการด้านจิตวิญญาณเพื่อการค้นหาความหมายและเป้าหมายในชีวิต เพื่อนำไปสู่ความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยมีปัจจัยที่ส่งผลต่อการค้นหาความหมายของจิตวิญญาณ ดังนี้ 1) ความศรัทธาส่วนบุคคล ตามความเชื่อ 2) ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ 3) การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา 4) ความรุนแรงของการเจ็บป่วย 5) ความเครียดในชีวิต และ 6) การสนับสนุนทางสังคม จากครอบครัว เพื่อน และผู้ดูแล จากการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่า มีปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ ศาสนา (Taylor, 2006) ระยะเวลาของการเจ็บป่วย (Taylor, 2006; ทิวาริณณ์ วัฒนาวัตตุ, 2551) ความถี่ในการรักษา (Ghahramanian, Davoodi, Khorrami Markani, & Bahrami, 2016) สัมพันธภาพในครอบครัว (Highfield, 1992; Astrow et al., 2018; ทิวาริณณ์ วัฒนาวัตตุ, 2551) การสนับสนุนทางสังคม (วิไลลักษณ์ ตันตริตระกูล, 2552) และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย (ทิวาริณณ์ วัฒนาวัตตุ, 2551; วิไลลักษณ์ ตันตริตระกูล, 2552) ภายใต้กรอบทฤษฎีความผาสุกทางจิตวิญญาณขณะเจ็บป่วย ผู้วิจัยจึงศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การสนับสนุนทางสังคม กับความต้องการด้านจิตวิญญาณ เพื่อที่จะเป็นแนวทางการออกแบบการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้อย่างเหมาะสม

การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย เป็นความรู้สึกลึกและความเข้าใจของผู้ป่วยต่อความเลวร้ายของสถานการณ์ที่เกิดจากการเจ็บป่วย ซึ่งก่อให้เกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิต (พรพรหม รุจิไพโรจน์, 2550) การเจ็บป่วยด้วยมะเร็งจะมีลักษณะการเจ็บป่วย โดยจะมีอาการเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ตามระยะของโรค รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายอย่างมากจนถึงระยะสุดท้ายจนกระทั่งเสียชีวิต จึงส่งผลให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วยมาก (วาตนิตา เสมประวัตติ และ สาระ มุขดี, 2561) ร่วมกับผู้ป่วยมะเร็งรับรู้ว่าการเจ็บป่วยด้วยมะเร็งระยะสุดท้ายนั้นไม่สามารถรักษาให้หายได้ (Skalla, & Ferrell, 2015) โดยการแสดงความสิ้นหวัง ขาดความรัก ไม่มีเป้าหมายในชีวิต (Metropolitan Jewish Health System Institute for Innovation in Palliative Care, 2016) ส่งผลให้ผู้ป่วยแสดงความต้องการด้านจิตวิญญาณ ดังการศึกษาของ ทิวาริณณ์ วัฒนาวัตตุ (2551) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยระยะสุดท้ายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการด้านจิตวิญญาณ ( $r = .63, p < .05$ ) และการศึกษาของ วิไลลักษณ์ ตันตริตระกูล (2552) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 110 คน พบว่า

การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ  
( $r = -.49, p < .05$ )

การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ซึ่งเป็นการกระทำกิจกรรมตามความเชื่อ ความศรัทธาในศาสนาที่ตนเองนับถือ (พระภิกษุณัฏฐิตเสฏฐโฐ, พระครูโกศลธรรตกิจ พระมหาอภิรักษ์ นนทภาณี, พระณัฐพงษ์ สิริสุวณโณ และอุทัย เอกสะพัง, 2559) ซึ่งจากการศึกษาระยะที่มีผลต่อความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยศาสนาพุทธ ผู้ป่วยมีความเชื่อว่าศาสนาเป็นสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจให้มีความสุข เป็นที่พึ่งทางใจ เป็นหนทางในการต่อสู้กับปัญหาชีวิต ขจัดความทุกข์ และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนายังช่วยให้จิตใจสงบ รู้สึกผ่อนคลายมีความสุข มีความเข้มแข็งทางจิตวิญญาณ และสามารถบรรเทาความทุกข์ได้ เป็นแนวทางในการดำรงชีวิต และก่อให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ (พัชรีย์ พรหมสิงห์, ภาวนา กิริติยุตวงศ์ และวัลภา คุณทรงเกียรติ, 2559; แสงเดือน พรหมแก้วงาม และอรัญญา นามวงศ์, 2560) และการศึกษาของ Taylor (2006) ที่พบว่า ความต้องการทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์กับความถี่ของการเข้าร่วมพิธีกรรมทางศาสนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .50, p < .001$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิวาริณณ์ วัฒนาวิตุ (2551) ที่พบว่า การเข้าร่วมพิธีกรรมทางศาสนามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการด้านจิตวิญญาณ ( $r = .38, p < .05$ ) ที่ศึกษาในภาคกลางส่วนใหญ่ และการศึกษาของวิไลลักษณ์ ดันติตระกูล (2552) พบว่า การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ( $r = .18, p < .05$ )

การสนับสนุนทางสังคม เป็นการช่วยเหลือเกื้อกูล จากบุคคลภายในครอบครัว เพื่อน และผู้ดูแล ในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านวัตถุประสงค์ของ (Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1981) การเจ็บป่วยด้วยมะเร็งระยะสุดท้ายนั้นทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณอย่างมาก การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยจะสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเองและต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นในการดำรงชีวิต ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นภาระกับผู้อื่น (กิตติกร นิลมานัต, 2555) ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งการที่ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายรับรู้ว่าจะได้รับการสนับสนุนทางสังคม ไม่ว่าจะได้รับจากบุคคลภายในครอบครัว เพื่อน บุคลากรทางการแพทย์ จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงการได้รับความรัก ความห่วงใย มีกำลังใจ มีความหวัง มีคุณค่า (เบญจมาศ ตระกูลงามเด่น และสุภวรรณ วงศ์ธีรทรัพย์, 2559) มีความมั่นคงในชีวิต ชีวิตมีความหมาย มีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต และพร้อมเผชิญกับความตายที่ใกล้เข้ามา (มะลิวรรณ กระโพธิ์, 2561) ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถค้นหาความหมายทางจิตวิญญาณ ค้นหาความต้องการด้านจิตวิญญาณขณะเจ็บป่วย (O'Brien, 2014) สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพของ Hatamipour et al. (2015) ที่พบว่า

การสนับสนุนทางสังคมทั้งจากครอบครัวและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งแสดงออกในรูปแบบของความรักและการติดต่อกับผู้อื่นมีผลต่อความต้องการทางจิตวิญญาณและการศึกษาของ วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล (2552) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ( $r = .49, p < .05$ ) แรงสนับสนุนทางสังคมที่มากจะช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาความต้องการด้านจิตวิญญาณที่มากขึ้น เพื่อที่จะทำให้ตนเองพบกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ

อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าการดูแลด้านจิตวิญญาณจะมีความสำคัญต่อสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง แต่ในทางปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะประคับประคองพยาบาลยังขาดทักษะในการประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณ ขาดแนวทางในการดูแลตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณที่ชัดเจน ทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยได้ครอบคลุมทุกด้าน (Rushton, 2014; O'Brien, Kinloch, Groves, & Jack, 2019; พัชรีย์ พรหมสิงห์ และคณะ, 2560) และเนื่องจากจิตวิญญาณมีความละเอียดอ่อนยากต่อการทำความเข้าใจและให้การดูแล (ยุทธชัย ไชยสิทธิ์ และประเสริฐ ไพบุลย์รุ่งโรจน์, 2563) ซึ่งในบริบทการดูแลผู้ป่วยมะเร็งของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชสีมานั้น มีผู้ป่วยมาใช้บริการจำนวนมาก ทำให้พยาบาลมีภาระงานเพิ่มมากขึ้นทำให้พยาบาลไม่มีเวลาในการประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณ ในการประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองนั้นเป็นประเด็นที่ละเอียดอ่อนจึงใช้เวลาในการประเมินและค้นหาความต้องการด้านจิตวิญญาณมากกว่าการประเมินด้านอื่น ๆ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณยังไม่เพียงพอตามความต้องการของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ กัทราพร กัทรวดี, บัวหลวง ลำแดงฤทธิ์ และวรรณภา ประไพพานิช (2558) พบว่าภาระงานของพยาบาลมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ( $r = -.306, p < .05$ ) ภาระงานที่มากขึ้นการตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจะลดน้อยลง ดังนั้นการศึกษาความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองจึงมีความสำคัญเพื่อที่จะช่วยเป็นแนวทางให้พยาบาลเข้าใจความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง และให้การพยาบาลตอบสนองต่อความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

นอกจากนี้การศึกษาเกี่ยวกับความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองในประเทศไทยส่วนมากเป็นการศึกษาเชิงสำรวจเกี่ยวกับความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง และการศึกษาส่วนใหญ่ศึกษาในภาคอื่น ๆ เช่น ในภาคเหนือ เอมอร ภูพันธ์ และคณะ (2561) ศึกษาปัญหาสุขภาพจิตและความต้องการด้าน

จิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคมะเร็ง โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ในภาคใต้ อนงค์ ภิบาล และอุไร หัดกิจ (2557) ศึกษาการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยไทยมุสลิมระยะสุดท้าย ภาคกลาง ทวีวาริณณ์ วัฒนาวิฑู (2551) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ส่วนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบการศึกษาของ ชนุกร และคณะ (2557) ที่ศึกษาความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ที่เป็น การศึกษาเชิงสำรวจและเฉพาะโรคเท่านั้น และยังไม่พบการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณในประชากรภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งประชาชนในภาคนี้จะมี วัฒนธรรม ความเชื่อ ความศรัทธา เกี่ยวกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ สิ่งนอกเหนือธรรมชาติ โดยแสดงออกผ่าน พิธีกรรมต่าง ๆ เช่น การสวดวิญญู การดูหมอ พิธีทำบุญเลี้ยงพระ พิธีการต่อชะตา พิธีการต่อชะตา พิธีบูชาเทวดา พิธีขอขมา เป็นต้น

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การสนับสนุนทางสังคม กับความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง ณ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เพื่อนำองค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัยมาเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาล และปฏิบัติการพยาบาล ในการตอบสนองต่อความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะประคับประคอง ให้เหมาะสมกับบริบทสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า มีพลังในการดำเนินชีวิต กล้าเผชิญกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ตลอดจนเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิตได้อย่างผาสุก

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การปฏิบัติ

กิจกรรมทางศาสนา และการสนับสนุนทางสังคม กับความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง

### สมมติฐานการวิจัย

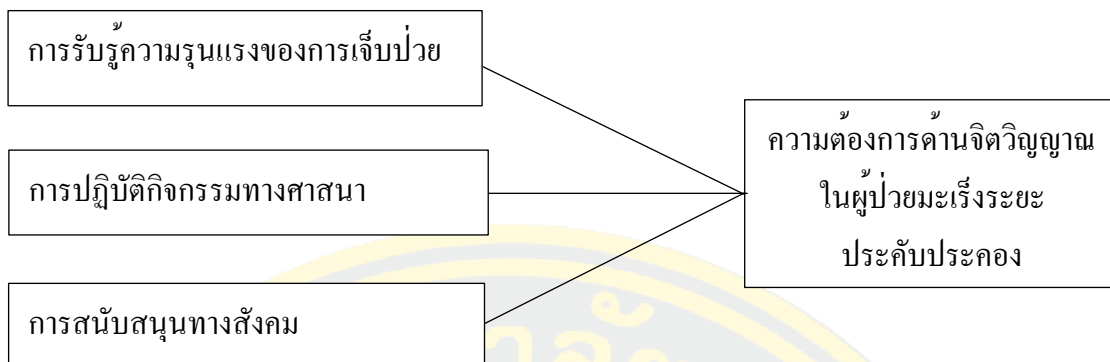
การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบทฤษฎีความผาสุกด้านจิตวิญญาณในขณะเจ็บป่วย (Spiritual Well – Being in Illness) ของ O' Brien (2014) มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง ซึ่งเป็นทฤษฎีระดับกลาง พัฒนามาจากแนวคิดการดูแลแบบองค์รวม โดยทฤษฎีอธิบายว่า ก่อนที่บุคคลจะเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ บุคคลต้องการค้นหาความหมายทางจิตวิญญาณ และสะท้อนเป็นความต้องการด้านจิตวิญญาณ โดยพยาบาลมีหน้าที่ช่วยผู้ป่วยค้นหาความหมายของจิตวิญญาณจากประสบการณ์ความเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมาน จากสภาวะโรค เพื่อนำไปสู่ความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยประกอบไปด้วยปัจจัยหลักคือ 1) ความเชื่อความศรัทธาทางศาสนาส่วนบุคคล ตามความเชื่อ 2) ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ 3) การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา 4) ความรุนแรงของการเจ็บป่วย 5) การเผชิญกับเหตุการณ์กดดันในชีวิตและ 6) การสนับสนุนทางสังคม จากครอบครัว เพื่อน และผู้ดูแล

จากทฤษฎีดังกล่าว และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง ผู้วิจัย พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยซึ่งเป็นปัจจัยด้านระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองจะมีอาการแสดงของโรครุนแรง ความสามารถในการทำงานลดลง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เป็นปกติ (พิมพ์พินิต ภาสรี และคณะ, 2558) ผู้ป่วยจึงรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยครั้งนี้รุนแรงและส่งผลกระทบต่อผู้ผู้ป่วยเกิดความต้องการด้านจิตวิญญาณสูง เพื่อให้ตนเองเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการค้นหาความหมายทางจิตวิญญาณ ที่สะท้อนถึงความต้องการทางจิตวิญญาณ (O' Brien, 2014) เมื่อผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาผู้ป่วยจะเกิดความสงบสุขทางจิตใจ และยอมรับสภาพการเจ็บป่วยมีความสุข มีความเข้มแข็งทางจิตวิญญาณ ก่อให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ (วาสิณี วิเศษฤทธิ์, รั้งสิมันต์ สุนทรไชยา และพิไลพร สุขเจริญ, 2562) การสนับสนุนทางสังคม ทั้งจากครอบครัว เพื่อน และผู้ดูแล เป็นปัจจัยที่ช่วยในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายสามารถค้นหาความหมายทางจิตวิญญาณ ค้นหาความต้องการทางจิตวิญญาณจากประสบการณ์การเจ็บป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ มีความหวัง ในการดำเนินชีวิต (O' Brien, 2014) ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต ลดความทุกข์ทางจิตใจ และจิตวิญญาณ (บัวหลวง สำแดงฤทธิ์ และมณฑา ลิ้มทองกุล, 2557)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการสนับสนุนทางสังคม กับความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง โดยแสดงเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง และความสัมพันธ์ของการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการสนับสนุนทางสังคมกับความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง ประชากรและกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ 3 และ 4 ที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563

### นิยามศัพท์เฉพาะ

**ผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง** หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งในระยะที่ 3 หรือ 4 ที่มีค่าคะแนน Palliative Performance Scale (PPS) ระหว่าง 30-60% ที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

**ความต้องการด้านจิตวิญญาณ** หมายถึง เป็นความปรารถนา ความประสงค์ของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะประคับประคองที่จะค้นหาความหมายและเป้าหมายในชีวิต ความต้องการมีความสัมพันธ์กับผู้อื่น สิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนเองเคารพนับถือ โดยการแสดงออกถึงความรัก ความผูกพัน ความศรัทธา ใ่ว่างใจ ให้อภัยต่อตนเอง ผู้อื่น และสิ่งที่เคารพศรัทธา การปฏิบัติกิจกรรมพิธีกรรมต่าง ๆ ตามความเชื่อ และการมีความหวัง ที่จะทำให้ชีวิตดีขึ้น มีพลังในการดำเนินชีวิตต่อไป ประเมินโดยแบบสอบถามความต้องการด้านจิตวิญญาณของ สิดาร์ตัน สัมครสมาน (2550)

**การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย** หมายถึง ความรู้สึกและความเข้าใจของผู้ป่วย มะเร็งระยะประคับประคองต่อสถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่ ประเมิน โดยแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของ ธัญญา น้อยเปียง (2545)

**การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา** หมายถึง การทำกิจกรรมตามความเชื่อ ความศรัทธา ใน ศาสนาพุทธของผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง ประกอบด้วย การให้ทาน สวด ภาวนา ประเมิน โดยแบบสอบถามการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาของ วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล (2552)

**การสนับสนุนทางสังคม** หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองว่ามี บุคคลคอยช่วยเหลือและสามารถได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลอื่น เช่น บุคลากรทางสาธารณสุข ประเมิน โดยแบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ (Multi-dimensional Scale of Perceived Social Support [MSPSS]) ตามแนวคิดของ Zimet, Dahlem, Zimet, and Farley (1988) ฉบับที่ผ่านการแปลและแปลย้อนกลับเป็นภาษาไทยโดย Wongpakaran, Wongpakaran, and Ruktrakul (2011)

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การสนับสนุนทางสังคม กับความต้องการด้านจิตวิญญาณ ในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง ณ โรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมา ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของครอบคลุมในหัวข้อดังต่อไปนี้

1. โรคมะเร็ง
2. มะเร็งระยะประคับประคอง
3. แนวคิดเกี่ยวกับจิตวิญญาณและความต้องการด้านจิตวิญญาณ
4. ทฤษฎีความผาสุกด้านจิตวิญญาณในขณะที่เจ็บป่วย (Spiritual Well – Being in Illness)
5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง

#### โรคมะเร็ง

##### ความหมายโรคมะเร็ง

โรคมะเร็ง หมายถึง โรคที่เกิดจากการเจริญเติบโตที่ผิดปกติของเซลล์ในร่างกาย โดยเกิดการเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรมของเซลล์ เซลล์มีการแบ่งตัวและเจริญขึ้นอย่างควบคุมไม่ได้ และมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย ซึ่งการแพร่กระจายและลุกลามไปยังอวัยวะอื่น ๆ ได้ จึงเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต (National Cancer Institute [NCI], 2015; World Health Organization [WHO], 2018a)

##### อุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็ง

ในปัจจุบัน โรคมะเร็งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั่วโลก ซึ่งจากสถิติขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2018b) พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่จำนวน 18.1 ล้านรายต่อแสนประชากร และคาดการณ์ว่าอีก 22 ปีข้างหน้า ในปี พ.ศ. 2583 จะมีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งเพิ่มขึ้นเป็น 29.30 ล้านราย ส่วนในประเทศสหรัฐอเมริกา จากข้อมูลสถิติในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งในปี ค.ศ. 2019 พบว่ามีผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ 1,762,450 ราย (Siegel, Miller, & Jemal, 2019) จำนวนมากเช่นกัน สำหรับในประเทศไทยจากสถิติสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข (2561) พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งใน



ปี พ.ศ. 2559 จำนวน 113,637 ราย ส่วนในปี พ.ศ. 2561 มีจำนวนผู้ป่วยมะเร็ง 170,490 ราย ซึ่งเพิ่มขึ้นมาถึง 56,853 ราย ซึ่งจะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยมะเร็งนั้นเพิ่มขึ้นมาเป็นจำนวนมากในปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่เข้มารักษาในโรงพยาบาลนั้นเป็นผู้ป่วยที่มีการลุกลามของมะเร็งไปที่อวัยวะอื่น ๆ และเข้าสู่ระยะมะเร็งระยะประคับประคองจำนวนมาก ถึงแม้ว่าจะมีการพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์แล้ว ซึ่งเนื่องมาจากการที่ผู้ป่วยไม่ทราบอาการของโรคมะเร็งในระยะแรก และในระยะแรก ๆ ของการเป็นโรคมะเร็งอาการแสดงไม่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยเข้มาได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลเมื่อโรคดำเนินเข้าสู่ระยะสุดท้ายแล้ว (อินทิรา มหาวิรานนท์, สุริพร ชนศิลป์ และจรรยา นิยมหลวง, 2562) จากสถิติผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั่วโลก พบว่า มีจำนวน 40 ล้านคน ซึ่งมีผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องเข้รับการดูแลแบบประคับประคอง ถึงร้อยละ 34 จากจำนวนประเภทของโรคที่ต้องเข้รับการดูแลแบบประคับประคอง และพบเป็นอันดับ 2 รองจากโรคหัวใจและหลอดเลือด และนอกจากนี้จากการสำรวจผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่เข้รับการรักษาในสถาบันมะเร็งแห่งชาติในปี พ.ศ. 2561 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งที่เข้รับการรักษาเมื่อโรคอยู่ในระยะที่ 4 จำนวน 946 ราย รองลงมา ระยะที่ 3 จำนวน 586 ราย ซึ่งเป็นระยะที่มะเร็งแพร่กระจายเป็นระยะประคับประคองของโรคมะเร็ง จะเห็นได้ว่ามีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่เข้รับการรักษายู่ในระยะประคับประคองถึง 1,532 ราย (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข, 2562) และจากสถิติผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะประคับประคอง ที่เข้รับการดูแลแบบประคับประคองในศูนย์การดูแลแบบประคับประคองโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ในปี พ.ศ. 2560, 2561 และ 2562 มีจำนวน 1,293, 1,467 และ 1,634 รายตามลำดับ (ศูนย์ดูแลประคับประคองโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา, 2562) การดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้ายมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตมากขึ้น ซึ่งจากสถิติการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งทั่วโลกพบว่าการเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้นจากปี ค.ศ. 2017 ที่มีจำนวน 9.5 ล้าน เป็น 9.6 ล้านคนในปี ค.ศ. 2018 (Bray et al., 2018) สำหรับในประเทศไทยจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งมีการเพิ่มขึ้นทุกปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558-2561 มีจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง 73,938, 77,566, 78,540 และ 80,665 คน ตามลำดับ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2561)

### ระยะของโรคมะเร็ง

โรคมะเร็งมีหลายระยะซึ่งการแบ่งระยะของโรคมะเร็งเป็นการประเมินว่าโรคมะเร็งมีระดับความรุนแรงและการลุกลามมากน้อยเพียงใด การแบ่งระยะของโรคมะเร็งนั้นมีความสำคัญในการวินิจฉัยโรค พยากรณ์โรค และการวางแผนรักษาการดูแลแบบประคับประคอง

American Joint Committee of Cancer (2016) ได้แบ่งระยะของโรคมะเร็ง โดยการใช้ระบบ TNM โดยกำหนดจาก T (Primary tumor) คือ ลักษณะของก้อนมะเร็ง ขนาดของก้อนที่ตำแหน่งที่อยู่

ของก้อน N (Regional lymph nodes) คือ มะเร็งมีการแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณข้างเคียง  
M (Distant metastasis) คือ การที่มะเร็งมีการแพร่กระจายไปอวัยวะอื่น ซึ่งแบ่งได้ดังนี้

ขนาดของก้อน (T)

|       |   |
|-------|---|
| Tx    | ไม่สามารถประเมินก้อนได้                                   |
| T0    | ก้อนมะเร็งไม่ชัดเจน                                       |
| Tis   | ก้อนมะเร็งอยู่บริเวณชั้นของเซลล์ปกติไม่แทรกไปอวัยวะอื่น ๆ |
| T1-T4 | ก้อนมะเร็งมีขนาดต่าง ๆ กัน ตั้งแต่ขนาดเล็กไปขนาดใหญ่      |

การแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง (N)

|       |                                   |
|-------|-----------------------------------|
| Nx    | ไม่สามารถประเมินได้               |
| N0    | ไม่พบมะเร็งในต่อมน้ำเหลือง        |
| N1-N3 | มะเร็งมีการแพร่ไปยังต่อมน้ำเหลือง |

การแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น (M)

|    |                                |
|----|--------------------------------|
| Mx | ไม่สามารถประเมินได้            |
| M1 | พบการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น |

การแบ่งระยะเริ่มตั้งแต่การประเมินว่าก้อนมะเร็งอยู่ตำแหน่งใด มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองหรือไม่ มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นหรือไม่ สามารถสรุประยะจากการนำ TMN มาจัดอีกได้ระยะดังนี้

ระยะ 0 หมายถึง มะเร็งในระยะแรก ๆ เซลล์มะเร็งยังอยู่กับที่ ไม่มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง

ระยะ 1 หมายถึง ระยะที่ก้อนมะเร็งมีขนาดตั้งแต่ 3-5 เซนติเมตร ก้อนมะเร็งยังอยู่กับที่ ไม่มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง

ระยะ 2 หมายถึง ก้อนมะเร็งมีการกระจายไปบริเวณใกล้เคียง มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียง ๆ

ระยะ 3 หมายถึง ก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่ขึ้น มีการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง ระยะนี้เห็นก้อนมะเร็งชัดเจน

ระยะ 4 หมายถึง ก้อนมะเร็งมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ เช่น ช่องท้อง ตับ ลำไส้ ปอด สมอง ระยะนี้ไม่สามารถรักษาให้หายได้

## มะเร็งระยะประคับประคอง

### ความหมายของผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง

มะเร็งระยะประคับประคอง หรือระยะสุดท้าย สามารถให้ความหมายได้ดังนี้ ผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง หมายถึง ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีการดำเนินของโรค ลุกถาม ไม่สามารถตอบสนองการรักษา (Kim et al., 2016; American Cancer Society, 2018) จะมีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน มีระยะเวลาของการมีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 6 เดือน หรือน้อยกว่า 6 เดือน (Hui et al., 2014; ทศนีย์ ทองประทีป, 2552) ซึ่งการดูแลแบบประคับประคองเป็นแนวทางหลักในการดูแลผู้ป่วย (สุวคนธ์ กุรัตน, พัชรี ภาระโช และสุวิริยา สุวรรณโคตร, 2556) เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การที่จะทราบได้ว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งอยู่ในระยะประคับประคองนั้นมีแบบประเมินที่สามารถใช้ในการประเมินว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะประคับประคอง คือแบบประเมิน Palliative Performance Scale Version 2 (PPS v2) ซึ่งค่าของคะแนนต้องอยู่ในระดับ 60 หรือต่ำกว่า (จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน) ซึ่งแสดงว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งจะมีชีวิต (Survival) อยู่ได้ไม่เกิน 6 เดือน (Downing, Lesperance, Shaw, Kuziemky, & Lau, 2006)

ดังนั้นสรุปได้ว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามะเร็งที่มีการลุกลามไปอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ระยะเวลาของการมีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 6 เดือน ที่มีค่าคะแนนจากแบบประเมิน Palliative Performance Scale Version 2 (PPS v2)  $\leq 60\%$

ผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามะเร็งมีการลุกลามไปอวัยวะอื่น ๆ จนไม่สามารถรักษาให้หายได้ และได้รับการประเมิน Palliative Performance Scale Version 2 (PPS v2) ระหว่าง 30-60 % เพราะเป็นผู้ป่วยที่มีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 6 เดือน ที่เลือกช่วงคะแนน 30-60 % เนื่องจากเป็นผู้ป่วยระยะประคับประคองที่อาการของโรคไม่รุนแรงมาก สามารถให้ข้อมูล สื่อบรรยายได้

### ผลกระทบของมะเร็งระยะประคับประคอง

ผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองมักพบกับผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ดังนี้

1. ผลกระทบร่างกายของผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายของผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง โดยผู้ป่วยมะเร็งเมื่ออยู่ในระยะสุดท้ายหรือระยะประคับประคอง ผู้ป่วยจะแสดงอาการทางร่างกายรุนแรงมากขึ้น จนทำให้ผู้ป่วยได้รับความทรมาณทางร่างกายมาก (ฐิติวัฒน์ ชัดดี, 2559) โดยอาการที่พบในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองนี้ คือ

อาการเบื่ออาหารเนื่องจากระบบทางเดินอาหารทำงานลดลง (ฉัตรกมล เจริญวิภาดา, 2560) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ozalp et al. (2017) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการจำแนกกลุ่มอาการในโรคมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 170 คน พบว่า ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากการเบื่ออาหารร้อยละ 89.4 และการศึกษาของ เบญจมาศ ปรีชาคุณ และคณะ, 2562 ที่ศึกษาประสบการณ์อาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม จำนวน 96 ราย พบว่าผู้ป่วยมีอาการไม่อยากอาหาร/เบื่ออาหาร ร้อยละ 62.50 อาการอ่อนเพลีย ผู้ป่วยจะหมดเรี่ยวแรง ร่างกายอ่อนเพลีย (นภา ทวีรทรงกุล, สุชีรา ชัยวิมลธรรม และบัวหลวง สำแดงฤทธิ์, 2558) เช่นเดียวกับ การศึกษาของ เบญจมาศ ปรีชาคุณ และคณะ (2562) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งมีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง ร้อยละ 71.88 จากจำนวนผู้ป่วย 96 ราย สอดคล้องกับการศึกษาของ รัตติยา ไชยชมพู และคณะ (2562) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการกับความทุกข์ใจในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม จำนวน 428 คน พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามมีอาการอ่อนเพลียถึงร้อยละ 68.46

อาการหายใจลำบาก หายใจหอบ เป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองถึงร้อยละ 70 (บุษยามาส ชิวสกุล และลดารัตน์ สาภินันท์, 2556) และอาการที่พบบ่อยอีก คือ อาการเจ็บปวด ที่เกิดจากการที่ก้อนมะเร็งลุกลามไปยังอวัยวะอื่น ๆ กดเบียดอวัยวะ เส้นประสาท ส่งผลทำให้เกิดความเจ็บปวด (กิตติกร นิลมานันต์, 2555) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต้องทุกข์ทรมานมากที่สุด (นภา ทวีรทรงกุล และคณะ, 2558) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ozalp et al. (2017) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งมีอาการเจ็บปวดถึงร้อยละ 88.2 และการศึกษาของ นภา ทวีรทรงกุล และคณะ (2558) ที่ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์อาการของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 83 คน พบว่า ผู้ป่วยเกิดอาการปวดถึงร้อยละ 61.40

2. ผลกระทบทางด้านจิตใจ/อารมณ์ ผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกรายมีความทุกข์ทางใจตั้งแต่แรกรับรู้ว่าเป็นโรคมะเร็ง (ฐิติวัฒน์ ชัดดี, 2559) ยิ่งเมื่อผู้ป่วยโรคมะเร็งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งระยะสุดท้ายหรือระยะประคับประคอง ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะรับรู้ถึงความตายใกล้เข้ามา (วริทธิ์ดา จารุจินดา, 2561) พร้อมกับการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายอย่างรวดเร็ว (ฐิติวัฒน์ ชัดดี, 2559) นั้นเป็นสถานการณ์ที่สร้างความตึงเครียดและทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ ให้กับผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยมักมีอาการแปรปรวน จิตใจว้าวุ่น วิดกกังวล เครียด ซึมเศร้า หวาดกลัว กลัวถูกทอดทิ้ง กลัวการพลัดพรากจากบุคคลที่รัก (กิตติกร นิลมานันต์, 2555) ซึ่งจากการศึกษาของ Ozalp et al. (2017) เกี่ยวกับการจำแนกกลุ่มอาการในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีภาวะรู้สึกเศร้าถึงร้อยละ 87.6 รู้สึกกังวลร้อยละ 82.9 และมีภาวะกังวลถึงร้อยละ 81.2 ภาวะทางด้านจิตใจที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยนั้นเป็นผลจากอาการทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย โดยเฉพาะอาการปวดที่ยังควบคุมไม่ได้ การนอนไม่หลับ การนอนรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน (สุวคนธ์ กุรัตน และคณะ, 2556)

3. ผลกระทบทางด้านสังคม ผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง มีภาวะสุขภาพที่แยกลง ร่างกายอ่อนเพลียไม่มีแรง ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงการเป็นภาระของครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งแยกตัวออกจากสังคม (กิตติกร นิลมานัต, 2555) และจากพยาธิสภาพของโรคและการเจ็บป่วยที่ยาวนาน ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องหยุดพักการทำงาน หรือลาออกจากงานเพื่อมารักษาตัวในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสูญเสียรายได้ก่อให้เกิดปัญหาการเงินในครอบครัว (อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช, 2549) สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพของ จิตวิวัฒน์ ชัดดี (2559) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งไม่สามารถเข้าร่วมการทำกิจกรรมทางสังคมได้ เนื่องจากความเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมานจากอาการทางกายที่เกิดขึ้น

4. ผลกระทบทางด้านจิตวิญญาณ จากการที่ผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมนั้นส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทางจิตวิญญาณด้วย จากการศึกษาของ Delgado-Guay et al. (2016) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความเจ็บปวดทางจิตวิญญาณและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในละตินอเมริกาที่เป็นมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 325 คน พบว่า ความเจ็บปวดทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความเจ็บปวดที่แยกลง ( $p = 0.02$ ), ความเหนื่อยล้า ( $p = .0002$ ), ความหดหู่ ( $p < .0001$ ), ความวิตกกังวล ( $p < .0001$ ), ความทุกข์ทางการเงิน ( $p < .0001$ ), กังวล ( $p < .001$ ) จากการศึกษาจะเห็นได้ว่าอาการทางกาย ทางจิตใจ ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และจากการที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความตายที่ใกล้เข้ามา ต้องพลัดพรากจากบุคคลที่รัก ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าการขาดความรัก ไม่มีความหวัง การดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป อนาคตไม่แน่นอน เป้าหมายในชีวิตเปลี่ยนไปอาจไม่สามารถทำในสิ่งที่อยากทำได้บรรลุให้สำเร็จตามที่ตั้งใจ รู้สึกว่าชีวิตไม่มีคุณค่า ไม่มีความสุขจากความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นจึงทำให้ผู้ป่วยแสดงความต้องการด้านจิตวิญญาณออกมามาก (กิตติกร นิลมานัต, 2555) ในการค้นหาความหมายและเป้าหมายในชีวิต หากที่พึ่งทางใจตามความเชื่อ (ชนุกร แก้วมณี และคณะ, 2557; Mesquita et al., 2017) เพื่อสร้างความหวัง กำลังใจ ความสบายใจ และช่วยส่งเสริมให้เกิดพลังในการดำเนินชีวิตต่อไปอย่างมีความสุข (กิตติกร นิลมานัต, 2555; รุ่งทิพย์ รัตน์ ไมตรีเกียรติ และนัยนา พิพัฒน์วิมลชชา, 2560)

### การดูแลรักษาแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็ง

การดูแลแบบประคับประคองเป็นแนวทางที่ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ที่กำลังเผชิญกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยที่คุกคามถึงชีวิต ป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมาน ตั้งแต่ระยะแรกที่เริ่มวินิจฉัยว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะประคับประคอง โดยการประเมินและการรักษาความทุกข์ทรมานทางร่างกาย ปัญหาทางจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณอย่าง

เป็นองค์รวม (World Health Organization [WHO], 2020)

โรคมะเร็งเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดมีแต่ทรุดลงเรื่อย ๆ เมื่อเข้าสู่ระยะที่ 3 และ 4 ของโรคมะเร็งซึ่งเป็นระยะที่มีการลุกลามไปยังอวัยวะส่วนอื่น ๆ จนไม่สามารถรักษาให้หายได้ การรักษาโรคมะเร็งในระยะลุกลามและแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นแล้ว (Advanced Stage) ส่วนใหญ่เป้าหมายของการรักษาจะเป็นการรักษาแบบประคับประคอง เพื่อควบคุม ยับยั้ง ลดจำนวนมะเร็งลง เพื่อลดความทุกข์ทรมานให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (มานพ พิทักษ์ภากร, ศิวนนท์ จิรวัด โนทัย และ ภูมิ สุขธิพัฒน์, 2559) การรักษาแบบประคับประคอง มีดังนี้

1. การรักษาด้วยการผ่าตัด (Surgery) ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายนั้นเป็นการผ่าตัดแบบ Palliative surgery ซึ่งเป็นการผ่าตัดที่มีจุดประสงค์เพื่อช่วยประคับประคองอาการ ลดความเจ็บปวดของผู้ป่วยและเพิ่มคุณภาพชีวิต เช่น การผ่าตัดรักษาภาวะลำไส้อุดตันหรือการผ่าตัดเอาเนื้องอกออกบางส่วนเพื่อลดความเจ็บปวด (จาริณญ์ จินดาประเสริฐ, 2562)

2. การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (Chemotherapy) กลไกการออกฤทธิ์ของยาเคมีบำบัด เพื่อจะยับยั้งการแบ่งตัวของเซลล์มะเร็ง ทำให้เซลล์มะเร็งไม่สามารถแบ่งตัวต่อไปและตายในที่สุด (American Cancer Society, 2019) ในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองเป็นการรักษาแบบ Palliative chemotherapy เป็นการให้ยาเคมีบำบัด ที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งในระยะแพร่กระจาย เพื่อหวังผลการควบคุมไม่ให้โรคลุกลาม อาการจากโรคลดลง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยไม่ได้หวังผล ในการทำให้โรคหายขาด ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิที่ยืนยาวขึ้น (จาริณญ์ จินดาประเสริฐ, 2562)

3. การรักษาด้วยรังสีรักษา (Radiotherapy) การรักษาด้วยรังสีบำบัด หรือ การฉายแสง เป็นการรักษามะเร็งเฉพาะตำแหน่งที่วางแผนไว้ การฉายแสงเป็นการรักษามะเร็งโดยใช้รังสีขนาดสูง (High dose of radiation) จากแหล่งกำเนิดรังสี โดยใช้แหล่งกำเนิดรังสีจากเครื่องกำเนิดรังสีให้รังสีตามตำแหน่งที่แพทย์ต้องการควบคุมมะเร็ง การฉายแสงนี้รังสีจะผ่านผิวหนังไปยังตำแหน่งที่ต้องการ เป้าหมายหลักของการรักษาด้วยรังสีคือ การกีดกันการแบ่งตัวของเซลล์มะเร็ง (Baskar, Lee, Yeo, & Yeoh, 2012) การรักษาในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง เป็นการรักษาที่มุ่งหวังให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดความเจ็บปวดจากตัวโรคมะเร็ง ในการฉายแต่ละครั้งจะใช้ปริมาณรังสีที่สูงขึ้น เพื่อลดระยะเวลาในการรักษาให้สั้นลง เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น (จาริณญ์ จินดาประเสริฐ, 2562)

ในการดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลทั้งทางร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ ที่ จะช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยจากการเจ็บป่วย ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับโรคที่

คุณภาพชีวิตในระยะสุดท้ายได้อย่างมีความสุข เพิ่มคุณภาพชีวิตในเวลาที่เหลืออยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต และเสียชีวิตอย่างสงบ และสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ซึ่งมีเป้าหมายและหลักการดูแลแบบประคับประคองดังนี้

เป้าหมายหลักของการดูแลแบบประคับประคอง มีดังนี้ (สุริพร ธนศิลป์, 2563)

1. ส่งเสริมความสุขสบายให้กับผู้ป่วย
2. การจัดการอาการไม่สุขสบาย ในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองหรือระยะสุดท้ายนั้น จะมีอาการไม่สุขสบาย เช่น อาการปวด (Pain) หายใจลำบาก (Dyspnea) ถ่ายเหลว หรือท้องผูก (Diarrhea/ Constipation) อ่อนแรงหรือ เหนื่อยล้า (Weakness/Fatigue) เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบาย
3. การดูแลด้านจิตอารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ สำหรับผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้ายนี้ การดูแลในด้านนี้มีความสำคัญมาก ผู้ป่วยจะเกิดการท้อแท้ สิ้นหวัง หดหู่ กังวล พยายามค้นหาความต้องการในด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ
4. การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี จัดการให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบายไม่ทุกข์ทรมานจากอาการที่เกิดขึ้นในระยะสุดท้าย
5. การเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมในการเข้าสู่ระยะสุดท้ายอย่างมีประสิทธิภาพและพร้อมจากไปอย่างสงบ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ทำในสิ่งที่ต้องการหรือเจตนาธรรมของผู้ป่วย ให้การดูแลให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์
6. การเตรียมครอบครัวให้พร้อมในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพและพร้อมยอมรับการจากไปของผู้ป่วย พยายามให้คำแนะนำการยอมรับการสูญเสีย และให้การดูแลสภาพจิตใจของญาติ หลังจากการสูญเสียบุคคลภายในครอบครัว โดยการประเมินภาวะโศกเศร้า และให้การพยาบาลทางด้านจิตใจ

กิตติกร นิลมานัต (2555) ได้กล่าวถึง หลักการการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิตมีดังนี้

1. ให้การดูแลโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยผู้ป่วยจะเป็นศูนย์กลางการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับการดูแล และครอบครัวมีส่วนร่วมในกระบวนการการตัดสินใจ แพทย์หรือผู้ให้การรักษาดูแลต้องทำความเข้าใจบริบท และความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย เคารพการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัว
2. ให้ความสำคัญและคุณค่ากับการมีชีวิตอยู่จนวาระสุดท้าย การดูแลแบบประคับประคองและการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิตให้ความสำคัญกับการมีชีวิตอยู่ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของ

ผู้ป่วยจนวันสุดท้ายของชีวิต การดูแลผู้ป่วยนั้นบุคลากรสุขภาพควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอย่างสมบูรณ์ตามความปรารถนา ให้ความสำคัญกับการมีชีวิตอยู่ โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายใช้ชีวิตในแต่ละวันอย่างมีคุณค่า และเป็นปกติให้มากที่สุด

3. ให้การดูแลบนพื้นฐานวัฒนธรรมของผู้ใช้บริการ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายพยาบาลจะต้องมั่นใจว่าการดูแลที่ให้นั้นมีความสอดคล้องกับภูมิหลังทางวัฒนธรรมของผู้ป่วยระยะสุดท้าย หากบุคลากรเข้าใจถึงความเชื่อทางวัฒนธรรมของผู้ป่วย และตระหนักถึงความแตกต่างทางวัฒนธรรมจะช่วยให้บุคลากรสุขภาพสามารถให้การดูแลได้อย่างครอบคลุมแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว

4. ให้การดูแลอย่างครอบคลุมและเน้นความสุขสบาย ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักมีปัญหาสุขภาพและความต้องการการดูแลที่ซับซ้อน ทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ ผู้ป่วยจึงต้องการการดูแลที่ครอบคลุมเป็นองค์รวมซึ่งประกอบด้วย การจัดการและบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการด้านร่างกาย ร่วมกับการส่งเสริมความสุขสบายทางอารมณ์ จิตสังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอย่างเต็มที่ให้มากที่สุดในช่วงชีวิตที่มีอยู่

5. การดูแลที่ต่อเนื่อง ในระยะสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีการกำเริบเป็นระยะ ๆ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายควรได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยบุคลากรสุขภาพและผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งการดูแลที่ต่อเนื่องหมายถึงลำดับการปฏิบัติที่มีความต้องการของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และมีการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่ออย่างต่อเนื่อง

6. การทำงานเป็นทีม ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความซับซ้อน แพทย์หรือพยาบาลเพียงอย่างเดียวไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้ทั้งหมด การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองจึงต้องมีการประสานงานและการทำงานร่วมกันของบุคลากรสุขภาพและบุคลากรอื่น ๆ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เกสัชกร นักโภชนาการ นักสังคมสงเคราะห์ อาสาสมัครดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วย และครอบครัว เป็นต้น โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมทุกด้านและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทุกด้าน

7. การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การสื่อสารที่ดีจะช่วยให้บุคลากรสุขภาพรับรู้ถึงความกังวลใจ ความทุกข์ใจ และความต้องการของผู้ป่วยและช่วยให้บุคลากรสุขภาพสามารถให้ข้อมูลที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยเพื่อใช้ในการตัดสินใจ และนอกจากนี้การสื่อสารที่ดีจะช่วยให้การประสานงานระหว่างทีมผู้ให้การดูแลภายในหน่วยบริการและระหว่างสถานบริการมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง



สรุปเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต้องการให้การดูแลแบบประคับประคอง เพื่อเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความทุกข์ทรมานจากโรคน้อยที่สุด โดยการตอบสนองความต้องการแบบองค์รวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และด้านจิตวิญญาณอย่างเหมาะสม พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยจึงไม่ควรทอดทิ้ง หรือมุ่งแต่ตอบสนองความต้องการการดูแลด้านร่างกายแต่เพียงอย่างเดียว โดยมองข้ามความเป็นบุคคลของผู้ป่วย พยาบาลควรให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบองค์รวม โดยคำนึงถึงความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยด้วย เพราะจิตวิญญาณเป็นแก่นหลักหรือแก่นแท้ของการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

ซึ่งในภาวะปกติที่ไม่เจ็บป่วยบุคคลจะแสดงออกถึงความต้องการทางด้านจิตวิญญาณน้อย แต่เมื่ออยู่ในภาวะเจ็บป่วยโดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยมะเร็งระยะประคับประคอง ซึ่งเป็นภาวะที่วิกฤต และคุกคามต่อชีวิตอยู่ในภาวะใกล้สู่ความตาย ผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองจึงแสวงหาแนวทางในการดูแลสุขภาพจิตวิญญาณของตนเอง ผู้ป่วยจึงแสดงออกถึงความต้องการด้านจิตวิญญาณ เพื่อค้นหาความหมายในชีวิต เพื่อความสุข (Rankin, 2018) เมื่อผู้ป่วยแสดงความต้องการด้านจิตวิญญาณแล้วไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ จะส่งผลให้เกิดความทุกข์ทางจิตใจ และจิตวิญญาณได้ (เอมอร์ ภูพันธ์ และคณะ, 2561; Kim et al., 2016) และเมื่อเกิดความทุกข์ทางจิตวิญญาณก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการทางกายที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ รวมทั้งอารมณ์และจิตใจของผู้ป่วยจะมีความหวาดกลัว สิ้นหวัง โกรธ เพิ่มขึ้น ทำให้สุขภาพทางกายและจิตใจของผู้ป่วยแย่ลง ทำให้ผู้ป่วยยังแสดงความต้องการด้านจิตวิญญาณมากขึ้นเรื่อย ๆ และเกิดความทุกข์ทางจิตวิญญาณเพิ่มมากขึ้นอีก เป็นเช่นนี้ไปเรื่อย ๆ (Rankin, 2018) ดังนั้นการศึกษาความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองจึงมีความสำคัญเพื่อที่พยาบาลจะใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนให้การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพทางกาย และจิตวิญญาณที่ดี อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในการดำรงชีวิตที่เหลืออยู่

## แนวคิดเกี่ยวกับจิตวิญญาณและความต้องการด้านจิตวิญญาณ

### ความหมายของจิตวิญญาณ

จิตวิญญาณ (Spiritual) เป็นองค์ประกอบภายในบุคคล เป็นสิ่งที่มีคุณค่าและมี ความหมายลึกซึ้งต่อการมีชีวิตของมนุษย์ เป็นพลัง เป็นแรงขับเคลื่อนชีวิตของบุคคล (ยุทธชัย ไชยสิทธิ์ และประเสริฐ ไพบุลย์รุ่งโรจน์, 2563) ให้บุคคลค้นหาความสุข ความสงบในชีวิต และเป็น ประสบการณ์ของบุคคลที่แสดงออกถึงความแข็งแกร่งภายในจิตใจ รวมถึงการมีสัมพันธภาพกับ

ผู้อื่น สิ่งอื่น สิ่งนอกเหนือตัวตนและสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ตามความเชื่อ ค่านิยม จริยธรรม ศาสนา และ สิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนเคารพนับถือ ช่วยให้คุณคลั่งค้นหาความหมายและเป้าหมายที่แท้จริงในชีวิต มีความหวังในชีวิตในการดำรงชีวิต (Highfield, 1992; Linda, Phetlhu, & Klopper, 2019; สุวคนธ์ กุรัตน และคณะ, 2556; วรวรรณ จันทวิเมือง และทรงฤทธิ์ ทองมีขวัญ, 2559) เสริมสร้างความ เข้มแข็งภายใน ช่วยให้เข้าถึงความจริงของชีวิต เพิ่มความสามารถในการปรับตัวของบุคคล ก่อให้เกิดความสมดุลทางอารมณ์ คุณภาพชีวิตที่ดี และความผาสุก (ยุทธชัย ไชยสิทธิ์ และประเสริฐ ไพบูลย์รุ่งโรจน์, 2563)

จากความหมายดังกล่าวผู้วิจัยสรุปได้ว่า จิตวิญญาณ นั้นเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตบุคคล ซึ่งเป็นองค์ประกอบภายในของบุคคล เป็นประสบการณ์ของบุคคลแสดงออกถึงความแข็งแกร่งภายใน จิตใจ การมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจตามความเชื่อ ความศรัทธา ศาสนาที่ตนเคารพนับถือ และการมี สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น สิ่งรอบตัว สิ่งศักดิ์สิทธิ์ ช่วยให้คุณคลั่งค้นหาความหมายและเป้าหมายใน ชีวิต การมีความหวัง มีความเชื่อมั่น เกิดความเข้มแข็งภายในจิตใจ ความสมดุลทางอารมณ์ ในการ ดำรงชีวิตของบุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดี และพบความผาสุกทางจิตวิญญาณ

ในการดำเนินชีวิตของคนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือหรือเรียกได้ว่าคนอีสาน ความเชื่อ วัฒนธรรม ของคนอีสาน ส่งผลต่อจิตวิญญาณ และการดูแลสุขภาพ คนอีสานมักจะใช้พิธีกรรมต่าง ๆ ช่วยในการบำบัดรักษาความเจ็บป่วย และค้นหาแนวทางที่จะหลุดพ้นจากความทุกข์ทั้ง ปวง โดยการประกอบพิธีกรรม ดังนี้ (สะอาด มุ่งสิน และจรรยาศรี มีหนองหว้า, 2558)

การสู่ขวัญ เป็นการเรียกขวัญของผู้ป่วยให้กลับมาอยู่กับเนื้อกับตัว โดยการสื่อสารกับสิ่ง ศักดิ์สิทธิ์ผ่านบทสวดเรียกขวัญ ในขณะที่เดียวกันการสู่ขวัญจะเป็นกิจกรรมที่บุคคลใกล้ชิดที่เกี่ยวข้อง ในครอบครัว ชุมชน มาอยู่ร่วมกันทำพิธีกรรม เป็นการแสดงความรัก ความเป็นหนึ่งเดียวกันในการ อยู่ร่วมกัน ก่อให้เกิดมิติด้านจิตวิญญาณ เกิดความเชื่อมั่น มีกำลังใจ และก้าวผ่านสภาวะที่ยาก ลำบากได้

พิธีทำบุญเลี้ยงพระ ในสังคมของวัฒนธรรมอีสาน มักจะทำควบคู่กับพิธีสู่ขวัญ การทำบุญเลี้ยงพระในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในระยะสุดท้าย หรือระยะประคับประคองนั้น มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสทำบุญร่วมกับครอบครัว ชุมชน อันเป็นการสร้างขวัญกำลังใจ สร้างสิ่ง มงคลในชีวิต มีกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรคร้าย

พิธีกรรมต่อชะตา เป็นพิธีที่มาจากความเชื่อ เกี่ยวกับการสิ้นอายุขัยของบุคคล พิธีกรรม ต่อชะตาจะเป็นทางเลือกของผู้ป่วยในระยะสุดท้ายในสังคมวัฒนธรรมอีสาน ที่มีความเชื่อว่าการได้ ทำพิธีกรรมต่อชะตาจะสามารถยืดอายุได้ ซึ่งประกอบพิธีกรรม โดยพระสงฆ์

พิธีกรรมบูชาของรักษาหรือบูชาเทวดา ซึ่งของรักษาหมายถึงสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ช่วยดูแลบุคคลให้มีความสุข อยู่เป็นสุข เมื่อเกิดการเจ็บป่วยในคนอีสานจะใช้พิธีกรรมนี้เพื่อสื่อสารกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ให้รับรู้ถึงความต้องการการช่วยเหลือในขณะที่เจ็บป่วย

หมอคุณ วัฒนธรรมอีสานจะใช้หมอคุณในการหาคำตอบการเจ็บป่วย ทั้งสาเหตุการเจ็บป่วย แนวทางการรักษา เพื่อช่วยในการตัดสินใจ โดยการไขขอมูลของผู้ป่วย เช่น วัน เดือน ปีเกิด เพื่อประมวลผลหาคำตอบ โดยหมอคุณจะเป็นผู้สื่อสารกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เพื่อให้สิ่งศักดิ์สิทธิ์นั้นหาคำตอบให้

พิธีกรรมขอขมา การขอขมาเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย ได้พิจารณาเรื่องราวในชีวิตที่ผ่านมา ทั้งเรื่องความสุข ความหวัง ความทุกข์ และสิ่งที่ทำผิดพลาด ซึ่งผู้ป่วยในระยะประคับประคองนี้จะมีโอกาสสำนึกผิดได้ง่าย มีความต้องการสารภาพผิดของตน เพื่อการได้รับการอภัยต้องการพบกับบุคคลที่ตนเองได้ทำผิดพลาด ต้องการคืนดีด้วย ต้องการอโหสิกรรมต่อศัตรูที่ผ่านมา

จะเห็นได้ว่าคนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือนี้มีวัฒนธรรม ความเชื่อ ความศรัทธา ที่แตกต่างจากภาคอื่น ๆ ความต้องการทางจิตวิญญาณของคนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือก็จะแสดงออกมาแตกต่างจากภาคอื่น ๆ

#### ความหมายความต้องการด้านจิตวิญญาณ

ความต้องการ หมายถึง ความปรารถนา ความประสงค์ ที่เป็นสิ่งที่บุคคลอยากได้รับ เพื่อความสมดุลในค่านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ ที่จะนำไปสู่ความสุขในชีวิต (Taylor, 2006; วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล, 2552; เดชวุฒิ พสุธาตระกูล, 2557 )

ความต้องการด้านจิตวิญญาณ (Spiritual needs) เป็นความปรารถนาของบุคคล ในการค้นหาความหมายและเป้าหมายในชีวิตและความเจ็บป่วย ค้นหาคุณค่าในตนเอง การมีความหวัง การได้รับความหวัง การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งนอกเหนือตนเอง การได้รับความรักจากบุคคลอื่นและการให้ความรักผู้อื่น การให้อภัย การได้รับการอภัย และการมีความศรัทธา และการได้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนเคารพนับถือ (Highfield, 1992; อรญา เย็นเสมอ, 2560; อนงค์ กิบาล และอุไร หัดกิจ, 2557) ความต้องการด้านจิตวิญญาณช่วยให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความหวัง เสริมสร้างความเข้มแข็งภายในบุคคล มีพลังในการดำเนินชีวิต (ยุทธชัย ไชยสิทธิ์ และ ประเสริฐ ไพบุลย์รุ่งโรจน์, 2563)

สรุปได้ว่า ความต้องการด้านจิตวิญญาณ เป็นปรารถนาความประสงค์ของแต่ละบุคคล เพื่อที่จะค้นหาความหมายและเป้าหมายในชีวิตในการยอมรับและเข้าใจตนเอง การมีความต้องการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ในการแสดงออกถึงการให้ความรัก การรับความรัก การให้อภัยและรับการอภัย การได้ปฏิบัติตามความเชื่อศรัทธาทางศาสนา และการมีความหวังในอนาคต เพื่อที่จะทำให้

ชีวิตดีขึ้น มีพลังในการดำเนินชีวิต

### ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง

ความต้องการด้านจิตวิญญาณมีความสำคัญกับผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองหรือระยะสุดท้าย เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการ การประคับประคองในด้านจิตใจและจิตวิญญาณอย่างมาก (อนงค์ ภิบาล และอุไร หัตถกิจ, 2557) เนื่องจากมะเร็งในระยะประคับประคองเป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิตผู้ป่วยมักเผชิญความทุกข์ทรมานจากการเจ็บปวดทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม ผู้ป่วยรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมะเร็ง อาการที่รุนแรงขึ้น รักษาไม่หาย สร้างความทุกข์ทรมานทางจิตวิญญาณผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองจึงมีความต้องการค้นหาความหมายและเป้าหมายในชีวิต หาที่พึ่งทางใจตามความเชื่อ เป็นการแสดงความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย เพื่อเป็นความหวัง กำลังใจ และพลังในการดำเนินชีวิต ต่อไปอย่างมีความสุข (ชนุกร แก้วมณี และคณะ, 2557; Mesquita et al., 2017) ความต้องการด้านจิตวิญญาณเป็นการแสดงออก ถึงสภาวะภายในของบุคคลที่มุ่งใจให้การค้นพบความหมายของชีวิต ทุกประสบการณ์และทุกความสัมพันธ์กับตัวเองและผู้อื่น และสิ่งอื่นที่ทำให้ตนเองมีคุณค่า ความต้องการเหล่านี้มีความเฉพาะเจาะจงที่มีความสัมพันธ์กับความเชื่อ ความศรัทธา ในศาสนาที่บุคคลนับถือ โดยทั่วไปความต้องการด้านจิตวิญญาณมักจะแสดงออกมาเมื่อบุคคลมีความทุกข์ และจะแสดงความต้องการทางจิตวิญญาณในลักษณะของความยุ่งยากใจ กลัว สิ้นหวัง รู้สึกชีวิตไม่มีคุณค่าไร้ประโยชน์ (กิตติกร นิลมานัต, 2555)

ในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองนั้น ผู้ป่วยจะมีความต้องการด้านจิตวิญญาณเนื่องจากผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่รุนแรงขึ้นเกิดขึ้นจากการดำเนินของโรคและการรักษา ทำให้มีอาการ เช่น เจ็บปวด คลื่นไส้ อาเจียน เหนื่อยเพลีย (นภา ทวีรทรงกุล และคณะ, 2558; ลูติวัฒน์ ชัดดี, 2559) นอกจากความทุกข์ที่เกิดจากร่างกายแล้ว ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายยังพบการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจซึ่ง ลูติวัฒน์ ชัดดี (2559) ที่ศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งและหาแนวทางในการพัฒนาคุณภาพ ในผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 18 ราย พบว่า การเปลี่ยนแปลงของโรคมะเร็งอย่างรวดเร็ว ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านจิตใจทำให้เกิดความกังวล เกิดอาการหงุดหงิดง่าย และจากความทุกข์จากตัว โรคมะเร็งก็มีผลต่อจิตใจ ผู้ป่วยทุกรายจึงมีความทุกข์ทางใจตั้งแต่แรก รับรู้ว่าเป็นมะเร็ง ผลกระทบทางด้านสังคม จากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าร่วมการทำกิจกรรมทางสังคมได้ จากผลกระทบและความทุกข์ทรมานดังที่กล่าวมา ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองแสดงความต้องการด้านจิตวิญญาณในการต้องการความรัก ความหวัง การมีส่วนร่วม ความต้องการมองโลกในแง่ดีและคงไว้ซึ่งชีวิตในด้านบวก ความต้องการปฏิบัติตามความเชื่อศาสนา และต้องการค้นหาความหมายและเป้าหมายในชีวิต ซึ่งหากความต้องการทางจิตวิญญาณไม่ได้รับตอบสนอง ผู้ป่วยจะเกิดความไม่สุขสบาย เกิด

ความทุกข์ทรมานหรือภาวะทุกข์ทางจิตวิญญาณ โดยผู้ป่วยจะแสดงออกถึงความสิ้นหวัง สูญเสียพลังอำนาจ เสียขวัญหมดกำลังใจ แต่หากได้รับการตอบสนองผู้ป่วยจะเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ (กิตติกร นิลมานัต, 2555) และมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Forouzi et al., 2017)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยมะเร็งมีความต้องการด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง จากการศึกษาของ ชนุกร แกวมณี และคณะ (2557) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ที่เป็นมะเร็งท่อน้ำดี จำนวน 267 ราย พบว่ามีความต้องการอยู่ในระดับสูงร้อยละ 55.80 ส่วนการศึกษาของ เอมอร ภูพันธ์ และคณะ (2561) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตและความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคมะเร็ง โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 361 ราย พบว่าผู้ป่วยมีความต้องการด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูงร้อยละ 21.33 และจากการศึกษาของ Forouzi et al. (2017) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการทางจิตวิญญาณและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคมะเร็ง จำนวน 150 คน พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งมีความต้องการด้านจิตวิญญาณร้อยละ 64.32

#### องค์ประกอบความต้องการด้านจิตวิญญาณ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าองค์ประกอบของ ความต้องการด้านจิตวิญญาณมีผู้กล่าวถึงองค์ประกอบความต้องการด้านจิตวิญญาณไว้หลากหลายดังนี้

Highfield (1992) ได้อธิบายความต้องการด้านจิตวิญญาณของมนุษย์ไว้ว่ามีองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ 1) ความต้องการด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต โดยการยอมรับในตนเอง 2) ด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งแวดล้อมและสิ่งนอกเหนือตน เช่นพระเจ้า สิ่งศักดิ์สิทธิ์ สิ่งที่เราศรัทธา ซึ่งเป็นลักษณะของความศรัทธา ความรัก ความไว้วางใจ และ 3) ด้านการมีความหวัง เป็นความคิดความรู้สึกของบุคคลที่นึกถึงความสำเร็จในสิ่งที่ตั้ง

Taylor (2006) ได้แบ่งความต้องการด้านจิตวิญญาณออกเป็น 7 ด้าน คือ 1) ด้านการเชื่อมโยงกับศาสนา 2) ด้านการมีทัศนคติเชิงบวกและต้องการมีความหวัง 3) ด้านการทบทวนความเชื่อ 4) ด้านการที่จะให้และได้รับความรักจากบุคคลอื่น 5) ด้านการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนา 6) ด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต 7) ด้านการเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่ความตาย

Bussing and Koenig (2010) ได้อธิบายความต้องการด้านจิตวิญญาณ ว่าบุคคลมีความต้องการ 4 ด้าน ดังนี้ 1) ความต้องการศาสนา การสวดอ้อนวอนและร่วมกับผู้อื่น การเข้าร่วมในพิธีทางศาสนา การอ่านหนังสือทางศาสนา 2) ความต้องการความสงบภายใน 3) ความต้องการความหมายในชีวิต คือ การสะท้อนชีวิตการพูดคุยกับใครบางคนเกี่ยวกับความหมายของชีวิต / ความทุกข์ทรมานในชีวิต และการพูดถึงความเป็นไปได้ของชีวิตหลังความตาย 4) การเชื่อมต่อความรัก การติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น

กิตติกร นิลมานัต (2555) กล่าวว่า ความต้องการด้านจิตวิญญาณเป็นความต้องการของบุคคลที่เกี่ยวกับ 1) ความรักและความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม 2) ความหวัง 3) การมีส่วนร่วม และควบคุมสถานการณ์ 4) การมองโลกในแง่ดี 5) การปฏิบัติตามความเชื่อและศรัทธา 6) การค้นหาความหมายและเป้าหมายในชีวิต

สรุปได้ว่าความต้องการด้านจิตวิญญาณนั้นมีองค์ประกอบหลัก ๆ คือ ความต้องการความหมายและเป้าหมายในชีวิต ความต้องการมีความสัมพันธ์กับผู้อื่น สิ่งนอกเหนือตัวตน สิ่งที่ตนเองเคารพนับถือ ศรัทธา ในลักษณะการให้ความรัก การรับความรัก การให้อภัย และความต้องการความหวัง

การเจ็บป่วยด้วยมะเร็งระยะประคับประคองนั้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม ส่งผลกระทบต่อจิตวิญญาณ ทำให้ผู้ป่วยมีความหมายและเป้าหมายในชีวิตเปลี่ยนไป รู้สึกไม่แน่นอนกับชีวิต หมดกำลังใจ หมดหวัง คุณค่าในตนเองลดลง บุคคลจึงมีความต้องการด้านจิตวิญญาณเพื่อให้ตนเองพบกับความสุขทางจิตวิญญาณ ซึ่งสามารถอธิบายปรากฏการณ์นี้ด้วยทฤษฎีความสุขทางจิตวิญญาณในขณะเจ็บป่วย

### ทฤษฎีความสุขทางจิตวิญญาณในขณะเจ็บป่วย (Spiritual Well – Being in Illness)

O' Brien (2014) กล่าวถึง ความเชื่อของบุคคลในการค้นหาความหมายทางจิตวิญญาณ จากประสบการณ์การเจ็บป่วย เมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วย จะสูญเสียความสามารถ ทั้งทางร่างกาย และจิตสังคม ซึ่งส่งผลกระทบต่อจิตวิญญาณ ทำให้เกิดความไม่มั่นใจในความเชื่อ ความศรัทธา หรือสิ่งที่ให้ความหมายในชีวิต ให้คุณค่าในชีวิต บุคคลจึงต้องการค้นหาความหมายทางจิตวิญญาณ เพื่อนำไปสู่ความสุขทางจิตวิญญาณ โดยมีปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถของแต่ละบุคคลในการค้นหาความหมายทางจิตวิญญาณผ่านประสบการณ์ความเจ็บป่วย ดังนี้

1. ความเชื่อความศรัทธาทางศาสนาส่วนบุคคล (Personal faith) เป็นความเชื่อ ความไว้วางใจในองค์พระศาสดา ความเชื่อมั่นในพลังของพระศาสดา ความแข็งแกร่งจากความเชื่อ ความศรัทธา บุคคลที่มีความศรัทธาทางศาสนาจะมีพระเจ้าเป็นที่พึ่งทางจิตวิญญาณ มีแรงจูงใจในการภาวนาทางจิตวิญญาณ จะแสดงออกถึงความพึงพอใจ บุคคลที่ขาดความเชื่อความศรัทธาในองค์พระศาสดา จะแสดงออกถึงความไม่ไว้วางใจในพระเจ้า ไม่มีที่พึ่งทางจิตวิญญาณ ขาดความศรัทธา เกิดความกลัว

2. ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ (Spiritual contentment) ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ จะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีความพึงพอใจในความเชื่อ เป็นความรู้สึกใกล้ชิดกับพระเจ้า การปราศจาก

ความกลัว ความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยในความรักของพระศาสดา และความเชื่อศรัทธาต่อสิ่งที่ยึดมั่น ศรัทธา

3. การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา (Religious practice) เป็นกิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติตามหลักความเชื่อในศาสนาที่ตนเองเคารพนับถือ ตามขนบธรรมเนียม ประเพณี ค่านิยม การมีศาสนา เป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ ในการค้นหาความหมายทางจิตวิญญาณที่จะนำไปสู่ความผาสุกทางจิตวิญญาณ

4. ความรุนแรงของการเจ็บป่วย (Severity of illness) บุคคลเมื่อมีภาวะเจ็บป่วยต้องได้รับความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย ส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ ทำให้ความสามารถในการทำงานลดลงและรบกวนระบบคุณค่าความเชื่อของชีวิต

5. การเผชิญกับเหตุการณ์กดดันในชีวิต (Stressful life events) เป็นเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดในชีวิต ทั้งด้านอารมณ์ สังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจ ภาวะกดดันในชีวิตเป็นสิ่งที่บุคคลจะต้องเผชิญอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับภาวะนี้ บุคคลจะพยายามค้นหาความหมายทางจิตวิญญาณ การแก้ปัญหา เพื่อให้ตนเองสามารถเผชิญกับเหตุการณ์กดดันในชีวิตได้ และเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ

6. การสนับสนุนทางสังคม (Social support) เป็นการสนับสนุนทางจิตวิญญาณทั้งจากครอบครัว เพื่อน หรือผู้ดูแล โดยสมาชิกในครอบครัว เพื่อน บุคลากรทางสาธารณสุขและผู้ป่วย สามารถช่วยกันในการค้นหาความหมายของจิตวิญญาณ จากประสบการณ์การเจ็บป่วย เพื่อที่จะนำผู้ป่วยไปสู่ความผาสุกทางจิตวิญญาณ

เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองถือว่าเป็นผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่คุกคามต่อชีวิต มีการเจ็บป่วยที่รุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ จากพยาธิสภาพของโรค ชีวิตดำเนินใกล้เข้าสู่ความตาย นั้นเป็นสถานการณ์ที่สร้างความตึงเครียดให้กับผู้ป่วย ผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองต้องการค้นหาความหมายทางจิตวิญญาณ ในการพยายามค้นหาความหมายและเป้าหมายในชีวิต ค้นหาความหวังในการใช้ชีวิต ต้องการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งที่เราควรนับถือ เพื่อเป็นการจัดการปัญหาด้านสุขภาพ และด้านจิตใจของตนเองเพื่อให้ตนเองเกิดความสุข ซึ่งการที่ผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองจะแสดงพฤติกรรมความต้องการด้านจิตวิญญาณออกมานั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยตามทฤษฎีความผาสุกทางจิตวิญญาณในขณะเจ็บป่วยของ O' Brien (2014) ประกอบด้วย 6 ปัจจัยดังที่กล่าวมาข้างต้น ภายใต้กรอบทฤษฎีนี้ผู้วิจัยได้คัดสรรตัวแปรเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การสนับสนุนทางสังคม

## ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะ

### ประคับประคอง

จากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับทฤษฎีความผาสุกทางจิตวิญญาณในขณะเจ็บป่วยของ O' Brien (2014) พบว่า มีหลากหลายปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ ศาสนา (Taylor, 2006) ระยะเวลาของการเจ็บป่วย (Taylor, 2006; ทิวาริณณ์ วัฒนาวัตถุ, 2551) ความถี่ในการรักษา (Ghahramanian, 2016) สัมพันธภาพในครอบครัว (Highfield, 1992; Astrow et al., 2018; ทิวาริณณ์ วัฒนาวัตถุ, 2551) แรงสนับสนุนทางสังคม (วิไลลักษณ์ ตันตริตระกูล, 2552) และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย (ทิวาริณณ์ วัฒนาวัตถุ, 2551; วิไลลักษณ์ ตันตริตระกูล, 2552) ปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์ในระดับสูง คือ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยจึงศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าวกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง เพื่อเป็นแนวทางในการออกแบบการดูแลพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง

### การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย

การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย เป็นความรู้สึกและความเข้าใจของผู้ป่วยต่อสถานการณ์การเจ็บป่วย ก่อให้เกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิต จากสถานการณ์การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น บุคคลแต่ละบุคคลจะมีการเรียนรู้ที่แตกต่างกัน (พรพรหม รุจิไพโรจน์, 2550) เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการแสดงความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย เป็นการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยตามทฤษฎีความผาสุกทางจิตวิญญาณในขณะเจ็บป่วยของ O' Brien (2014) ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยมะเร็งระยะประคับประคองนั้น ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย จนผู้ป่วยไม่สามารถที่จะช่วยเหลือตนเองได้ตามปกติ ความสามารถในการทำงานลดลง ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ (พิมพ์พนิต ภาศรี, แสงอรุณ อิศระมาลัย และอุไร หัตถกิจ, 2558) ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจึงรับรู้ว่าการเจ็บป่วยนั้นคุกคามต่อชีวิต ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยบางคนรู้สึกว่าความตายใกล้เข้ามา (วริทธิ์ตา จารุจินดา, 2561) ทำให้ผู้ป่วยเกิด ความท้อแท้ สิ้นหวัง วิตกกังวล กลัวการสูญเสียหมดกำลังใจในการมีชีวิต (ปรารธนา ธรรมบุตร, 2555) รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่าไร้ประโยชน์ ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ไม่สามารถทำตามเป้าหมายในชีวิตที่วางไว้ได้ ความหมายและเป้าหมายในชีวิตเปลี่ยนไป (พรพรหม รุจิไพโรจน์, 2550; กิตติกร นิลมานัต, 2555) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความต้องการค้นหาความหมายทางจิตวิญญาณจากประสบการณ์การเจ็บป่วยเพื่อให้ตนเองเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ (O' Brien, 2014) ผู้ป่วยมีความต้องการด้านจิตวิญญาณด้านความหมายและเป้าหมายชีวิต เพื่อค้นหาความหมายของชีวิต และการเจ็บป่วย ค้นหาตอบว่าจะใช้



ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างไรจึงจะมีความหมายมากที่สุด (ชุนกร แก้วมณี และคณะ, 2557) นั่นคือ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยจะส่งผลต่อความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย

จากการศึกษาของ ทิวาวิณณ์ วัฒนาวัตตุ (2551) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจำนวน 120 คน พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการด้านจิตวิญญาณ ( $r = .63, p < .05$ ) เมื่อผู้ป่วยรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมาก ผู้ป่วยมีความต้องการด้านจิตวิญญาณมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งทิพย์ รัตน์ ไผ่ศรีเกียรติ และนัยนา พิพัฒน์วิเศษชา (2560) ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้าจำนวน 120 คน ยังพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการด้านจิตวิญญาณ ( $r = .22, p < .05$ ) และการศึกษาของ วิไลลักษณ์ ตันดิตระกูล (2552) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 110 คน พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ ( $r = -.49, p < .05$ ) และสามารถทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ( $\beta = -.44, p < .01$ ) การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่มาก ผู้ป่วยจึงมีความต้องการค้นหาความหมายทางจิตวิญญาณ ทำให้ความต้องการด้านจิตวิญญาณมาก ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณ เมื่อผู้ป่วยไม่เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยพยายามค้นหาความต้องการด้านจิตวิญญาณมากยิ่งขึ้นไปอีก

#### การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา

การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เป็นการทำกิจกรรมตามความเชื่อความศรัทธาในศาสนาที่ตนเองนับถือ ซึ่งทุกศาสนามีหลักธรรมคำสอนแนวปฏิบัติที่แตกต่างกันไป (ประไพ ปลายเนตร, อรพินทร์ ชูชม และวิชุดา กิจจรธรรม, 2560) เช่น การสวดมนต์ไหว้พระ การทำบุญตักบาตร การบริจาคหรือให้ทาน การทำสมาธิ การภาวนาอธิษฐาน การฟังธรรมะ (กิตติกร นิลมานัต, 2555; ยุทธชัย ไชยสิทธิ์ และประเสริฐ ใพบูลย์รุ่งโรจน์, 2563) การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนานั้นเป็นมโนทัศน์ด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตามทฤษฎีความผาสุกทางจิตวิญญาณ ในขณะที่เจ็บป่วยของ O' Brien (2014) การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตามความเชื่อและความศรัทธาในศาสนานั้นจะช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจให้มีความสมดุล ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสัจธรรมของชีวิต เข้าใจและยอมรับการเจ็บป่วยของตน ช่วยจัดความทุกข์และควบคุมอารมณ์ ทำให้จิตใจสุขสบายผ่อนคลาย มีความสุข ช่วยสร้าง ความหมายในชีวิต มีความเข้มแข็งทางจิตวิญญาณและก่อให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ (กิตติกร นิลมานัต, 2555; แสงเดือน พรหมแก้วงาม และอรัญญา นามวงศ์, 2560) ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายนั้นผู้ป่วยมีความทุกข์ใจ ไม่สบายใจ อย่าง

มากจากความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นทั้งทางร่างกายจิตใจ สังคม รวมถึงจิตวิญญาณ ผู้ป่วยจึงหันมาสนใจศาสนา นับถือศาสนามากขึ้น จากจำนวนครั้งการเข้าร่วมพิธีกรรมทางศาสนาเพิ่มมากขึ้น มีการใช้ศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจและแนวทางในการดำรงชีวิต (Taylor , 2006; Phenwan, Peerawong, & Tulathamkij, 2019) ซึ่งบุคคลจะแสดงออกด้วยการเคารพและบูชา หรือปฏิบัติตามความเชื่อของศาสนา เพื่อต้องการการคุ้มครองและเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวในชีวิต (รจนา วิริยะสมบัติ, 2556) รวมถึงการช่วยในการค้นหาความหมายทางจิตวิญญาณ ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่ความผาสุกทางจิตวิญญาณ (O' Brien, 2014) ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองที่นับถือศาสนาพุทธ จะปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตามความเชื่อ โดยทำบุญ ทำทาน สวดมนต์ ฟังธรรมจากพระสงฆ์ อ่านหนังสือธรรมะ ทำสมาธิ เจริญภาวนา เพื่อช่วยให้จิตใจสงบขึ้น (พระภิกษุณันต์ จิตเสฏฐโฐ และคณะ, 2559) ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ตามความเชื่อ ความศรัทธา ส่งผลต่อความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย การปฏิบัติทางศาสนาที่มากขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองแสดงว่าผู้ป่วยมีความต้องการค้นหาความหมายทางจิตวิญญาณที่มากขึ้น เพื่อที่จะนำไปสู่ความผาสุกทางจิตวิญญาณในขณะที่เจ็บป่วยของผู้ป่วย

ในบริบทประเทศไทยประชากรของประเทศไทยร้อยละ 93.5 นับถือศาสนาพุทธ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561) ประชากรภาคตะวันออกเฉียงเหนือ นับถือศาสนาพุทธเป็นส่วนใหญ่ (ประไพ วิริยะพันธุ์, 2559) การปฏิบัติกิจกรรมในศาสนาพุทธมีการปฏิบัติหลัก ๆ คือ ทาน ศีล เจริญภาวนา ด้านการให้ทาน คือการให้ด้วยความบริสุทธิ์ใจไม่หวังผลตอบแทน การบริจาค การแบ่งปัน การเสียสละ ไม่ว่าจะเป็นการให้สิ่งของอันเป็นการเสียสละทรัพย์สินของตนให้แก่ผู้อื่น หรือเป็นการบำรุงศาสนา ด้านการรักษาศีล คือความประพฤติดีทางกายและวาจา หรือข้อปฏิบัติสำหรับ ความประพฤติสุจริตทางกายวาจาและอาชีพด้านการเจริญภาวนา คือ การจดจ่ออารมณ์ใดอารมณ์หนึ่ง เพื่อให้จิตสงบ การเจริญภาวนานั้นมีอยู่หลายวิธีการสวดมนต์ด้วยบทพระคาถาต่าง ๆ การนั่งสมาธิ การแผ่เมตตาอุทิศบุญให้กับผู้อื่น (พระภิกษุณันต์ จิตเสฏฐโฐ และคณะ, 2559)

นอกจากนี้ประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ยังมีความเชื่อในเรื่องเทวดาอารักษ์ ผีนางไม้ ความเชื่อเรื่องกรรม ความเชื่อเรื่องขวัญ การดูหมอดู การต่อชะตาชีวิต มีการเช่นสรวงบูชา สิ่งศักดิ์สิทธิ์ตามฤดูกาลควบคู่ไปกับการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา โดยมีความเชื่อว่าการกระทำนี้จะทำให้พ้นภัยอันตราย และได้รับความคุ้มครอง (สะอาด มุ่งสิน และจรรยาศรี มีหนองหว้า, 2558; ปฐมพงศ์ ลิ้มเจริญ, ศรีัญญา ประสพชิงชนะ และราชันย์ นิลวรรณภา, 2559; ปิยลักษณ์ โพธิวรรณ, 2561)

จากการศึกษาของ Taylor (2006) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลครอบครัว จำนวนผู้ป่วย 156 คน และจำนวนผู้ดูแลผู้ป่วย 68 คน พบว่าความต้องการทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์กับความถี่ของการเข้าร่วมพิธีกรรมทางศาสนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .50, p < .001$ ) คือผู้ป่วยเข้าร่วมการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนามากขึ้น เพื่อที่ความต้องการค้นหาความหมายทางจิตวิญญาณ ที่จะนำไปสู่ความสุขทางจิตวิญญาณ สอดคล้องกับการศึกษาของ Astrow et al. (2018) ที่ศึกษาความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคมะเร็ง จำนวน 727 คน พบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการสดมภ์ ทำสมาธิ ร้อยละ 50.3 เพื่อความสุขสบายใจ สำหรับในประเทศไทยพบว่ามีการศึกษาของ ทิวาโรจน์ วัฒนาวิฑู (2551) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 120 คน พบว่าใน 1 สัปดาห์ ผู้ป่วยร้อยละ 52.50 มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาเพิ่มขึ้นเข้าร่วมพิธีกรรมทางศาสนามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการด้านจิตวิญญาณเช่นกัน ( $r = .38, p < .05$ ) เช่นเดียวกับการศึกษาของ วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล (2552) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความความสุขทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่า การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ย 4.23 และพบว่าการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ( $r = .18, p < .05$ ) ผู้ป่วยเมื่อรับรู้ว่าตนเองเจ็บป่วย ก็จะปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนามากขึ้นกว่าก่อนการเจ็บป่วย เช่น สวดมนต์ นั่งสมาธิ ทำบุญ และปฏิบัติตามความเชื่อของศาสนา ทำให้จิตใจสงบ นอกจากนี้การศึกษาของ ชนุกร แก้วมณี และคณะ (2557) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีร้อยละ 72.30 มีความต้องการด้านจิตวิญญาณในการเชื่อมโยงกับศาสนา และสิ่งยึดเหนี่ยวอื่น ๆ เช่นเดียวกับการศึกษาของ วรรมน บุรณรัช (2557) ที่ศึกษาเชิงคุณภาพในผู้ป่วยโรคร้ายแรงที่มีภาวะใกล้ตาย พบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการที่จะปฏิบัติตามหลักความเชื่อทางศาสนาที่ตนเคารพนับถือเพื่อให้ได้ไปพบกับชีวิตที่ดีและภพภูมิที่ดี เช่น การทำบุญตักบาตร ทำพิธีกรรมต่าง ๆ ตามความเชื่อ ขอโทษกรรมในเรื่องที่เคยกระทำผิดต่อคนอื่น

#### การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม เป็นการช่วยเหลือเกื้อกูล พึ่งพากันในสังคม จากบุคคลในสังคมในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านวัตถุสิ่งของ (Schaefer et al., 1981) ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายหรือระยะประคับประคอง เป็นผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพาคือคนอื่น เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือดูแลตนเองได้ (กิตติกร นิลมานัต, 2555) ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ บิดา มารดา พี่น้อง สามี บุตร (ชุลินดา ทิพย์เกษร, วัลภา คุณทรงเกียรติ และสุภาภรณ์ ดวงแพง, 2560) การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจาก



จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า ความเจ็บป่วยด้วยมะเร็งระยะประคับประคอง ก่อให้เกิดภาวะวิกฤตขึ้นกับผู้ป่วย และส่งผลกระทบต่อบุคคลในทุกมิติ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การให้การพยาบาลควรให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ซึ่งประกอบไปด้วยการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ในวิชาชีพการพยาบาลซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดูแลคุณภาพ ต้องให้ความสำคัญกับการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยด้วย ไม่ควรมุ่งเน้นแต่การดูแลด้านร่างกายของผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว การประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณมีความสำคัญในการวางแผนการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย เพราะมิติจิตวิญญาณส่งผลดีต่อสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้ผู้ป่วยพบกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงระยะเวลาที่เหลืออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต หากผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณ ไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ ผู้ป่วยจะเกิดความทุกข์ทรมานทางจิตวิญญาณอย่างมากและส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางกาย ทำให้มีอาการที่เพิ่มมากขึ้น และส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางจิตใจและอารมณ์ด้วย ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองไม่พบกับความสุขทั้งทางกาย และจิตวิญญาณเลย ผู้ป่วยจะไม่พบกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วย

โดยสรุป จากการทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ การศึกษาเกี่ยวกับความต้องการด้านจิตวิญญาณส่วนมากเป็นการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองที่เป็นการศึกษาแบบเชิงบรรยาย และส่วนมากทำในภาคอื่น ๆ ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคใต้ และภาคกลาง ส่วนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบการศึกษาของชนุกร แก้วมณี และคณะ (2557) ที่ศึกษาความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ที่เป็นการศึกษาเชิงสำรวจและเฉพาะโรคเท่านั้น และยังไม่พบการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งวัฒนธรรมความเชื่อ ความศรัทธา ของคนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือแตกต่างจากคนภาคอื่น จะมีความเชื่อเรื่องสิ่งศักดิ์สิทธิ์ สิ่งนอกเหนือธรรมชาติ โดยแสดงออกผ่านพิธีกรรมต่าง ๆ เช่น การสวดวิญญู การดูหมอ พิธีทำบุญเลี้ยงพระ พิธีการต่อชะตา พิธีบูชาเทวดา พิธีขอขมา ซึ่งความต้องการด้านจิตวิญญาณมีความแตกต่างกันตามวัฒนธรรม ความเชื่อ ศาสนา ขนบธรรมเนียมประเพณี

ดังนั้นผู้วิจัย จึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง ณ โรงพยาบาลมหาสารคามราชสิมา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยปัจจัยที่ผู้วิจัยคัดสรรในการศึกษาประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การสนับสนุนทางสังคม เพื่อนำองค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัยมาเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาล

ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองด้านจิตวิญญาณ ที่เหมาะสมกับบริบทสังคมไทยอีสาน ได้อย่างเหมาะสมตรงกับความต้องการของผู้ป่วย เพิ่มการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองได้ อย่างมีประสิทธิภาพ ให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า มีพลังในการ ดำเนินชีวิต กล้าเผชิญกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เกิดความผาสุกด้านจิตวิญญาณ และคุณภาพชีวิตที่ดี เกิดความผาสุกด้านจิตวิญญาณ และคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข



## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research design) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการสนับสนุนทางสังคม กับความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง ที่เข้ารับการรักษาแบบประคับประคอง ในโรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมา โดยมีรายละเอียดขั้นตอนดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งใน ระยะที่ 3 และ 4 ทุกชนิด ที่มีค่าคะแนน Palliative Performance Scale (PPS) ระหว่าง 30-60% ที่เข้ารับการรักษาแบบประคับประคอง ในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมา

**กลุ่มตัวอย่าง** คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งระยะประคับประคอง ทุกชนิด และมีค่าคะแนน Palliative Performance Scale (PPS) ระหว่าง 30-60% ที่เข้ารับการรักษาแบบประคับประคองในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมา ที่มีคุณสมบัติ (Inclusion criteria) ดังนี้

1. มีอายุ 20 ปีขึ้นไป
2. นับถือศาสนาพุทธ
3. ไม่มีปัญหาในการได้ยิน การมองเห็น และการพูด สามารถเข้าใจพูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้

4. ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากศูนย์การดูแลแบบประคับประคองอย่างน้อย 1 ครั้ง

#### ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G\*Power analysis version 3.1.9.4 กำหนดการทดสอบสมมติฐานเป็นสองทาง (Two-tailed test) กำหนดค่าอิทธิพล (Effect size) ระดับปานกลางเท่ากับ .30 กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ 95 เปอร์เซ็นต์ ( $\alpha = .05$ ) และกำหนดค่าอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 (Power of test) (บุญใจ ศรีสถิตยน์ราษฎร์, 2553) จากการคำนวณ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 84 ราย

### การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการกำหนดช่วงเวลา (อรุณ จิรวัดนกุล, 2557) จากผู้ป่วย มะเร็งทุกชนิดในระยะประคับประคองที่มี PPS 30-60% และได้รับการส่งมาปรึกษาเพื่อรับการดูแลแบบ ประคับประคองที่ศูนย์การดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา กำหนดช่วงเวลา ที่ศึกษาตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2563 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 และศึกษาในผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติ ตรงตามเกณฑ์การคัดเลือก ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจนได้กลุ่มตัวอย่างจนครบ 84 ราย

### สถานที่ศึกษา

โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ ระดับตติยภูมิในเขตภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ และเป็นโรงพยาบาลศูนย์ในภูมิภาคสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีจำนวนเตียง 1,619 เตียง มีระบบการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งครบวงจรตั้งแต่การตรวจวินิจฉัยโรค ให้ การรักษาด้วยการผ่าตัด ให้อาเคมีบำบัด รังสีรักษา และการดูแลรักษาในระยะสุดท้าย โดยมีแพทย์ และพยาบาลเฉพาะทางมะเร็ง ให้บริการผู้ป่วยมะเร็ง มีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งจำนวนมากเข้ามารับการ รักษาที่โรงพยาบาล โดยเมื่อผู้ป่วยโรคมะเร็งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้ป่วยจะเข้ารับการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีทั้งหมด 6 หอผู้ป่วย หอผู้ป่วยศัลยกรรมมี ทั้งหมด 4 หอผู้ป่วย และหอผู้ป่วยมะเร็งมีทั้งหมด 2 หอผู้ป่วย

ในแต่ละหอผู้ป่วยจะรับผู้ป่วยตามการวินิจฉัยโรค เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาดูแลภายใน หอผู้ป่วย แพทย์หรือพยาบาล จะประเมิน PPS score หากผู้ป่วยมีคะแนน  $\leq 60\%$  ผู้ป่วยจะได้รับ การส่งไปปรึกษา ณ ศูนย์ดูแลแบบประคับประคอง โดยทีมศูนย์การดูแลแบบประคับประคองซึ่ง เป็นหน่วยงานที่ทำงานในรูปแบบสหสาขาวิชาชีพประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เกษัตริกร ร่วมกัน ดูแลผู้ป่วยที่ส่งมาปรึกษาพร้อมกันในแต่ละวันที่ส่งปรึกษาโดยแพทย์จะเป็นผู้แจ้งผู้ป่วยทุกรายว่า ผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็งระยะลุกลาม การรักษาในขณะนี้อยู่ในระยะประคับประคอง และให้การดูแล แบบประคับประคองในการจัดการความทุกข์ทรมานทางกาย ให้คำแนะนำการดูแลตนเองและให้ คำแนะนำญาติในการดูแลผู้ป่วย ให้คำปรึกษาการจัดการกับปัญหาด้านจิตใจ สังคมและการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care plan) โดยทีมดูแลประคับประคองจะเข้าไปดูแลผู้ป่วยในแต่ละ หอผู้ป่วยที่ส่งมาปรึกษา และมีการติดตามผู้ป่วยเป็นระยะทุกวัน จนผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล ก่อนที่ผู้ป่วยจะถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะถูกส่งข้อมูลไปยังศูนย์ดูแล ต่อเนื่องที่บ้านและโรงพยาบาลใกล้บ้านเพื่อติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ศูนย์ดูแลแบบ ประคับประคองปฏิบัติงานทุกวันจันทร์-ศุกร์ เวลา 8.00-16.00 น. ซึ่งจากข้อมูลสถิติผู้ป่วยมะเร็งระยะ สุดท้าย ที่เข้ารับการดูแลแบบประคับประคองในศูนย์การดูแลแบบประคับประคองโรงพยาบาล



มหาราชนครราชสีมา เฉลี่ยมีผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะประคับประคองรับใหม่วันละ 4-5 ราย ซึ่งในปี พ.ศ. 2560, 2561 และ 2562 มีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง ที่ส่งปรึกษา 1,265, 1,406 และ 1,464 ราย ตามลำดับ

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยแบบสอบถาม จำนวน 5 ชุด ดังนี้

**ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล** เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการ ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะ ประคับประคอง แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป เป็นแบบคำถามแบบเลือกตอบและปลายเปิด จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส กิจกรรมทางศาสนาที่ ปฏิบัติ อาชีพ รายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว บุคคลที่ให้การดูแลใกล้ชิดเมื่อเจ็บป่วย สิทธิการ รักษา

2. แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เป็นแบบคำถามแบบเลือกตอบและปลายเปิด จำนวน 7 ข้อประกอบด้วย การวินิจฉัยโรค ระยะของโรคมะเร็ง ระยะเวลาในการเจ็บป่วย คะแนน Palliative Performance Scale (PPS) ประวัติการรักษา การรักษาในปัจจุบัน โรคร่วม

**ชุดที่ 2 แบบสอบถามความต้องการด้านจิตวิญญาณ** ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบ สอบถามความต้องการด้านจิตวิญญาณของ สิดาร์ตัน สัมครสมาน (2550) ที่ได้สร้างขึ้นตามกรอบ แนวคิดความต้องการด้านจิตวิญญาณของ Highfield (1992) มีจำนวนทั้งหมด 30 ข้อคำถาม แต่ละ ข้อคำถามเป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ (Rating scale) ประกอบด้วย 3 ด้าน ดังนี้ 1) ความต้องการ การมีความหมายและเป้าหมายของชีวิตจำนวน 13 ข้อ คือข้อคำถามที่ 1-13 2) ความต้องการการมี สัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งนอกเหนือตนเอง มีลักษณะของความรัก ใจกว้างใจ เคารพและศรัทธา การนับถือศาสนา ปฏิบัติกิจกรรมหรือพิธีกรรมทางศาสนา ตามความเชื่อของ ตนเอง จำนวน 11 ข้อ คือข้อคำถามที่ 14-24 3) ความต้องการมีความหวัง เป็นการจินตนาการให้ ตนเองพบสิ่งที่ดี และมีชีวิตที่ดีขึ้น มีจำนวน 6 ข้อ คือข้อคำถามที่ 25-30 ซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน โดยคำตอบมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

|                    |         |                      |
|--------------------|---------|----------------------|
| ระดับคะแนน 0 คะแนน | หมายถึง | ไม่มีความต้องการ     |
| ระดับคะแนน 1 คะแนน | หมายถึง | มีความต้องการน้อย    |
| ระดับคะแนน 2 คะแนน | หมายถึง | มีความต้องการปานกลาง |
| ระดับคะแนน 3 คะแนน | หมายถึง | มีความต้องการมาก     |

การคิดคะแนน รวมคะแนนข้อคำถามทั้ง 30 ข้อ คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 90 คะแนน นำคะแนนรวมทั้งชุดแบบสอบถามหารด้วยจำนวนข้อ จะได้ค่าเฉลี่ยเพื่อมาแปลผลคะแนน ซึ่งค่าคะแนนเฉลี่ยจะอยู่ระหว่าง 0-3 คะแนน คะแนนเฉลี่ยสูง แปลว่า ผู้ป่วยมีความต้องการด้านจิตวิญญาณในระดับสูง นอกจากนี้ได้แบ่งระดับความต้องการด้านจิตวิญญาณออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (สิดารัตน์ สมักรสมาน, 2550)

|                       |   |
|-----------------------|---|
| คะแนนเฉลี่ย 0.00-1.00 | หมายถึง ผู้ป่วยมีความต้องการด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับน้อย    |
| คะแนนเฉลี่ย 1.01-2.00 | หมายถึง ผู้ป่วยมีความต้องการด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง |
| คะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00 | หมายถึง ผู้ป่วยมีความต้องการด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง     |

เครื่องมือนี้ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการคำนวณค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content valid index) ได้เท่ากับ 1 และได้ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับญาติผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .84 (สิดารัตน์ สมักรสมาน, 2550)

**ชุดที่ 3 แบบสอบถามการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา** ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาของ วิไลลักษณ์ ดันติตระกูล (2552) ที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยใช้แนวคิดการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตาม ทาน ศีล ภavana ของพระธรรมโกศาจารย์ (2533) ข้อคำถามเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถาม 25 ข้อคำถาม ที่ประกอบด้วย การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตามทาน จำนวน 9 ข้อคำถาม ได้แก่ ข้อ 1-9 ด้านศีล จำนวน 9 ข้อคำถาม ได้แก่ ข้อ 10-18 และด้านภavana จำนวน 7 ข้อคำถาม ได้แก่ ข้อ 19-25 การให้คะแนนมีตั้งแต่ไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา จนถึงปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาทุกวัน โดยแบบสอบถามนี้มีเกณฑ์การให้คะแนนดังต่อไปนี้

|                 |  |
|-----------------|--|
| คะแนน 1 หมายถึง | ไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมที่สัมพันธ์กับศาสนา ในข้อนั้นเลย         |
| คะแนน 2 หมายถึง | ปฏิบัติกิจกรรมที่สัมพันธ์กับศาสนา ในข้อนั้นปีละ 2-3 ครั้ง    |
| คะแนน 3 หมายถึง | ปฏิบัติกิจกรรมที่สัมพันธ์กับศาสนา ในข้อนั้นเดือนละ 1 ครั้ง   |
| คะแนน 4 หมายถึง | ปฏิบัติกิจกรรมที่สัมพันธ์กับศาสนา ในข้อนั้นสัปดาห์ละ 1 ครั้ง |

คะแนน 5 หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมที่สัมพันธ์กับศาสนาในข้อนั้นทุกวัน การคิดคะแนน คะแนนโดยรวมแบบสอบถามทั้ง 25 ข้อ มีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 25 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 125 คะแนน โดยการนำคะแนนแต่ละข้อมารวมกันแล้วหารค่าเฉลี่ย ซึ่งค่าคะแนนเฉลี่ยจะอยู่ระหว่าง 1-5 คะแนน ค่าเฉลี่ยคะแนนรวมสูงหมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาสูง ช่วงค่าเฉลี่ยคะแนนน้อยคือมีการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาต่ำ โดยแบ่งระดับการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาออกเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ (วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล, 2552)

|                       |         |   |
|-----------------------|---------|---|
| คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 | หมายถึง | มีการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาอยู่ในระดับต่ำ     |
| คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67 | หมายถึง | มีการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาอยู่ในระดับปานกลาง |
| คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00 | หมายถึง | มีการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาอยู่ในระดับสูง     |

เครื่องมือนี้ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการคำนวณค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content valid index) ได้เท่ากับ .81 และได้ตรวจหาความเที่ยง (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .83 (วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล, 2552)

**ชุดที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ (Multi-dimensional Scale of Perceived Social Support: MSPSS)** เป็นแบบสอบถามการรับรู้ว่ามีบุคคลคอยช่วยเหลือและสามารถได้รับความช่วยเหลือ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของ Zimet et al. (1988) และผ่านการแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลและแปลย้อนกลับโดย Wongpakaran et al. (2011) ซึ่งแบบสอบถามวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม 3 มิติ คือ การรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน และคนสำคัญอื่น ข้อคำถามเป็นมาตราประมาณค่า 7 ระดับ (Rating scale) แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อคำถาม ที่ประกอบด้วย การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากครอบครัว จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ข้อ 3, 4, 8, 11 การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากเพื่อน จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ข้อ 6, 7, 9, 12 การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากบุคคลสำคัญ จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ข้อ 1, 2, 5, 10 โดยแบบสอบถามนี้มีเกณฑ์การให้คะแนนดังต่อไปนี้

|                 |                     |
|-----------------|---------------------|
| คะแนน 1 หมายถึง | ไม่เห็นด้วยอย่างมาก |
| คะแนน 2 หมายถึง | ไม่เห็นด้วย         |
| คะแนน 3 หมายถึง | ค่อนข้างไม่เห็นด้วย |

|                 |                  |
|-----------------|------------------|
| คะแนน 4 หมายถึง | เฉย ๆ            |
| คะแนน 5 หมายถึง | ค่อนข้างเห็นด้วย |
| คะแนน 6 หมายถึง | เห็นด้วย         |
| คะแนน 7 หมายถึง | เห็นด้วยอย่างมาก |

การคิดคะแนน คะแนนโดยรวมแบบสอบถามทั้ง 12 ข้อ มีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 12 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 84 คะแนน นำคะแนนรวมทั้งชุดแบบสอบถามหารด้วยจำนวนข้อ จะได้ค่าเฉลี่ยเพื่อมาแปลผลคะแนน ซึ่งค่าคะแนนเฉลี่ยจะอยู่ระหว่าง 1-7 คะแนน โดยช่วงค่าเฉลี่ยคะแนนมากคือการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ช่วงค่าเฉลี่ยคะแนนต่ำคือการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ นอกจากนี้แบ่งระดับการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| คะแนนเฉลี่ย 1.0-2.5 หมายถึง | การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ     |
| คะแนนเฉลี่ย 2.6-5.5 หมายถึง | การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง |

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| คะแนนเฉลี่ย 5.6-7.0 หมายถึง | การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง |
|-----------------------------|--|

เครื่องมือนี้ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยได้ตรวจหาความเที่ยง (Reliability) ในกลุ่มนักศึกษาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวน 310 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์كرونบาคแอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .91 และได้้นำเครื่องมือนี้ไปใช้วัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่รักษาตัวใน โรงพยาบาลจำนวน 152 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของكرونบาค (Cronbach's alpha coefficient) .87

**ชุดที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย** เป็นแบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบวัดความรุนแรงของการเจ็บป่วยของ ชนิญาน้อยเปียง (2545) ที่ได้สร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยเจ็บที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณตามการรับรู้ของผู้ป่วยขณะตอบ ข้อคำถามเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ มีด้านร่างกาย 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-4 ด้านจิตใจ 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 5-9 ด้านสังคม 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 10-14 และด้านจิตวิญญาณ 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 15-18 ข้อคำถามด้านบวก มีทั้งหมด 15 ข้อ คือ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 18 ข้อคำถามด้านลบมีทั้งหมด 3 ข้อ คือ ข้อ 9, 14, 17 โดยแบบสอบถามนี้มีเกณฑ์การให้คะแนนดังต่อไปนี้

|                   | ข้อคำถามด้านบวก | ข้อคำถามด้านลบ |
|-------------------|-----------------|----------------|
| ไม่เห็นด้วย       | คะแนน 1         | คะแนน 5        |
| เห็นด้วยน้อย      | คะแนน 2         | คะแนน 4        |
| เห็นด้วยปานกลาง   | คะแนน 3         | คะแนน 3        |
| เห็นด้วยมาก       | คะแนน 4         | คะแนน 2        |
| เห็นด้วยมากที่สุด | คะแนน 5         | คะแนน 1        |

การคิดคะแนน คะแนนโดยรวมแบบสอบถามทั้ง 18 ข้อ มีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 18 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 90 คะแนน นำคะแนนรวมทั้งชุดแบบสอบถามหารด้วยจำนวนข้อ จะได้ค่าเฉลี่ยเพื่อมาแปลผลคะแนน ซึ่งค่าคะแนนเฉลี่ยจะอยู่ระหว่าง 1-5 คะแนน ค่าเฉลี่ยคะแนนสูงคือมีการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยสูง ค่าเฉลี่ยคะแนนต่ำคือมีการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยต่ำ นอกจากนี้แบ่งระดับการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

|                          |         |   |
|--------------------------|---------|---|
| ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 | หมายถึง | มีการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยอยู่ในระดับต่ำ     |
| ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67 | หมายถึง | มีการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง |
| ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00 | หมายถึง | มีการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูง     |

เครื่องมือนี้ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยการคำนวณหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content valid index) ได้เท่ากับ .90 และตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' s alpha coefficient) เท่ากับ .82 และภายหลังการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 120 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' s alpha coefficient) เท่ากับ .85

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

แบบสอบถามทั้งหมดที่ผู้วิจัยจะนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบสอบถามความต้องการด้านจิตวิญญาณ แบบสอบถามการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้าง

ไว้แล้วมาใช้ทั้งหมดโดยไม่มีการตัดแปลงหรือปรับปรุงข้อความและเป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพจึง  
ไม่มีการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ

**การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)** โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือ แบบสอบถามความ  
ต้องการด้านจิตวิญญาณ แบบสอบถามการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา แบบสอบถามการสนับสนุน  
ทางสังคม และแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ไปทดลองใช้กับผู้ป่วย  
โรคมะเร็งระยะประคับประคองที่รักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ที่มีคุณสมบัติ  
เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 30 ราย และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความ  
เชื่อมั่น ของแบบสอบถาม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha  
coefficient) ซึ่งมีความเที่ยงของเครื่องมือครั้งนี้ แบบสอบถามความต้องการด้านจิตวิญญาณ ได้ค่า  
ความเที่ยง .82 แบบสอบถามการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ได้ค่าความเที่ยง .85 แบบสอบถามการ  
สนับสนุนทางสังคม ได้ค่าความเที่ยง .83 และ แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย  
ได้ค่าความเที่ยง .85 ในการศึกษาครั้งนี้ภายหลังการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระยะ  
ประคับประคอง จำนวน 84 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha  
coefficient) เท่ากับ .78, .79, .80 และ .79 ตามลำดับ

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการพิทักษ์กลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. ผู้วิจัยนำเสนอโครงการวิทยานิพนธ์และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ต่อคณะกรรมการ  
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย เลขที่ G-HS  
057/2563

2. ผู้วิจัยนำเสนอโครงการวิทยานิพนธ์ และเครื่องมือการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณา  
จริยธรรมวิจัยของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย เลขที่  
147/2020

3. เมื่อได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาล  
มหาราชนครราชสีมาแล้ว ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาลหัวหน้าเวรให้ช่วยขออนุญาตผู้ป่วยให้  
ผู้วิจัยเข้าพบ

4. เมื่อผู้ป่วยอนุญาต ผู้วิจัยจะเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง โดยการแนะนำตนเอง สร้าง  
สัมพันธภาพ มอบเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย พร้อมอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ให้ข้อมูล  
รายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย เรียนเชิญผู้ป่วยเข้าร่วมวิจัย และชี้แจงให้ทราบว่า การเข้าร่วมการวิจัย  
ในครั้งนี้ไปตามความสมัครของผู้ป่วย การตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ไม่มี

ผลต่อการรักษาพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ และกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการเป็นกลุ่มตัวอย่างโดยยุติการให้ข้อมูลใดตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น ไม่มีการเปิดเผยชื่อ นามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมหากมีข้อสงสัยกับการวิจัยในครั้งนี้ สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา แบบสอบถามจะถูกทำลายหลังสิ้นสุดการวิจัยไปแล้ว 1 ปี

5. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยตามความสมัครใจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนหลังจากผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ดำเนินการดังนี้

#### 1. ขั้นเตรียมการ

1.1 เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการและคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาแล้ว ผู้วิจัยจะขออนุญาตเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานวิชาการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยอายุรกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรม หอผู้ป่วยมะเร็ง และศูนย์ดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เพื่อชี้แจง วัตถุประสงค์ในการวิจัย รายละเอียด วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัย

#### 2. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ก่อนทำการเก็บรวบรวมข้อมูล 1 วัน ผู้วิจัยจะเข้าพบพยาบาลหัวหน้าเวรศูนย์การดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เพื่อติดต่อประสานงานขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ศูนย์การดูแลแบบประคับประคองดังนี้

2.1.1 ให้สำรวจรายชื่อ และหอผู้ป่วยที่ผู้ป่วยส่งมาปรึกษาเพื่อรับการดูแลแบบประคับประคองในแต่ละวันทำการ (จันทร์-ศุกร์ เวลา 8.00-16.00 น.) ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเข้าในงานวิจัยครั้งนี้ โดยการสุ่มแบบช่วงเวลา

2.1.2 ให้ช่วยประชาสัมพันธ์แจ้งกลุ่มตัวอย่างว่ามีโครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง ถ้าผู้ป่วยสนใจให้เจ้าหน้าที่ศูนย์การดูแลแบบประคับประคองแจ้งผู้ป่วยว่าจะมีผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยในวันถัดไป (ผู้ป่วยที่ส่งมาปรึกษาศูนย์การดูแลแบบประคับประคองทุกราย จะได้รับการดูแลจากทีมการดูแลแบบ

ประทับประคองในวันที่ส่งมาปรึกษา ผู้วิจัยเขาพบผู้ป่วยหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแล้วในวันถัดไป)

2.2 เมื่อผู้ป่วยอนุญาต ผู้วิจัยเขาพบผู้ป่วยเพื่อแนะนำตัวเอง และมอบเอกสารชี้แจง ผู้เข้าร่วมการวิจัย พร้อมอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดขั้นตอนในการวิจัย อธิบายถึงสิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย จากนั้นสอบถามข้อสงสัยต่าง ๆ หากผู้ป่วยมีข้อสงสัย ผู้วิจัยจะอธิบายเพิ่มเติม เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ กรณีที่ผู้ป่วยไม่มีข้อสงสัย ผู้วิจัยสอบถามความสมัครใจของผู้ป่วยในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ พร้อมเรียนเชิญให้ผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เมื่อผู้ป่วยมีความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ให้ผู้ป่วยทุกรายลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยทุกราย เพื่อนำเข้ามาเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา

2.3 หลังจากผู้ป่วยลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยสอบถามความสะดวกและความพร้อมในการตอบแบบสอบถาม หากกลุ่มตัวอย่างสะดวกตอบแบบสอบถามที่เตรียม ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลที่เตรียม หากกลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกในการตอบแบบสอบถามที่เตรียม ผู้วิจัยนำกลุ่มตัวอย่างไปยังห้องที่ผู้วิจัยได้จัดเตรียมไว้หรือบริเวณที่เงียบสงบตอบแบบสอบถาม

2.4 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมอบเอกสารให้กับกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 5 ชุด โดยเรียงลำดับดังนี้ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป และแบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ซึ่งในส่วนของแบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนี้ ในหัวข้อการวินิจฉัยโรค ระยะของโรค ประวัติการรักษา ผู้วิจัยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเพิ่มประวัติผู้ป่วย 2) แบบสอบถามความต้องการด้านจิตวิญญาณ 3) แบบสอบถามการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา 4) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม 5) แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ให้กลุ่มตัวอย่างทำการตอบแบบสอบถามตามสะดวก ผู้วิจัยจะอยู่ใกล้ ๆ กับกลุ่มตัวอย่างขณะตอบแบบสอบถาม หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยในการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะตอบข้อสงสัยให้กับกลุ่มตัวอย่างทันที และหากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไปแล้วต้องการพักให้กลุ่มตัวอย่างแจ้งผู้วิจัยได้ทันที ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างพักผ่อนก่อน และให้กลุ่มตัวอย่างกลับมาทำแบบสอบถามเมื่อกำลังมีความพร้อม ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกในการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านให้กลุ่มตัวอย่างฟังและให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ในขณะที่เก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้เว้นระยะห่างจากกลุ่มตัวอย่าง 1 เมตร สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา พร้อมทั้งจัดเตรียมหน้ากากอนามัยให้กลุ่มตัวอย่างได้สวมด้วย และก่อนที่จะเขาเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยล้างมือด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อหรือเจลแอลกอฮอล์ทำความสะอาดอุปกรณ์ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ ปากกา ดินสอ ด้วยแอลกอฮอล์ก่อนให้กลุ่มตัวอย่างสัมผัส เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019



2.5 ในขณะที่เก็บรวบรวมข้อมูลหากกลุ่มตัวอย่างมีอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย ปวด หรือ สัญญาณชีพผิดปกติ ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างหยุดการตอบแบบสอบถามทันที และผู้วิจัยจะให้ การดูแลเบื้องต้นตามมาตรฐานการพยาบาลและรายงานพยาบาลประจำแผนกเพื่อให้การดูแลพยาบาล ผู้ป่วยทันที

2.6 เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้ตอบแบบสอบถามครบทั้ง 5 ชุด เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยขอความ ร่วมมือให้กลุ่มตัวอย่างช่วยตรวจทานการตอบแบบสอบถามให้ครบถ้วนทุกฉบับ ก่อนที่จะรับ แบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง ภายหลังจากเสร็จสิ้นการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยจะเปิด โอกาสให้กลุ่ม ตัวอย่างได้พูดคุยถึงความรู้สึกและผู้วิจัยจะให้ข้อมูลในขอบเขตวิชาชีพพยาบาลเพื่อให้เกิด ประโยชน์กับกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด พร้อมกับกล่าวขอบคุณและมอบของที่ระลึก

2.7 ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2563 ถึงเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2563 เมื่อได้ข้อมูลเรียบร้อยแล้วจึงนำข้อมูลมาวิเคราะห์ผลทางสถิติ

2.8 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามทั้งหมด บันทึกลงในคอมพิวเตอร์ ที่ วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมทางสถิติ ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยใช้รหัสตัวเลขแทนการ ระบุชื่อ ผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ด้วยรหัสผ่านที่ผู้วิจัยตั้งไว้ ส่วน ข้อมูลที่เป็นกระดาษแบบสอบถามจะเก็บใส่ซองสีน้ำตาลและปิดอย่างมิดชิด เก็บไว้ในตู้เอกสารมี กุญแจถือตลอดเวลา ผลการศึกษาจะนำเสนอเป็นภาพรวม

### การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาทำ การวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคำนวณหาค่า สถิติดังนี้ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ค่าความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะ ประคับประคอง วิเคราะห์ โดย หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะ ประคับประคอง โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) โดยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) โดยตัวแปรทุกตัวอยู่ในมาตราอัตราส่วน ที่มีความเป็น

อิสระต่อกัน ข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งปกติ (Normality) ตัวแปรต้นและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linear relationship) (ชญชิตาคุษฎี ทูลศิริ, 2561)



## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research design) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง โดยปัจจัยประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการสนับสนุนทางสังคม กับความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง ผลการศึกษานำเสนอเป็นตารางประกอบ คำบรรยาย แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการสนับสนุนทางสังคม กับความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง

#### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

##### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส กิจกรรมทางศาสนาที่ปฏิบัติ อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว บุคคลที่ให้การดูแลใกล้ชิดเมื่อเจ็บป่วย สิทธิการรักษา ดังแสดงไว้ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 84)

| ข้อมูลส่วนบุคคล | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|-----------------|------------|--------|
| เพศ             |            |        |
| ชาย             | 38         | 45.20  |
| หญิง            | 46         | 54.80  |

ตารางที่ 1 (ต่อ)

| ข้อมูลส่วนบุคคล                                | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|--|------------|--------|
| <b>อายุ (ปี)</b>                               |            |        |
| 20-30 ปี                                       | 1          | 1.19   |
| 31-40 ปี                                       | 4          | 4.76   |
| 41-50 ปี                                       | 19         | 22.62  |
| 51-60 ปี                                       | 24         | 28.57  |
| 61-70 ปี                                       | 18         | 21.43  |
| 71-80 ปี                                       | 13         | 15.48  |
| 80 ปีขึ้นไป                                    | 5          | 5.95   |
| (Min = 26 , Max = 86 , M = 58.86 , SD = 12.64) |            |        |
| <b>สถานภาพสมรส</b>                             |            |        |
| โสด  | 14         | 16.67  |
| คู่  | 55         | 65.48  |
| หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่                          | 15         | 17.86  |
| <b>ระดับการศึกษา</b>                           |            |        |
| ไม่ได้ศึกษา                                    | 3          | 3.58   |
| ประถมศึกษา                                     | 54         | 64.29  |
| มัธยมศึกษาตอนต้น                               | 10         | 11.90  |
| มัธยมศึกษาตอนปลาย                              | 8          | 9.52   |
| ปวช.   | 3          | 3.57   |
| ปริญญาตรี                                      | 6          | 7.14   |
| <b>อาชีพขณะที่ย้าย</b>                         |            |        |
| ไม่ได้ประกอบอาชีพ                              | 43         | 51.19  |
| ค้าขาย   | 13         | 15.48  |
| เกษตรกรรม                                      | 13         | 15.48  |
| รับจ้าง  | 11         | 13.09  |
| รับราชการ                                      | 4          | 4.76   |

ตารางที่ 1 (ต่อ)

| ข้อมูลส่วนบุคคล   | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|---|------------|--------|
| <b>รายได้</b>   |            |        |
| น้อยกว่า 5,000  | 29         | 34.50  |
| 5,000-10,000  | 33         | 39.30  |
| 10,001-20,000   | 17         | 20.20  |
| 20,001-30,000   | 4          | 4.80   |
| มากกว่า 30,000  | 1          | 1.20   |
| (Min = 2,000 , Max = 33,000 , $M = 9,793.45$ ,<br>$SD = 7,096.18$ ) |            |        |
| <b>ความเพียงพอของรายได้</b>   |            |        |
| เพียงพอ   | 31         | 36.90  |
| ไม่เพียงพอ  | 53         | 63.10  |
| <b>จำนวนสมาชิกในครอบครัว</b>  |            |        |
| 2-3 คน  | 43         | 51.20  |
| 4-5 คน  | 29         | 34.50  |
| 6-7 คน  | 12         | 14.30  |
| <b>บุคคลที่ให้การดูแลใกล้ชิดเมื่อเจ็บป่วย</b>                       |            |        |
| สามี/ ภรรยา   | 30         | 35.70  |
| บุตร  | 37         | 44.00  |
| บิดา/ มารดา   | 5          | 6.00   |
| ญาติ/ พี่น้อง   | 12         | 14.30  |
| <b>กิจกรรมทางศาสนาที่ชอบปฏิบัติ</b>                                 |            |        |
| ใส่บาตร   | 53         | 63.10  |
| สวดมนต์   | 17         | 20.20  |
| ถวายสังฆทาน   | 12         | 14.30  |
| ฟังธรรม   | 2          | 2.40   |
| <b>สิทธิการรักษา</b>  |            |        |
| หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  | 62         | 73.80  |

ตารางที่ 1 (ต่อ)

| ข้อมูลส่วนบุคคล | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|-----------------|------------|--------|
| ประกันสังคม     | 8          | 9.50   |
| เบิกราชการ      | 14         | 16.70  |

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 84 คน พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 54.80 อยู่ในช่วงอายุ 51-60 ปี ร้อยละ 28.57 รองลงมา ช่วงอายุ 41-50 ปี ร้อยละ 22.62 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 58.86 ปี ( $SD = 12.64$ ) มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด ร้อยละ 65.48 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 64.29 ระหว่างที่เจ็บป่วยกลุ่มตัวอย่างไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 51.19 กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 39.30 รองลงมา น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 34.50 ส่วนใหญ่เป็นรายได้ที่ไม่เพียงพอ ร้อยละ 63.10 สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่มีจำนวน 2-3 ร้อยละ 51.20 บุคคลที่ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วยส่วนใหญ่เป็นบุตร คิดเป็นร้อยละ 44.00 รองลงมาคือ สามี/ภรรยา ร้อยละ 35.70 กิจกรรมทางศาสนาที่ชอบปฏิบัติส่วนใหญ่คือ การใส่บาตร ร้อยละ 63.10 ส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาเป็นหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร้อยละ 73.80

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการเจ็บป่วยและการรักษา (n = 84)

| การเจ็บป่วยและการรักษา   | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|--------------------------|------------|--------|
| <b>ชนิดของโรคมะเร็ง</b>  |            |        |
| มะเร็งระบบทางเดินอาหาร   | 33         | 39.20  |
| มะเร็งระบบทางเดินหายใจ   | 17         | 20.20  |
| มะเร็งเต้านม             | 12         | 14.30  |
| มะเร็งในช่องปาก          | 6          | 7.10   |
| มะเร็งโพรงจมูก           | 5          | 6.00   |
| มะเร็งระบบต่อมไร้ท่อ     | 4          | 4.80   |
| มะเร็งเนื้อเยื่ออ่อน     | 3          | 3.60   |
| มะเร็งระบบทางเดินปัสสาวะ | 2          | 2.40   |
| มะเร็งปากมดลูก           | 1          | 1.20   |

ตารางที่ 2 (ต่อ)

| การเจ็บป่วยและการรักษา                          | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|---|------------|--------|
| มะเร็งสมอง                                      | 1          | 1.20   |
| <b>ระยะของโรคมะเร็ง</b>                         |            |        |
| ระยะที่ 3                                       | 12         | 14.30  |
| ระยะที่ 4                                       | 72         | 85.70  |
| <b>ระยะเวลาในการเจ็บป่วย</b>                    |            |        |
| น้อยกว่า 3 เดือน                                | 8          | 9.52   |
| 3 เดือน-6 เดือน                                 | 21         | 25.00  |
| 6 เดือน-1ปี                                     | 16         | 19.05  |
| 1-2 ปี  | 20         | 23.81  |
| มากกว่า 2 ปี ขึ้นไป                             | 19         | 22.62  |
| <b>คะแนน Palliative performance scale (PPS)</b> |            |        |
| 30%   | 9          | 10.71  |
| 40%   | 18         | 21.43  |
| 50%   | 27         | 32.15  |
| 60%   | 30         | 35.71  |
| <b>การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน</b>              |            |        |
| เคมีบำบัด                                       | 18         | 21.40  |
| ฉายรังสี  | 15         | 17.90  |
| เคมีบำบัดร่วมกับการฉายรังสี                     | 1          | 1.20   |
| รักษาตามอาการ                                   | 48         | 57.10  |
| ผ่าตัด  | 2          | 2.40   |
| <b>โรครวม</b>                                   |            |        |
| ไม่มี   | 55         | 65.50  |
| มี  | 29         | 34.50  |
| ความดันโลหิตสูง                                 | 14         | 16.66  |
| เบาหวาน ความดันโลหิตสูง                         | 8          | 9.51   |
| รูมาตอยด์                                       | 4          | 4.76   |

## ตารางที่ 2 (ต่อ)

| การเจ็บป่วยและการรักษา | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|------------------------|------------|--------|
| ไขมันในเลือดสูง        | 2          | 2.38   |
| มะเร็งระบบทางเดินอาหาร | 1          | 1.19   |

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง โรคมะเร็งที่พบส่วนใหญ่คือ โรคนมะเร็งระบบทางเดินอาหาร ร้อยละ 39.20 รองลงมาคือมะเร็งระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 20.20 ระยะของโรคมะเร็งที่พบส่วนใหญ่คือ ระยะที่ 4 ร้อยละ 85.70 ระยะเวลาในการเจ็บป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 3-6 เดือน ร้อยละ 25.00 รองลงมาคือ 1-2 ปี ร้อยละ 23.81 ค่าคะแนน Palliative performance scale (PPS) ส่วนใหญ่คือ 60% ร้อยละ 35.71 รองลงมาคือ 50% ร้อยละ 32.15 การรักษาที่ได้รับในปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นการรักษาตามอาการ ร้อยละ 57.10 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคร่วม ร้อยละ 65.50 ส่วนที่พบโรคร่วมโรคที่พบส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 16.66 รองลงมาคือ โรคเบาหวานรวมกับความดันโลหิตสูง ร้อยละ 9.51

## ส่วนที่ 2 ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง

ความต้องการด้านจิตวิญญาณ ประกอบด้วย 3 ด้าน ด้านการมีความหมายและเป้าหมายของชีวิต ด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งแวดล้อมและสิ่งนอกเหนือตน และด้านการมีความหวัง ดังแสดงในตารางที่ 3



ตารางที่ 3 พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ และระดับของคะแนนความต้องการด้านจิตวิญญาณจำแนกตามคะแนนโดยรวมและรายด้าน (n = 84)

| ความต้องการด้านจิตวิญญาณ  | พิสัยที่เป็นไปได้ | พิสัยที่เป็นจริง | M    | SD   | ระดับ | n (%)    |
|---|-------------------|------------------|------|------|-------|----------|
| โดยรวม  | 0-3               | 0-3              | 2.67 | 0.12 | สูง   | 84 (100) |
| ด้านการมีความหมายและเป้าหมายของชีวิต                                    | 0-3               | 2-3              | 2.68 | 0.14 | สูง   |          |
| ด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งแวดล้อมและสิ่งนอกเหนือตน | 0-3               | 2-3              | 2.66 | 0.18 | สูง   |          |
| ด้านการมีความหวัง   | 0 - 3             | 2-3              | 2.64 | 0.20 | สูง   |          |

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความต้องการด้านจิตวิญญาณโดยรวมอยู่ในระดับสูงร้อยละ 100 ( $M = 2.67, SD = 0.12$ ) เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการด้านจิตวิญญาณทุกด้านในระดับสูง โดยด้านการมีความหมายและเป้าหมายของชีวิตมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงสุดและอยู่ในระดับสูง ( $M = 2.68, SD = 0.14$ ) ข้อที่มีคะแนนค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ข้อที่ 10 ซึ่งถามว่า ท่านต้องการได้รับการรักษาจากทีมสุขภาพเท่าที่จำเป็นเท่านั้น ไม่ต้องการเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน ( $M = 2.90, SD = 0.29$ ) (ดังภาคผนวก ฉ) รองลงมา คือ ด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งแวดล้อมและสิ่งนอกเหนือตนมีค่าเฉลี่ยคะแนน ( $M = 2.66, SD = 0.18$ ) ข้อที่มีคะแนนค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ข้อที่ 18 ซึ่งถามว่า ท่านต้องการทำบุญ สร้างกุศล การบริจาคทาน เพื่อให้ชีวิตพบในสิ่งที่ดี ( $M = 2.93, SD = 0.25$ ) (ดังภาคผนวก ฉ) และด้านการมีความหวัง มีค่าเฉลี่ยคะแนน ( $M = 2.64, SD = 0.20$ ) ข้อที่มีคะแนนค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ข้อที่ 27 และ 30 ซึ่งถามว่า ท่านต้องการให้คุณงามความดีที่ท่านเคยปฏิบัติมา ช่วยให้อาการของท่านทุเลาลง ไม่ทรมาน และ ท่านได้อิฐฐานให้ท่านจากไปอย่างสงบ และได้พบสิ่งที่ดีหลังความตายตามความเชื่อของท่าน ( $M = 2.90, SD = 0.29$ ) (ดังภาคผนวก ฉ)

### ส่วนที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง

การศึกษาในงานวิจัยนี้ ผลการศึกษาการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง แสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง (n = 84)

| ตัวแปร                            | พิสัยที่เป็นไปได้ | พิสัยที่เป็นจริง | M    | SD   | ระดับ |
|-----------------------------------|-------------------|------------------|------|------|-------|
| การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย | 1-5               | 3-5              | 4.00 | 0.37 | สูง   |
| การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา         | 1-5               | 3-5              | 4.34 | 0.26 | สูง   |
| การสนับสนุนทางสังคม               | 1-7               | 5-7              | 6.12 | 0.36 | สูง   |

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $M = 4.00$ ,  $SD = 0.37$ ) มีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาอยู่ในระดับสูง ( $M = 4.34$ ,  $SD = 0.26$ ) และมีค่าเฉลี่ยคะแนนการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $M = 6.12$ ,  $SD = 0.36$ )

### ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการสนับสนุนทางสังคม กับความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง

การศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการสนับสนุนทางสังคม กับความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง โดยใช้การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation) ก่อนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (ชนัญชิตาคุณฤๅ ทูลศิริ, 2561) ดังนี้

1. ตัวแปรทั้งหมด เป็นตัวแปรระดับอันดับ
  2. กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มประชากร
  3. การทดสอบการกระจายของข้อมูล โดยใช้สถิติ Kolmogorov–Smirnov พบว่ามีการกระจายของข้อมูลแบบ โค้งปกติ (Normality) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $\alpha$  เท่ากับ 0.05 ( $p > .05$ ) (ดังแสดงในภาคผนวก จ)
  4. การทดสอบความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนคงที่ (Homoscedasticity) โดยใช้ Scatter plot พบว่า กราฟของการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การสนับสนุนทางสังคม กับความต้องการด้านจิตวิญญาณมีลักษณะ Homoscedasticity
  5. การทดสอบความสัมพันธ์กันเชิงเส้นตรง (Test for linearity) โดยการนำ Scatter plot พบว่า กราฟของการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การสนับสนุนทางสังคม กับความต้องการด้านจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์กันเชิงเส้นตรง
- จากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่าเป็นไปตามข้อตกลงของการใช้สถิตินี้ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การสนับสนุนทางสังคม กับความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการสนับสนุนทางสังคม กับความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง ( $n = 84$ )

| ตัวแปร                            | ความต้องการด้านจิตวิญญาณ |          |
|-----------------------------------|--------------------------|----------|
|                                   | <i>r</i>                 | <i>p</i> |
| การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย | .40***                   | .000     |
| การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา         | .36**                    | .001     |
| การสนับสนุนทางสังคม               | .25*                     | .025     |

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

จากตารางที่ 8 พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .40$ ,  $p < .001$ ) การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนามีความสัมพันธ์ทางบวกใน

ระดับปานกลางกับความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .36, p < .01$ ) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .25, p < .05$ )



## บทที่ 5

### สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง โดยนำทฤษฎีความผาสุกด้านจิตวิญญาณในขณะเจ็บป่วย (Spiritual Well-Being in Illness) ของ O' Brien (2014) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองทุกชนิดเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมหาสารคามราชสีมา และมีคะแนน Palliative Performance Scale (PPS) ระหว่าง 30-60% จำนวน 84 ราย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2563 ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความต้องการด้านจิตวิญญาณ แบบสอบถามการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ และแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำเครื่องมือดังกล่าวไปวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) กับผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะประคับประคองที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) เท่ากับ .82, .85, .83 และ .85 ตามลำดับ ในการศึกษาครั้งนี้ภายหลังการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง จำนวน 84 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .78, .79, .80 และ .79 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive statistics) และสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficients) กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

#### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง สามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 54.80 อยู่ในช่วงอายุ 51-60 ปี ร้อยละ 28.57 รองลงมา อายุ 41-50 ปี ร้อยละ 22.62 มีอายุเฉลี่ย 58.86 ปี ( $SD = 12.64$ ) มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 64.29 มีสถานภาพสมรสคู่

ร้อยละ 65.48 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 51.19 รายได้ต่อเดือนของผู้ป่วยมะเร็งระยะ  
 ประคับประคอง อยู่ระหว่าง 5,000-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 39.30 รองลงมาน้อยกว่า 5,000 บาท  
 ร้อยละ 34.50 รายได้เฉลี่ยเดือนละ 9,793.45 บาทต่อเดือน ( $SD = 7,096.18$ ) ความเพียงพอของรายได้  
 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 63.10 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกใน  
 ครอบครัว 2-3 คน ร้อยละ 51.20 บุคคลที่ให้การดูแลอย่างใกล้ชิดเมื่อเจ็บป่วยส่วนใหญ่คือบุตร  
 ร้อยละ 44.00 รองลงมาคือ สามี/ภรรยา ร้อยละ 35.70 ส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
 ร้อยละ 73.80

โรคมะเร็งที่เป็นส่วนใหญ่คือโรคมะเร็งระบบทางเดินอาหาร ร้อยละ 39.20 รองลงมา คือ  
 มะเร็งระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 20.20 มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 3-6 เดือน  
 คิดเป็นร้อยละ 25.00 รองลงมาคือ 1-2 ปี ร้อยละ 23.81 ค่าคะแนน Palliative performance scale  
 (PPS) ส่วนใหญ่คือ 60% คิดเป็นร้อยละ 35.71 รองลงมาคือ 50% ร้อยละ 32.15 การรักษาที่ได้รับใน  
 ปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นการรักษาแบบประคับประคองตามอาการ ร้อยละ 57.10

2. ผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองมีความต้องการด้านจิตวิญญาณโดยรวมอยู่ใน  
 ระดับสูง ร้อยละ 100 ( $M = 2.67, SD = 0.12$ ) เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะ  
 ประคับประคองมีความต้องการด้านจิตวิญญาณทุกด้านในระดับสูง โดยด้านที่มีความหมายและ  
 เป้าหมายของชีวิตมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงสุด ( $M = 2.68, SD = 0.14$ ) รองลงมาได้แก่ ด้านการมี  
 ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งแวดล้อมและสิ่งนอกเหนือตน มีค่าเฉลี่ยคะแนน ( $M = 2.66,$   
 $SD = 0.18$ ) และด้านการมีความหวัง มีค่าเฉลี่ยคะแนน ( $M = 2.64, SD = 0.20$ )

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะ  
 ประคับประคอง พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปาน  
 กลางกับความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองอย่างมีนัยสำคัญทาง  
 สถิติที่ระดับ .000 ( $r = .40, p < .001$ ) การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนามีความสัมพันธ์ทางบวกใน  
 ระดับปานกลางกับความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองอย่างมี  
 นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $r = .36, p < .01$ ) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์  
 ทางบวกในระดับต่ำกับความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองอย่างมี  
 นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .025 ( $r = .25, p < .05$ )

## อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษา สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย  
 ดังนี้

1. ความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง จากการศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการด้านจิตวิญญาณ โดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $M = 2.67, SD = 0.12$ ) คิดเป็นร้อยละ 100 สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 41-60 ปี อายุเฉลี่ย 58.86 ปี ซึ่งเป็นวัยที่มีความกังวลใจในเรื่องของสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป เป็นวัยที่มักจะประสบความสำเร็จในหน้าที่การงาน มีชื่อเสียง (ชัชวาล วงศ์สารี, 2559) เมื่อเกิดการเจ็บป่วยในระยะประคับประคอง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกังวลใจ ไม่สามารถทำงานได้ สูญเสียหน้าที่การงาน จะเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 51.19 ทำให้เกิดความทุกข์ทางจิตวิญญาณขึ้น ผู้ป่วยจึงแสดงความต้องการด้านจิตวิญญาณสูง และร้อยละ 85.70 กลุ่มตัวอย่างมีระยะของโรคมะเร็งอยู่ในระยะที่ 4 ซึ่งเป็นระยะสุดท้ายของโรคมะเร็ง จะมีอาการของการแสดงของโรคมามาก เช่น อาการปวด เหนื่อยหอบ เป็นต้น ผู้ป่วยจะเผชิญกับความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกาย และส่งผลกระทบต่อจิตใจ สังคม สร้างความทุกข์ทางจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วย ผู้ป่วยจึงแสดงความต้องการด้านจิตวิญญาณ เพื่อเป็นความหวัง กำลังใจ ที่พึ่งทางใจ (ชนุกร แก้วมณี และคณะ, 2557) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Cheng, Xu, Liu, Mao, and Chen (2018) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งมีความต้องการด้านจิตวิญญาณในระดับสูง และระยะของโรคมะเร็งที่มากขึ้นมีผลให้ผู้ป่วยมีความต้องการด้านจิตวิญญาณที่มากขึ้น

เมื่อพิจารณารายด้านความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองพบว่า มีความต้องการด้านการมีความหมายและเป้าหมายของชีวิตมากที่สุด ( $M = 2.68, SD = 0.14$ ) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ข้อที่ 10 ( $M = 2.90, SD = 0.29$ ) ที่ถามว่า ท่านต้องการได้รับการรักษาจากทีมสุขภาพเท่าที่จำเป็นเท่านั้น ไม่ต้องการเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน (ดังแสดงในภาคผนวก ก) สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะประคับประคอง มีการคาดการณ์การสูญเสีย ทำให้เริ่มตระหนักว่าแผนการมีชีวิตและเป้าหมายในชีวิตที่เคยตั้งไว้ อาจไม่สามารถทำให้บรรลุได้ เนื่องจากระยะเวลาของการมีชีวิตอยู่อย่างจำกัด ผลที่ตามมาคือภาวะความทุกข์ทางจิตวิญญาณ โดยจะแสดงออกโดยความรู้สึกโดดเดี่ยว การสิ้นหวัง หมดกำลังใจ ผู้ป่วยมะเร็งในระยะนี้จึงต้องการทบทวนชีวิต ต้องการยอมรับกับสถานการณ์และความตายที่จะเกิดขึ้น ปล่อยวาง ต้องการที่จะรู้จุดมุ่งหมายของชีวิตต่อจากนี้ เพื่อเข้าสู่ปลายทางของชีวิตอย่างดีที่สุด (กิตติกร นิลมานันต์, 2555; อนงค์ ภิบาล และอุไร หัตถกิจ, 2557) เมื่อผู้ป่วยค้นหาความหมายและเป้าหมายในชีวิตยอมรับสถานการณ์การเจ็บป่วยและความตายแล้ว ผู้ป่วยเริ่มมีการวางแผนชีวิตในระยะท้ายจนถึงวาระการเสียชีวิต โดยมีความต้องการที่จะไม่ทุกข์ทรมาน ไม่อยากเจ็บปวด อยากให้ทีมสุขภาพรักษาเท่าที่จำเป็น โดยมีเป้าหมายในชีวิตในการจากไปอย่างสงบ ไม่ทุกข์ทรมาน หรือการตายดี (Good death) สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนุกร แก้วมณี และคณะ (2557) ที่พบว่า ร้อยละ 71.50 ของ

ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี มีความต้องการด้านจิตวิญญาณในระดับสูง ด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต และการศึกษาของ Vilalta, Valls, Porta, and Vinas (2014) เกี่ยวกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามและระยะสุดท้าย ที่พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามและระยะสุดท้ายมีความต้องการทางจิตวิญญาณคือ ต้องการทราบความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ต้องการค้นหาความหมายของการดำรงชีวิตอยู่ และจากการศึกษาของ Zumstein-Shaha, Ferrell, and Economou (2020) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งมีความต้องการจิตวิญญาณในการแสวงหาความหมายในการเจ็บป่วย

ด้านความต้องการจิตวิญญาณด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งนอกเหนือคน มีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกัน ( $M = 2.66, SD = 0.18$ ) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ข้อที่ 18 ( $M = 2.93, SD = 0.25$ ) ที่ถามว่าท่าน ต้องการทำบุญ สร้างกุศล บริจาคทาน เพื่อให้ชีวิตพบสิ่งที่ดี (ดังแสดงในภาคผนวก ฉ) อภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นชาวพุทธ และกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างชอบปฏิบัติมากที่สุด คือ การใส่บาตร ร้อยละ 63.10 เป็นวิธีการทำบุญอย่างหนึ่ง ซึ่งชาวพุทธมีความเชื่อว่าการทำบุญ ทำทาน บุญกุศลที่ได้จากการทำบุญนี้จะคุ้มครองชีวิต ทำให้พ้นภัยอันตราย และส่งผลให้มีชีวิตที่ดีขึ้น ส่งผลไปยังอีกภพหน้าด้วย เป็นการสะสมบุญเพื่อให้เกิดในภพภูมิที่ดีหลังความตาย การทำบุญจะช่วยให้ผู้ป่วยมีจิตใจที่สงบสุข มีความสุข พบกับความผาสุกทางจิตวิญญาณในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต (พระภัทรนันท์ ฐิตเสฏฐิ์ และคณะ, 2559; แสงเดือน พรหมแก้วงาม และอรัญญา นามวงศ์, 2560; วิบูลย์พงศ์ พันธุนนท์ และบาลี พุทธรักษา, 2562; วิบูลย์พงศ์ พันธุนนท์ และบาลี พุทธรักษา, 2562) สอดคล้องกับการศึกษาหลาย ๆ การศึกษา ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งมีความต้องการด้านจิตวิญญาณในการปฏิบัติกิจกรรมศาสนาตามความเชื่อของตน เช่น การสวดมนต์ การทำบุญถวายสังฆทาน การขอโหสิกรรม เพื่อเป็นสิริมงคลในชีวิต สร้างความเข้มแข็งในจิตใจในการทำความเข้าใจในชีวิต ยอมรับการเจ็บป่วยและการตายที่ใกล้เข้ามา มีความสบายใจ มีความหวัง และสามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุขในช่วงสุดท้ายของชีวิต และมีความเชื่อว่าการได้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาจะนำพาชีวิตหลังความตายไปสู่ภพภูมิที่ดี (Hatamipour et al., 2015; Zumstein-Shaha et al., 2020 ; วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล, 2552; ชารินี เพชรรัตน์ และคณะ, 2560)

ด้านการมีความหวัง มีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับสูง ( $M = 2.64, SD = 0.20$ ) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ข้อที่ 27 และข้อที่ 30 ( $M = 2.90, SD = 0.29$ ) ที่ถามว่า ท่านต้องการให้ คุณงามความดีที่ท่านเคยปฏิบัติมา ช่วยให้อาการของท่านทุเลาลง ไม่ทรมาณ และ ท่านได้อธิษฐานให้ท่านจากไปอย่างสงบ และได้พบสิ่งที่ดีหลังความตายตามความเชื่อของท่าน (ดังแสดงในภาคผนวก ฉ) อภิปรายได้ว่า การมีความหวังในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นสิ่งที่ทำให้ชีวิตมีความสุข เป็นสิ่งที่



สะท้อนถึงความผาสุกทางจิตวิญญาณ ซึ่งความหวังมีความสำคัญสำหรับการมีชีวิตอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ทั้งนี้เนื่องจากความหวังเป็นแรงจูงใจในการสร้างทัศนคติทางบวก ซึ่งความหวังสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามเวลา เมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณยังสามารถรักษาได้ ผู้ป่วยหวังที่จะมีชีวิตอยู่ แต่เมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต ความหวังของผู้ป่วยอาจเปลี่ยนแปลงเป็นการหวังว่าจะสามารถค้นหาความหมายและเป้าหมายใหม่ในชีวิต และความหวังถึงการตายที่ดี การจากไปอย่างสงบ (กิตติกร นิลมานันต์, 2555) สอดคล้องกับการศึกษาของ Forouzi et al. (2017) ที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งมีค่าเฉลี่ยความต้องการด้านจิตวิญญาณในด้านความหวัง ความสงบสุข อยู่ในระดับสูง

2. ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การสนับสนุนทางสังคม กับความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

2.1 การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .40, p < .001$ ) กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่มากจะมีความต้องการด้านจิตวิญญาณมาก ซึ่งผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระยะที่ 4 ร้อยละ 85.70 และกลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนน Palliative Performance Scale (PPS) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 50-60% ร้อยละ 67.86 ซึ่งในช่วงระดับนี้ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง ไม่สามารถทำงานได้ นั่ง นอน เป็นส่วนใหญ่ มีอาการแสดงของโรครุนแรง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่มาก เมื่อความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองน้อยลง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (ชุนกร แก้วมณี และคณะ, 2557) ทำให้ผู้ป่วยเกิดความท้อแท้ สิ้นหวัง วิตกกังวล กลัวการสูญเสียหมดกำลังใจในชีวิต ความหมายและเป้าหมายในชีวิตเปลี่ยนไปจนนำไปสู่ภาวะบิบบิ้นทางจิตวิญญาณ (ปรารธนา ธรรมบุตร, 2555; ยุทธชัย ไชยสิทธิ์ และประเสริฐ ไพบุญรุ่งโรจน์, 2563) จึงส่งผลให้เกิดความต้องการด้านจิตวิญญาณมากขึ้น

สอดคล้องกับทฤษฎีความความผาสุกทางจิตวิญญาณในขณะเจ็บป่วยของ O' Brien (2014) ที่กล่าวว่า บุคคลเมื่อมีภาวะเจ็บป่วยต้องได้รับความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย ส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ ทำให้ความสามารถในการทำงานลดลงและรบกวนระบบคุณค่าความเชื่อของชีวิต บุคคลจึงต้องการค้นหาความหมายทางจิตวิญญาณ ความต้องการด้านจิตวิญญาณเพื่อนำไปสู่ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ทิวาวิวัฒน์ วัฒนาวัตถุ

(2551) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการด้านจิตวิญญาณ ( $r = .63, p < .05$ ) เมื่อผู้ป่วยรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมาก ผู้ป่วยมีความต้องการด้านจิตวิญญาณมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งทิพย์ รัตน์ไมตรีเกียรติ และนัยนา พิพัฒน์วิเศษ (2560) ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้า พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการด้านจิตวิญญาณ ( $r = .22, p < .05$ )

2.2 การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .36, p < .01$ ) กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาที่มากจะมีความต้องการด้านจิตวิญญาณมาก ซึ่งผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างพบมะเร็งระยะประคับประคองอยู่ในระยะที่ 4 ร้อยละ 85.70 ซึ่งเป็นระยะที่มีอาการมาก มีความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ก่อให้เกิดความทุกข์ใจ ไม่สบายใจ นำไปสู่ความทุกข์ทางจิตวิญญาณ ผู้ป่วยจึงปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา มาก เพื่อมีความเชื่อว่าศาสนาจะช่วยให้มีความสุข สบายใจ และจากกลุ่มตัวอย่างเป็นชาวไทยพุทธ มีภูมิลำเนาในภาคอีสาน ซึ่งจิตวิญญาณของคนในภาคอีสานนั้นผูกพันกับวัฒนธรรมความเชื่อ ความศรัทธาอย่างมาก โดยมีความเชื่อว่าสิ่งศักดิ์สิทธิ์ จะช่วยคุ้มครอง ปกป้องรักษาให้พ้นภัยอันตราย ช่วยให้หลุดพ้นจากความทุกข์ทั้งปวง โดยสะท้อนออกมาในรูปแบบของพิธีกรรม เช่น พิธีสู่ขวัญ การเซ่นไหว้บูชาสิ่งศักดิ์สิทธิ์ พิธีกรรมต่อชะตา พิธีทำบุญเลี้ยงพระ พิธีกรรมบูชาของรักษา การดูหมอ และพิธีขอขมา เป็นต้น (สะอาด มุ่งสิน และจรรยาศรี มีหนองหว้า, 2558; ปฐมพงศ์ ลิ้มเจริญ และคณะ, 2559) เพราะมีความเชื่อว่าการได้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตามความเชื่อและความศรัทธาในศาสนานั้น ช่วยขจัดความทุกข์ ทำให้จิตใจสงบ มีความสุข มีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ มีกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรคร้าย เพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ ผู้ป่วยจึงมีแสดงความต้องการด้านจิตวิญญาณที่สูง สอดคล้องกับทฤษฎีความความผาสุกทางจิตวิญญาณในขณะเจ็บป่วยของ O' Brien (2014) ที่กล่าวว่า การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เป็นกิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติตามหลักความเชื่อในศาสนาที่ตนเองเคารพนับถือ เป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ ในการค้นหาความหมายทางจิตวิญญาณ ความต้องการทางจิตวิญญาณ ที่จะนำไปสู่ความผาสุกทางจิตวิญญาณ

สอดคล้องกับการศึกษาของ Taylor (2006) พบว่าความต้องการทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์กับความถี่ของการเข้าร่วมพิธีกรรมทางศาสนาของผู้ป่วยมะเร็ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .50, p < .001$ ) และการศึกษาของ ทิวาริณณ์ วัฒนาวัตต์ (2551) พบว่าการเข้าร่วมพิธีกรรม

ทางศาสนามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการด้านจิตวิญญาณเช่นกัน ( $r = .38, p < .05$ ) เช่นเดียวกับการศึกษาของ วิลลิกษณ์ ตันติตระกูล (2552) ที่พบว่า พบว่าการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนามีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายทางบวก ( $r = .18, p < .05$ )

2.3 การสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .25, p < .05$ ) กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีบุคคลคอยช่วยเหลือ ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลสำคัญ ผู้ป่วยจึงมีความต้องการด้านจิตวิญญาณมากขึ้น ซึ่งผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยาย ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 65.48 สอดคล้องกับบริบทสังคมในภาคอีสานที่อาศัยอยู่กันเป็นครอบครัวใหญ่ มีความผูกพันในครอบครัวสูง เมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย จะให้การช่วยเหลือดูแลกันซึ่งกันและกัน ผู้ป่วยจึงรับรู้ได้รับการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่สูง จะมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาความหมายทางจิตวิญญาณ ความต้องการทางจิตวิญญาณ สอดคล้องกับทฤษฎีความความผาสุกทางจิตวิญญาณ ในขณะเจ็บป่วยของ O' Brien (2014) ที่กล่าวว่า บุคคลเมื่อได้รับการสนับสนุนทางสังคม ทั้งจากครอบครัว เพื่อน ผู้ดูแล แพทย์พยาบาล สามารถช่วยให้บุคคลค้นหาความหมายความต้องการด้านจิตวิญญาณ เพื่อนำไปสู่ความผาสุกทางจิตวิญญาณ การที่ผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองรับรู้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลรอบข้าง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกได้รับความรัก ความหวังใจ มีความหวัง มีกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไป ส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งกล้าแสดงความต้องการด้านจิตวิญญาณ ค้นหาความต้องการด้านจิตวิญญาณ และสอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพของ Hatamipour et al. (2015) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมทั้งจากครอบครัวและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งแสดงออกในรูปแบบของความรักและการติดต่อกับผู้อื่นมีผลต่อความต้องการทาง จิตวิญญาณ และการศึกษาของ วิลลิกษณ์ ตันติตระกูล (2552) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ( $r = .49, p < .05$ )

ผลการวิจัยครั้งนี้ยืนยันว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองมีความต้องการด้านจิตวิญญาณในระดับสูง ประเมินปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ด้านจิตวิญญาณพบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการด้านจิตวิญญาณ ดังนั้น ในการดูแลพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งในระยะประคับประคอง ควรมีการสนับสนุนส่งเสริมการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การสนับสนุนทาง

สังคม เพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งในระยะประคับประคอง เพื่อให้ผู้ป่วยพบกับความสุขทางจิตวิญญาณ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์ด้านต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. ด้านการพยาบาล พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพสามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบการพยาบาล ออกแบบการพยาบาล และจัดทำโปรแกรม เพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองในโรงพยาบาล โดยต้องตระหนักในการประเมิน การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการสนับสนุนทางสังคม

2. ด้านการศึกษาพยาบาล คณาจารย์ในสถาบันการศึกษาสามารถนำข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการเรียนการสอนเกี่ยวกับการศึกษาความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง และปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การสนับสนุนทางสังคม ที่มีผลต่อความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง

2. ใช้ผลการวิจัยนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อการวิจัยต่อยอดในการศึกษาถึงแนวทางการพัฒนาการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง และจัดทำงานวิจัยโปรแกรมการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความสุขทางจิตวิญญาณในระยะประคับประคอง

## บรรณานุกรม

- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2561). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2561*. เข้าถึงได้จาก <http://bps.moph.go.th>
- กิตติกร นิลมานัต. (2555). *การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์
- จาริณญ์ จินดาประเสริฐ. (2562). *มะเร็งวิทยาพื้นฐาน*. ขอนแก่น: คลังนาโนวิทยา.
- ฉัตรกมล เจริญวิภาดา. (2560). กรณีศึกษา: การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ต่อเนื่องจากสถานพยาบาล ไปยังบ้านและชุมชนในบริบทของศูนย์การดูแลแบบประคับประคองหน่วยงาน ให้คำปรึกษา กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลคลองท่อม. *วารสารกระบี่เวชสาร*, 1(1), 11-21.
- ชนุกร แก้วมณี, พิภูล นันทชัยพันธ์ และสุภารัตน์ สิทธิสมบัติ. (2557). ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ที่เป็นมะเร็งท่อน้ำดี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 24(3), 15-18.
- ชนัญชิตาคุษฎี พูลศิริ. (2561). เอกสารคำสอนรายวิชา 10750260 สถิติประยุกต์สำหรับการวิจัยทางการแพทย์. ชลบุรีการพิมพ์: ชลบุรี
- ช่อทิพย์ พรหมมารัตน์. (2561). ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านเครือข่ายสุขภาพ อำเภอบ้านโอง จังหวัดลำพูน. *วารสารสาธารณสุขล้านนา*, 13(1), 25-36
- ชัชวาล วงศ์สารี. (2559). *ธรรมชาติของวัยผู้ใหญ่ การเบี่ยงเบนทางสุขภาพและการวิจัยการพยาบาลผู้ใหญ่*. [ระบบออนไลน์] เข้าถึงได้จาก [http://www.elnurse.ssru.ac.th/chutchavarn\\_wo/pluginfile.php/25/block\\_html%20content/201.pdf](http://www.elnurse.ssru.ac.th/chutchavarn_wo/pluginfile.php/25/block_html%20content/201.pdf)
- ชุลินดา ทิพย์เกสร, วัลภา คุณทรงเกียรติ และสุภาภรณ์ ดวงแพง. (2560). *ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ฐิติวัฒน์ ชัดดี. (2559). แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง ตำบลบ้านฝายอำเภอน้ำปาด จังหวัดอุดรธานี. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10*, 14(2), 45-54.
- ทิวาริณณ์ วัฒนาวัตถุ. (2551). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- เดชวุฒิ พสุธาตระกูล. (2557). ความต้องการพัฒนาตนเองของบุคลากรเรือนจำกลางชลบุรี.  
วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารทั่วไป,  
วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2552). จิตวิญญาณ มิติหนึ่งของการพยาบาล. กรุงเทพฯ: วิพริ้นท์.
- ธัญญา น้อยเปียง. (2545). การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคมและความ  
ผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,  
สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธารินี เพชรรัตน์ และคณะ. (2560). ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยระยะสุดท้ายในแผนกการพยาบาล  
ศัลยกรรมและออร์โธปิดิกส์. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 32(3), 269-275.
- นภา ทวีรทรงกุล, สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม และบัวหลวง สำแดงฤทธิ์. (2558). ประสพการณ์อาการ และ  
การจัดการในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง.  
*รามธิบดีพยาบาลสาร*, 21(1), 82-95.
- บัวหลวง สำแดงฤทธิ์ และ มณฑา ลิ้มทองกุล. (2557). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม  
ภายหลังการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 32(4), 85-93.
- บำเพ็ญจิต แสงชาติ. (2557). ความผาสุกทางจิตวิญญาณและการตายดี. *วารสารพยาบาลศาสตร์และ  
สุขภาพ*, 37(1), 147-156.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยู  
แอน ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- บุษยามาส ชิวสกุลยง และลดารัตน์ สาภินันท์. (2556). การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง:  
*Palliative care*. เชียงใหม่: กลางเวียงการพิมพ์.
- เบญจมาศ ตระกูลงามเด่น และสุภาวรรณ วงศ์ธีรทรัพย์. (2559). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย  
มะเร็งระยะสุดท้ายในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานการแพทยศาสตร์วชิร  
พยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช. *วารสารเกื้อการุณย์*, 23(2), 199-216.
- เบญจมาศ ปรีชาคุณ, น้าออย ภักดีวงศ์, ศิริกร กองวัฒนกุล, แสงระวี แทนทอง, พรพิมล เลิศพานิช,  
และชนิดฐา หาญประสิทธิ์คำ. (2562). ประสพการณ์อาการและการจัดการอาการของผู้ป่วย  
มะเร็งลุกลามและญาติผู้ดูแล. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 1(1), 50-66.
- ปฐมพงศ์ ลิ้มเจริญ, ศรีัญญา ประสพชิงชนะ และราชันย์ นิลวรรณภา. (2559). หมอธรรม:  
ประวัติศาสตร์ ความเชื่อ และเครือข่ายทางสังคมในภาคอีสาน. *วารสารช่อพะยอม*, 27(1),  
25-34.

ประไพ ปลายเนตร, อรพินทร์ ชูชม และวิชาดา กิจจรธรรม. (2560). การศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อการปฏิบัติทางศาสนาตามหลักเซเวนธ์เดย์แอ๊ดเวนตีส ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยนานาชาติเอเชีย-แปซิฟิก. *การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 8, 1(8)*, 1365-1376.

ประไพ วิริยะพันธุ์. (2559). *ประเพณีราษฎร์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. เข้าถึงได้จาก <http://lek-prapai.org/home/view.php?id=854>

ปรารณา ชรรณบุตร. (2555). *ความพึงพอใจของญาติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวมโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ*. เข้าถึงได้จาก <http://www.utp.go.th/index.php/km-hos/category/29-research-2555?download=1:2019-06-11-11-32-26>

ปิยลักษณ์ โพธิ์วรรณ. (2561). กระบวนการสร้างพื้นที่ทางสังคมของผีอีสาน. *วารสารกระแสวัฒนธรรม, 17(32)*, 100-110.

พรพรหม รุจิไพโรจน์. (2550). *ความสัมพันธ์ระหว่างความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

พระภิกษุณัฏฐิตเสฏฐโฐ, พระครูโกศลอรธกิจ, พระมหาอภิรักษ์ นนทภาณี, พระณัฐพงษ์ สิริสุวรรณ โฉ และอุทัย เอกสะพัง. (2559). ศึกษาวิเคราะห์บุญกิริยาวัตถุ 3 ที่ปรากฏในคัมภีร์อรรถกถาธรรมบท. *วารสารปัญญาปณิธาน, 1(1)*, 23-28.

พระธรรมโกศาจารย์. (2553). *ชีวิตเป็นสุขได้ด้วยความพอใจแห่งตน*. กรุงเทพฯ: ธรรมสภา.

พัชรีย์ พรหมสิงห์, ภาวนา กิรติยุตวงศ์ และวัลภา คุณทรงเกียรติ. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ. *รามาศิษีพยาบาลสาร, 22(3)*, 277-292.

พัชรรัตน์ อันสีแก้ว, เขาวรัตน์ มัชฌิม และหทัยวรรณ รัตนบรรเจ็ดกุล. (2563). ผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับ ประคองและการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย. *วารสารพยาบาลทหารบก, 21(2)*, 315-323.

พิมพ์พนิต ภาศรี, แสงอรุณ อิศระมาลัย และอุไร หักกิต. (2558). ทรรศนะของครอบครัวและความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้าย. *วารสารสภาการพยาบาล, 30(4)*, 57-71.

- ภัทรพร ภัทรวดี, บัวหลวง ลำแดงฤทธิ และวรรณภา ประไพพานิช. (2558). ปัจจัยคัดสรรและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมะเร็ง. *วารสารโรคมะเร็ง*, 35(2), 56-67.
- มะลิวรรณ กระโพธิ์. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มานพ พิทักษ์ภากร, ศิวนนท์ จิรวัดโนทัย และภูมิ สุขธิติพัฒน์. (2559). หลักการของอนุพันธุศาสตร์และพันธุศาสตร์ของมะเร็ง. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด.
- มาลีวัล เลิศสาครศิริ, กุหลาบ รัตนสังขธรรม, พิศมัย เสรีจรกิจเจริญ, วันสรา เซาว์นิยม และชัยนันท์ เหมือนเพ็ชร. (2560). การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุแบบบูรณาการหุปัญญา หลังการปฏิบัติตามแนวคิดปรัชญาตะวันออกด้วยวิถีไทยพุทธ. *วารสารเกื้อการุณย์*, 24(1), 28-41.
- ยุทธชัย ไชยสิทธิ์ และประเสริฐ ไพบูลย์รุ่งโรจน์. (2563). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะบีบคั้นทางจิตวิทยา. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รจนา วิริยะสมบัติ. (2556). ผู้สูงอายุ : มิติด้านจิตวิทยา. สงขลา : มงคลการพิมพ์.
- รัตติยา ไชยชมพู, อาภาพร นามวงศ์พรหม, น้ำออย ภักดีวงศ์, เบญจมาศ ปรีชาคุณ และฐิตินันท์ อ้วนล่า. (2562) ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการกับความทุกข์ใจในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 13(4), 1-13.
- รุ่งทิพย์ รัตนไมตรีเกียรติ และนัยนา พิพัฒน์วิชชา. (2560). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการด้านจิตวิทยาของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้า. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 37(2), 14-26.
- วนิศา รัชวัตร. (2561). ความต้องการการดูแลและการได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วรรณมน บุณรัช. (2557). ทักษะ การปรับตัวและรูปแบบการใช้ชีวิตของผู้ป่วยโรคร้ายแรงที่มีภาวะใกล้ตายที่อยู่ภายใต้การดูแลรักษาแบบประคับประคอง. *วารสารมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ*, 9(1), 111-128.
- วรวรรณ จันทวีเมือง และทรงฤทธิ ทองมีขวัญ. (2559). นักศึกษาพยาบาลกับการพัฒนาสุขภาวะทางจิตวิทยา. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 3(3), 208-219.
- วริทธิ์ตา จารุจินดา. (2561). การลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายด้วยหลักพุทธจิตวิทยา. *วารสารพุทธจิตวิทยา*, 3(1), 1-12.



- วาทินิตา เสมประวัตติ และสารระ มุขคี. (2561). ผลของการให้การปรึกษารายบุคคลตามแนวพุทธธรรมต่อการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. *วารสารมนุษยศาสตร์ปริทรรศน์*, 4(1), 1-10.
- วาสนี วิเศษฤทธิ์, รังสิมันต์ สุนทรไชยา และพิไลพร สุขเจริญ. (2562). การพัฒนาและทดสอบเครื่องมือประเมินความต้องการดูแลด้านจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายในบริบทวัฒนธรรมไทย. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลราชชนนี กรุงเทพ*, 35(1), 163-174.
- วิบูลย์พงษ์ พันธุนนท์ และบาลี พุทธรักษา. (2562). แนวคิดเรื่องการเวียนว่ายตายเกิดกับพุทธปรัชญา. *วารสาร มจร พุทธศาสตร์ปริทรรศน์*, 3(2), 25-36.
- วิภาวี เกตุวัง. (2562). การศึกษาผลของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลบางปะหัน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 9(2), 150-165.
- วิไลลักษณ์ ดันติตระกูล. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิสัย คตะ, พชณี สมกำลัง, ยุทธชัย ไชยสิทธิ์ และ ภิภาวรรณ สีหาคม. (2561). การประเมินสุขภาวะด้านจิตวิญญาณ: การประยุกต์ใช้ทางการพยาบาล. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*, 21(3), 138-147.
- ศศิวิมล ปานูราช, เขาวรัตน์ มัชฌิม และบวรลักษณ์ ทองทิวี. (2561). ความรู้ในการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลในพื้นที่เครือข่าย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตบริการที่ 4 และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. *การประชุมวิชาการระดับชาติ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ครั้งที่ 11*. 1070-1082.
- ศูนย์ดูแลประคับประคอง โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. (2562). *สถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการดูแลที่ศูนย์ดูแลประคับประคอง ปี 2560-2562*. นครราชสีมา: ม.ป.ท.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ.2561. เข้าถึงได้จาก <http://www.nci.go.th/th>
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2562). ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ.2562. เข้าถึงได้จาก <http://www.nci.go.th/th>
- สะอาด มุ่งสิน และจรรยาศรี มีหนองหว้า. (2558). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามวิถีชุมชนในสังคมวัฒนธรรมอีสาน: กรณีศึกษาชุมชนตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวาริชจำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 6(1), 89-104.

- ลิดารัตน์ สัมครสมาน. (2550). *ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. วิทยานิพนธ์  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย,  
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- สุริพร ธนศิลป์. (2563). *การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบองค์รวม*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวคนธ์ กุรัตน, พัชรี ภาระโช และสุวิริยา สุวรรณโคตร. (2556). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: มิติใหม่  
ที่ท้าทายบทบาทของพยาบาล*. เข้าถึงได้จาก [http://www.smnc.ac.th/group/research  
/images/stories](http://www.smnc.ac.th/group/research/images/stories)
- แสงเดือน พรหมแก้วงาม และอรัญญา นามวงศ์. (2560). *ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรค  
เรื้อรังในชุมชน*. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 35(3), 204-213.
- สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). *ระบบบริการพยาบาลแบบ  
ประคับประคอง*. กรุงเทพฯ: บริษัท สำนักพิมพ์สี่ตะวัน จำกัด.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2561). *สภาวะทางสังคม วัฒนธรรม และสุขภาพจิต ปี 2561*.  
เข้าถึงได้จาก <http://www.nso.ac.th>
- อนงค์ ภิบาล และอุไร หัตถกิจ. (2557). *การพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของ  
ผู้ป่วยไทยมุสลิมระยะสุดท้าย ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล*. ปัตตานี: โรงพิมพ์  
มิตรภาพ.
- อรญา เข็นเสมอ. (2560). *ความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณและการได้รับการตอบสนองความ  
ต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย*. วิทยานิพนธ์  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย,  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อรุณ จิรวัดนกุล. (2557). *สถิติในการวิจัยเลือกใช้อย่างไรให้เหมาะสม*. กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์.
- อินทิรา มหาวิรานนท์, สุริพร ธนศิลป์ และจรรยา นิมหลวง. (2562). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความ  
ต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม*. *วารสาร  
พยาบาลทหารบก*, 20(1), 92-100.
- อุมารณ ไพศาลสุทธิเดช. (2549). *การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้าน (Palliative home care in  
cancer patients)*. ใน *ภัคภร ช่วยคุณูปการ (บรรณาธิการ), รวบรวมองค์ความรู้การดูแล  
ผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (หน้า 114). กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลองค์การสงเคราะห์  
ทหารผ่านศึก.

เอมอร ภูพันธ์, สมบัติ สุกุลพรรณ และเพชรสุรีย์ ทั้งเจริญกุล. (2561). ปัญหาสุขภาพจิตและความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคมะเร็ง โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 32(3), 75-89.

American Cancer Society. (2018). *End of Life Care*. Retrieved from <https://www.cancer.org/treatment/end-of-life-care.html>

American Cancer Society. (2019). *Chemotherapy*. Retrieved from <https://www.cancer.org/treatment-treatments-and-side-effects/treatment-types/chemotherapy/how-is-chemotherapy-used-to-treat-cancer.html>

American Joint Committee of Cancer. (2016). *Cancer staging references*. Retrieved from: <http://cancerstaging.org/references-tools/Pages/what-is-Cancer-staging.aspx>

Astrow, A. B., Kwok, G., Sharma, R. K., Fromer, N., & Sulmasy, D. P. (2018). Spiritual needs and perception of quality of care and satisfaction with care in hematology/medical oncology patients: A multicultural assessment. *Journal of Pain and Symptom Management*, 55(1), 56-64.

Baskar, R., Lee, K. A., Yeo, R., & Yeoh, K.-W. (2012). Cancer and radiation therapy: Current advances and future directions. *International Journal of Medical Sciences*, 9(3), 193.

Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A., & Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 68(6), 394-424.

Bussing, A., & Koenig, H. G. (2010). Spiritual needs of patients with chronic diseases. *Religions*, 1(1), 18-27.

Caldeira, S., Timmins, F., de Carvalho, E. C., & Vieira, M. (2017). Spiritual well-being and spiritual distress in cancer patients undergoing chemotherapy: Utilizing the SWBQ as component of holistic nursing diagnosis. *Journal of Religion and Health*, 56(4), 1489-1502.

Cheng, Q., Xu, X., Liu, X., Mao, T., & Chen, Y. (2018). Spiritual needs and their associated factors among cancer patients in China: A cross-sectional study. *Supportive Care in Cancer*, 26(10), 3405-3412

- Delgado-Guay, M. O., Chisholm, G., Williams, J., Frisbee-Hume, S., Ferguson, A. O., & Bruera, E. (2016). Frequency, intensity, and correlates of spiritual pain in advanced cancer patients assessed in a supportive/palliative care clinic. *Palliative & Supportive Care, 14*(4), 341-348.
- Downing, M. G., Lesperance, M., Shaw, J., Kuziemy, C., & Lau, F. (2006). Use of palliative performance scale in end-of-life prognostication. *Journal of Palliative Medicine, 9*(5), 1066-1067.
- Forouzi, M. A., Tirkari, B., Safarizadeh, M. H., & Jahani, Y. (2017). Spiritual needs and quality of life of patients with cancer. *Indian Journal of Palliative care, 23*(4), 437.
- Ghahramanian, A., Davoodi, A., Khorrami Markani, A., & Bahrami, A. (2016). Spiritual needs of patients with cancer referred to Alinasab and Shahid Ghazi Tabatabaie Hospitals of Tabriz, Iran. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 17*(7), 3105-3109.
- Hatamipour, K., Rassouli, M., Yaghmaie, F., Zendedel, K., & Majd, H. A. (2015). Spiritual needs of cancer patients: A qualitative study. *Indian Journal of Palliative care, 21*(1), 61-74.
- Highfield, M. F. (1992). Spiritual health of oncology patients. Nurse and patient perspectives. *Cancer Nursing, 15*(1), 1-8.
- Hui, D., Nooruddin, Z., Didwaniya, N., Dev, R., De La Cruz, M., Kim, S. H., & Bruera, E. (2014). Concepts and definitions for “actively dying,” “end of life,” “terminally ill,” “terminal care,” and “transition of care”: A systematic review. *Journal of Pain and Symptom Management, 47*(1), 77-89.
- Kim, S. H., Shin, D. W., Kim, S. Y., Yang, H. K., Nam, E., Jho, H. J., & Park, J.-H. (2016). Terminal versus advanced cancer: do the general population and health care professionals share a common language?. *Cancer Research and Treatment: Official Journal of Korean Cancer Association, 48*(2), 759-767.
- Linda, N., Phetlu, D., & Klopper, H. (2019). Nurse Educators' Understanding of Spirituality and Spiritual Care in Nursing: A South African Perspective (Part 1). *International Journal of Africa Nursing Sciences, 12*, 1-29.
- Maiko, S., Johns, S. A., Helft, P. R., Slaven, J. E., Cottingham, A. H., & Torke, A. M. (2019). Spiritual experiences of adults with advanced cancer in outpatient clinical settings. *Journal of Pain and Symptom Management, 57*(3), 576-586.

- Mesquita, A. C., Chaves, É. d. C. L., & Barros, G. A. M. d. (2017). Spiritual needs of patients with cancer in palliative care: integrative review. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care, 11*(4), 334-340.
- Metropolitan Jewish Health System Institute for Innovation in Palliative Care. (2016). *Spiritual distress*. Retrieved from <https://www.mjhsupportiveinstitute.org>
- National Cancer Institute. (2015). *Defining cancer*. Retrieved from <https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/what-is-cancer>
- O'Brien, M. E. (2014). *Spirituality in Nursing: Standing on Holy Ground* (5<sup>th</sup> ed.). Jones & Bartlett Learning.
- O'Brien, M. R., Kinloch, K., Groves, K. E., & Jack, B. A. (2019). Meeting patients' spiritual needs during end-of-life care: A qualitative study of nurses' and healthcare professionals' perceptions of spiritual care training. *Journal of Clinical Nursing, 28*(1-2), 182-189.
- Ozalp, G. S., Uysal, N., Oguz, G., Koçak, N., Karaca, S., & Kadiogullari, N. (2017). Identification of symptom clusters in cancer patients at palliative care clinic. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing, 4*(3), 259-272
- Phenwan, T., Peerawong, T., & Tulathamkij, K. (2019). The meaning of spirituality and spiritual well-being among Thai breast cancer patients: a qualitative study. *Indian journal of palliative care, 25*(1), 119.
- Puchalski, C. M., Vitillo, R., Hull, S. K., & Reller, N. (2014). Improving the spiritual dimension of whole person care: Reaching national and international consensus. *Journal of Palliative Medicine, 17*(6), 642-656.
- Rankin, A. (2018). The role of spirituality in palliative care. *The New Zealand Medical Student Journal, 27*, 33-36.
- Rushton, L. (2014). What are the barriers to spiritual care in a hospital setting? *British Journal of Nursing, 23*(7), 370-374.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine, 4*(4), 381-406.
- Siegel, R. L., Miller, K. D., & Jemal, A. (2019). Cancer statistics, 2019. *CA: A Cancer Journal for Clinicians, 69*(1), 7-34.

- Skalla, K. A., & Ferrell, B. (2015). Challenges in assessing spiritual distress in survivors of cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing, 19*(1), 99-104.
- Taylor, E. J. (2006). Prevalence and associated factors of spiritual needs among patients with cancer and family caregivers. *Oncology Nursing Forum, 33*(4), 729-735.
- Thapanakulsuk, P., Sirapo-ngam, Y., Ferrans, C. E., Orathai, P., & Junda, T. (2020). Psychometric testing of a spiritual well-being scale for people with cancer. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research, 24*(1), 39-53.
- Vilalta, A., Valls, J., Porta, J., & Vinas, J. (2014). Evaluation of spiritual needs of patients with advanced cancer in a palliative care unit. *Journal of Palliative Medicine, 17*(5), 592-600.
- Wongpakaran, T., Wongpakaran, N., & Ruktrakul, R. (2011). Reliability and validity of the multidimensional scale of perceived social support (MSPSS): Thai version. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental health: CP & EMH, 7*, 161-166.
- World Health Organization [WHO]. (2018a). *Cancer*. Retrieved from: [https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1)
- World Health Organization [WHO]. (2018b). *Latest global cancer data*. Retrieved from: <https://www.who.int/cancer/PRGlobocanFinal.pdf>
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment, 52*(1), 30-41.
- World Health Organization [WHO]. (2020). *Palliative Care*. Retrieved from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Zumstein-Shaha, M., Ferrell, B., & Economou, D. (2020). Nurses' response to spiritual needs of cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing, 48*, 1-7.



ภาคผนวก



**ภาคผนวก ก**

**แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย**





ที่ ๐๓๗/๒๕๖๓

เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาโครงการวิจัย

รหัสโครงการวิจัย : G-HS 057/2563

โครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

หัวหน้าโครงการวิจัย : นางสุมิตรา ตีระพงศ์ประเสริฐ

หน่วยงานที่สังกัด : นิสิตระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า โครงการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามหลักการของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยที่ผู้วิจัยเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ ไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดภัยอันตรายแก่ตัวอย่างการวิจัยและผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการวิจัยที่เสนอได้ (ดูตามเอกสารตรวจสอบ)

- |   |  |
|---|--|
| ๑. แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  | ฉบับที่ ๒ วันที่ ๑ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๓   |
| ๒. เอกสารโครงการวิจัยฉบับภาษาไทย  | ฉบับที่ ๒ วันที่ ๑ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๓   |
| ๓. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย  | ฉบับที่ ๒ วันที่ ๑ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๓   |
| ๔. เอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย   | ฉบับที่ ๑ วันที่ ๒๕ เดือน มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๓ |
| ๕. เอกสารแสดงรายละเอียดเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยซึ่งผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว หรือชุดที่ใช้เก็บข้อมูลจริงจากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย | ฉบับที่ ๒ วันที่ ๑ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๓   |
| ๖. เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)   | ฉบับที่ - วันที่ - เดือน - พ.ศ. -            |

วันที่รับรอง : วันที่ ๑๘ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

วันที่หมดอายุ : วันที่ ๑๗ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

ลงนาม

(รองศาสตราจารย์ ดร.วิทวิส แจ็งเอี่ยม)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
ชุดที่ ๑ (กลุ่มคลินิก/ วิทยาศาสตร์สุขภาพ/ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี)



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา  
สำนักงาน: ชั้น 7 อาคารเฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา 49 ถ.ช้างเผือก ต.ในเมือง อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30000

Maharat Nakhon Ratchasima Hospital Institutional Review Board (MNRH IRB)  
Office: 7<sup>th</sup> floor, Chalermphrakiet Building, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital, 49 Chang Phueak Rd.,  
Mueang District, Nakhon Ratchasima Province, 30000 THAILAND Tel. +66 44 235917 Email mnrhirb@hotmail.co.th

เลขที่ใบรับรอง 147/2020

### เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน

- โครงการวิจัยเรื่อง : บัญชีที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณ ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
- ผู้วิจัยหลัก : นางศุภิตรา ศิริพงษ์ประเสริฐ
- หน่วยงานที่สังกัด : หอผู้ป่วยเคมีบำบัดชั้น 3 งานพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาล  
มหาราชนครราชสีมา

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ได้ผ่านการรับรองในแง่  
จริยธรรม โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และหลักเกณฑ์การปฏิบัติการวิจัยทาง  
คลินิกที่ดี (ICH-GCP) โดยให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้

โดยให้ผู้วิจัยรับเงื่อนไขที่เสนอตั้งต่อไปนี้

1. ให้ส่งรายงานความก้าวหน้าทุก 6 เดือน
2. ให้แจ้งคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนในกรณีที่แก้ไขเปลี่ยนแปลงโครงการวิจัยหรือ  
หยุดโครงการก่อนกำหนด
3. รายงานเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่ร้ายแรงหรือไม่คาดคิด
4. รายงานเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิด
5. รายงานข้อมูลข่าวสารที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนควรได้รับระหว่างดำเนินการวิจัย
6. ส่งรายงานฉบับสมบูรณ์เมื่อเสร็จสิ้นโครงการวิจัย

รับรองวันที่ : 15 ตุลาคม 2563

หมดอายุวันที่ : 14 ตุลาคม 2564

(นายนิพัทธ์ สิริบุษย์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน

(นายเกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ)

ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา



ภาคผนวก ข

ใบอนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย/ ใบอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย



|            |                     |
|------------|---------------------|
| 01003      | บ.ค.ค.บ.ค.          |
| 14 ก.ค. 63 | รับที่ 0.0.3.8.5    |
| 16.01 นบ.  | วันที่ 1.0.กค. 2563 |
|            | เวลา 14.45          |

ที่ อว 660302.1/2379

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น 40002

30 มิถุนายน 2563

เรื่อง อนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย  
เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา  
อ้างถึง หนังสือที่ อว 8137/140

ตามหนังสือที่อ้างถึง ซึ่งนางสุมิตรา ตีระพงศ์ประเสริฐ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัยซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในวิทยานิพนธ์ของ นางสาวสิดาวิรัตน์ สม่ศรสมาน มหาบัณฑิต หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ลังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น วิทยานิพนธ์เรื่อง "ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้าย" ความละเอียด แน้งแล้ว นั้น

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น ยินดีให้นางสุมิตรา ตีระพงศ์ประเสริฐ ใช้ เครื่องมือวิจัยจากวิทยานิพนธ์เรื่องดังกล่าว แต่ทั้งนี้ ต้องมีการอ้างอิงที่มาของเครื่องมือในการวิจัยอย่างถูกต้อง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

เรียน คณบดี

๑. เพื่อโปรดทราบ

๒. เห็นควรแจ้งคุณสุมิตรา ตีระพงศ์ประเสริฐ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา  
สภาวิจัย  
๑๕ ก.ค. ๖๓

(ศาสตราจารย์วราภรณ์ ภูตะสุน)

ปฏิบัติการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

เรียน คณบดี

๑. เพื่อโปรดทราบ  
๒. เห็นควรแจ้งคุณสุมิตรา ตีระพงศ์ประเสริฐ  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

พ/อ. เกษวิทย์ วัฒนพงษ์  
พ.อ. จิว (ภ.อ. วิจิตร)  
ร.ร. ๒๕๖๓  
ร.ร. ๒๕๖๓  
๑๖ ก.ค. ๖๓

งานบริการวิชาการ  
กองบริหารงานบัณฑิตวิทยาลัย  
โทร. 0-4320-2420 โทรสาร. 0-4320-2421 Email: [service@bvu.ac.th](mailto:service@bvu.ac.th)

งานบริหาร  
๑๖ ก.ค. ๖๓

กนกพร  
๑๐ ก.ค. ๖๓



บ.วิ.วิทยาลัย  
รับ 00331.  
วันที่ 24 มิ.ย. 2563  
เวลา 11:30

ที่ อว ๘๓๙๓(๒๕)/๑๖๗๐

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
๒๓๙ ถนนห้วยแก้ว ตำบลสุเทพ  
อำเภอเมืองเชียงใหม่ ๕๐๒๐๐

๑๖ มิถุนายน ๒๕๖๓

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย  
เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา  
อ้างอิง หนังสือ ที่ อว ๘๑๓๗/๑๓๙ ลงวันที่ ๑๘ พฤษภาคม ๒๕๖๓

ตามที่ นางสาวสุมิตรา ตีระพงศ์ประเสริฐ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ซึ่งเป็นผู้วิจัย เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย" มีความประสงค์จะขออนุญาตนำเครื่องมือวิจัยในวิทยานิพนธ์ของ คุณธัญญา น้อยเปียง ไปใช้ในงานวิจัยนั้น

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง และยินดียินยอม ให้นำเครื่องมือดังกล่าวไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาวิจัยได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.อภิชาติ ไสกาแดง)  
รองคณบดี ปฏิบัติการแทน  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

เรียน คณบดี

งานบริการการศึกษา  
โทร. ๐-๕๓๙๔-๒๔๐๘  
โทรสาร. ๐-๕๓๙๔-๒๔๓๕

- ๑. เพื่อโปรดทราบ
- ๒. เห็นควรมอบ คณบดี  
ดำเนินการ

กนกอส  
๒๔ มิ.ย. ๖๓  
น/อภคณบดี อว  
อว



ที่ อว 64.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

13 กรกฎาคม 2563

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

อ้างถึง หนังสือ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ อว 8137/138 ลงวันที่ 18 พฤษภาคม 2563

เรื่อง ขออนุญาตให้ผลิตใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์

ตามหนังสือที่อ้างถึง ดังรายละเอียดแจ้งแล้วนั้น คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้พิจารณาแล้วยินยอมอนุญาตให้ นางสาวสุมิตรา ตีระพงศ์ประเสริฐ ใช้เครื่องมือ แบบสอบถามการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับ กิจกรรมทางศาสนา ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ของ นางสาววิไลลักษณ์ ตันติตระกูล และหากผู้วิจัยประสงค์จะ ปรับปรุงเครื่องมือวิจัยขอให้แจ้ง คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อพิจารณา ทั้งนี้ขอความร่วมมือ เขียนรายการอ้างอิงจากบทความวิจัย ดังนี้

วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล และ สุรีพร ธนศิลป์ (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารณ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1129 Email: fonbox@chula.ac.th



ที่ อว ๘๓๙๓(๘).๗/ ๕๔๘๘

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ๕๐๒๐๐

๒๙ มิถุนายน ๒๕๖๓

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน นางสาวสมิตรา ตีระพงศ์ประเสริฐ

อ้างถึง หนังสือเลขที่ อว ๘๑๓๗/๑๔๑ ลงวันที่ ๑๘ พฤษภาคม ๒๕๖๓

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบวัดความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม (ฉบับปรับปรุงภาษาไทย)  
พร้อมวารสารอ้างอิง จำนวน ๑ ชุด

ตามที่ นางสาวสมิตรา ตีระพงศ์ประเสริฐ รหัสประจำตัว ๖๑๙๑๐๑๑๕ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ ได้จัดทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย” โดยขอความอนุเคราะห์ให้ใช้แบบสอบถามเครื่องมือวิจัย คือ แบบวัดความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม (ฉบับปรับปรุงภาษาไทย) จากรายงานการวิจัยเรื่อง A revised Thai Multi-dimensional Scale of Perceived Social Support (rMSPSS) ของ ศ.พญ.ณททัย วงศ์ปการันย์ มาใช้ในประกอบการทำวิทยานิพนธ์ความแจ้งแล้วนั้น

ในการนี้ข้าพเจ้า ศ.พญ.ณททัย วงศ์ปการันย์ แล้วไม่ขัดข้อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ ทั้งนี้ได้แนบตัวอย่างแบบวัดความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคมฉบับปรับปรุง และเอกสารอ้างอิงมาพร้อมนี้แล้ว อนึ่งขอให้อนุญาตให้เครื่องมือ MSPSS จาก Prof. Zimet ด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิง .ณททัย วงศ์ปการันย์)

ศาสตราจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์

โทร ๐ ๕๓๙๓ ๕๔๒๒

โทรสาร ๐ ๕๓๙๓ ๕๔๒๖



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ ศูนย์วิจัยและพัฒนาาระบบบริการ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โทร.๓๕๗๒๔

ที่ นม.๐๐๓๒.๑๐๒/๒๒๒ วันที่ ๑๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๓

เรื่อง ขออนุมัติเข้าเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

ตาม หนังสือบันทึกวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ อว ๘๑๓๗/๕๘๖ ลงวันที่ ๒๘ สิงหาคม ๒๕๖๓ แจ้งว่า นางสมิตรา ตีระพงศ์ประเสริฐ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ตามโครงการที่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย” นั้น

ในการนี้ ศูนย์วิจัยและพัฒนาาระบบบริการ ได้ดำเนินการดังนี้

๑. พิจารณาเนื้อหาและประเด็นข้อคำถามเบื้องต้น ไม่มีผลกระทบต่อโรงพยาบาล
๒. ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการเก็บข้อมูล คือ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล และศูนย์มะเร็ง ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอนุญาตให้เก็บข้อมูลได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ จะเป็นพระคุณ

(นางกัญญาลักษณ์ ณ รัชย์)

นักกิจกรรมบำบัดชำนาญการพิเศษ  
หัวหน้าศูนย์วิจัยและพัฒนาาระบบบริการ

(นายเกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

12 พ.ย. 2563





## บันทึกข้อความ

|                          |
|--------------------------|
| กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล |
| เลขที่รับ 4960           |
| วันที่ ๒๖ พ.ย. 2563      |
| เวลา 1๓.๑4 น.            |

ส่วนราชการ ศูนย์วิจัยและพัฒนาาระบบบริการ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โทร.๓๕๗๒๔

ที่ นม.๐๐๓๒.๐๐๒/๒๑๗๘ วันที่ ๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๓

เรื่อง พิจารณาการขออนุญาตเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

เรียน รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล

ตามที่ นางสุมิตรา ตีระพงศ์ประเสริฐ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา กำลังดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย” โดย มีความประสงค์ ขอความอนุเคราะห์ข้อมูลในโรงพยาบาล ซึ่งเกี่ยวข้องกับหน่วยงานของท่าน (รายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้)

ทั้งนี้ ศูนย์วิจัยและพัฒนาาระบบบริการ ได้พิจารณาในเบื้องต้นมีข้อเสนอแนะคือ ผู้วิจัยเป็นบุคลากรภายในโรงพยาบาล ทำการศึกษาในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน และงานวิจัยได้รับอนุญาตประเด็นจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาเรียบร้อยแล้ว เห็นควรพิจารณาอนุเคราะห์ให้เก็บข้อมูลได้

โดยแหล่งข้อมูลที่กำลังดำเนินการขออนุญาตเก็บข้อมูลคือ ศูนย์มะเร็ง

ในกรณี ขอให้ท่านพิจารณาการขอเก็บข้อมูลในหน่วยงานของท่านและส่งผลการพิจารณายัง ศูนย์วิจัยฯ ชั้น ๗ อาคารเฉลิมพระเกียรติ โทร.๓๕๗๒๔ ภายในวันที่ ๑๘ พ.ย. ๖๓. โดยมีรายละเอียดการเข้าเก็บข้อมูล คือ

[✓] ๑. มีผู้ประสานงานการรวบรวมข้อมูลในโรงพยาบาล คือ นางสุมิตรา ตีระพงศ์ประเสริฐ

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หน่วยงาน หอผู้ป่วยเคมีบำบัดชั้น ๓. โทรศัพท์ติดต่อ ๐๘.๗๒๕๒.๗๖๕๐

โดยมีหน้าที่  ประสานงานผู้เกี่ยวข้อง  เข้าถึงอาสาสมัคร

เข้าถึงข้อมูลจากเวชระเบียน  เข้าถึงข้อมูลผล Lab หรือข้อมูลอื่นในระบบ HomeC

ตอบแบบสอบถาม/ให้สัมภาษณ์  อื่น ๆ ระบุ.....

[✓] ๒. ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลด้วยตัวเอง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาและดำเนินการต่อ จะเป็นพระคุณ

(นายธนนต์ สุเมธเชิงปรัชญา)

รองผู้อำนวยการภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ

|   |
|---|
| ผลการพิจารณาจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง  |
| <input type="checkbox"/> ไม่อนุญาต ให้เก็บข้อมูลในหน่วยงาน  |
| <input type="checkbox"/> อนุญาต ให้เก็บข้อมูลในหน่วยงาน   |
| <input checked="" type="checkbox"/> อนุญาต ให้เก็บข้อมูลในหน่วยงานได้เมื่อผ่านการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในคนโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาเรียบร้อยแล้ว |
| โดยผู้วิจัย/ผู้ประสานงานภายในโรงพยาบาล จะเข้ามาติดต่อเก็บข้อมูลภายหลังได้รับการอนุญาตจากหน่วยงานแล้ว  |
| ลงชื่อ .....นางสจจพัญศรี รัชชังค์..... (หัวหน้ากลุ่มงาน/ฝ่าย/ศูนย์)   |
| (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)  |
| วันที่.....   |
| รักษาการในตำแหน่ง   |

รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล

โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา



ภาคผนวก ค

เอกสารชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย/ ใบนินยอมเข้าร่วมการวิจัย

## เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้อการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็ง

ชื่อผู้วิจัย นางสุมิตรา ติระพงษ์ประเสริฐ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลมหาสารคาม ถนนช้างเผือก ต.ในเมือง อ.เมือง

จ.นครราชสีมา 30000

โทรศัพท์(ที่ทำงาน) 044-235583

โทรศัพท์มือถือ 087-2527650

E-mail : sumittra120156@gmail.com

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้า นางสุมิตรา ติระพงษ์ประเสริฐ ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้อการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็ง” ก่อนที่ท่านจะตกลงเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าขอเรียนให้ท่านทราบรายละเอียดของโครงการวิจัย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

การวิจัยนี้เป็นการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้อการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็ง

วัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาความต้อการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็ง ตลอดจนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้อการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็ง ได้แก่ การรับรู้ ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการสนับสนุนทางสังคม

ความต้อการด้านจิตวิญญาณ เป็นความปรารถนาของท่านที่จะทำให้ท่านมีพลังในการดำเนินชีวิต เป็นการค้นหาความหมายและเป้าหมายในชีวิตของท่าน โดยการแสดงออกถึงความต้อการความรัก ความหวัง ความศรัทธา และความมีคุณค่าในชีวิต

ท่านได้รับเชิญเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้เนื่องจากท่านมีคุณสมบัติตรงกับการศึกษารั้งนี้ คือท่านมีอายุ 20 ปีขึ้นไป เป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับคอง นับถือศาสนาพุทธ โดยจะมีผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งสิ้น 84 คน

หากท่านตกลงเข้าร่วมการวิจัยนี้ สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติ คือ ตอบแบบสอบถามของผู้วิจัย จำนวน 5 ชุด ซึ่งก่อนที่ท่านจะเริ่มตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะอธิบายขั้นตอนการตอบแบบสอบถาม ดังนี้ แบบสอบถามที่ท่านจะได้รับมีทั้งหมดจำนวน 5 ชุด ดังนี้ ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ซึ่งแบบสอบถามส่วนนี้ผู้วิจัยขออนุญาตท่านเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนนี้จากแฟ้มประวัติของท่าน ซึ่งประกอบด้วย การวินิจฉัยโรค ระยะของโรคมะเร็ง

ระยะเวลาในการเจ็บป่วย ประวัติการรักษา การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน โรคร่วมอื่น ๆ ชุดที่ 2 แบบสอบถามความต้องการด้านจิตวิญญาณ ชุดที่ 3 แบบสอบถามการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ชุดที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ชุดที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย

หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการตอบแบบสอบถามนี้ สามารถซักถามข้าพเจ้าได้ตลอด ผู้วิจัยจะตอบข้อสงสัยทันที การตอบแบบสอบถามนี้คาดว่าจะใช้เวลาประมาณ 55-60 นาที ระหว่างการตอบแบบสอบถามหากท่านต้องการพัก สามารถพักระหว่างตอบแบบสอบถามได้ และหากท่านมีอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย ปวด สัญญาณชีพผิดปกติ เป็นต้น ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างหยุดการตอบแบบสอบถามทันที และให้การพยาบาลเพื่อช่วยเหลือในเบื้องต้น พร้อมทั้งประสานงานกับทีมการรักษาพยาบาลในขณะนั้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล และจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อเมื่อได้รับการเห็นชอบจากแพทย์แล้วเท่านั้น เมื่อท่านได้ตอบแบบสอบถามครบทั้ง 5 ชุด เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้ท่านช่วยตรวจทานการตอบแบบสอบถามให้ครบถ้วนทุกฉบับ ก่อนนำไปใส่ซอง สีนํ้าตาล และให้ท่านส่งคืนแบบสอบถามให้กับผู้วิจัยโดยตรง โดยผู้วิจัยจะมาพบท่านเพื่อเก็บแบบสอบถามในแต่ละวัน

ผลของการวิจัยนี้เป็นประโยชน์กับท่านทางตรง ทำให้ท่านทราบถึงความต้องการด้านจิตวิญญาณของท่าน ประโยชน์ทางอ้อมคือ พยาบาลทราบความต้องการด้านจิตวิญญาณและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการด้านจิตวิญญาณ ซึ่งสามารถใช้เป็นแนวทางในการประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณและออกแบบการพยาบาล จัดทำโปรแกรม เพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยมะเร็ง ตลอดจนเป็นแนวทางในการทำวิจัยต่อยอดที่ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยมะเร็ง

ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ในการเข้าร่วมการวิจัย และจะได้รับผ้าขนหนูขนาดเล็กเป็นของที่ระลึก จากการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมและสามารถถอนตัวออกจากการเป็นผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อ การรักษาพยาบาล และสิทธิประการใด ๆ ที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยพึงได้รับ โดยไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า และท่านจะได้รับสำเนาของเอกสารฉบับนี้และยินยอมด้วยความสมัครใจเก็บไว้ 1 ชุด

ข้อมูลใด ๆ ของท่านผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยไร้รหัสตัวเลขแทนการระบุชื่อ และสิ่งใด ๆ ที่อาจอ้างอิงหรือทราบได้ว่าเป็นข้อมูลของท่าน ข้อมูลของท่านที่เป็นกระดาษแบบสอบถามจะถูกเก็บใส่ซองสีนํ้าตาลและปิดอย่างมิดชิด และปลอดภัยในตู้เก็บเอกสารและ

สื่อทุกชนิดตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่อยู่ในระบบคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัยจะสามารถเข้าถึงด้วยรหัสผ่านที่ผู้วิจัยตั้งไว้เท่านั้น ข้อมูลที่กล่าวมาข้างต้นจะมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ การรายงานและเผยแพร่ผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลจะถูกทำลายหลังการเผยแพร่ผลงานวิจัยแล้วในระยะเวลา 1 ปี

หากท่านมีคำถามหรือข้อสงสัยประการใดสามารถติดต่อข้าพเจ้า นางสุมิตรา ติระพงศ์ประเสริฐ ได้ที่หอผู้ป่วยเคมีบำบัดชั้น 3 โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ถนนช่างเผือก ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา 30000 โทรศัพท์ 044-235583 โทรศัพท์มือถือ หมายเลข 087-2527650 หรือที่ รองศาสตราจารย์ ดร.นิภาวรรณ สามารถกิจ โทรศัพท์มือถือ หมายเลข 086-4131861 ข้าพเจ้ายินดีตอบคำถาม และข้อสงสัยของท่านทุกเมื่อ และท่านจะได้รับสำเนาของเอกสารฉบับนี้และยินยอมด้วยความสมัครใจเก็บไว้ 1 ชุด

หากผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามที่ได้ชี้แจงไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย สามารถแจ้งมายังคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา (สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา อาคารเฉลิมพระเกียรติ ชั้น 7 โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โทร 044-235917

เมื่อท่านพิจารณาแล้วเห็นสมควรเข้าร่วมในการวิจัยนี้ สิ่งที่ผู้วิจัยจะขอให้ท่านปฏิบัติคือ ขอความกรุณาให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยที่แนบมาด้วย และขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

**เอกสารแสดงความยินยอม  
ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Consent Form)**

**ชื่อโครงการวิจัย :** ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะ  
ประคับประคอง

**ชื่อโครงการวิจัยภาษาอังกฤษ :** FACTORS RELATED TO SPIRITUAL NEEDS IN  
PALLIATIVE CANCER PATIENTS

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ปี  
ผู้เข้าร่วมโครงการ

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจาก ผู้ให้ข้อมูล ถึง  
วัตถุประสงค์ของ การวิจัย ระยะเวลาที่ทำการวิจัย ขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติตัวที่ข้าพเจ้าต้องปฏิบัติ  
ผลประโยชน์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับ รวมทั้งผลข้างเคียงหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วม  
โครงการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น  
จนข้าพเจ้าพอใจและข้าพเจ้าสามารถถอนตัวจากการศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ถ้าข้าพเจ้าปรารถนา โดยไม่  
เสียสิทธิ์ใด ๆ ในการรับการรักษาพยาบาลที่จะเกิดขึ้นตามมาในโอกาสต่อไปทั้งในปัจจุบันและ  
อนาคต ณ สถานพยาบาลแห่งนี้หรือสถานพยาบาลอื่น และหากเกิดมีอาการข้างเคียงขึ้น ข้าพเจ้าจะ  
รายงานให้แพทย์หรือเจ้าหน้าที่ที่กำลังปฏิบัติงานอยู่ในขณะนั้นทราบทันที

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้  
เฉพาะสรุปผลการวิจัย หรือการเปิดเผยข้อมูลต่อผู้มีหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนและกำกับ  
ดูแลการวิจัยเท่านั้น

ข้าพเจ้าสามารถติดต่อผู้วิจัย และบุคคลที่รับผิดชอบโครงการวิจัยนี้ได้ หากเกิดเหตุการณ์  
ฉุกเฉินขึ้นกับข้าพเจ้า บุคคลนั้นคือ นางสุมิตรา ติระพงศ์ประเสริฐ สถานที่ทำงาน หอผู้ป่วยเคมี  
บำบัดชั้น 3 โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ถนนช้างเผือก ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัด  
นครราชสีมา 30000 โทรศัพท์ 044-235583 หมายเลขโทรศัพท์มือถือ 087-2527650

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้น และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอม  
นี้ด้วยความเต็มใจและหลังจากลงนามแล้ว ข้าพเจ้าจะได้รับสำเนาของเอกสารฉบับนี้เก็บไว้ 1 ชุด

ลงนาม .....ผู้ยินยอม

(.....)

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ลงนาม ..... ผู้ให้ข้อมูล

(.....)

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

**ในฐานะของพยาน ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า**

- ผู้เข้าร่วมโครงการได้รับการอธิบายถึงข้อมูลในเอกสารชี้แจงและเอกสารใบยินยอมอย่างชัดเจน
- ผู้เข้าร่วมโครงการมีโอกาสได้ซักถามผู้วิจัยเกี่ยวกับโครงการวิจัย
- ผู้เข้าร่วมโครงการได้ยินยอมเข้าร่วมโครงการโดยสมัครใจ

ลงนาม ..... พยาน

(.....)

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ลงนาม ..... พยาน

(.....)

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

หมายเหตุ: (1) พยานต้องไม่ใช่แพทย์ ผู้วิจัยหรือผู้ให้ข้อมูล

(2) ผู้ให้ข้อมูล/คำอธิบายชัดเจนต้องไม่เป็นแพทย์ผู้รักษาเพื่อป้องกันการเข้าร่วมโครงการด้วย

ความเกรงใจ



ภาคผนวก  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย



## เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะ  
ประคับประคอง

คำชี้แจง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ประกอบด้วย 5 ชุด ดังนี้

1. ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้  
ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป  
ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย
2. ชุดที่ 2 แบบสอบถามความต้องการด้านจิตวิญญาณ
3. ชุดที่ 3 แบบสอบถามการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา
4. ชุดที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ
5. ชุดที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย

### ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาตอบคำถามเกี่ยวกับตัวท่าน โดยทำเครื่องหมาย (✓) หรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

### ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป

1. เพศ

- ( ) 1. ชาย ( ) 2. หญิง

2. อายุ.....ปี

3. ระดับการศึกษา

- ( ) 1. ไม่ได้รับการศึกษา ( ) 2. ประถมศึกษา  
 ( ) 3. มัธยมศึกษาตอนต้น (ม. 3) ( ) 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม. 6)  
 ( ) 5. ปวช. ( ) 6. ปวส.  
 ( ) 7.ปริญญาตรี ( ) 8. ปริญญาโท  
 ( ) 9. ปริญญาเอก

4. สถานภาพสมรส

- ( ) 1. โสด ( ) 2. คู่ ( ) 3. หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่

5. กิจกรรมทางศาสนาที่ปฏิบัติ

6. อาชีพ

- ( ) 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ ( ) 2. ค้าขาย  
 ( ) 3. เกษตรกรรม ( ) 4. รับจ้าง  
 ( ) 5. รับราชการ ( ) 6. รัฐวิสาหกิจ  
 ( ) 7. อื่น ๆ ระบุ.....

7. รายได้.....บาท/เดือน

- ( ) 1. เพียงพอ ( ) 2. ไม่เพียงพอ

8. จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....คน

9. บุคคลที่ให้การดูแลใกล้ชิดเมื่อเจ็บป่วย

10. สิทธิการรักษา

- ( ) 1. บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ( ) 2. บัตรประกันสังคม  
 ( ) 3. เบิกราชการ ( ) 4. รัฐวิสาหกิจ

- ( ) 5. จ่ายเอง
- ( ) 6. สังคมสงเคราะห์
- ( ) 7. อื่น ๆ.....

## ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

1. การวินิจฉัยโรค.....
2. ระยะของโรคมะเร็ง.....
3. ระยะเวลาในการเจ็บป่วย
  - ( ) 1. น้อยกว่า 3 เดือน
  - ( ) 2. 3 เดือน-6 เดือน
  - ( ) 3. 6 เดือน-1 ปี
  - ( ) 4. 1-2 ปี
  - ( ) 5. มากกว่า 2 ปี ขึ้นไป
4. คะแนน Palliative performance scale (PPS).....
5. ประวัติการรักษา
  - ( ) 1. เคมีบำบัด
  - ( ) 2. ฉายรังสี
  - ( ) 3. เคมีบำบัดร่วมกับการฉายรังสี
  - ( ) 4. การรักษาตามอาการ
  - ( ) 5. อื่น ๆ.....
6. การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน
  - ( ) 1. เคมีบำบัด
  - ( ) 2. ฉายรังสี
  - ( ) 3. เคมีบำบัดร่วมกับการฉายรังสี
  - ( ) 4. การรักษาตามอาการ
  - ( ) 5. อื่น ๆ.....
7. โรคร่วมอื่น ๆ
  - ( ) 1. ไม่มี
  - ( ) 2. มี โปรดระบุ.....

## ชุดที่ 2 แบบสอบถามความต้องการด้านจิตวิญญาณ

**คำชี้แจง** แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับความต้องการด้านจิตวิญญาณประกอบด้วยความต้องการด้านการมีความหมายและเป้าหมายของชีวิต ด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งนอกเหนือตน และด้านการมีความหวัง ให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องข้อความที่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น ความเชื่อ หรือความต้องการของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว โดยการเลือกคำตอบให้ถือเกณฑ์ดังนี้

### ความต้องการทางจิตวิญญาณ

|            |  |
|------------|--|
| มาก        | หมายถึง ท่านมีความรู้สึกและให้ความสำคัญกับข้อความนั้นมาก และอยากกระทำในระดับสูงหรือมาก   |
| ปานกลาง    | หมายถึง ท่านมีความรู้สึกและให้ความสำคัญกับข้อความนั้นปานกลาง และอยากกระทำในระดับปานกลาง  |
| น้อย       | หมายถึง ท่านมีความรู้สึกและให้ความสำคัญกับข้อความนั้นน้อย และอยากกระทำในระดับต่ำหรือน้อย |
| ไม่ต้องการ | หมายถึง ท่านมีความรู้สึกกว่าข้อความนั้นไม่มีความสำคัญและไม่อยากกระทำ                     |

| ลำดับ | ข้อความ   | ความต้องการ |                |             |                   |
|-------|---|-------------|----------------|-------------|-------------------|
|       |   | มาก<br>(3)  | ปานกลาง<br>(2) | น้อย<br>(1) | ไม่ต้องการ<br>(0) |
| 1     | ท่านต้องการทำให้ชีวิตที่มีเกิดคุณค่าโดยการทำประโยชน์แก่ตนเองและดูแลตนเองเป็นอย่างดี |             |                |             |                   |
| 2     | ท่านต้องการทบทวนเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ผ่านมาในชีวิต และดำเนินชีวิตต่อไปให้เกิดความสุข  |             |                |             |                   |
| 3     | ท่านต้องการทำตนให้เป็นประโยชน์แก่ญาติและพยายามไม่เป็นภาระแก่ญาติผู้ดูแล             |             |                |             |                   |
| ..... | .....   |             |                |             |                   |
|       | .....   |             |                |             |                   |

| ลำดับ | ข้อความ   | มาก<br>(3) | ปาน<br>กลาง<br>(2) | น้อย<br>(1) | ไม่<br>ต้องการ<br>(0) |
|-------|---|------------|--------------------|-------------|-----------------------|
| ..... | .....<br>.....  |            |                    |             |                       |
| ..... | .....<br>.....  |            |                    |             |                       |
| ..... | .....<br>.....  |            |                    |             |                       |
| ..... | .....<br>.....  |            |                    |             |                       |
| 27    | ท่านต้องการให้คุณงามความดีที่ท่านเคยปฏิบัติมา ช่วยให้อาการของท่านทุเลาลง ไม่ทรมาณ               |            |                    |             |                       |
| 28    | เมื่ออาการของท่านเปลี่ยนแปลงไปในทางที่แยกลง ท่านต้องการไม่ให้ทีมสุขภาพให้ความช่วยฟื้นคืนแก่ท่าน |            |                    |             |                       |
| 29    | ท่านต้องการให้ญาติของท่านจัดการกับภารกิจที่ท่านค้างคาได้ โดยท่านไม่วิตกกังวลเมื่อท่านต้องจากไป  |            |                    |             |                       |
| 30    | ท่านได้อธิษฐานให้ท่านจากไปอย่างสงบ และได้พบสิ่งที่ดีหลังความตายตามความเชื่อของท่าน              |            |                    |             |                       |

### ชุดที่ 3 แบบสอบถามการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับท่านปฏิบัติมากที่สุด ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ตามความหมายดังต่อไปนี้ โดยคำตอบที่ได้จะไม่มีถูกหรือผิด

|                          |  |
|--------------------------|--|
| ปฏิบัติทุกวัน            | หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อความในประโยคทุกวัน            |
| ปฏิบัติสัปดาห์ละ 1 ครั้ง | หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อความในประโยคสัปดาห์ละ 1 ครั้ง |
| ปฏิบัติเดือนละ 1 ครั้ง   | หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อความในประโยคเดือนละ 1 ครั้ง   |
| ปฏิบัติปีละ 2-3 ครั้ง    | หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อความในประโยคปีละ 2-3 ครั้ง    |
| ไม่ปฏิบัติ               | หมายถึง ท่านไม่ได้ปฏิบัติตามข้อความในประโยคเลย         |

| ข้อความ   | ปฏิบัติ<br>ทุกวัน<br>(5) | ปฏิบัติ<br>สัปดาห์<br>ละ 1 ครั้ง<br>(4) | ปฏิบัติ<br>เดือนละ<br>1 ครั้ง<br>(3) | ปฏิบัติ<br>ปีละ 2-<br>3 ครั้ง<br>(2) | ไม่<br>ปฏิบัติ<br>(1) |
|---|--------------------------|---|--------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------|
| 1. ท่านบริจาควัตถุ สิ่งของ หรือเงินแก่<br>ผู้อื่น                               |                          |   |                                      |                                      |                       |
| 2. ท่านให้ความรู้หรือคำแนะนำที่เป็น<br>ประโยชน์ต่อผู้อื่น                       |                          |   |                                      |                                      |                       |
| 3. ท่านยินดีเมื่อผู้อื่น ได้ดีหรือมีความสุข                                     |                          |   |                                      |                                      |                       |
| 4. ท่านให้อภัยกับผู้อื่น  |                          |   |                                      |                                      |                       |
| .....   |                          |   |                                      |                                      |                       |
| .....   |                          |   |                                      |                                      |                       |
| .....   |                          |   |                                      |                                      |                       |
| .....   |                          |   |                                      |                                      |                       |
| 23. ท่านมีสติระลึกรู้อยู่ตลอดเวลาถึง<br>ความคิดและการกระทำของตน                 |                          |   |                                      |                                      |                       |
| 24. ท่านดำเนินชีวิตด้วยการปฏิบัติตาม<br>หลักคำสอนของศาสนา                       |                          |   |                                      |                                      |                       |
| 25. ท่านพิจารณาว่า การเกิด แก่ เจ็บและ<br>ตายเป็นธรรมชาติชีวิตที่ทุกคนต้องเผชิญ |                          |   |                                      |                                      |                       |

#### ชุดที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความต่อไปนี้ว่าท่านเห็นด้วยหรือไม่ ระดับใด แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง หลังข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยแต่ละข้อมีเพียงคำตอบเดียว โดยมีเกณฑ์ดังต่อไปนี้

- |   |         |                               |
|---|---------|-------------------------------|
| 1 | หมายถึง | ท่านไม่เห็นด้วยอย่างมากที่สุด |
| 2 | หมายถึง | ท่านไม่เห็นด้วย               |
| 3 | หมายถึง | ท่านค่อนข้างไม่เห็นด้วย       |
| 4 | หมายถึง | ท่านเฉย ๆ                     |
| 5 | หมายถึง | ท่านค่อนข้างเห็นด้วย          |
| 6 | หมายถึง | ท่านเห็นด้วย                  |
| 7 | หมายถึง | ท่านเห็นด้วยอย่างมาก          |

| ข้อ<br>ที่ | ข้อความ   | ระดับคะแนน |   |   |   |   |   |   |
|------------|---|------------|---|---|---|---|---|---|
|            |   | 1          | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1          | มีบุคคลพิเศษที่คอยช่วย หากท่านต้องการความช่วยเหลือ  |            |   |   |   |   |   |   |
| 2          | มีบุคคลพิเศษที่สามารถร่วมทุกข์ร่วมสุขกับท่านได้     |            |   |   |   |   |   |   |
| 3          | ครอบครัวของท่านพยายามที่จะช่วยเหลือท่านจริง ๆ จัง ๆ |            |   |   |   |   |   |   |
| ....       | .....   |            |   |   |   |   |   |   |
| ....       | .....   |            |   |   |   |   |   |   |
| ....       | .....   |            |   |   |   |   |   |   |
| ....       | .....   |            |   |   |   |   |   |   |
| ....       | .....   |            |   |   |   |   |   |   |
| ....       | .....   |            |   |   |   |   |   |   |
| ....       | .....   |            |   |   |   |   |   |   |
| 11         | ครอบครัวของท่านเต็มใจที่จะช่วยท่านในการตัดสินใจ     |            |   |   |   |   |   |   |
| 12         | ท่านสามารถเล่าปัญหาของท่านให้เพื่อนของท่านได้       |            |   |   |   |   |   |   |





| ข้อความ   | มากที่สุด<br>(5) | มาก<br>(4) | ปานกลาง<br>(3) | น้อย<br>(2) | ไม่มี<br>เลย<br>(1) |
|---|------------------|------------|----------------|-------------|---------------------|
| 9. ท่านทำใจยอมรับกับการเจ็บป่วยได้ดี                                  |                  |            |                |             |                     |
| <b>ด้านสังคม</b>  |                  |            |                |             |                     |
| 10. การเจ็บป่วยเป็นปัญหาต่อสัมพันธภาพในครอบครัวของท่าน (เช่น คู่สมรส) |                  |            |                |             |                     |
| .....   |                  |            |                |             |                     |
| .....   |                  |            |                |             |                     |
| .....   |                  |            |                |             |                     |
| .....   |                  |            |                |             |                     |
| <b>ด้านจิตวิญญาณ</b>  |                  |            |                |             |                     |
| 15. ท่านรู้สึกว่าคุณมีกรรมมากถึงต้องเจ็บป่วยอย่างนี้                  |                  |            |                |             |                     |
| .....   |                  |            |                |             |                     |
| .....   |                  |            |                |             |                     |
| 18. ภาวะเจ็บป่วยทำให้ท่านไม่ยกตั้งความหวังอะไรในอนาคตอีกแล้ว          |                  |            |                |             |                     |



ภาคผนวก จ

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ตารางที่ 6 การทดสอบ Normality test ของทุกตัวแปรด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov

| Tests of Normality                |                                 |    |       |
|-----------------------------------|---------------------------------|----|-------|
| ตัวแปร                            | Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup> |    |       |
|                                   | Statistic                       | df | Sig.  |
| ความต้องการด้านจิตวิญญาณจิตวิญญาณ | .089                            | 84 | .095  |
| การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาศาสนา    | .094                            | 84 | .063  |
| การสนับสนุนทางสังคม               | .095                            | 84 | .061  |
| การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย | .069                            | 84 | .200* |



ภาคผนวก จ

กาวิเคราะห์รายขอความต้องการด้านจิตวิญญาณ

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความต้องการด้านจิตวิญญาณของ  
ผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง จำแนกตามรายชื่อ (n = 84)

| รายการความต้องการด้านจิตวิญญาณ   | <i>M</i> | <i>SD</i> |
|--|----------|-----------|
| 1. ท่านต้องการทำให้ชีวิตที่มีเกิดคุณค่าโดยการทำประโยชน์แก่<br>ตนเองและดูแลตนเองเป็นอย่างดี | 2.81     | 0.42      |
| 2. ท่านต้องการทบทวนเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ผ่านมาในชีวิต และ<br>ดำเนินชีวิตต่อไปให้เกิดความสุข  | 2.67     | 0.52      |
| 3. ท่านต้องการทำตนให้เป็นประโยชน์แก่ญาติ และพยายามไม่<br>เป็นภาระแก่ญาติผู้ดูแล            | 2.86     | 0.35      |
| 4. ....  | 2.60     | 0.51      |
| 5. ....  | 2.42     | 0.71      |
| 6. ....  | 2.64     | 0.55      |
| 7. ....  | 2.75     | 0.46      |
| 8. ....  | 2.73     | 0.44      |
| 9. ....  | 2.65     | 0.52      |
| 10. ....   | 2.90     | 0.29      |
| 11. ....   | 2.63     | 0.53      |
| 12. ....   | 2.58     | 0.52      |
| 13. ....   | 2.71     | 0.45      |
| 14. ....   | 2.90     | 0.29      |
| 15. ....   | 2.55     | 0.54      |
| 16. ....   | 2.62     | 0.51      |
| 17. ....   | 2.87     | 0.37      |
| 18. ....   | 2.93     | 0.25      |
| 19. ....   | 2.13     | 0.69      |
| 20. ....   | 2.25     | 0.55      |
| 21. ....   | 2.87     | 0.37      |
| 22. ....   | 2.63     | 0.51      |
| 23. ....   | 2.85     | 0.42      |

## ตารางที่ 7 (ต่อ)

| รายการความต้องการด้านจิตวิญญาณ   | <i>M</i> | <i>SD</i> |
|--|----------|-----------|
| 24. ....   | 2.77     | 0.42      |
| 25. ....   | 2.20     | 0.57      |
| 26. ....   | 2.45     | 0.50      |
| 27. ท่านต้องการให้คุณงามความดีที่ท่านเคยปฏิบัติมา ช่วยให้อาการของท่านทุเลาลง ไม่ทรมาน              | 2.90     | 0.29      |
| 28. เมื่ออาการของท่านเปลี่ยนแปลงไปในทางที่แยลง ท่านต้องการไม่ให้ทีมสุขภาพให้ความช่วยฟื้นคืนแก่ท่าน | 2.80     | 0.40      |
| 29. ท่านต้องการให้ญาติของท่านจัดการกับภารกิจที่ท่านค้างคาได้ โดยท่านไม่วิตกกังวลเมื่อท่านต้องจากไป | 2.58     | 0.49      |
| 30. ท่านได้อธิษฐานให้ท่านจากไปอย่างสงบ และได้พบสิ่งที่ดีหลังความตายตามความเชื่อของท่าน             | 2.90     | 0.29      |