



ปัจจัยทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณ  
ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย

สนธิกานต์ ราชโทลี

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2567

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

ปัจจัยทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณ  
ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย



สนธิกานต์ ราชโทลี

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
2567  
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

FACTORS PREDICTING SPIRITUAL WELL – BEING AMONG TERMINALLY  
ILL PATIENTS WITH BREAST CANCER



SONTHIKARN RACHTHOSEE

A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF  
THE REQUIREMENTS FOR MASTER DEGREE OF NURSING SCIENCE  
IN PSYCHIATRIC AND MENTAL HEALTH NURSING

FACULTY OF NURSING

BURAPHA UNIVERSITY

2024

COPYRIGHT OF BURAPHA UNIVERSITY

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้พิจารณา  
วิทยานิพนธ์ของ สนธิกานต์ ราชโทลี ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

.....

(รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ชนัดดา แนบเกษร)

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์)

..... ประธาน

(รองศาสตราจารย์ ดร.อรวรรณ แก้วบุญชู)

..... กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ชนัดดา แนบเกษร)

..... กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์)

..... กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เขมรดี มาสิงบุญ)

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร. พรชัย จุลเมตต์)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการ  
การศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ของ  
มหาวิทยาลัยบูรพา

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ ดร.วิทวัส แจ่มเอี่ยม)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

62920252: สาขาวิชา: การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต; พย.ม. (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)  
 คำสำคัญ: ความผาสุกทางจิตวิญญาณ, การรับรู้ความรุนแรงของโรค, ความหวัง, การมองโลกในแง่ดี,  
 การสนับสนุนทางสังคม/มะเร็งเต้านมระยะท้าย

สนธิกานต์ ราชโทลี : ปัจจัยทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย.

(FACTORS PREDICTING SPIRITUAL WELL – BEING AMONG TERMINALLY ILL PATIENTS  
 WITH BREAST CANCER) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: ชนัดดา แนนเกษร, Ph.D.,  
 ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์, Ph.D. ปี พ.ศ. 2567.

ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้ายช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับการเจ็บป่วย  
 มีกำลังใจในการมีชีวิตอยู่และมีคุณภาพชีวิตที่ดี การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาหาความสัมพันธ์เชิงทำนายเพื่อศึกษา  
 ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และปัจจัยทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย ที่มารับ  
 การรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกรังสีรักษาและแผนกผู้ป่วยนอกเคมีบำบัด โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี คัดเลือก  
 กลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 94 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล  
 มีจำนวน 6 ฉบับ ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค  
 3) แบบสอบถามความหวัง 4) แบบสอบถามการมองโลกในแง่ดี 5) แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม และ  
 6) แบบสอบถามความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .89, .82, .83, .96  
 และ .89 ตามลำดับ เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคม ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2565 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้  
 สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้ายมีความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง  
 (SD = 13.57) ปัจจัยที่สามารถทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้ายอย่างมีนัยสำคัญ  
 ทางสถิติ คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค ( $\beta = -.655, p < .001$ ) ความหวัง ( $\beta = .387, p < .001$ ) และ  
 แรงสนับสนุนทางสังคม ( $\beta = .249, p < .001$ ) ตามลำดับ โดยสามารถร่วมกันทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณ  
 ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้ายได้ร้อยละ 55.1 ( $R^2 = .551, F_{3,93} = 36.745, p < .001$ ) สำหรับการมองโลกในแง่ดี  
 ไม่สามารถทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้ายในครั้งนี้ได้

พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพ สามารถใช้ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนา  
 รูปแบบเพื่อเสริมสร้างความผาสุกทางจิตวิญญาณให้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย โดยการเสริมสร้าง ความหวัง  
 การสนับสนุนทางสังคม และการให้ข้อมูลที่เหมาะสมเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคนี

62920252: MAJOR: PSYCHIATRIC AND MENTAL HEALTH NURSING; M.N.S.

(PSYCHIATRIC AND MENTAL HEALTH NURSING)

KEYWORDS: SPIRITUAL WELL- BEING/PERCEIVED SEVERITY OF THE DISEASE, HOPE, OPTIMISM, SOCIAL SUPPORT, TERMINALLY

SONTHIKARN RACHTHOSEE : FACTORS PREDICTING SPIRITUAL WELL – BEING AMONG TERMINALLY ILL PATIENTS WITH BREAST CANCER. ADVISORY COMMITTEE: CHANUDDA NABKASORN, PH.D., PORNPAT HENGUDOMSUB, PH.D. 2024.

Spiritual well-being in patients with advanced breast cancer helped the patients accept their illnesses, have morale in living and have a good quality of life. The objectives of this predictive correlation research were to study spiritual well-being and its predictive factors in terminally ill patients with breast cancer who received treatment at the radiotherapy outpatient department and the chemotherapy outpatient department at Chonburi Cancer Hospital. The sample included 94 patients from Chonburi Cancer Hospital. Simple random sampling was used to select the sample. There were 6 questionnaires used to collect data: 1) Demographic data, 2) perceived severity of the disease questionnaire, 3) hope questionnaire, 4) optimism questionnaire, 5) social support questionnaire and 6) the spiritual well- being questionnaire. The Cronbach’s alpha coefficients were .89, .82, .83, .96, and .89, respectively. Descriptive statistics and stepwise multiple regression were employed for data analysis.

The results revealed that mean score of total spiritual well- being was 81.37 (SD = 13.57) which was classified in a moderate level. The factors with statistically significant prediction of the spiritual well-being in terminally ill patients with breast cancer included the severity of the disease ( $\beta = -.655, p < .001$ ), followed by hope ( $\beta = .387, p < .001$ ) and social support ( $\beta = .249, p < .001$ ). Together, these factors could predict the patient’s spiritual well-being at 55.1 percent ( $R^2 = .551, F_{3,93} = 36.745, p < .001$ ). However, optimism was not significantly influenced spiritual well-being in the study.

Nurses and health professional could apply this study results as a baseline data for the development of intervention aimed at enhancing the spiritual well-being of terminally ill patients with breast cancer through promoting hope, social support, including providing information regarding severity of the disease.

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจากรองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ชนัดดา แนบเกษร อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก รองศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางที่ถูกต้องตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องและตรวจสอบความถูกต้องของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ด้วยความละเอียดถี่ถ้วน เป็นกำลังใจและใส่ใจด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอขอบพระคุณในความกรุณาของอาจารย์เป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะ จนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความถูกต้องและสมบูรณ์มากขึ้น รวมถึงขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้และให้คำชี้แนะแนวทางในการศึกษาด้วยดีเสมอมา

ขอขอบพระคุณทุนสนับสนุนการศึกษา จากกองทุนสนับสนุนงานวิชาการ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2562 ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้างาน รวมถึงเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรีทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลและขอขอบคุณผู้ช่วยมะเร็งเต้านมทุกท่านที่สมัครใจเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างตลอดจนให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยซึ่งทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณพ่อ แม่ พี่ ๆ เพื่อน ๆ ทุกคนที่ดูแลและเป็นกำลังใจที่ดีสำหรับผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา รวมถึงเพื่อน ๆ สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตที่เป็นกำลังใจให้กันด้วยดีเสมอมา

คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูคุณเวทิตาแด่บุพการี บุรพจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่าน ที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีการศึกษาและประสบความสำเร็จในการศึกษาครั้งนี้

สนธิกานต์ ราชโทลี

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ .....	ช
สารบัญตาราง .....	ญ
สารบัญภาพ .....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	8
สมมติฐานของการวิจัย.....	8
กรอบแนวคิดในการวิจัย .....	8
ขอบเขตของการวิจัย .....	9
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	9
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	11
ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะท้าย.....	11
บริบทของการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้ายในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี.....	36
ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย .....	44
ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย .....	47
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย .....	59
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	59

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	61
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย .....	66
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	67
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	68
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	69
บทที่ 4 ผลการวิจัย .....	70
1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....	70
2. ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่าง.....	74
3. ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่ศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง.....	75
4. ปัจจัยทำนายความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่าง.....	76
บทที่ 5 สรุปและอภิปรายผล.....	79
สรุปผลการวิจัย .....	79
อภิปรายผลการวิจัย.....	80
ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย.....	85
ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป.....	86
บรรณานุกรม.....	87
ภาคผนวก .....	101
ภาคผนวก ก เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย.....	102
ภาคผนวก ข เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ .....	106
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	112
ภาคผนวก ง หนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือใบอนุญาตใช้เครื่องมือ.....	121
ภาคผนวก จ หนังสือขออนุญาตดำเนินการเก็บข้อมูล.....	128
ภาคผนวก ฉ การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ การวิเคราะห์รายชื่อ ของความพึงพอใจด้านจิตวิญญาณ .....	131

ประวัติย่อของผู้วิจัย .....138



## สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง .....	70
ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความพึงพอใจทางจิตวิญญาณในผู้ป่วย มะเร็งเต้านมระยะท้ายของกลุ่มตัวอย่าง (n = 94).....	75
ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุดและคะแนนสูงสุดของปัจจัยที่ศึกษา ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 94) .....	75
ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ การรับรู้ความรุนแรงของ โรค ความหวัง การมองโลกในแง่ดี และแรงสนับสนุนทางสังคม (n = 94).....	77
ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์สมการถดถอยเชิงเส้นพหุคูณแบบขั้นตอนของปัจจัยทำนายความพึงพอใจ ทาง จิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย .....	78
ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้ายรายชื่อ ....	133
ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์การรับรู้ความรุนแรงของโรคของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้ายรายชื่อ	134
ตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์ความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้ายรายชื่อ .....	135
ตารางที่ 9 ผลการวิเคราะห์การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้ายรายชื่อ .....	136
ตารางที่ 10 ผลการวิเคราะห์การมองโลกในแง่ดีของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้ายรายชื่อ.....	137

## สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด.....9



# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก โรคมะเร็งเต้านมพบสูงเป็นอันดับหนึ่งของโรคมะเร็งในเพศหญิง จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization) พบว่า มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเต้านมรายใหม่ 2.3 ล้านคน และเสียชีวิต 685,000 คนทั่วโลก (World Health Organization [WHO], 2020) เช่นเดียวกับประเทศสหรัฐอเมริกาที่พบว่า มีผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมรายใหม่ 284,200 คน คิดเป็นร้อยละ 30 ของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั้งหมด (American Cancer Society [ACS], 2020) โรคมะเร็งเต้านม พบอุบัติการณ์การเกิดโรคเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2564 จากข้อมูลสถิติของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบผู้ป่วยหญิงที่มีเนื้องอกร้ายที่เต้านมรวมจำนวน 50,621 คน เพศหญิงจำนวน 50,211 คน คิดเป็น 150.51 คนต่อแสนประชากร เป็นเพศชายจำนวน 410 คน คิดเป็น 1.29 คนต่อแสนประชากร ซึ่งจากรายงานทะเบียนมะเร็งของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมรายใหม่ จำนวน 616 คน เป็นโรคมะเร็งเต้านมระยะที่ 3 จำนวน 143 คน คิดเป็นร้อยละ 23.2 และระยะที่ 4 จำนวน 148 คน คิดเป็นร้อยละ 23.7 ของผู้ป่วยมะเร็งเพศหญิงรายใหม่ทั้งหมด (กลุ่มงานดิจิทัลการแพทย์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2564) จากสถิติโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี พบผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมรายใหม่ จำนวน 684 คน คิดเป็นร้อยละ 24.2 ของผู้ป่วยมะเร็งเพศหญิงรายใหม่ทั้งหมด พบว่าเป็นโรคมะเร็งเต้านมในระยะที่ 3 จำนวน 170 คน คิดเป็นร้อยละ 24.9 และระยะที่ 4 จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 8.2 ของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมรายใหม่ทั้งหมด (กลุ่มงานดิจิทัลการแพทย์ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี, 2564)

โรคมะเร็งเต้านมเป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของเซลล์ที่อยู่ภายในท่อน้ำนมหรือต่อมน้ำนม ซึ่งเซลล์เหล่านี้มีการแบ่งตัวผิดปกติ เพิ่มจำนวนอย่างรวดเร็ว ร่างกายไม่สามารถควบคุมการแบ่งตัวของเซลล์ภายในท่อน้ำนมหรือต่อมน้ำนมได้ตามปกติ (Terminal duct lobular units) จนกลายเป็นก้อนเนื้อมะเร็ง (American Cancer Society [ACS], 2019) ปัจจุบันพบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมให้เกิดโรคมะเร็งได้แก่ เพศ อายุ พันธุกรรม เชื้อชาติ รวมถึงพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม ส่วนสาเหตุอื่น ๆ เช่น ความผิดปกติหรือการกลายพันธุ์ของยีน เป็นต้น โรคมะเร็งเต้านมแบ่งออกเป็น 5 ระยะคือ ระยะ 0 - 4 ในระยะที่ 3 เป็นระยะที่ก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่กว่า 5 เซนติเมตร ซึ่งเป็นระยะที่มะเร็งมีการลุกลามเข้าต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ หรือพบเซลล์มะเร็งที่ต่อมน้ำเหลือง

ได้กระตุกซี่โครง ส่วนระยะที่ 4 ก้อนมะเร็งมีขนาดโตเท่าไหนก็ได้ แต่พบว่ามี การแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ ของร่างกาย เช่น กระดูก ปอด ตับ หรือสมอง (American Cancer Society, 2017) ซึ่งการเจ็บป่วยส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกายของผู้ป่วย ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานจากอาการปวด ความไม่สุขสบาย มีอาการเหนื่อยล้าและเหนื่อยหอบ ผลกระทบทางด้านจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยหมดกำลังใจ ท้อแท้ ไม่อยากรับการรักษาด้านสังคมเกิดการแยกตัว ไม่อยากสูงลิ้งกับบุคคลอื่น และในด้านจิตวิญญาณส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง หมดกำลังใจ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง (Muzdalifah et al., 2022)

การรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 การผ่าตัดเป็นการรักษาหลัก หรือการผ่าตัดร่วมกับการใช้ยาต้านฮอร์โมน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับชนิดของเซลล์และความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554) โดยเป้าหมายของการรักษาเพื่อให้โรคหายขาดเกณฑ์ที่ใช้ในการพิจารณาว่าหายขาด คือ ผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงของโรคมะเร็ง ภายหลังการรักษาเป็นเวลา 5 ปี หรือมากกว่า หลักการรักษาที่เป็นที่ยอมรับในปัจจุบัน คือ การใช้การรักษา มากกว่า 1 วิธี เพราะมักได้ผลการรักษาที่ดีกว่า เช่น การรักษาด้วยการฉายรังสี (Radiation therapy) และตามด้วยการให้ยาเคมีบำบัด (Chemotherapy) การรักษาด้วยฮอร์โมน หรือการรักษาแบบมุ่งเป้า (Targeted therapy) การรักษาอาจเกิดอาการข้างเคียงกับผู้ป่วยได้ ที่พบบ่อย คือ อาการคลื่นไส้ อาเจียน น้ำหนักลด กัดการทำงานของไขกระดูก ผมร่วง กระเพาะปัสสาวะอักเสบ มีไข้ อ่อนเพลีย หนาวสั่น (ชมนาด วรรณพรศิริ, 2555) ส่วนการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่อยู่ในระยะที่ 3 และระยะที่ 4 ซึ่งเป็นระยะที่มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะต่าง ๆ ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ (อภิรัช ลิละสิริ, 2554) เป็นการรักษาโดยหวังผลไม่ให้โรคลุกลามมากขึ้น กล่าวคือ เป็นการรักษาเพื่อระงับการลุกลาม เพื่อบรรเทาความเจ็บปวดทุกข์ทรมานที่เกิดจากการกระจายของโรค ซึ่งส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย (WHO, 2018) ส่งผลให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง อาจเกิดผลกระทบต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยได้ และเมื่อมีการลุกลามของโรคมามากขึ้น การรักษาเพียงเพื่อลดการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งและเพิ่มการรอดชีวิตของผู้ป่วยเท่านั้น (เอื้อมแข สุขประเสริฐ, 2555) ซึ่งเป็นการรักษาแบบประคับประคอง (Palliative care)

การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) เป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพที่เน้นผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ดูแลเป็นศูนย์กลาง ซึ่งมุ่งเน้นไปที่การจัดการอาการรบกวนที่เหมาะสม รวมถึงการดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณตามความต้องการ ค่านิยม ความเชื่อและวัฒนธรรมของผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแล เป้าหมายของการดูแล เพื่อลดความทุกข์ทรมาน ส่งเสริมการปรับตัวและคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแล โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ (National Comprehensive Cancer Network Guidelines [NCCN], 2021) โดยเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย

ว่ามีการเจ็บป่วยเรื้อรัง ให้การดูแลไปพร้อมกับการรักษาตัวโรค รวมถึงอาการของโรคที่ไม่สามารถควบคุมได้ ทำให้การรับรู้ต่อการเกิดโรคมะเร็ง เป็นสิ่งที่กระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวในทุกมิติ การดูแลแบบประคับประคอง เป็นระบบสนับสนุนเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้ใช้ชีวิตเท่าที่จะเป็นไปได้ จนกระทั่งเสียชีวิต ซึ่งรวมถึงการตอบสนองความต้องการในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ และการให้คำปรึกษาที่ช่วยให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล ลดความเครียด ยอมรับการเจ็บป่วยได้ ไม่ทุกข์ทรมานเมื่อโรคเข้าสู่ระยะท้าย และสามารถเผชิญกับอาการในช่วงสุดท้ายของชีวิตอย่างปราศจากความกลัวและกังวล โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีโอกาสเตรียมตัว ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในระยะเวลาที่เหลืออยู่ โดยยังคงมีคุณภาพชีวิตที่ดี (เอี่ยมแข สุขประเสริฐ, 2555)

พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและครอบครัว เป็นผู้ที่มิบทบาทสำคัญที่จะสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยระยะท้าย ช่วยจัดการอาการที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน ทำให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย มีกำลังใจ มีความเข้มแข็งในจิตใจ มีเป้าหมายในชีวิต มีคุณภาพชีวิตที่ดี ตลอดจนเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (จอนพะจง เฟิงจาด, 2557) รวมถึงมีความเข้าใจเกี่ยวกับความเชื่อ ความหวัง ศาสนาและวัฒนธรรมของผู้ป่วยแต่ละคน เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการตอบสนองด้านจิตวิญญาณ ส่งเสริมความหวังและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ในช่วงสุดท้ายของชีวิต (กิตติยาพร จันทร์ชม, 2564) พัชรี พรหมสิงห์ และคณะ (2559) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า การรับรู้ความสามารถการดูแลด้านจิตวิญญาณ ความเชื่อเรื่องศาสนา และการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยความเชื่อเรื่องศาสนาของพยาบาลวิชาชีพ การรับรู้ความสามารถการดูแลด้านจิตวิญญาณ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น พยาบาลจึงมีความจำเป็นต้องเป็นผู้ที่มีความรู้เฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยประคับประคองหรือระยะท้าย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลในการจัดการอาการรบกวนต่าง ๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ส่งผลให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งด้านระยะท้ายได้

ผู้ป่วยโรคมะเร็งด้านระยะท้าย พบว่า ปัญหาด้านจิตใจ ที่เกิดจากความรู้สึกไม่แน่นอนจากอาการของโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค ความรู้สึกไม่ปลอดภัย รู้สึกสูญเสียการควบคุมตนเอง ความกังวลถึงความตายที่ใกล้เข้ามา และผลข้างเคียงจากการรักษา อาจทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสียคุณค่าและพลังอำนาจในตนเอง หมดความสุข สิ้นหวัง สูญเสียความศรัทธา และความเชื่อในศาสนาหรือสิ่งยึดเหนี่ยวในชีวิต ทำให้เกิดความทุกข์ทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคมะเร็งด้านระยะท้าย ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีความผาสุกทางจิตวิญญาณจึงเป็นสิ่งสำคัญ จากการศึกษา

ของ ศรีรัตน์ กินาวงศ์ และปณณณิน เชื้อนเพ็ชร (2559) ที่ได้ทำการศึกษาความผาสุกทางจิตวิญญาณ ในผู้ป่วยเรื้อรังระยะสุดท้าย พบว่า การปฏิบัติตามหลักธรรมความเชื่อทางพุทธศาสนา ได้แก่ ความเชื่อในกฎแห่งกรรม การสวดมนต์ไหว้พระ การทำสมาธิ ทำบุญ ศึกษาธรรมะ การทำกิจกรรมเพื่อผ่อนคลาย ได้แก่ การทำงานอดิเรก การดูแลลูกหลาน การได้พูดคุยกับเพื่อนรวมถึงคนในครอบครัว จะทำให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ การศึกษาของ แสงเดือน พรหมแก้วงาม และอรัญญา นามวงศ์ (2560) ศึกษาเกี่ยวกับระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน พบว่า ความสุขสงบ การมีความหวังและความรู้สึกถึงการมีสิ่งยึดเหนี่ยว และความเข้าใจตนเอง เข้าใจธรรมชาติของชีวิต ทำให้ระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยรวมของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ในชุมชนอยู่ในระดับสูง

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Spiritual well-being) ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้ายเป็น สุขภาวะทางจิตวิญญาณ เป็นความรู้สึกภายในของบุคคลที่รับรู้ถึงความเชื่อ ความศรัทธา การมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ทำให้มีกำลังใจและมีความเข้มแข็งในจิตใจ สามารถเผชิญปัญหา เหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ โดยมีเป้าหมายของชีวิต สามารถเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ยอมรับความจริง มีความหวัง และพึงพอใจในสิ่งที่เป็นอยู่ของตนเอง (Paloutzian and Ellison, 1982) ซึ่งความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับสิ่งที่เหนือธรรมชาติหรือพระเจ้า ความศรัทธายึดมั่นในศาสนา และไม่เกี่ยวข้องกับศาสนา (Puchalski et al., 2019) ทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะท้ายมีความเชื่อมั่น มีสติ มีสมาธิและมีความสงบ รับรู้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทำให้มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้อื่น จะเห็นได้ว่าความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสำคัญในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะท้าย (Muzdalifah et al., 2022) และเนื่องจากโรคมะเร็งส่งผลต่อความทุกข์ทรมานทางจิตวิญญาณ (Spiritual distress) เมื่อโรคเข้าสู่ระยะท้ายและผู้ป่วยรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity of the disease) มากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยหมดความหวัง (Hope) ส่งผลให้การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณลดลง เกิดความต้องการความผาสุกทางจิตวิญญาณ (สุมิตรา ติระพงศ์ประเสริฐ และคณะ, 2564) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า มีผู้ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ได้แก่ การศึกษาของ วิไลลักษณ์ ดันติตระกูล (2552) ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ ( $r = 0.49, p < .05$ ) และความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -0.49, p < .05$ ) การศึกษาของ ภาวินี ศรีสันต์ (2556) พบว่า ความเข้าใจแก่นคำสอนในพุทธศาสนา การได้รับการดูแลจากครอบครัว และความสามารถ

ในการทำกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ( $r = .49, r = .32$  และ  $r = .30, p < .01$  ตามลำดับ) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้คัดสรรปัจจัยที่น่าจะทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะท้าย ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค ความหวัง การมองโลกในแง่ดี และแรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity of the Disease) เป็นความเข้าใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะท้าย ต่อความเลวร้ายของสถานการณ์ที่เกิดจากการเจ็บป่วย ระดับความรุนแรงของโรคคุกคามต่อการใช้ชีวิต เกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิต การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมระยะท้าย เมื่อระดับความรุนแรงของโรคมียิ่งมากขึ้นจะยังมีผลกระทบต่อภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยมากขึ้น (Craven & Hirmler, 1992) จะเห็นได้ว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะท้าย การศึกษาของ ธัญญา น้อยเพียง (2545) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ ( $r = -.301, p < .05$ ) การศึกษาของ วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล (2552) พบว่า ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะท้าย ( $r = -0.49, p < .05$ ) ) นิษฐโรดา นิมุ และคณะ (2564) ได้ทำการศึกษาปัจจัยทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมุสลิมที่เป็นโรคเรื้อรัง ระยะกลับเข้าสู่การดำเนินชีวิตปกติตามวิถีการเจ็บป่วยเรื้อรัง พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ ( $\beta = -.80, p < .01$ ) และการศึกษาของ ปฐมภรณ์ อาษานอก และคณะ (2565) พบว่า ความทุกข์ทรมานจากอาการทางด้านร่างกาย ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม สามารถพยากรณ์ความผาสุกทางจิตวิญญาณได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\beta = -.21, \beta = -.32$  และ  $\beta = .33, p < .05$  ตามลำดับ)

ความหวัง (Hope) ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย เกิดจากการได้รับการกระตุ้นความรู้สึกลึกภายในจิตใจของบุคคล ที่ทำให้เกิดเป็นการกระทำหรือพฤติกรรมต่าง ๆ ที่แสดงถึงความเชื่อมั่นว่าจะสามารถผ่านพ้นสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่และได้มาในสิ่งที่ต้องการ (Herth, 2000) ความหวัง ตามแนวคิดของ เฮิร์ท (Herth, 1990) ได้กล่าวว่า ความหวัง สามารถที่จะเปลี่ยนแปลงได้ตามอายุ กาลเวลา และสถานการณ์ชีวิต ความหวังเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย การรับรู้คุณค่าและความหมายของชีวิต เป็นความปรารถนาที่จะมีชีวิตอยู่และเป็นสิ่งที่มนุษย์ต้องการตราบเท่าที่ยังมีชีวิตอยู่ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อประสบกับภาวะวิกฤตในชีวิต ความหวังจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะท้าย ไม่ว่าจะการพยากรณ์โรคจะดีหรือไม่ ผู้ป่วยที่มีความหวังในระดับสูงจะมีพฤติกรรมพร้อมรับกับความเครียดได้ดี ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมปรับตัวและมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม (Nierop-van Baalen et al., 2020)

จากการศึกษาของ แสงเดือน พรหมแก้วงาม และอรัญญา นามวงศ์ (2560) พบว่า ด้านความสุขสงบ การมีความหวังและความรู้สึกถึงการมีสิ่งยึดเหนี่ยว และความเข้าใจตนเองและธรรมชาติของชีวิต อยู่ในระดับสูง เช่นเดียวกับการศึกษาของ ดลยา สุทธิแดน และคณะ (2564) พบว่า ความหวังของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $M = 36.98, SD = 3.08$ ) การศึกษาของ Ata & Kilic (2022) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของความหมดหวัง กับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยโรคมะเร็งของประเทศตุรกี พบว่า ความหมดหวังมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -0.571, p < 0.001$ ) และการศึกษาของ Forouzi et al. (2017) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งมีค่าเฉลี่ยความต้องการด้านจิตวิญญาณในด้านความหวังอยู่ในระดับสูงหรือมาก จะเห็นว่าความหวังส่งผลให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยได้

การมองโลกในแง่ดี (Optimism) ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย เป็นการรับรู้เชิงบวกของบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต ความคาดหวังเกี่ยวกับการรักษา เรื่องราวในอนาคตไปในทิศทางบวก Seligman (1990) กล่าวว่า คนที่มองโลกในแง่ดี จะมีความคิดไปในทางบวก มองว่าทุกสิ่งที่เกิดขึ้นมีทางแก้ไขได้ ทำให้สามารถฟื้นตัวจากเหตุการณ์ที่เลวร้ายและเริ่มต้นชีวิตใหม่ได้อีก คนที่มองโลกในแง่ดี จะมีเหตุผลในการอธิบายสิ่งที่เกิดขึ้น 3 มิติ คือความคงทนถาวร ความเป็นตนเอง และความครอบคลุม ช่วยเสริมการปรับตัวทางด้านอารมณ์และจิตใจ ให้ดีขึ้น ส่งผลให้บุคคลมีสุขภาพจิต และอารมณ์ที่ดีมีความหวังและเชื่อมั่นว่าตนเองจะผ่านพ้นอุปสรรคไปได้ (Scheier & Carver, 1992) การมองโลกในแง่ดี จะช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้ายสามารถรับมือกับโรคที่เกิดขึ้นได้ดี (Finck, et al., 2017)

จากการทบทวนบทความเกี่ยวกับ การมองโลกในแง่ดีในผู้ป่วยมะเร็ง ทั้ง 30 บทความ จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ตั้งแต่ปี 2010 ถึง 2020 พบว่า มี ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมองโลกในแง่ดี การมองโลกในแง่ดีต่ำเป็นปัจจัยสนับสนุนการกลับเป็นซ้ำ การเพิ่มการมองโลกในแง่ดี ผลกระทบของการมองโลกในแง่ดี และข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต (Lilis Novitarum, 2021) จากการศึกษาของ Werdani (2022) พบว่า ผู้ที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณสูงมักจะเป็นคนที่มองโลกในแง่ดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของ Kord B, Biadar S., (2019) พบว่า การมองโลกในแง่ดี มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพศหญิง ( $r = 0.21, p < 0.01$ ) และการมองโลกในแง่ดี สามารถทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณได้ ( $\beta = 0.21$ ) จากการศึกษาของ วรรณ์นันท ชุษณะ โขติ และคณะ (2561) พบว่า การมองโลกในแง่ดี สามารถร่วมทำนายความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุได้ ( $\beta = .630, p < .001$ ) และการศึกษาของ วรรณฤดี เชาว์อัยชัย และคณะ (2562) พบว่า การมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ ความผาสุกด้านจิตใจในระดับปานกลาง ( $r = .360, p < .01$ ) ซึ่งผลที่ได้นี้จะส่งผลให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณได้

แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย ซึ่งเป็น การรับรู้ถึงการได้รับการช่วยเหลือเกื้อกูล จากคนในครอบครัว เพื่อนร่วมงาน ทีมสุขภาพ ในด้าน อารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากรหรือวัตถุดิบของ (Schaefer et al., 1981) การได้รับความ ช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน การได้รับความรัก ความห่วงใย ความเอาใจใส่ ความ ไว้วางใจ การรับรู้ถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่สำคัญที่ผู้ป่วย โรคมะเร็งเต้านมสามารถรับรู้ได้ ดังนั้นแรงสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นปัจจัยภายนอกที่ช่วยให้ ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาและเกิดการปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ช่วยลดความทุกข์ทรมานทางใจ (บัวหลวง สำแดงฤทธิ์ และมณฑา ลี้มทองกุล, 2557) ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถค้นหาความต้องการ ทางด้านจิตวิญญาณได้ (สุมิตรา ศิระพงษ์ประเสริฐ และคณะ, 2564) จากการศึกษาของ ธนินญา น้อย เปียง (2545) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ( $r = .480, p < .000$ ) การศึกษาของ ปฐมภรณ์ อาษานอก และคณะ (2565) พบว่า การสนับสนุนทางสังคม สามารถพยากรณ์ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุโรคมะเร็ง ระยะลุกลามได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\beta = .33, p < .05$ ) และการศึกษาของ Li, Xue & Pan (2022) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความผาสุก ทางจิตวิญญาณอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.497, p < 0.001$ )

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา จะเห็นได้ว่า ยังไม่มีการนำปัจจัยสี่งกระตุ้นภายใน ตัวบุคคล ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค ความหวัง การมองโลกในแง่ดี และปัจจัยสี่งกระตุ้น ภายนอก คือ แรงสนับสนุนทางสังคม มาศึกษาอำนาจการทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณใน ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะท้ายในระหว่างรับการรักษา ผู้วิจัยจึงได้คัดสรรปัจจัยทำนายความผาสุก ทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค ความหวัง การ มองโลกในแง่ดี และแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะท้าย ที่อยู่ระหว่างรับ การรักษาด้วยรังสีรักษา เคมีบำบัด ณ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ซึ่งเป็น โรงพยาบาลเฉพาะทาง โรคมะเร็งระดับตติยภูมิ ที่รองรับผู้ป่วยโรคมะเร็งใน 8 จังหวัดของภาคตะวันออก ซึ่งผลที่ได้จากการ วิจัยครั้งนี้จะช่วยให้พยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจ ถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของ ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะท้าย และสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน เพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วย โรคมะเร็งเต้านมระยะท้ายได้อย่างเหมาะสม และสามารถนำไปพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมเพื่อ ช่วยเสริมสร้างความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะท้ายต่อไป

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะท้าย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะท้าย ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค ความหวัง การมองโลกในแง่ดี และแรงสนับสนุนทางสังคม

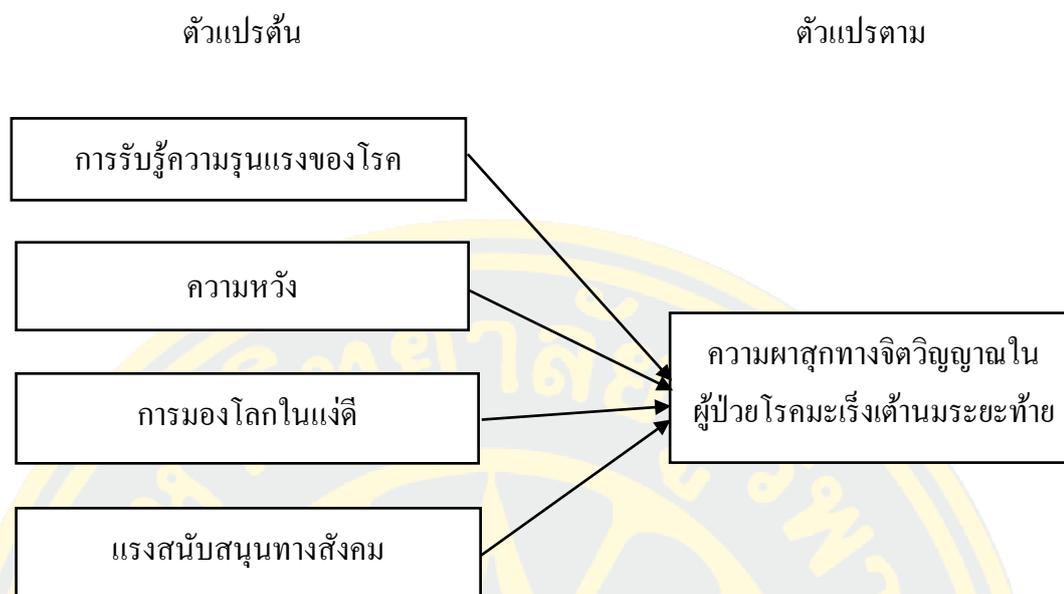
## สมมติฐานของการวิจัย

การรับรู้ความรุนแรงของโรค ความหวัง การมองโลกในแง่ดี และแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะท้ายได้

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Spiritual well-being) ของ Paloutzian & Ellison (1982) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดย Paloutzian & Ellison ได้กล่าวว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นความรู้สึก ความเข้มแข็งภายในของบุคคล การมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น พระศาสดาหรืออำนาจเหนือธรรมชาติ ช่วยให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ โดยมีเป้าหมายของชีวิต ทำให้บุคคลสามารถค้นหาความหมายของชีวิต เพื่อส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ ซึ่งมีองค์ประกอบ 2 ด้าน ประกอบด้วย 1) ความผาสุกทางจิตวิญญาณในด้านสิ่งที่เป็นอย่างอยู่ (The existential well-being) สิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตของแต่ละบุคคลส่งผลต่อการรับรู้เป้าหมายและการแสวงหาคคุณค่าของชีวิต (a sense of purpose and direction) สิ่งที่เกิดขึ้นส่งผลต่อความรู้สึกของบุคคล ทำให้บุคคลมีความหวัง ยอมรับการเปลี่ยนแปลง พึงพอใจในชีวิตของตนเองมีความสุขกับชีวิตที่ตนเองเป็นอยู่และ 2) ความผาสุกทางจิตวิญญาณในความศรัทธายึดมั่นทางศาสนา (The religious well-being) เป็นความสัมพันธ์แน่นแฟ้นกับพระศาสดา พระเจ้าหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนนับถือ เกิดเป็นวัฒนธรรม ความเชื่อ เป็นเครื่องกำหนดคุณค่าของบุคคลในการแสดงออกทางสังคม เป็นคุณลักษณะที่ช่วยส่งเสริมความเชื่อมั่นของบุคคลว่าจะสามารถผ่านพ้นอุปสรรคไปได้

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำปัจจัยด้านความผาสุกในสิ่งที่เป็นอย่างอยู่ (The existential well-being) ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค ความหวัง และ การสนับสนุนทางสังคม และด้านความผาสุกในความศรัทธายึดมั่นทางศาสนา (The religious well-being) ได้แก่ การมองโลกในแง่ดี มาศึกษา ซึ่งปัจจัยคัดสรรในการศึกษาครั้งนี้จะทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะท้ายได้ ซึ่งสามารถสรุปได้ดังแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

### ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlation research) เพื่อศึกษาความผาสุกทางจิตวิญญาณ และความสามารถร่วมกันทำนายของปัจจัย การรับรู้ความรุนแรงของโรค ความหวัง การมองโลกในแง่ดี และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะท้าย ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เฉพาะทางโรคมะเร็ง ว่าเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่ 3 และระยะที่ 4 ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกรังสีรักษาและแผนกผู้ป่วยนอกเคมีบำบัด ในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ระหว่างเดือน มกราคม ถึง เดือนเมษายน พ.ศ. 2565

### นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เฉพาะทางโรคมะเร็ง จากผลชิ้นเนื้อบริเวณท่อน้ำนม/หรือต่อมน้ำนม ที่พบความผิดปกติของเซลล์ด้านมและมีการลุกลามไปยังอวัยวะข้างเคียงหรืออวัยวะอื่น ๆ ที่ไกลออกไปจากตัวโรคเดิม การรักษาเพียงเพื่อประคับประคองอาการ (Palliative care) เท่านั้น ที่มารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกรังสีรักษาและผู้ป่วยนอกเคมีบำบัด ณ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Spiritual well-being) หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งด้านมรรยะทัย เกี่ยวกับความรู้สึกภายในของบุคคลที่รับรู้ถึงความเชื่อ ความศรัทธา มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ทำให้มีกำลังใจ มีความเข้มแข็งภายในจิตใจ สามารถเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ยอมรับความจริง มีความหวัง และพึงพอใจในสิ่งที่เป็นอย่างของตนเอง ตามแนวคิดของ Paloutzian and Ellison (1982) ซึ่งประเมินได้จากแบบประเมินที่พัฒนาโดย ธนัญญา น้อยเปียง (2545)

การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity of disease) หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งด้านมรรยะทัยต่อความเลวร้ายของสถานการณ์ที่เกิดจากการเจ็บป่วย เกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิต ระดับความรุนแรงของโรคคุกคามต่อการใช้ชีวิต ที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งประเมินได้จากแบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยมะเร็งด้านมรรยะทัย ที่พัฒนาโดย ธนัญญา น้อยเปียง (2545) ความหวัง (Hope) หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งด้านมรรยะทัย เป็นความรู้สึกภายในจิตใจของบุคคล ที่ทำให้เกิดเป็นการกระทำหรือพฤติกรรมต่างๆ ที่แสดงถึงความเชื่อมั่นว่าบุคคลจะสามารถผ่านพ้นสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่รวมทั้งพฤติกรรมการแสดงออกในทางบวกตามแนวคิดของเฮิร์ท (Herth, 1990) ซึ่งประเมินได้จากแบบสอบถามความหวังของ สุนทรี วัฒนเบญจโสภา (2543)

การมองโลกในแง่ดี (Optimism) หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยโรคมะเร็งด้านมรรยะทัยต่อการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต เป็นการรับรู้ต่อการเปลี่ยนแปลงของบุคคล มีความคาดหวังเกี่ยวกับเรื่องราวในอนาคตไปในทิศทางบวก ตามแนวคิดการมองโลกในแง่ดีของ Seligman (1990) ซึ่งประเมินได้จากแบบสอบถามการมองโลกในแง่ดี ที่พัฒนาโดย ขจรศรี แสนปัญญา (2553) แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยโรคมะเร็งด้านมรรยะทัยถึงการได้รับกำลังใจและได้รับความช่วยเหลือในด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ และด้านสิ่งของ จากบุคคลรอบข้าง ตามแนวคิดของ Schaefer et al. (1981) ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งด้านมรรยะทัย โดยพิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2549)

## บทที่ 2

### วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะท้ายในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี โดยผู้วิจัยได้ทบทวนตำรา บทความวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา โดยมีสาระสำคัญดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะท้าย
2. บริบทของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะท้ายในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี
3. ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะท้าย
4. ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะท้าย
  - 4.1 การรับรู้ความรุนแรงของโรค
  - 4.2 ความหวัง
  - 4.3 การมองโลกในแง่ดี
  - 4.4 แรงสนับสนุนทางสังคม

#### ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะท้าย

##### ความหมายของโรคมะเร็งเต้านม

โรคมะเร็งเต้านม (breast cancer) เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของเซลล์ที่อยู่ภายในท่อน้ำนมหรือต่อมน้ำนม ซึ่งเซลล์เหล่านี้มีการแบ่งตัวผิดปกติ เพิ่มจำนวนอย่างรวดเร็ว ร่างกายไม่สามารถควบคุมการแบ่งตัวของเซลล์ภายในท่อน้ำนมหรือต่อมน้ำนมได้ตามปกติ (Terminal duct lobular units) ทำให้มีการเจริญเติบโตที่ผิดปกติ เพิ่มจำนวนอย่างรวดเร็ว จนกลายเป็นก้อนเนื้อมะเร็ง (ACS, 2019)

##### อุบัติการณ์

โรคมะเร็งเต้านม เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้รายงานไว้ว่า ในปี พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเต้านมรายใหม่ 2.3 ล้านคน และเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเต้านมทั่วโลก ประมาณ 685,000 คน เช่นเดียวกับประเทศสหรัฐอเมริกาที่พบว่า มีผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมรายใหม่ 284,200 คน คิดเป็น

ร้อยละ 30 ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด (ACS, 2020) สำหรับประเทศไทย จากข้อมูลสถิติของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2564 พบผู้ป่วยหญิงที่มีเนื้องอกร้ายที่เต้านมรวมจำนวน 50,621 คน เป็นชายจำนวน 410 คน คิดเป็น 1.29 คนต่อแสนประชากร เพศหญิงจำนวน 50,211 คน คิดเป็น 150.51 คนต่อแสนประชากร สถิติสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมเป็นอันดับ 1 คิดเป็นร้อยละ 37.9 ของจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั้งหมด พบว่าเป็นระยะที่ 3 จำนวน 143 คน คิดเป็นร้อยละ 23.2 และระยะที่ 4 จำนวน 146 คน คิดเป็นร้อยละ 23.7 (กลุ่มงานดิจิทัลการแพทย์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2564) โดยโอกาสป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านม พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายประมาณ 100 เท่า อัตราป่วยในเพศหญิงคิดเป็น 30 - 40 คน ต่อประชากร 100,000 คน อุบัติการณ์การเกิดมะเร็งเต้านมในเพศชาย พบได้ประมาณ 2 รายต่อผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม 1,000 ราย (ขวัญฤดา มิตรภักดี, 2561)

ข้อมูลของโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี พบผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่มารับการรักษาในปี พ.ศ. 2563 และ พ.ศ. 2564 มีจำนวน 774 และ 684 คนตามลำดับ (กลุ่มงานดิจิทัลการแพทย์ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี, 2564) และพบว่ามีความชุกอยู่ในช่วงวัยเจริญพันธุ์ถึงวัยเริ่มหมดประจำเดือน โดยในปี พ.ศ. 2563 ช่วงอายุที่พบว่าเกิดโรคมะเร็งเต้านมมากที่สุดคือ ช่วงอายุ 50 – 54 ปี พบจำนวน 130 คน และในปีพ.ศ. 2564 ช่วงอายุที่พบว่าเกิดโรคมะเร็งเต้านมมากที่สุด คือ ช่วงอายุ 40 – 45 ปี พบ 119 คน จากข้อมูลดังกล่าว จะเห็นว่าช่วงอายุจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และเทคโนโลยี ประกอบกับนโยบายรณรงค์การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมของกระทรวงสาธารณสุข เช่น โครงการรณรงค์ป้องกันโรคมะเร็งเต้านม ที่ให้บริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมแก่ประชาชนอย่างทั่วถึง และการส่งเสริมทักษะ การตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2559) จึงทำให้มีการตรวจพบผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรกได้มากขึ้น

### ปัจจัยเสี่ยง

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม สามารถเกิดได้จากหลายสาเหตุ จำแนกเป็นปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอก โดยสาเหตุที่พบได้บ่อย มีดังนี้

1. ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ เพศ ส่วนใหญ่พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย พบประมาณร้อยละ 1 (กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2560) ส่วนอายุ พบว่าในผู้หญิงที่มีอายุมากกว่า 40 ปี มีความเสี่ยงในการเป็นโรคมะเร็งเต้านม รวมถึงการมีบุตร ซึ่งพบว่าผู้หญิงที่มีบุตรคนแรกเมื่ออายุมากกว่า 35 ปี หรือผู้หญิงที่ไม่มีบุตร มีความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งเต้านมสูง (ภรณ์ เหล่าอิทธิ และนภา ปริญญานิติกุล, 2559) รวมถึงความผิดปกติเกี่ยวกับฮอร์โมนในร่างกาย เช่น รับประทานยาคุมกำเนิด (NCI, 2019) มีประจำเดือนตั้งแต่อายุต่ำกว่า 12 ปี หรือ

ประจำเดือนหมดก่อนอายุ 55 ปี (กรณี เหล่าอติธิ และนภา ปริญญาติคุณ, 2559) และการถ่ายทอดทางพันธุกรรม โดยเฉพาะการมีญาติสายตรง เช่น มารดา พี่สาวน้องสาวป่วยเป็นมะเร็งเต้านม หรือมะเร็งรังไข่ และการผ่าเหล่าของยีน BRCA1, BRCA2 การมีลักษณะเนื้อเต้านมหนาแน่น เป็นอีกปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็งเต้านม และการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น คีโมสุรา ขาดการออกกำลังกาย การบริโภคอาหารไขมันสูงและภาวะอ้วน (NCI, 2019)

2. ปัจจัยภายนอก ได้แก่ การถูกกระตุ้นจากสิ่งก่อมะเร็ง เช่น การได้รับรังสีที่กระตุ้นให้เกิดมะเร็ง พบได้ภายหลังรับการรักษาด้วยรังสีรักษา (NCI, 2019) โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอายุน้อยขณะได้รับรังสี พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี (กรณี เหล่าอติธิ และนภา ปริญญาติคุณ, 2559) พยาธิสภาพการเกิดมะเร็งเต้านม (กรณี เหล่าอติธิ และนภา ปริญญาติคุณ, 2559) มะเร็งเต้านมเกิดจากการเจริญเติบโตที่ผิดปกติของเซลล์ท่อทางเดินน้ำนม และต่อมสร้างน้ำนม สามารถแบ่งตามชนิดของจุดเริ่มต้น เช่น บริเวณท่อทางเดินน้ำนม หรือต่อมสร้างน้ำนม เป็นต้น การลุกลามแบ่งได้ 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่จำกัดเฉพาะที่เรียกว่า มะเร็งเต้านมชนิดจำกัดอยู่เฉพาะที่ (noninvasive or carcinoma in situ) และกลุ่มที่มีการลุกลามเรียกว่า มะเร็งเต้านมชนิดที่มีการลุกลาม (invasive breast cancers) ชนิดของมะเร็งเต้านมโดยแบ่งตามจุดเริ่มต้นและการลุกลาม (American Cancer Society, 2021) รายละเอียดดังนี้

1. มะเร็งเต้านมชนิดจำกัดอยู่เฉพาะที่ (Carcinoma in situ [CIS]) หมายถึงมะเร็งในระยะเริ่มแรกที่ถูกจำกัดอยู่ในท่อน้ำนมหรือต่อมผลิตน้ำนม โดยยังไม่มีการแพร่กระจายออกไปยังเนื้อเยื่อรอบ ๆ เต้านม หรือไปสู่อวัยวะอื่น ๆ ภายในร่างกาย สามารถแบ่งมะเร็งชนิดนี้ออกเป็น 2 ชนิด คือ

1.1 มะเร็งในท่อน้ำนมที่จำกัดอยู่เฉพาะที่ (Ductal Carcinoma in situ [DCIS] or intraductal carcinoma) เป็นมะเร็งที่เกิดในท่อน้ำนม (duct) แต่ยังไม่มีการแพร่กระจายออกจากผนังท่อน้ำนมออกไปยังเนื้อเยื่อรอบ ๆ เต้านม มะเร็งชนิดนี้พบได้ 1 ใน 5 ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม รายใหม่พบว่าเป็นมะเร็งในท่อน้ำนมที่จำกัดอยู่เฉพาะที่มะเร็งชนิดนี้หากตรวจพบในระยะแรกสามารถรักษาให้หายได้

1.2 มะเร็งในต่อมผลิตน้ำนมที่จำกัดอยู่เฉพาะที่ (lobular carcinoma in situ [LCIS] or lobular neoplasia) เป็นมะเร็งที่เกิดขึ้นในต่อมผลิตน้ำนม (lobule) แต่ยังไม่มีการแพร่กระจายออกจากผนังต่อมผลิตน้ำนมออกไปยังเนื้อเยื่อรอบ ๆ เต้านม มะเร็งชนิดนี้เป็นมะเร็งชนิดที่ไม่มีการลุกลาม ยกเว้นในสตรีที่มีภาวะเสี่ยงสูง เช่น มีญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านมเป็นโรคอ้วน เป็นต้น จึงพัฒนา กลายเป็นมะเร็งชนิดที่มีการลุกลามได้

2. มะเร็งเต้านมชนิดที่มีการลุกลาม (invasive breast cancers) หมายถึง มะเร็งที่มีการเจริญเติบโตและแพร่กระจายออกจากท่อน้ำนม หรือต่อมผลิตน้ำนม ไปยังเนื้อเยื่อในเต้านมหรือไปยังอวัยวะอื่น ๆ ภายในร่างกาย มะเร็งในกลุ่มนี้ประกอบด้วย

2.1 มะเร็งเต้านมที่มีการลุกลามจากท่อน้ำนม (invasive or infiltrating ductal carcinoma [IDC]) เป็นมะเร็งเต้านมชนิดที่เซลล์มะเร็งเริ่มต้นบริเวณท่อน้ำนม และมีการทำลายผนังเซลล์ของท่อน้ำนมออกมาเจริญเติบโตบริเวณเนื้อเยื่อรอบ ๆ ท่อน้ำนม และมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะส่วนอื่น ๆ ของร่างกายโดยผ่านทางระบบเลือดและน้ำเหลือง ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมชนิดที่มีการลุกลามพบว่า 8 ใน 10 คนจะเป็นมะเร็งชนิดนี้

2.2 มะเร็งเต้านมที่มีการลุกลามจากต่อมผลิตน้ำนม (invasive or infiltrating lobular carcinoma [ILC]) เป็นมะเร็งที่เซลล์มะเร็งเริ่มต้นในต่อมผลิตน้ำนม และมีการทำลายผนังเซลล์ของต่อมน้ำนมออกมาเจริญเติบโตบริเวณเนื้อเยื่อรอบ ๆ ต่อมผลิตน้ำนม และมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะส่วนอื่น ๆ ของร่างกายโดยผ่านทางระบบเลือดและน้ำเหลือง ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมชนิดที่มีการลุกลามพบว่า 1 ใน 10 คน เป็นมะเร็งเต้านมชนิดนี้ และมะเร็งชนิดนี้ตรวจวินิจฉัยได้ยากกว่าชนิดที่มีการลุกลามจากท่อน้ำนม

2.3 มะเร็งรูปผสม (mixed tumors) เป็นก้อนมะเร็งที่มีเซลล์มะเร็งหลากหลายชนิดในก้อนนั้น เช่น พบทั้งมะเร็งเต้านมที่มีการลุกลามจากท่อน้ำนม และมะเร็งเต้านมที่มีการลุกลามจากต่อมผลิตน้ำนม เป็นต้น

2.4 มะเร็งชนิดเมดุลลารี (medullary carcinoma) เป็นมะเร็งเต้านมที่มีเซลล์มะเร็งที่มีขนาดใหญ่และมีเซลล์ที่ทำหน้าที่คล้ายระบบภูมิคุ้มกัน (immune system cells) อยู่ในก้อนมะเร็ง มะเร็งชนิดนี้พบได้ประมาณร้อยละ 3 - 5 ของมะเร็งเต้านมทั้งหมด การพยากรณ์โรคของมะเร็งชนิดนี้ดีกว่ามะเร็งชนิดอื่น

2.5 มะเร็งชนิดเมตาพลาสติก (metaplastic carcinoma) เป็นมะเร็งเต้านมชนิดร้ายแรง เป็นมะเร็งที่พบได้น้อย ก้อนมะเร็งชนิดนี้จะประกอบด้วยเซลล์ที่มีลักษณะเป็นรูปสี่เหลี่ยมคล้ายกับเซลล์ผิวหนัง (squamous cells) หรือเซลล์ของกระดูก

2.6 มะเร็งเต้านมที่มีการอักเสบ (inflammatory breast cancer [IBC]) เป็นมะเร็งเต้านมที่พบได้น้อย แต่เป็นชนิดรุนแรงพบได้ร้อยละ 1- 3 ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยปกติมักจะไม่นับก้อนบริเวณเต้านม แต่ผิวหนังบริเวณเต้านมจะอุ่นเป็นสีแดง และหนาขึ้นคล้ายเปลือกส้ม (peau d'orange) การเปลี่ยนแปลงนี้เกิดจากเซลล์มะเร็งไปอุดตันท่อน้ำเหลืองบริเวณผิวหนัง ส่งผลให้เต้านมมีขนาดใหญ่ขึ้นเกิดอาการบวม ตึง กดเจ็บ และคัน ในระยะแรกมะเร็งชนิดนี้จะมีลักษณะของเต้านมอักเสบ และไม่สามารถตรวจพบได้ด้วยการทำแมมโมแกรม (mammography) จึงทำให้

ยากต่อการวินิจฉัย และพบว่าเป็นมะเร็งที่มีการแพร่กระจายของมะเร็งได้มากกว่าชนิดมะเร็งในท่อน้ำนมที่จำกัดอยู่เฉพาะที่ และชนิดมะเร็งในต่อมผลิตน้ำนมที่จำกัดอยู่เฉพาะที่ มะเร็งชนิดนี้จะมี การพยากรณ์โรคที่ไม่ดี

2.7 มะเร็งเต้านมที่มีการผลิตเมือก (mucinous carcinoma or colloid carcinoma) เป็นมะเร็งท่อน้ำนมชนิดร้ายแรงที่พบได้น้อย โดยมีลักษณะของเซลล์มะเร็งที่มีการผลิตเมือก (mucus-producing cancer cells) การพยากรณ์โรคของมะเร็งชนิดนี้ดีกว่ามะเร็งเต้านมชนิดอื่น

2.8 มะเร็งเต้านมในท่อน้ำนม (tubular carcinoma) เป็นมะเร็งท่อน้ำนมชนิดที่มีการลุกลามอีกชนิดหนึ่ง เซลล์มะเร็งชนิดนี้สามารถตรวจพบได้โดยการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ พบมะเร็งชนิดนี้ได้บ่อยประมาณร้อยละ 2 ของมะเร็งเต้านมทั้งหมด และมีการพยากรณ์โรคดีกว่า มะเร็งที่มีการแพร่กระจายไปที่ท่อน้ำนมและต่อมผลิตน้ำนม

2.9 มะเร็งเต้านมชนิดถุงน้ำ (papilla carcinoma) เป็นมะเร็งที่เซลล์มะเร็งมีลักษณะ คล้ายนิ้วมือ เมื่อมองผ่านกล้องจุลทรรศน์ มะเร็งชนิดนี้เชื่อว่าเป็นมะเร็งในท่อน้ำนมที่จำกัดอยู่ เฉพาะที่ (DCIS) ชนิดหนึ่ง แต่ในบางครั้งจะพบเป็นชนิดลุกลามได้แต่พบได้น้อย มะเร็งชนิดนี้ มักพบในหญิงสูงอายุ

#### **การจำแนกความรุนแรงและระยะการดำเนินของโรคมะเร็งเต้านม**

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมโดยทั่วไปมักไม่มีอาการใดในระยะแรก ๆ แต่ จะมีอาการเฉพาะที่ เช่น คลำพบก้อนเนื้อที่เต้านม อาจมีอาการปวด บวม กดเจ็บบริเวณก้อน ผิวหนังบริเวณเต้านม หรือลักษณะเต้านม หัวนมผิดปกติ บวม เมื่อก่อนมีขนาดโตขึ้น ถ้าโรคระบายไปที่บริเวณใกล้เคียง ก็จะพบก้อนที่บริเวณ รักแร้ ที่คอ นอกจากนี้อาจพบอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจง เช่น เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง และอาการของระบบที่ก้อน มะเร็งกระจายไป เช่น ตับ ปอดกระดูก และสมอง ในกรณี ที่เป็นระยะลุกลาม (ภรณ์ เหล่าอิทธิ และนภา ปริญญาติกุล, 2559)

โรคมะเร็งมีหลายระยะซึ่งการแบ่งระยะของ โรคมะเร็งเป็นการประเมินว่าโรคมะเร็งมี ระดับความรุนแรงและการลุกลามมากน้อยเพียงใด การแบ่งระยะของโรคมะเร็งนั้นมีความสำคัญใน การวินิจฉัยโรค พยากรณ์โรค และการวางแผนรักษาการดูแลแบบประคับประคอง American Joint Committee of Cancer (2018) ได้แบ่งระยะของโรคมะเร็ง โดยการใช้ระบบ TNM โดยกำหนดจาก T (Primary tumor) คือ ลักษณะของก้อนมะเร็ง ขนาดของก้อนที่ตำแหน่งที่อยู่ ของก้อน N (Regional lymph nodes) คือ มะเร็งมีการแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณข้างเคียง M (Distant metastasis) คือ การที่มะเร็งมีการแพร่กระจายไปอวัยวะอื่น ซึ่งแบ่งได้ ดังนี้

ขนาดของก้อน (T) (AJCC, 2018)

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

TMN มาจัดอีกได้ระยะดังนี้

มะเร็งเต้านม โดยทั่วไปมะเร็งเต้านมมี 4 ระยะ คือระยะที่ 1 ถึงระยะที่ 4 แต่ปัจจุบันนี้เรามักจะเพิ่มระยะที่ 0 เข้าไปด้วย รวมแล้วแบ่งได้เป็น 5 ระยะ ซึ่งระยะของมะเร็งเต้านม แสดงดังนี้

ระยะ 0 เป็นระยะเริ่มต้นของเซลล์มะเร็ง ซึ่งยังไม่ลุกลามไปยังเนื้อเยื่อเต้านม

ระยะ 1 ก้อนมะเร็งมีขนาดไม่เกิน 2 เซนติเมตร และยังไม่ลุกลามเข้าต่อมน้ำเหลือง

ระยะ 2 ก้อนมะเร็งมีขนาดระหว่าง 2 - 5 เซนติเมตร ซึ่งอาจจะลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้หรือไม่ก็ได้ หรือมีขนาดไม่เกิน 2 เซนติเมตร และลุกลามเข้าต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้แล้ว แต่ยังไม่แพร่กระจายไปสู่อวัยวะอื่น

ระยะ 3 ก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่กว่า 5 เซนติเมตร และลุกลามเข้าต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้แล้ว แต่ยังไม่แพร่กระจายไปสู่อวัยวะอื่น

ระยะ 4 ก้อนมะเร็งมีขนาดโตเท่าใหรก็ได้แต่พบว่าการแพร่กระจายไปยังส่วนอื่นของร่างกายที่อยู่ไกลออกไป เช่น กระดูก ปอด ตับ หรือสมอง เป็นต้น

มะเร็งเต้านมเป็นโรคที่รักษาให้หายได้หากพบในระยะเริ่มแรก การตรวจเต้านมด้วยตนเอง จึงมีความสำคัญที่จะช่วยให้ค้นพบมะเร็งเต้านมได้ตั้งแต่ระยะแรก ซึ่งการตรวจเต้านมด้วยตนเองมักจะพบอาการและอาการแสดง ดังนี้

1. ก้อนที่เต้านม เป็นลักษณะที่พบได้บ่อย มีลักษณะเป็นก้อนหรือไตเล็ก ๆ ที่เต้านมส่วนมากจะไม่มีอาการเจ็บปวด หรือก้อนจะโตขึ้นอย่างรวดเร็ว จนทำให้เต้านมมีลักษณะผิดปกติไป เช่น อาจทำให้เต้านมใหญ่ขึ้นหรือบางชนิดทำให้เต้านมแข็ง หดตัวเล็กหรือแบนลงได้

2. มีการเปลี่ยนแปลงของขนาด รูปร่าง หรือสีของหัวนม ก้อนมะเร็งอาจทำให้หัวนมบุ๋มเข้าไปจากระดับเดิม เต้านมทั้งสองข้างไม่อยู่ในระดับเดียวกัน ขนาดและรูปร่างของเต้านม ต่างกัน อย่างผิดปกติ

3. มีของเหลวไหลซึมออกมาจากบริเวณหัวนม เช่น น้ำเหลือง และเลือด เป็นต้น

4. เต้านมมีขนาดผิดปกติ เช่น มีการบวมของเต้านม ผิวหนังบริเวณเต้านมมีรอยบุ๋ม หรือมีลักษณะหยาบและขรุขระคล้ายผิวส้ม (peau d'orange) มีการระคายเคืองผิวหนังบริเวณเต้านมหรือหัวนม เช่น มีปวด บวม แดง มีผื่นคัน เป็นต้น

5. มีก้อนบริเวณรักแร้ เนื่องจากเซลล์มะเร็งมีการแพร่กระจายอย่างรวดเร็วไปทางหลอดเลือดและน้ำเหลือง

6. เมื่อมีการกดที่บริเวณก้อนที่เต้านมและจะรู้สึกเจ็บ

จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปอาการแสดงของโรคมะเร็งเต้านมซึ่งเป็นสิ่งที่บ่งชี้ให้ทราบว่า อาจจะเป็นมะเร็งในระยะแรก จะมีก้อนเล็กที่เต้านม ไม่มีอาการเจ็บปวด จากนั้นก้อนจะโตขึ้นอย่างรวดเร็วมีการเปลี่ยนแปลงรูปร่าง และขนาดของเต้านมคลำหรือสามารถมองเห็นได้ชัดเจน เริ่มยึดแน่นกับที่ มีการดึงรั้งผิวหนังและหัวนมให้บุ๋มลง (Nipple invasion) มีของเหลวไหลออกจากหัวนม ซึ่งอาจจะเป็นน้ำเหลืองหรือเลือด ผิวหนังที่เต้านมจะบวมแดงเนื่องจากการอุดตันของทางเดินน้ำเหลือง ทำให้ผิวหนังบริเวณนั้นมีลักษณะคล้ายผิวส้ม (Peau d' orange) มีการเจ็บปวดเหมือนฝี ก้อนจะโตขึ้นจนแตกเป็นแผล มะเร็งจะลุกลามกระจายไปตามอวัยวะต่าง ๆ ทางหลอดเลือดและน้ำเหลือง ซึ่งโดยส่วนใหญ่ ผู้ป่วยจะมาพบแพทย์ด้วยอาการแสดงของมะเร็งทุติยภูมิ ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้โต หรือมีการกระจายของก้อนมะเร็งบนเต้านม อาการทางปอด ตับ ถ้าปล่อยทิ้งไว้จะไม่สามารถรักษาให้หาย อาจเสียชีวิตได้

**ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย**

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งเต้านมที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ อาการทรุดลงเรื่อย ๆ คุณภาพต่อชีวิต ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ (กรมการแพทย์, 2557) การรักษาเน้นการรักษาตามอาการหรือการรักษาแบบประคับประคอง (Palliative Care) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสุขทางจิตวิญญาณเท่าที่จะเป็นไปได้และจากไปอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิต (อรพรรณ พุฒินิ โชติ, 2560)

มีการให้คำจำกัดความของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายไว้มากมาย ซึ่งมีความหมายใกล้เคียงกัน คือ ผู้ป่วยเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด มีแนวโน้มที่จะทรุดลง หรือเสียชีวิตจากตัวโรคในอนาคต หรือป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต เน้นการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมมิติ ด้านร่างกาย

จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของทั้งผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแล โดยมีเป้าหมายหลักคือการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ที่ทำให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ตลอดจนการดูแลครอบครัวและญาติภายหลังการจากไปของผู้ป่วย (Bereavement Care)

อาการของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย จะเป็นอาการที่ไม่สุขสบายของร่างกายที่เกิดจากการรักษา หรือการใช้เคมีบำบัด โดยอาการเหล่านี้เกิดขึ้นจากการรับรู้หรือประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะสุดท้าย ที่เป็นข้อบ่งชี้ถึงการ เปลี่ยนแปลงทางลบจากการทำหน้าที่ปกติของร่างกายภายหลัง ได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ โดยประสบการณ์อาการดังกล่าวมักเป็นประสบการณ์ร่วมมากกว่าหนึ่งอาการ เป็นกลุ่มอาการไม่สุขสบาย อาการแต่ละอาการส่วนใหญ่มักเกิดขึ้นพร้อมกัน และอาการหนึ่ง จะส่งผลกระทบต่ออาการอื่นให้ทวีความรุนแรงมากขึ้น (Lenz et al., 1997) ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงหรือทำไม่ได้ สิ่งที่ผู้ป่วยต้องเผชิญนั้นเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะภายในต่าง ๆ ที่เสื่อมโทรมลง ที่เด่นชัดนั้นคือ อาการปวดและอาการเหนื่อยหอบ เป็นต้น

#### ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย

1. อาการเจ็บปวด หมายถึง อาการที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความรู้สึก หรือรับรู้ได้ถึง ความไม่สุขสบาย มีอาการเจ็บหรือปวดบริเวณใดบริเวณหนึ่ง ในบางรายอาจมีอาการปวดทั่วร่างกาย ซึ่ง ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้ายเกือบทุกราย ที่โรคมีการลุกลามไปยังกระดูกทำให้มีอาการปวด ซึ่งอาการดังกล่าวเป็นอาการอันดับต้น ๆ ที่มีผลกระทบต่อร่างกายของผู้ป่วยเป็นอย่างมากและรบกวนการดำเนินชีวิต รวมทั้งลดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้ายอีกด้วย กลไกการเกิดอาการปวดแบ่งเป็น 2 สาเหตุ คือ ความปวดที่เกิดจากทางร่างกาย และความปวดทางระบบประสาท (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554) ความปวดที่เกิดจากทางร่างกาย ผู้ป่วยจะมีอาการปวดแบบเสียดแทง ปวดตื้อ หรือปวดแบบโดนกด ซึ่งเป็นการรับความปวดจากการกระตุ้นตัวรับที่พื้นผิวของร่างกาย (somatic structure) ความปวดที่เกิดจากทางระบบประสาท ส่วนมากจะเกิดจากการปวดภายใน หรือถูกกดทับ ลักษณะอาการปวดจะปวดบิด ปวดจุก

2. อาการหายใจลำบาก หมายถึง ความรู้สึกหรือการรับรู้ความไม่สุขสบายในขณะที่หายใจ รู้สึกถึงภาวะที่หายใจแล้วได้รับอากาศไม่เพียงพอ ทำให้ต้องหายใจแรงและเร็วมากกว่าปกติ เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้ายส่วนใหญ่โรคจะมีการลุกลามไปยังปอดทำให้สารคัดหลั่งในทางเดินหายใจ มีปริมาณมากและมีอาการเหนื่อย โดยผู้ป่วยจะมีอาการหายใจไม่สะดวก หายใจเร็ว หรือ นอนราบไม่ได้ ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้ายที่มีการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังปอด ทำให้พื้นที่ของปอดในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง ส่งผลให้เกิดการหายใจลำบากเพิ่มมากขึ้น บางครั้งอาการเหนื่อยอาจเกิดจากภาวะวิตกกังวล ซึ่งอาจจะไม่มีภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำก็ได้

3. คลื่นไส้ อาเจียน เกิดจากการได้รับเคมีบำบัด โดยเมตาบอลิท์ของเคมีบำบัด จะกระตุ้น เซลล์เอ็นเทอร์โรโครโมแอฟฟิน (enterochromaffin cells) ในระบบทางเดินอาหารทำให้มีการหลั่งสาร ซีโรโทนิน (serotonin) ซึ่งมีผลไปกระตุ้นตัวรับซีโรโทนิน (serotonin receptor) ที่ศูนย์ควบคุมการเปลี่ยนแปลงทางเคมี (chemoreceptor trigger zone [CTZ]) โดยผ่านทางเส้นประสาทนำเข้าจากัส (vagal afferent pathway) และไปมีผลกระตุ้นที่ศูนย์อาเจียนทำให้เกิดการตอบสนองโดยการอาเจียน ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบายท้องวิงเวียนศีรษะ หน้ามืด พะอืดพะอม อยากจะอาเจียน มีความรู้สึก เหมือนคลื่นลำบาก แต่อาการอาเจียน หมายถึง ความรู้สึกถึงการหดตัวของกระเพาะอาหารทำให้ อาหารและน้ำย่อยในกระเพาะไหลย้อนขึ้นมาที่ปาก ซึ่งอาจจะมีหรือไม่มีอาหารออกมาก็ได้ ซึ่ง อาการคลื่นไส้ อาจไม่มีอาการอาเจียนเกิดขึ้นก็ได้ (รังสีรักษาและมะเร็งวิทยา ฝ่ายรังสีวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2559) อย่างไรก็ตามแต่พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการคลื่นไส้ได้ บ่อยกว่าอาการอาเจียน หากไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมแล้ว ก็อาจทำให้เกิดปัญหาตามมา เช่น มีภาวะขาดน้ำ รับประทานอาหารได้น้อยลง เพ็ลลียไม่มีแรง ซึ่งอาการจะเริ่มเกิดตั้งแต่เริ่มให้ยา เคมีบำบัดและยังมีอาการต่อเนื่องไปอีก 2 - 3 วัน หรือมากกว่านั้น อีกทั้งความรู้สึกอยากอาหาร น้อยลง ร่วมกับกระบวนการสร้างน้ำลายก็ลดลง ทำให้น้ำลายเหนียว ปากแห้ง ได้กลิ่นอาหารยิ่งรู้สึก คลื่นไส้ จากอาการเหล่านี้มีผลต่อการรับประทานอาหารของผู้ป่วยทั้งสิ้น (พัชรินทร์ แก้วรัตน์ และ น้ำอ้อย ภัคดิวงศ์, 2560)

4. อ่อนเพลีย กระสับกระส่ายและสับสน หมดเรื้อยแรง เป็นอาการหนึ่งที่เกิดขึ้นบ่อยของ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย จะรู้สึกอ่อนล้า หมดเรื้อยแรง ไม่มีกำลังจะทำกิจกรรมใด ๆ แม้แต่การ เดินขึ้นบันได อยู่เฉย ๆ ก็รู้สึกไม่มีแรง แม้แต่การนอนพัก การนวดก็ไม่สามารถทำให้อาการเหนื่อย หรือหมดแรงนั้นดีขึ้นมาได้ (วรัณฉัตร โพธารินทร์และคณะ, 2561)

5. ไม่สุขสบาย ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้ายส่วนมากจะผ่านการได้รับยาเคมีบำบัดมาแล้ว มากมายหลายสูตร อาการข้างเคียงจากการได้รับยาเคมีบำบัดที่สะสมมานั้นจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการ ษา ซึ่งเป็นอาการหนึ่งที่เกิดขึ้นบ่อย ผู้ป่วยจะรู้สึกไม่สุขสบายจากอาการชาบริเวณปลายนิ้วมือ ยังมี ลิ่งกระตุ้น เช่น อากาศเย็นหรือสัมผัสของเย็นก็มีส่วนทำให้เกิดอาการชาเพิ่มมากขึ้นอีกด้วย

6. แผลในช่องปาก ที่เกิดจากผลข้างเคียงจากยาเคมีที่ได้รับ ทำให้เกิดแผลในช่องปาก การรับรสและกลิ่นเปลี่ยนแปลง ปากแห้ง มีแผลในปาก และความอยากอาหารลดลง เกิดจาก

การทำลายเซลล์ในปากและลำไส้จากการได้รับยาเคมีบำบัดจึงทำให้มีอาการปากแห้ง แผลในปาก ส่งผลให้การรับรสและกลิ่นเปลี่ยนแปลง และความอยากอาหารลดลง ในผู้ป่วยมะเร็ง ระยะท้ายจะรับประทานอาหารได้น้อย ดื่มน้ำน้อย มีภาวะน้ำลายน้อย ทำให้อช่องปากแห้งเกิดแผลได้ ง่ายกว่าคนทั่วไป (วรัณฉัตร โพธารินทร์และคณะ, 2561)

7. อาการทางระบบประสาท เช่น อาการชาปลายมือปลายเท้า อาการเพ้อ สับสน มึนงง และกระวนกระวาย (อาทิศย์ ชัยชนสาร, 2559) ผู้ป่วยระยะท้ายนั้น จะมีการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทค่อนข้างมาก แต่จะค่อยเป็นค่อยไปที่ละน้อย อาการทางระบบประสาทเบื้องต้น ส่วนหนึ่งมาจากยาเคมีบำบัดที่มีผลต่อระบบประสาทส่วนปลาย ทำให้มีอาการชาปลายมือ ปลายเท้า ซึ่งเป็นความผิดปกติของเส้นประสาทที่เกิดจากสารพิษของสารเคมีทำลายเส้นใยประสาท (เพชรไพลิน ชัยชาญ และนงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์, 2563) เป็นอาการเบื้องต้น แต่เมื่อเข้าสู่ระยะท้ายแล้ว อาการผิดปกติทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นนั้นจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านการรู้คิด สับสน การทำงานของสมองไม่เป็นไปตามปกติ มึนงง กระวนกระวาย และสุดท้ายก็มีอาการง่วงซึมตามมา

8. อาการท้องผูก ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติทางด้านระบบขับถ่าย สืบเนื่องมาจากยาบรรเทาอาการปวดกลุ่ม opioid หากปล่อยให้เกิดอาการเป็นระยะเวลานาน จะมีผลกระทบหรือเสี่ยงต่อการเกิดการอุดตันของทางเดินอาหารจากอุจจาระอุดตันได้ (วรินทร์ โพธารินทร์ และคณะ, 2561)

9. อาการอ่อนล้า พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดเกิดจากผลข้างเคียงทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน ทั้งยังมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง อาการที่มีผลทำให้เกิดความอ่อนล้าจากการได้รับยาเคมีบำบัด เช่น อาการคลื่นไส้ และอาเจียน ทำให้สูญเสียน้ำ และอิเล็กโทรไลต์ซึ่งเป็นส่วนสำคัญต่อการสร้างพลังงานและการหดตัวของกล้ามเนื้อ หรือมีความเจ็บปวด การได้รับการพักผ่อนไม่เพียงพอ ซึ่งอาการดังกล่าวทำให้ร่างกายต้องใช้พลังงานเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดอาการเหนื่อยล้าได้ (วรรณรัตน์ จงเขตกิจ และคณะ, 2562)

อาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากผลข้างเคียงจากการรักษา ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานกับผู้ป่วย ซึ่งแตกต่างกัน ไปในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับ การดูแลตนเอง การปรับตัวของผู้ป่วย ส่งผลกระทบต่ออาการดำรงชีวิตของผู้ป่วย อาการดังกล่าว ส่งผลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย ทั้งนี้อาการต่าง ๆ ตามที่กล่าวมาข้างต้นนั้น ยังเกิดจากสาเหตุดังต่อไปนี้

1. อาการชา และปวด เกิดจากการทำลายเส้นประสาทส่วนปลายจากการได้รับยาเคมีบำบัด (อาทิศย์ ชัยชนสาร, 2559)

2. ผิวหนังและเล็บมีสีคล้ำขึ้น เกิดจากยาเคมีบำบัดทำให้ผิวหนังมีความไวต่อแสงแดดเพิ่มขึ้น จึงส่งผลให้ผิวหนังและเล็บมีสีคล้ำขึ้น บางครั้งอาจมีอาการผิวหนังแห้ง คัน และอักเสบร่วมด้วย (สาคร หับเจริญ และคณะ, 2565)

3. การนอนหลับเปลี่ยนแปลง เกิดจากผลกระทบจากโรคและการรักษา เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน ร้อนวูบวาบ การเจ็บปวด วิตกกังวลเป็นต้น ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด อาจจะมีอาการคลื่นไส้และอาเจียนทำให้รบกวนการนอนหลับ ส่งผลให้มีการนอนหลับเปลี่ยนแปลง

เมื่อผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอก็จะส่งผลให้เกิดอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า วิตกกังวลมากขึ้น และทำให้การพยากรณ์โรคแย่ลง (วรรณรัตน์ จงเขตกิจ และคณะ, 2562)

4. อาการหมดประจำเดือน มักจะเกิดจากการได้รับยาเคมีบำบัดแล้วไปมีผลหยุดการทำงานของรังไข่ทำให้ไม่สามารถสร้างฮอร์โมนได้จึงทำให้ไม่มีประจำเดือน (วรรณรัตน์ จงเขตกิจ และคณะ, 2562)

5. น้ำหนักลด เกิดจากการรับรสและกลิ่นเปลี่ยนแปลง ปากแห้ง มีแผลในปาก ความอยากอาหารลดลง ถ่ายเหลว จากการทำลายเซลล์ในปากและลำไส้จากการได้รับยาเคมีบำบัด ทำให้รับประทานอาหารได้น้อยลง ส่งผลให้น้ำหนักลด (วรรณิธร โพธารินทร์ และคณะ, 2561)

6. ผมร่วง เกิดจากการทำลายเซลล์เส้นผมจากการได้รับยาเคมีบำบัดจึงทำให้เกิดการหลุดร่วงของเส้นผม (วรรณรัตน์ จงเขตกิจ และคณะ, 2562)

7. ท้องผูกหรือถ่ายเหลว เกิดจากยาเคมีบำบัดไปรบกวนการทำงานของลำไส้ทำให้การทำงานของลำไส้ผิดปกติจึงทำให้เกิดอาการท้องผูกหรือถ่ายเหลวขึ้น (วรรณิธร โพธารินทร์ และคณะ, 2561)

8. ความเครียด เกิดจากการทำหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกัน ระบบประสาท และการหลั่งฮอร์โมนผิดปกติ ในความเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความเครียดเกิดขึ้น (ศักดิ์ดา ขำคม, 2562)

9. ซึมเศร้า เกิดจากการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม มีความทุกข์ทรมานทางใจจากปัญหาต่าง ๆ (ศักดิ์ดา ขำคม, 2562)

10. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เกิดจากการที่บุคคลไม่สามารถตัดสินใจ ความหมายของความเจ็บป่วยและทำนายผลลัพธ์ที่เกิดจากความเจ็บป่วยนั้น ๆ ได้ เนื่องจากการได้รับคำแนะนำไม่เพียงพอ ไม่คุ้นเคยกับความเจ็บป่วยนั้น เกิดความขัดแย้งในใจ หรือความเจ็บป่วยนั้นมีมากเกินไป ความรู้สึกไม่แน่นอนนี้มักพบได้เสมอเมื่อเกิดความเจ็บป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งเนื่องจากสภาพของโรคและวิธีการรักษาที่คุกคามชีวิตและความต้องการพื้นฐานของบุคคล โดยไปรบกวนความสามารถของบุคคลในการประเมินสถานการณ์ต่าง ๆ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดและความรู้สึกเป็นทุกข์ ความรู้สึกไม่แน่นอน (ศักดิ์ดา ขำคม, 2562)

#### การรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

การรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย เป็นการรักษาแบบประคับประคองอาการ (Palliative care) เป้าหมายของการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ทรมาน ผู้ป่วยในกลุ่มนี้แพทย์พิจารณาแล้วเห็นว่า การรักษาโดยวิธีการใด ๆ ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ สภาพร่างกายผู้ป่วยไม่สามารถทนต่อการรักษาได้ การรักษาเพียงเพื่อชะลอการลุกลามของโรค แพทย์จะให้

การรักษาเพียงเพื่อบรรเทาอาการเท่านั้น เช่น อาการปวด เหนื่อยหอบ คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น หลักการรักษาส่วนใหญ่จะประกอบด้วย การให้ยาเคมีบำบัด การฉายรังสี การผ่าตัด หรือหลายๆ วิธีร่วมกัน (มะเร็งวิทยาแห่งประเทศไทย, 2552) การรักษาเพื่อควบคุมอาการและบรรเทาอาการไม่สุขสบายจากโรคให้ทุเลาลง ช่วยยืดชีวิตของผู้ป่วยได้นานขึ้น เพิ่มคุณภาพชีวิตในเวลาที่เหลืออยู่ (วิกรม เจนเนตสิน, 2555)

### 1. การผ่าตัด

การรักษาโรคมะเร็งเต้านมที่ขึ้นอยู่กักระยะของโรคมะเร็ง และสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย การผ่าตัด (Surgery) เป็นการรักษาเฉพาะที่ (Local treatment) ถือเป็นรักษาหลัก ในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมและมะเร็งชนิดก้อนแข็ง (Solid tumor) ในระยะที่มะเร็งยังไม่แพร่กระจาย ไปสู่อวัยวะอื่นที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด โดยมีเป้าหมายเพื่อให้หายขาดจากโรค ภายหลังจากการผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัด และ/หรือรังสีรักษา เพื่อควบคุมหรือป้องกันการแพร่กระจายของมะเร็ง สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจายอาจพิจารณาผ่าตัดเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานและเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต เช่น การผ่าตัดเพื่อลดอาการปวด (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554) การผ่าตัดในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม (NCI, 2019) ประกอบด้วย

1. Modified Radical Mastectomy (MRM) เป็นการผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งเต้านมทั้งเต้า และต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้ออกทั้งหมด ซึ่งการผ่าตัดวิธีนี้ใช้เป็นมาตรฐานในการผ่าตัดผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม อย่างไรก็ตาม พบว่าภายหลังจากการผ่าตัด MRM ผู้ป่วยมีการกลับเป็นมะเร็งซ้ำได้ในบริเวณผนังทรวงอก (Chest wall) และต่อมน้ำเหลืองบริเวณข้างเคียง เช่น บริเวณ Supraclavicular nodes ส่วนตำแหน่งอื่น ๆ พบได้น้อย (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2555)

2. Breast Conserving Surgery (BCS) หรือการผ่าตัดสงวนเต้า เป็นการผ่าตัดเฉพาะก้อนมะเร็งออก โดยสงวนเนื้อเต้านมบางส่วนไว้

3. Total Mastectomy (TM) เป็นการผ่าตัดเอาก้อนมะเร็ง เต้านมออกทั้งเต้าร่วมกับเลาะกล้ามเนื้อผนังหน้าอกออกไปทั้งหมด ซึ่งปัจจุบันวิธีนี้ไม่ค่อยได้รับความนิยม

4. รังสีรักษา (Radiotherapy) หรือการฉายรังสี เป็นการรักษาเฉพาะที่เช่นเดียวกับการผ่าตัด ในผู้ป่วยระยะแพร่กระจาย การฉายรังสีเป็นไปเพื่อบรรเทาอาการทุกข์ทรมานต่าง ๆ เช่น อาการปวด (NCI, 2019) ข้อบ่งชี้ในการรักษาด้วยรังสีในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ได้แก่ ก้อนมะเร็งมีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้มากกว่าหรือเท่ากับ 4 ต่อมน ขนาดของก้อนมะเร็งมากกว่าหรือเท่ากับ T3 ตัดขอบก้อนมะเร็งออกไม่หมด (Positive free margin/ not free margin) หรือตัดขอบก้อนมะเร็งออกได้หมด (Close free margin) แต่ตัดขอบได้ไม่มาก คือในระยะ น้อยกว่า 1-2 มิลลิเมตรจากก้อนมะเร็ง และในกรณีที่มีมะเร็งลุกลาม ไปยังกล้ามเนื้อหน้าอก Pectoral fascia ซึ่ง

การรักษาด้วยรังสีในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมนั้น จะเริ่มภายหลังจากผ่าตัด 4 - 8 สัปดาห์ ส่วนในกรณี  
 ที่ให้เคมีบำบัดก่อน ควรรักษาด้วยรังสีรักษาภายหลัง เคมีบำบัดครบแล้ว แต่ไม่ควรเกิน 6 สัปดาห์  
 หลังผ่าตัด (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2555) ในการฉายรังสี 1 รอบการรักษา แพทย์จะฉายรังสี  
 ประมาณ 25 - 30 ครั้ง รวมระยะเวลาในการรักษาประมาณ 4 - 6 สัปดาห์ ปริมาณรังสีรวมทั้งสิ้น  
 ประมาณ 50 Gray โดยจะฉายรังสีวันละ 1 ครั้ง จำนวน 5 ครั้งต่อสัปดาห์ ทั้งนี้จำนวนครั้งของการ  
 ฉายรังสีในผู้ป่วยแต่ละรายนั้น ขึ้นอยู่กับตำแหน่งและความลึกของก้อนมะเร็ง สภาพความพร้อม  
 ด้านร่างกายของผู้ป่วย และดุลพินิจของแพทย์ (The American Society for Radiation Oncology  
 [ASTRO], 2018) กลไกการจัดการกับเซลล์มะเร็งของรังสีนั้นเกิดจากการ ที่รังสีจะทำปฏิกิริยากับ  
 ออกซิเจนที่มีอยู่ในเนื้อเยื่อหรือเซลล์ ทำให้เกิดการแตกตัวของประจุ (Ionization) เกิดเป็นอนุมูล  
 อิสระ (Free radiation) ส่งผลให้มีการทำลาย DNA ของเซลล์มะเร็ง จนไม่สามารถซ่อมแซมตัวเอง  
 ได้ และเกิดการตายในที่สุด

## 2. รังสีรักษา

การรักษาโดยการฉายรังสี จุดมุ่งหวังในการรักษาเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่มี  
 การแพร่กระจายของโรค ลดอาการที่ไม่พึงประสงค์ ประสิทธิภาพของการรักษาที่ดีโดยมีบทบาท  
 อาทิ เช่น

1. โรคมะเร็งการแพร่กระจายไปยังสมอง การฉายรังสี Whole brain radiotherapy แต่ถ้า  
 ตำแหน่งรอยโรคในสมองมีจำนวนไม่มากเกิน 3 ตำแหน่ง และขนาดไม่ใหญ่ นักแพทย์รังสีรักษา  
 อาจพิจารณาให้รังสีปริมาณสูงเพิ่มเติม (Local boost) สำหรับผู้ป่วยที่ประเมินแล้วว่าสามารถผ่าตัด  
 ได้ อาจพิจารณาทำการผ่าตัดแล้วตามด้วยการฉายรังสี
2. ภาวะ superior vena cava obstruction การรักษาโดยใช้รังสีรักษาจัดเป็นการรักษาที่ให้  
 ผลการรักษาที่ดีและปลอดภัย
3. กรณีที่มะเร็งกระจายมายังกระดูกจะทำให้ผู้ป่วย มีอาการปวดทรมาน การฉายรังสี  
 สามารถลดอาการ ปวดให้ผู้ป่วยได้ดี ในผู้ป่วยที่มีการกระจายมายังกระดูกที่ทำหน้าที่ในการรับ  
 น้ำหนัก เช่น กระดูกสันหลัง กระดูกสะโพก การฉายรังสีนอกจากจะช่วยลดอาการปวดแล้ว  
 ยังป้องกันการหักของกระดูกได้อีกด้วย

3. เคมีบำบัด (Chemotherapy) เป็นการรักษาที่มีผลต่อร่างกายทั้งระบบ (Systemic  
 treatment) การรักษาด้วยเคมีบำบัดในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม มีวัตถุประสงค์ที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับ  
 ระยะของโรค กล่าวคือ ในผู้ป่วยระยะที่ 1 ระยะที่ 2 และระยะที่ 3 การให้เคมีบำบัดจะให้ภายหลัง  
 การผ่าตัด เพื่อป้องกันการแพร่กระจายและควบคุมการกลับเป็นซ้ำของโรค ในผู้ป่วยระยะที่ 4 หรือ  
 ระยะแพร่กระจายให้เคมีบำบัดเพื่อประคับประคองอาการของโรค (NCI, 2019) ข้อบ่งชี้ในการรักษา

ด้วยเคมีบำบัด ได้แก่ ขนาดก้อนมะเร็ง มากกว่าหรือเท่ากับ 0.50 เซนติเมตร โรคมะเร็งเต้านมชนิด Non triple negative breast cancer (ผิวเซลล์ไม่ติดตัวรับสัญญาณใด ๆ ทั้งตัวรับสัญญาณฮอร์โมน และตัวรับสัญญาณยีน HER2) ในผู้ป่วยที่มีการแสดงออกของยีน HER2 ซึ่งจะให้ร่วมกับยาต้าน HER2 และในผู้ป่วยที่ผิวเซลล์ติดตัวรับสัญญาณ (Triple negative breast cancer) รายที่มีความเสี่ยงต่อการกลับเป็นมะเร็งซ้ำสูง เช่น ตัดขอบก้อนมะเร็งออกไม่หมด (Positive free margin) (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2555) โดยสูตรยาเคมีบำบัดที่ใช้ ได้แก่ CMF, AC, FAC และ TC (A: Adriamycin, C: Cyclophosphamide, F: Fluorouracil [5FU], M: Methotrexate และ T: Paclitaxel) ใน 1 ครั้งของการรักษาด้วยเคมีบำบัด มีรอบในการให้ยา (Cycle) ทั้งหมด ประมาณ 4 - 6 รอบ ระยะห่างในการให้ยาแต่ละรอบ 21-28 วัน ระยะเวลาในการบริหารยาเคมีบำบัดแต่ละครั้งประมาณ 2 - 4 ชั่วโมง ซึ่งยาเคมีบำบัดแต่ละชนิด มีกลไกในการยับยั้ง การแบ่งเซลล์ระยะต่าง ๆ ทำให้เซลล์มะเร็งสูญเสียหน้าที่ และถูกทำลายในที่สุด

4. การรักษาแบบมุ่งเป้า (Targeted therapy) เป็นการรักษาที่มุ่งเน้นการออกฤทธิ์เจาะจงที่เซลล์มะเร็งโดยตรง ส่งผลต่อการเจริญเติบโตและการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง ทำให้เกิดผลข้างเคียงน้อยและเป็นผลข้างเคียงเฉพาะที่ (NCI, 2019) ปัจจุบันมีการใช้ยาในกลุ่ม Monoclonal antibody ในการรักษาโรคมะเร็งเต้านมร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัด เช่น การให้ยามุ่งเป้า Trastuzumab ร่วมกับยาเคมีบำบัด (Doxorubicin, Cyclophosphamide, Paclitaxel) ในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น (Metastatic breast cancer) ชนิด Triple negative (Hormone receptor negative and human epidermal growth factor receptor 2 [HER2] negative) (กลุ่มงานเภสัชกรรม สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2560)

5. การรักษาด้วยฮอร์โมน (Hormone therapy) การรักษาด้วยฮอร์โมน มีข้อบ่งชี้ในการรักษาคือ ในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมชนิดที่ผิวเซลล์มีตัวติดตัวรับสัญญาณฮอร์โมน (Hormone responses breast cancer) และยังไม่หมดประจำเดือน โดยภายหลังเสร็จสิ้นการรักษาด้วยรังสีรักษา หรือเคมีบำบัด และพบว่าเซลล์มะเร็งยังคงหลงเหลืออยู่ ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยฮอร์โมน โดยการรักษาด้วยฮอร์โมน จะใช้ได้ผลในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมชนิดที่เซลล์มะเร็งมีตัวรับต่อ ฮอร์โมน เอสโตรเจนและ โพรเจสเตอโรน (ER positive หรือ PR positive) (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2555) ซึ่งฮอร์โมนเอสโตรเจนและ โพรเจสเตอโรนส่งผลในการกระตุ้นการเจริญเติบโตของ เซลล์มะเร็งเต้านม ดังนั้นจึงมีการให้ยาด้านฮอร์โมนเพื่อลดขนาดและชะลอการเจริญเติบโตของ เซลล์มะเร็ง (NCI, 2019) ในปัจจุบันมีการใช้ยา Tamoxifen โดยตัวยาคจะเข้าไปแย่งที่กับฮอร์โมน เอสโตรเจนที่มีอยู่ในร่างกาย ไม่ให้มีโอกาสกระตุ้นให้เซลล์มะเร็งที่เหลืออยู่นั้นเติบโตได้ หรือ มีการเจริญเติบโตช้ากว่าปกติส่วนในรายที่หมดประจำเดือน (อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี หรือใน รายที่อายุน้อยกว่า 60 ปี

มีประวัตินานกว่าหรือเท่ากับ 12 เดือน) แนะนำให้ ยากลุ่ม Aromatase Inhibitors (AIs) (กลุ่มงานเภสัชกรรม สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2560)

6. การรักษาด้วยภูมิคุ้มกัน (Immunotherapy) เป็นวิธีการรักษาที่ใช้ระบบภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยในการต่อสู้กับโรคมะเร็ง โดยการฉีดสารที่สร้างจากร่างกายหรือสารที่ทำการสังเคราะห์ในห้องปฏิบัติการ เพื่อเพิ่มหรือฟื้นฟูภูมิคุ้มกันตามธรรมชาติของร่างกาย ในการต่อสู้กับเซลล์มะเร็ง การรักษาโรคมะเร็งชนิดนี้เรียกอีกอย่างว่าการบำบัดด้วยชีวภาพ ซึ่งปัจจุบันมีการใช้ยา Atezolizumab ในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ชนิด Triple-negative (กลุ่มงานเภสัชกรรม สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2560)

#### **ผลกระทบจากการได้รับการรักษาแบบประคับประคอง**

การรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามนั้น อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดผลกระทบจากผลข้างเคียงของการรักษาได้ ผลกระทบที่เกิดขึ้นได้แก่ (American Cancer Society, 2017)

#### **ผลกระทบทางด้านร่างกาย**

ผลกระทบด้านร่างกายเกิดจากการรักษาที่ได้รับ โดยผู้ป่วยจะเกิดอาการข้างเคียงที่เป็นผลจากการรักษาได้แก่ อาการเหนื่อยล้า คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร อาการปวด การแปรปรวนของการนอนหลับ การเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของลำไส้ ถ่ายเหลว การรับรสชาติและกลิ่น เปลี่ยนแปลง มีแผลในปาก ผมร่วง มีน้ำหนักรู้สึก มีน้ำหนักลง การทำลายเส้นประสาทส่วนปลาย ซีด กล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแรง เกิดพังผืดในเนื้อปอด เกิดการเปลี่ยนแปลงรูปลักษณะทางด้านร่างกาย ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของการมีเพศสัมพันธ์ นอกจากนี้การรักษาที่ได้รับ เช่น การได้รับเคมีบำบัดยังทำให้เกิดผลข้างเคียง เช่น เป็นพิษต่อหัวใจ โรคผิวหนัง โรคของระบบต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึม มีเลือดออกจากภาวะเกล็ดเลือดต่ำ ตับวาย ติดเชื้อในร่างกายได้ง่าย เป็นพิษต่อสมอง (วารสาร อนุรักษ และคณะ, 2562)

#### **ผลกระทบทางด้านจิตใจ**

การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ทางด้านจิตใจ จากการศึกษาถึงผลกระทบของยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม พบผลกระทบทางด้านจิตใจ ดังนี้ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดได้รับอิทธิพลสูงสุดจากความรุนแรงของอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด ( $\beta = -.224$ ) รองลงมา คือ การเผชิญความเครียดด้านมุ่งแก้ปัญหา ( $\beta = .240$ ) และความเครียดจากการเป็นมะเร็งเต้านม ( $\beta = .075$ ) (โสรัจญา สุริยรัตน์ และคณะ, 2558) ดังนั้น ในช่วงที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้รับการรักษา ผู้ป่วยมีการเผชิญความเครียด พยาบาลจึงควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้หาวิธีผ่อนคลาย และหาวิธีที่จะช่วยลดความรุนแรงของอาการข้างเคียงให้กับผู้ป่วย

### ผลกระทบด้านสังคม

การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านม นอกจากจะส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจแล้วยังส่งผลกระทบต่อทางด้านสังคม ได้แก่ การสูญเสียภาพลักษณ์จากผมร่วง การถูกตัดเต้านม แขนบวม ส่งผลให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการพบปะผู้คน เกิดการแยกตัว การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง ทำให้ขาดการสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคมที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัว และเผชิญต่อปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ บางคนต้องตกงาน มีความลำบากในการทำงาน เนื่องจากผลข้างเคียงจากโรคและการรักษาที่ได้รับ ทำให้มีข้อจำกัดทางเศรษฐกิจ ฐานะ เนื่องจาก รายได้ของครอบครัวลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัว ที่ทำงาน และทางสังคม เนื่องจากความสามารถในการปฏิบัติงานลดลง หรือตกงาน มีปัญหาในการดำรงชีวิตในสังคม รวมถึงสัมพันธภาพในครอบครัว (Cimprich et al., 2005)

### ผลกระทบด้านจิตวิญญาณ

จากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมระยะท้าย เกิดความทุกข์ทรมานจากการเจ็บปวดที่เกิดจากโรคและผลข้างเคียงจากการรักษา ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหมดหวัง ท้อแท้ต่อการรักษา ขาดกำลังใจในการที่จะต่อสู้กับอาการทางร่างกายที่เกิดขึ้น เกิดความบีบคั้นทางจิตวิญญาณ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย ซึ่งภาวะความบีบคั้นทางจิตวิญญาณมีความเป็นนามธรรมสูงและยากต่อการดูแล การทำความเข้าใจในภาวะดังกล่าว ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย เพื่อให้เข้าใจพื้นฐานขนบธรรมเนียมประเพณีของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อลดความทุกข์ทางจิตวิญญาณของผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรม มะเร็งเต้านมเกิดจากการเจริญที่ผิดปกติของเซลล์ท่อน้ำนม และต่อมสร้างน้ำนมเมื่อเกิดโรคแล้ว ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด เคมีบำบัดและ/หรือรังสีรักษา ซึ่งผลจากการเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และด้านสังคม ในระยะที่ได้รับการรักษาผลกระทบที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานหลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จะเป็นการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ดูแลความสะอาดสบาย ลดความทุกข์ทรมาน ตอบสนองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และจิตวิญญาณ ทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งสามารถแบ่งหลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั่วไปออกเป็น 7 หลักการ คือ

1. ยึดหลักผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยให้ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะเลือก และวางแผนการดูแลรักษาด้วยตนเอง เมื่อเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิต
2. ยึดหลักการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลที่เหมาะสม และให้ตรงตามความต้องการ

3. ยึดหลักการทำงานเป็นทีม โดยให้การดูแลร่วมสหสาขาวิชาชีพและร่วมระหว่างหน่วยงาน ให้การดูแลเป็นเครือข่าย เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้สูงขึ้น
4. ยึดหลักให้ผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล และการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย รวมถึงการวางแผนล่วงหน้าเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต
5. ยึดหลักการดูแลตามความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัว
6. ยึดหลักการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งวาระสุดท้าย และหลังเสียชีวิตให้ต่อเนื่อง
7. ยึดหลักการพัฒนาความรู้ ทักษะ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลให้ดีขึ้น

โดยในอดีตการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักจะเน้นการดูแลรักษาเพื่อยืดชีวิตเป็นหลักให้มากที่สุด โดยนับแต่เริ่มต้นการวินิจฉัยโรคและการรักษาสิ้นสุดลงจากการที่ร่างกายไม่ตอบสนองต่อการรักษา แต่ในปัจจุบันเน้นการดูแลแบบประคับประคอง โดยเริ่มต้นตั้งแต่การวินิจฉัยโรคว่าเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และให้การดูแลควบคู่ไปกับการรักษาหลักจนถึงวาระท้ายของชีวิต และครอบคลุมจนถึงหลังผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว เพื่อดูแลภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียของครอบครัว

#### **บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งด้านระยะท้าย**

พยาบาลมีบทบาทในการดูแลสุขภาพของบุคคลและครอบครัวในทุกช่วงของพัฒนาการ และภาวะสุขภาพ เริ่มตั้งแต่แรกเกิดจนถึงเสียชีวิต ซึ่งช่วงเวลาเหล่านี้มีภาวะสุขภาพดี เจ็บป่วย เข้าสู่ระยะท้ายจนถึงเสียชีวิต เมื่อผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การดูแลแบบประคับประคองจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับตัวตลอดระยะเวลาการดำเนินโรคจนถึงระยะท้ายของการเจ็บป่วย การทำงานของพยาบาลเป็นผู้ประสานงานในทีมสหสาขาวิชาชีพและแต่ละวิชาชีพจะมีบทบาทที่ชัดเจนของตนเอง สำหรับวิชาชีพพยาบาลถือเป็นวิชาชีพที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและครอบครัวมากที่สุด จึงเป็นแกนหลักในการประสานความร่วมมือระหว่างทีมสุขภาพผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแหล่งสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อถึงวาระท้ายของชีวิต

#### **บทบาทพยาบาล**

พยาบาลมีบทบาทในการดูแลด้านบุคคล บทบาทในการจัดระบบการดูแลหรือระบบบริการสุขภาพเพื่อบรรลุเป้าหมายการดูแลแบบองค์รวม สามารถตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณและส่งเสริมคุณภาพชีวิตทั้งผู้ป่วยและครอบครัว เริ่มตั้งแต่แรกวินิจฉัย จนกระทั่งภายหลังการเสียชีวิต (จอณพะจง เพิ้งจาด, 2557) ซึ่งสามารถสรุปบทบาทของพยาบาลได้ดังนี้

## 1. บทบาทด้านการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว (กิตติกร นิลมานัต, 2555)

1.1 มีทัศนคติ ความรู้ ความเข้าใจ ความสามารถและทักษะในการจัดการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์และจิตวิญญาณ ตลอดจนประยุกต์งานวิจัยมาใช้ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยและมีการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต ความเป็นอยู่ ความเชื่อ วัฒนธรรม ในบริบทที่มีความหลากหลายเชิงวัฒนธรรม โดยช่วยเหลือให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ปฏิบัติและแสดงออกตามความเชื่อของตนเอง เคารพในวิถีชีวิต และความเชื่อนั้น ๆ รวมทั้งมีความเข้าใจในเรื่องความแตกต่างระหว่างบุคคล เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการดูแลตั้งแต่แรกวินิจฉัยจนกระทั่งภายหลังการเสียชีวิต

1.2 มีทักษะในการประเมิน ซึ่งถือเป็นขั้นตอนที่สำคัญในการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยเพื่อนำมาวางแผนการพยาบาล การประเมินผู้ป่วยและครอบครัวควรคำนึงถึงหลักการประเมินแบบองค์รวม ครอบคลุมทุกด้าน โดยการรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ การศึกษาเวชระเบียน ผลการตรวจต่าง ๆ ควรประเมินครอบคลุมทุกประเด็น ประเด็นความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานต่าง ๆ ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว การรับรู้เรื่องโรคและแผนการรักษา ความคาดหวังของผู้ป่วยและครอบครัว นอกจากนี้ พยาบาลควรมีการประเมินถึงความประสงค์ของผู้ป่วยในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าด้วยตนเอง หรือการแสดงเจตจำนงในการต้องการการดูแลในวาระท้ายของชีวิต (ฐิติณัฐ อัครเดชนันต์ และพิกุล พรพิบูลย์, 2561) ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ซึ่งถือเป็นสิทธิของประชาชนไทยทุกคน

1.3 มีความรู้ ความเข้าใจ เรื่องจริยธรรมทางการแพทย์ จรรยาบรรณวิชาชีพ และพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย การรักษาความลับของผู้ป่วย เคารพในความเป็นบุคคล มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิต กระบวนการยึดชีวิต การงดทำการกู้ชีพ พินัยกรรมชีวิต สิทธิผู้ป่วยและสามารถประยุกต์ใช้ความรู้ดังกล่าว มาใช้ในการให้การบริหารและจัดการปัญหาต่าง ๆ ได้

## 2. บทบาทด้านการจัดการอาการปวดหรืออาการรบกวน

พยาบาลต้องมีความรู้ความสามารถและทักษะในการประเมินความปวดและอาการรบกวนต่าง ๆ โดยใช้เครื่องมือประเมินได้อย่างเหมาะสม เข้าใจกลไกการเกิดอาการปวด สามารถระบุชนิดของความปวด ค้นหาสาเหตุ และวางแผนการติดตามผลในการบรรเทาอาการ รวมถึงสามารถประยุกต์ใช้เทคนิคการบรรเทาปวดและอาการรบกวนต่าง ๆ เพื่อการดูแลผู้ป่วยได้ทั้งศาสตร์แผนปัจจุบันและการแพทย์ผสมผสาน อาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ได้แก่ อาการปวด อาการหายใจลำบาก อาการนอนไม่หลับ ซึ่งในผู้ป่วยระยะท้ายเมื่อมีอาการเกิดขึ้นพร้อม

กันมากกว่าหนึ่งอาการ เรียกว่ากลุ่มอาการ ซึ่งมีผู้สนใจศึกษาเกี่ยวกับกลุ่มอาการ โดยมีการศึกษา และทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ควบคุมอาการ 4 กลุ่มอาการ คือ 1) วิดกกังวลและซึมเศร้า 2) คลื่นไส้ อาเจียน 3) เบื่ออาหาร 4) เหนื่อยล้า หายใจลำบาก ง่วงซึม และปวด (Dong ST, 2014) ซึ่งอาการต่าง ๆ เหล่านี้ ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานต่อผู้ป่วยมาก พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการช่วยจัดการอาการ ซึ่งมุมมองในการจัดการอาการของพยาบาล จะให้ความสำคัญในการจัดการอาการพร้อมกับการแก้ไขปัญหา และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัวแบบองค์รวมมากกว่าการมุ่งที่ตัวโรค หรืออาการเพียงอย่างเดียว บทบาทของพยาบาลในการจัดการอาการประกอบด้วย

2.1 การประเมินอาการ เป็นสิ่งแรกที่พยาบาลต้องให้ความสำคัญ การประเมินต้องมีการเก็บข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและปริมาณ โดยข้อมูลเชิงคุณภาพได้จากการสังเกตอาการปฏิกิริยา พูดคุย สอดถาม ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยต่ออาการทั้งชนิด ความถี่ ความรุนแรง และผลกระทบจากอาการ รวมถึงวิธีที่ทำให้อาการนั้นบรรเทาลง สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณรวบรวมโดยการเลือกใช้แบบประเมินอาการที่มีมาตรฐาน มีความเหมาะสมกับบริบทสังคมและวัฒนธรรม มีความตรงและความแม่นยำสูง สามารถใช้สื่อสารกับสหสาขาวิชาชีพได้เข้าใจตรงกัน พยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจ รวมทั้งรู้ข้อจำกัดของการใช้เครื่องมือเป็นอย่างดี สำหรับแบบประเมินอาการที่ใช้กันแพร่หลายในการดูแลแบบประคับประคอง ได้แก่ Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) ซึ่งเป็นเครื่องมือแบบมาตรฐาน มีความกระชับ ใช้งานง่าย มีความตรงและความแม่นยำสูง (กิตติกร นิลมานันต์, 2555; พิกุล นันทชัยพันธ์ และประทุม ศรีอวยวงศ์, 2557) มีการแปลเป็นภาษาไทยและมีการนำไปใช้อย่างแพร่หลาย ในบางกรณีพบว่าผู้ป่วยไม่อยู่ในสถานะที่สามารถประเมินอาการได้เอง ครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดจึงมีบทบาทสำคัญในการติดตามอาการ ซึ่งครอบครัวสามารถประเมินอาการได้แม่นยำในมิติของความถี่มากกว่ามิติของความรุนแรง โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความแม่นยำในการประเมิน ได้แก่ เพศหญิง การมีอายุน้อย และความตึงเครียดทางอารมณ์ ดังนั้น พยาบาลจึงต้องเลือกวิธีการและแบบประเมินที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วยแต่ละราย ตามบริบทของครอบครัว สังคมและวัฒนธรรม รวมถึงสามารถพัฒนาแนวทางในการช่วยเหลือในการประเมินเพื่อให้ตรงกับข้อมูลที่เป็นจริงมากที่สุด

2.2 การบริหารยาตามแผนการรักษา พยาบาลไม่มีบทบาทในการสั่งจ่ายยาให้กับผู้ป่วย แต่มีบทบาทโดยตรงในการบริหารยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งต้องมีความรู้เกี่ยวกับเภสัชวิทยา อาการข้างเคียง อันตรกิริยาระหว่างยา พยาบาลจึงต้องวางแผนการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดอาการข้างเคียงของยา ยาที่ใช้บ่อยในการดูแลแบบประคับประคอง คือ ยาระงับปวดกลุ่มมอร์ฟีน และอนุพันธ์ฝิ่น ซึ่งยากกลุ่มนี้ทำให้เกิดอาการข้างเคียง คือ คลื่นไส้ อาเจียน ง่วงนอน และท้องผูก

จึงต้องมีการซักกับผู้ป่วยและครอบครัวเรื่องการจัดการและป้องกันอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยและครอบครัวบางส่วน มีทัศนคติไม่ดีกับการใช้ยาระงับปวดกลุ่มมอร์ฟีนไม่กล้าใช้เนื่องจากกลัวว่าเป็นสารเสพติด ดังนั้น การให้ความรู้ คำแนะนำ การสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยในการบริหารยาที่เหมาะสม จึงเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยจัดการอาการให้มีประสิทธิภาพ ระหว่างวัน หากมีอาการปวด มีการใช้ยาเพื่อระงับอาการปวดปะทุ พยาบาลต้องแนะนำให้ผู้ป่วยและญาติบันทึกชื่อยา ขนาดที่ได้รับ เวลาให้ ทุกครั้งที่มีการใช้ยาเพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลในการปรับยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

2.3 การจัดการอาการแบบไม่ใช้ยาหรือการบำบัดร่วม เป็นทางเลือกซึ่งสามารถเลือกใช้ก่อนการจัดการอาการแบบใช้ยา หรือใช้ควบคู่ไปกับการจัดการ โดยการใช้ยา

2.3.1 การจัดการอาการปวด ปัจจุบันได้มีการนำวิธีการบำบัดทางเลือกมาใช้ร่วมกับการใช้ยาในการจัดการกับความปวดมากขึ้น โดยส่วนมากใช้ในกลุ่มอาการปวดที่ไม่เฉียบพลัน เช่น การบรรเทาปวดด้วยหลักกลศาสตร์ ได้แก่ การนวด การกดจุด การฝังเข็ม การใช้ความร้อน การใช้ความเย็น การกระตุ้นด้วยไฟฟ้า การสัมผัส (อรอนงค์ ศรีสองเมือง และคณะ, 2563) มีการรายงานจากการศึกษาโดยการวิเคราะห์แบบ meta-analysis พบว่า การนวดช่วยบรรเทาความปวดจากโรคมะเร็งได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยพบว่าการนวดสะท้อนจุดที่เท้า เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมากกว่าการนวดชนิดอื่น รวมถึงการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy: CBT) พบว่า การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ช่วยลดความทุกข์ทรมานจากความปวดได้เช่นเดียวกับ การจัดกลุ่มให้ความรู้และการสนับสนุนกลุ่มช่วยเหลือตัวเอง การฝึกการผ่อนคลาย การสร้างจินตภาพ การเบี่ยงเบนความสนใจ ดนตรีบำบัด การบำบัดด้วยอารมณ์ขัน การสวดมนต์ การสะกดจิต (สารนิตินิ บุญประสพ, 2555)

2.3.2 การจัดการอาการหายใจลำบาก ปัจจุบันมีการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการอาการหายใจลำบากโดยไม่ใช้ยา ซึ่งควรใช้เป็นวิธีแรกในการบรรเทาอาการ ก่อนเริ่มการใช้ยาที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้เอง พยาบาลจึงมีหน้าที่ในการให้ความรู้ คำแนะนำและส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ฝึกปฏิบัติในการควบคุมและจัดการกับอาการหายใจลำบาก เช่น การฝึกหายใจโดยการฝึกการหายใจโดยการห่อปาก (pursed lip breathing) สามารถลดการหายใจลำบากในผู้ป่วยกลุ่มโรคหายใจลำบากแบบเรื้อรัง เพราะจะทำให้หายใจช้าลงหายใจได้ลึกมากขึ้น เพิ่มปริมาตรความจุปอดและลดอัตราหายใจ ส่วนการจัดท่าที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยที่มีหายใจลำบาก คือ การนั่งห้อยขาที่ข้างเตียงและให้แขนทั้งสองข้างวางบนหมอนหรือนั่งบนเก้าอี้เอนตัวไปข้างหน้ากางขาออกและให้ศอกวางบนเข่า ส่วนการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้ผู้ป่วยคงความสามารถในการทำกิจกรรมได้อย่างอิสระเท่าที่ทำได้ รวมทั้งการสงวนพลังงานโดยมีหลักการ คือ พักก่อนที่จะเริ่มทำกิจกรรม และ

เลือกช่วงเวลาที่ดีที่สุดของวันในการทำกิจกรรมขณะที่ผู้ป่วยไม่มีอาการ การออกกำลังกายเพื่อเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหายใจป้องกันอาการหายใจลำบาก โดยพยาบาลจำเป็นต้องประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหวตามการดำเนินโรคของผู้ป่วย ก่อนการออกกำลังกาย เพื่อให้เหมาะสมกับอาการในขณะนั้น (สารนิติ บุญประสพ, 2555)

2.3.3 การจัดการอาการสับสน ควรต้องมีการประเมินเพื่อค้นหาปัจจัยชักนำและปัจจัยส่งเสริมทั้งช่วงเวลาที่เกิดอาการ โรคที่เป็นอยู่ ประวัติการใช้สารเสพติด ทบทวนการใช้ยาแบบแผนการพักผ่อนนอนหลับ ประเมินสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ ความไม่สบายทางกาย ใจรวมถึงการผูกมัดผู้ป่วย สำหรับวิธีการจัดการ สามารถจัดการ โดยการป้องกัน ซึ่งทำได้ตั้งแต่ผู้ป่วยที่พบปัจจัยเสี่ยงแต่ยังไม่มีอาการ โดยการให้ข้อมูล พยาบาลคนบอกสิ่งที่เกิดขึ้น วัน เวลา สถานที่ และชื่อผู้ที่ให้การดูแลกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เน้นการเคลื่อนไหวและลดการกระตุ้นผู้ป่วย โดยจัดหาอุปกรณ์ช่วยในการมองเห็นและการได้ยินแก่ผู้ป่วย ควบคุมอุณหภูมิ เสียง และแสงภายในห้อง ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุที่จะเกิดขึ้น

2.3.4 การจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียน เป็นอาการที่พบได้บ่อยและหากไม่ได้รับการจัดการอาจนำไปสู่การเบื่ออาหาร น้ำหนักลดได้ นอกจากการได้รับยาตามแผนการรักษาแล้วสามารถใช้วิธีการแบบไม่ใช้ยาร่วมด้วยคือ จัดสิ่งแวดล้อม โดยให้ผู้ป่วยอยู่ในห้องที่ปราศจากกลิ่น การจัดหาอาหารและการรับประทานอาหาร ควรจัดความต้องการของผู้ป่วย หลีกเลี่ยงอาหารที่มีกลิ่นฉุน การใช้การบำบัดร่วมเพื่อบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียน เนื่องจากช่วยทำให้เกิดการผ่อนคลาย เบี่ยงเบนความสนใจจากสิ่งกระตุ้น รวมทั้งเพิ่มความรู้สึกรับรู้ควบคุมตนเองได้ (วรินทร์ โพรธารินทร์ และคณะ, 2561)

2.3.5 การจัดการอาการกับอาการเบื่ออาหารและน้ำหนักลด สามารถทำได้โดยการสอบถามและจัดอาหารที่ผู้ป่วยชอบ ประสงค์ตามความต้องการของผู้ป่วย หลีกเลี่ยงอาหารที่มีกลิ่นฉุนและมีไขมันสูง เพราะจะทำให้ให้อาหารอยู่ในกระเพาะนานขึ้นทำให้เบื่ออาหารมากขึ้น ควรเป็นอาหารที่อ่อนย่อยง่าย มีคุณภาพทางโภชนาการสูง จัดครั้งละน้อยแต่บ่อยครั้ง ทำความสะอาดปากและฟันก่อนรับประทานอาหาร และสร้างบรรยากาศในการรับประทานอาหาร โดยให้ผู้ป่วยร่วมรับประทานอาหารกับครอบครัว (วรินทร์ โพรธารินทร์ และคณะ, 2561)

2.3.6 การจัดการอาการท้องผูก สามารถจัดการอาการได้หลายวิธี โดยอาจกระตุ้นให้ดื่มน้ำอุ่นและให้ผู้ป่วยได้รับน้ำอย่างเพียงพอ รับประทานอาหารที่มีกากใย การนวดท้องตามกายวิภาคของลำไส้ใหญ่และการสวนอุจจาระ จะช่วยให้อุจจาระอ่อนตัวและลำไส้มีการเคลื่อนไหว หากมีอุจจาระแข็งอัดแน่นอาจต้องช่วยล้างหรือสวนทวาร

### 3. บทบาทด้านการดูแลใกล้ชิดตาย (ปรารภนา โภศนนาคร, 2559)

ช่วงสุดท้ายของชีวิตเป็นช่วงเวลาที่สำคัญของผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้ใช้เวลาด้วยกัน ดังนั้นช่วงเวลานี้จึงมาเป็นความทรงจำที่คงอยู่กับบุคคลอันเป็นที่รักและครอบครัวตลอดไป การดูแลที่สะท้อนให้เห็นถึงความเข้าใจในสถานการณ์ การแสดงออกที่อบอุ่น อ่อนโยน และพร้อมจะให้ความช่วยเหลือทางด้านร่างกายและจิตใจ เป็นสิ่งที่ครอบครัวต้องการได้รับเป็นอย่างยิ่ง ดังนั้นพยาบาลผู้ให้การดูแลต้องมีทัศนคติที่ดี เข้าใจความหมายและกระบวนการเสียชีวิต อารมณ์และการแสดงของภาวะใกล้เสียชีวิต รวมถึงการตอบสนองต่อการสูญเสีย เพื่อเตรียมพร้อมสำหรับขั้นตอนสุดท้ายของชีวิต ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถผ่านพ้นเหตุการณ์ที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้อย่างราบรื่น

ในระยะใกล้เสียชีวิตผู้ป่วยจะอ่อนแรงและนอนหลับมากขึ้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะนอนหลับอยู่คนเดียวตลอดวัน และอาจจะตื่นในช่วงเวลากลางคืน บางรายอาจหลับจนดูเหมือนปลุกไม่ตื่น อาการดังกล่าวไม่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน พยาบาลสามารถให้การดูแลเพื่อส่งเสริมความสบายและบรรเทาความทุกข์ทรมานโดยจัดการอาการรบกวนที่เกิดขึ้น และส่งเสริมความสบายการดูแลในระยะใกล้เสียชีวิต ดังนี้

3.1 ความสบายด้านร่างกาย จัดให้อุ่นในท่าที่สบายยกศีรษะผู้ป่วยสูงเล็กน้อย ใช้หมอนช่วยรองรับลำตัวด้านข้าง ไม่จำเป็นต้องพลิกตัวบ่อย เนื่องจากเป็นการรบกวนและทำให้ผู้ป่วยรำคาญ อาจใส่สายสวนปัสสาวะหรือแผ่นรองขับเพื่อลดการรบกวน เนื่องจากในระยะท้ายการรับประทานอาหารและดื่มน้ำน้อยลง การขับถ่ายจะลดลงด้วยเช่นกัน

3.2 การรับประทานอาหารและดื่มน้ำลดลง ในระยะใกล้เสียชีวิตการได้รับอาหารและน้ำไม่เป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วย และยังเป็นภาระให้กับร่างกาย เนื่องจากการทำงานของร่างกายลดลงมากจนระบบการย่อยจะดูดซึมอาหารไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ อีกทั้งอาจเป็นเหตุให้สำลักเข้าไปในระบบทางเดินหายใจและติดเชื้อในปอดได้ ครอบครัวมักมีความกังวลว่ากรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้รับอาหาร จะเป็นการเร่งให้ผู้ป่วยเสียชีวิต พยาบาลควรทำความเข้าใจกับครอบครัวเกี่ยวกับกระบวนการเสียชีวิต รวมถึงประเด็นเกี่ยวกับการรับประทานอาหารได้น้อยลงในผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งไม่ได้เป็นสาเหตุให้เสียชีวิต การให้อาหารทางสายยางไม่ก่อให้เกิดประโยชน์และอาจเป็นสาเหตุให้เสียชีวิตก่อนเวลาอันควร รวมถึงการให้น้ำเกลือไม่ได้ช่วยให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้น และอาจทำให้เกิดภาวะน้ำเกินได้

3.3 การสื่อสารกับผู้ป่วย สามารถพูดและสื่อสารข้อความดี ๆ ที่อยากบอกกับผู้ป่วยได้ตลอดเวลา แม้ผู้ป่วยจะอ่อนเพลียมากจนไม่สามารถพูดได้ แต่ผู้ป่วยสามารถได้ยินและเข้าใจสิ่งที่ญาติพูดได้ สามารถสนทนากับผู้ป่วยได้ สามารถกอดและสัมผัสผู้ป่วยได้

3.4 การดูแลช่องปาก ผู้ป่วยส่วนใหญ่หายใจทางปากและมักดื่มน้ำได้เพียงเล็กน้อย ทำให้ปากและลิ้นของผู้ป่วยแห้งมาก สามารถใช้ผ้าก๊อชชุบน้ำเกลือเช็ดในช่องปาก ฟัน เหงือก และลิ้นของผู้ป่วยได้ทุก 1 ชั่วโมง

3.5 การดูแลตาของผู้ป่วย บางครั้งตาของผู้ป่วยอาจปิดไม่สนิททำให้เกิดอาการตาแห้งหรือเป็นแผลที่กระจกตาได้ อาจใช้น้ำตาเทียมหยอดตาให้ผู้ป่วยได้เพื่อลดการระคายเคือง

3.6 อาการปวด โดยทั่วไปมักจะไม่เพิ่มขึ้นในช่วงสุดท้าย เนื่องจากผู้ป่วยขยับตัวน้อยลงและนอนหลับมากขึ้น บางครั้งญาติช่วยขยับตัวผู้ป่วย อาจได้ยินเสียงเหมือนผู้ป่วยร้องคราง ควรตั้งเกตอาการปวดโดยดูจากการหน้านิ่ง ขมวดคิ้ว แทนเสียงร้องคราง อาจพิจารณาให้ยาแก้ปวดเพิ่มหากมีอาการดังกล่าวบ่อยครั้ง

3.7 ภาวะกระสับกระส่าย อาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีภายในร่างกาย พยาบาลควรประเมินอาการเป็นระยะ หากผู้ป่วยมีอาการกระสับกระส่ายประสาทหลอนมาก อาจต้องได้รับยานอนหลับอย่างอ่อนตามแผนการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนบ้าง แต่หากอาการไม่มากอาจไม่จำเป็นต้องใช้ยา เนื่องจากผู้ป่วยหลายรายอยากมีสติก่อนตาย ไม่อยากกังวลงุนงง อยากรู้สึกตัวว่าได้รับเวลาญาติ ๆ ก่อนจากไป บางรายอยากมีจิตอันเป็นกุศลหรือท่องบทสวดมนต์ก่อนลมหายใจสุดท้าย เพื่อให้เป็นการตายดีตามความเชื่อของตน

3.8 หายใจไม่เป็นจังหวะ อาจหายใจช้าบ้าง เร็วบ้าง ลึกบ้าง ตื้นบ้าง และอาจหยุดหายใจเป็นช่วง ๆ ซึ่งช่วงที่หยุดหายใจนี้จะค่อย ๆ ยาวขึ้นเมื่อผู้ป่วยใกล้จะเสียชีวิต อาการนี้อาจเกิดภาวะกรดและด่าง เปลี่ยนแปลงไปหลังจากอวัยวะต่าง ๆ หยุดทำงาน

3.9 ภาวะเสียงดังครีคราดจากน้ำลายและเสมหะเมื่อใกล้เวลาที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต อาจได้ยินเสียงครีคราดในลำคอคล้ายเสียงกรน ในขณะที่ผู้ป่วยซึมลงมาก และไม่ค่อยตอบสนองต่อสิ่งรอบตัว เสียงนี้เกิดจากกล้ามเนื้อในการกลืนไม่ทำงาน ลื่นตก แต่ต่อมน้ำลาย และต่อมสร้างสารคัดหลั่งต่าง ๆ ยังทำงานอยู่ สามารถดูแลให้ผู้ปวยนอนตะแคงโดยมีหมอนยาวรองหลัง จะช่วยให้น้ำลายไม่คั่งบริเวณคอลดเสียงดังครีคราดลงได้ ผู้ป่วยอาจได้รับยาเพื่อช่วยลดสารคัดหลั่งเพื่อบรรเทาอาการตามแผนการรักษา ไม่ควรดูดเสมหะด้วยเครื่องดูด เนื่องจากทำให้ผู้ป่วยเจ็บ

3.10 มือเท้าเย็นไม่ตอบสนองต่อสิ่งรอบข้าง เมื่อใกล้ถึงเวลาช่วงสุดท้ายจะพบว่าผู้ป่วยมือเท้าเย็นเปลี่ยนเป็นสีคล้ำ ผิวเป็นจ้ำ ๆ ตาเบิกกว้างแต่ไม่กระพริบ ปัสสาวะน้อยลงมากจนถึงไม่มีเลย บางรายอาจตื่นขึ้นมาในช่วงเวลาสั้น ๆ เหมือนอาการดีขึ้น ทำให้มีโอกาสดูแลผู้ป่วยกับญาติครั้งสุดท้ายก่อนจากไป ควรหยุดวัดความดันโลหิตหรือสายวัดต่าง ๆ รอบตัว แกะเครื่องพันหนา การผูกมัดผู้ป่วยออก ลดการรบกวนผู้ป่วย ให้ญาติใช้เวลาช่วงสุดท้ายอยู่ข้างเตียงกับผู้ป่วยมากที่สุด

#### 4. บทบาทด้านการดูแลภาวะเศร้าโศกและการสูญเสีย (ศรีนรัตน์ วัฒนธรรนนท์, 2560)

ความเศร้าโศกเป็นภาวะที่พบได้เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับการสูญเสีย ถือเป็นกระบวนการตอบสนองต่อการสูญเสียตามธรรมชาติ ปฏิกริยาตอบสนองต่อการสูญเสียของบุคคลมีความแตกต่างกัน บางคนสามารถปรับตัวจนใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ ในขณะที่บางคนไม่สามารถเผชิญต่อการสูญเสียได้ ซึ่งการเผชิญและปรับตัวต่อการสูญเสียขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น ความรักความผูกพันต่อผู้เสียชีวิต การดูแลผู้ที่มีความโศกเศร้า จึงเป็นอีกบทบาทหนึ่งที่สำคัญสำหรับพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยและครอบครัวในระยะใกล้เสียชีวิต และภายหลังการเสียชีวิต ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความสูญเสีย ความเศร้าโศก เข้าใจความแตกต่างของภาวะซึมเศร้ากับความเศร้าโศก สามารถประเมินและช่วยเหลือให้ครอบครัวของผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับการสูญเสีย ความเศร้าโศกได้ และมีการส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญถ้าครอบครัวของผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวได้ พยาบาลมีบทบาทในการดูแลผู้ที่มีภาวะเศร้าโศกและการสูญเสียในแต่ละระยะดังนี้

4.1 การพยาบาลในระยะปฏิเสธ ในระยะนี้ครอบครัวอาจปฏิเสธ ไม่ยอมรับ หรือ ซ็อก ดังนั้นในระยะนี้พยาบาลควรเป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำแก่ครอบครัวในเรื่องต่าง ๆ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก รับฟังด้วยความเข้าใจ ให้กำลังใจด้วยการสัมผัสและคำพูดเพื่อให้ครอบครัวมั่นใจว่าพยาบาลอยู่เคียงข้างและพร้อมให้ความช่วยเหลือ

4.2 การพยาบาลในระยะโกรธและระยะต่อรอง ในระยะนี้พยาบาลอาจต้องเผชิญกับอารมณ์ที่รุนแรงของครอบครัว ต้องเข้าใจในพฤติกรรมตามกระบวนการสูญเสีย ให้ความเห็นใจ และมีท่าทีที่เป็นมิตร เคารพและให้เกียรติในการแสดงความคิด เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก โดยรับฟังอย่างตั้งใจ ให้ความสนใจในความรู้สึกและติดตามประเมินอย่างต่อเนื่อง

4.3 การพยาบาลในระยะซึมเศร้า ในระยะนี้ยังคงให้ครอบครัวได้ระบายความรู้สึก พร้อมรับฟังด้วยความเข้าใจและให้กำลังใจ หากประเมินพบว่ามีความคิดอยากทำร้ายตนเอง ต้องส่งต่อจิตแพทย์เพื่อการดูแลที่เหมาะสมต่อไป ประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณ รวมทั้งดูแลด้านสุขอนามัย ความสะอาดและสภาพแวดล้อมหากอยู่ในระยะซึมเศร้าจนไม่สนใจสิ่งแวดลอม

4.4 การพยาบาลในระยะยอมรับ ในระยะระยะนี้ครอบครัวจะเริ่มปรับตัว ยอมรับและสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ พยาบาลสามารถช่วยสนับสนุนให้ครอบครัวได้มีโอกาสระลึกถึงความทรงจำที่ดี ให้กำลังใจและเสริมแรงในการดำเนินชีวิตต่อไป

## 5. บทบาทด้านการสื่อสารและการให้การปรึกษา

พยาบาลต้องมีความรู้ ความเข้าใจ หลักแนวทางการสื่อสารและการให้การปรึกษา สามารถสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวในระยะท้าย มีทักษะการใช้การสื่อสารเพื่อการรักษา การบอกความจริง การบอกข่าวร้าย การให้คำปรึกษา รวมถึงมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ ระหว่างบุคคล เพื่อให้เกิดความเข้าใจอันดีต่อกันระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว สหวิชาชีพ ในการร่วมวางแผนการรักษาดูแลตั้งแต่แรกวินิจฉัย ระยะเปลี่ยนผ่าน ระยะท้ายและต่อเนื่องไปจนถึง กระทั่งภายหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย การให้ข้อมูลเพื่อช่วยให้เกิดการตัดสินใจที่ถูกต้องเหมาะสม การให้ความรู้ คำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเอง การเป็นที่ปรึกษาในการตัดสินใจ เกี่ยวกับการดูแล การสื่อสารเพื่อให้เกิดการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

## 6. บทบาทด้านการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

พยาบาลควรมีความรู้ ความสามารถในการประสานงาน การส่งต่อ การวางแผน การให้ความช่วยเหลือกับทีมแพทย์ผู้รักษา ครอบครัวและสาขาวิชาชีพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ระยะท้าย รวมทั้งสร้างความเชื่อมั่นและไว้วางใจให้เกิดขึ้นระหว่างกัน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วย ร่วมประเมินปัญหาและวางแผนการดูแล ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสมจากผู้เชี่ยวชาญ โดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

## 7. บทบาทด้านการสอนและให้ความรู้

สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสาขาวิชาชีพ จิตอาสา ชุมชน และสังคม ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และส่งเสริมให้บุคลากรทีมสุขภาพ และครอบครัวของผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดี มีความรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยเป็นผู้สอน ให้ความรู้ เป็นผู้ฝึกและเป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสหสาขาวิชาชีพ (Dahlin C.& Coyne P., 2019)

## 8. การจัดการผลลัพธ์และประเมินผลลัพธ์

พยาบาลควรสามารถกำหนดผลลัพธ์ ตัวชี้วัดผลลัพธ์ของการพยาบาลแบบประคับประคอง สร้างหรือใช้เครื่องมือที่ได้มาตรฐานในการประเมินตัวชี้วัด ผลลัพธ์นั้น ๆ วางระบบการประเมิน การบันทึกผลลัพธ์ตามตัวชี้วัด วิเคราะห์และจัดทำรายงานการดูแลตามตัวชี้วัด สำหรับผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง สามารถแบ่งได้เป็น 3 ด้าน คือ ด้านผู้ป่วย ด้านครอบครัวและด้านคุณภาพการดูแล

8.1 ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย เป็นข้อมูลที่ต้องได้มาจากการประเมินผู้ป่วยอย่างครอบคลุม ทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณและวัฒนธรรม ซึ่งหมายความรวมถึง อาการรบกวนต่าง ๆ ผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อการดำเนินชีวิต ทั้งด้านสังคมและวัฒนธรรมหรือในทางกลับกัน

สังคมและวัฒนธรรมส่งผลต่อการเจ็บป่วยอย่างไร ทั้งในด้านบวกและด้านลบ รวมถึงความเชื่อด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย

8.2 ผลลัพธ์ด้านครอบครัว ให้ความสำคัญกับสิ่งที่ครอบครัวต้องเผชิญ ทั้งด้านสุขภาพของบุคคลในครอบครัว ความเหนื่อย ความเครียด การสูญเสียความเป็นส่วนตัว ภาระในการดูแลผู้ป่วย ทั้งด้านการดูแลกิจวัตรประจำวัน การดูแลเฉพาะโรค รวมถึงภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น รวมไปถึงความรู้สึกเศร้าโศกภายหลังการสูญเสีย

8.3 ผลลัพธ์ด้านคุณภาพการดูแล เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยและครอบครัวที่มีต่อการดูแล รวมถึงความพึงพอใจต่อการดูแล การได้รับข้อมูล การได้ดูแลอย่างต่อเนื่อง การสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพกับผู้ป่วยและญาติ

## 9. การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ การวิจัย และการจัดการความรู้ด้านการพยาบาลแบบประคับประคอง

เพื่อพัฒนาคุณภาพคุณภาพการบริการ สามารถให้การพยาบาลบนพื้นฐานของการใช้ผลการวิจัย ผลการพัฒนาคุณภาพการดูแลและหลักฐานเชิงประจักษ์ รวมทั้งตั้งคำถามเกี่ยวกับการดูแลและพยายามแสวงหาคำตอบผ่านการทำโครงการวิจัยหรือโครงการพัฒนาคุณภาพการดูแล (จิตินันท์ อัครกะเดชอนันต์ และพิกุล พรพิบูลย์, 2561)

### บริบทของการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้ายในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

บริบทในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้ายในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี เป็นการดูแลแบบองค์รวม โดยมุ่งเน้นที่การจัดการอาการไม่สุขสบายทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ รวมทั้งการดูแลครอบครัว/ผู้ดูแลผู้ป่วยด้วย เป้าหมายการดูแลเพื่อตอบสนองต่อเป้าหมายการดูแลที่ผู้ป่วยต้องการ โดยมีเป้าหมายหลักคือ ให้ผู้ป่วยระยะท้ายมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ และตอบสนองความต้องการที่หลากหลายของผู้ป่วยและครอบครัว

#### ขอบเขตการดำเนินการ

ขอบเขตการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้ายในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี โดยรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในเขตภาคตะวันออก รวมทั้งสิ้น 8 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดสมุทรปราการ ปราจีนบุรี จันทบุรี สระแก้ว ตราด ระยอง ฉะเชิงเทรา ชลบุรี เพื่อรับการรักษารังสีรักษา (Radiation therapy) เคมีบำบัด (Chemotherapy) ผ่าตัด (Operation) การรักษารังสีรักษาด้วยเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา (Concerrence Chemoradiation) การรักษารังสีรักษาด้วยยามุ่งเป้า (Targettherapy) รวมถึงการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) เป็นต้น

## การปฏิบัติงานของทีมสุขภาพ

ทีมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้ายประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล พยาบาลให้คำปรึกษา เกษัตริกร นักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนจีน แพทย์แผนไทย รวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุขร่วมดูแลผู้ป่วย ซึ่งการปฏิบัติงานของทีมสุขภาพมีหน้าที่ในการจัดระบบบริการให้ผู้ป่วยระยะท้ายสามารถเข้าถึงบริการได้ในเวลาที่เหมาะสม โดยมุ่งเน้นการควบคุมและจัดการอาการไม่สุขสบายของผู้ป่วย คงสถานะการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วยให้ได้นานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรคที่เป็น การดำเนินโรค เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจยอมรับกับการเจ็บป่วย และสามารถคาดหวังกับสิ่งที่เกิดขึ้นในอนาคตได้อย่างถูกต้องและเป็นจริง จัดสภาพแวดล้อมที่สุขสบายและเยียวยาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงวางแผนการส่งต่อผู้ป่วยไปยังเครือข่ายการรักษาพยาบาลที่ใกล้บ้าน ในเวลาที่เหมาะสม ช่วยให้ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะใกล้เสียชีวิตได้มีโอกาสเตรียมตัวกับความตาย และปฏิบัติตนเป็นที่เลื่องหรือให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองแก่บุคลากรทางการแพทย์ที่ร่วมในการดูแลผู้ป่วย

ทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidysiplinary team) ในการดูแลประคับประคองและระยะท้าย ต้องผ่านการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความจำเป็นของทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidysiplinary team) ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เนื่องจากการดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลผู้ป่วยในทุกมิติอย่างเป็นองค์รวม รวมถึงการดูแลครอบครัว และเป็นการดูแลที่ต่อเนื่องจนกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต ทีมจึงจำเป็นต้องประกอบด้วยวิชาชีพที่หลากหลาย เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว การทำงานเป็นทีมเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและเป็นหัวใจของการทำงาน ทุกวิชาชีพนำความรู้ความสามารถมาให้การดูแลผู้ป่วยร่วมกัน โดยต่างตระหนักถึงความสำคัญของกันและกัน รับฟังความเห็น มีระบบสื่อสารในทีมที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidysiplinary team) ยังต้องทำงานข้ามขอบเขตโรงพยาบาล สามารถสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพกับเครือข่ายองค์กรอื่น ๆ และชุมชน

### กระบวนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย

1. **กลุ่มเป้าหมาย** คือ ผู้ป่วยมะเร็งที่มารับบริการในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ในบริบทของการดูแลผู้ป่วยประคับประคองและระยะท้าย ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมิน Palliative performance scale for Adult Suandok (PPS Adult Suandok) ซึ่ง PPS เป็นเครื่องมือที่ได้รับการพัฒนาโดย Victoria Hospice Society ที่รัฐ British Columbia เพื่อช่วยในการประเมินความสามารถในการดูแลตัวเองในชีวิตประจำวัน

ด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วย ซึ่ง PPS มีการแบ่งระดับทั้งหมด 11 ระดับเริ่มตั้งแต่ 100% ลงไปถึง 0% เพื่อแยกผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่มย่อย ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ (PPS > 70%) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (PPS 0 - 30%) และผู้ป่วยที่อยู่ในระยะเปลี่ยนผ่าน (PPS 40 - 70%) PPS เป็นเครื่องมือใช้ประเมินผู้ป่วยใน 5 หัวข้อ ได้แก่ ความสามารถในการเคลื่อนไหว กิจกรรมและความรุนแรงของโรค การดูแลตนเอง การรับประทานอาหารและระดับความรู้สึกตัว ประโยชน์ของการประเมิน PPS เพื่อใช้ติดตามผลการรักษา ประเมินภาระงานของผู้ดูแลผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยที่มีคะแนน 10 - 40% หมายถึงผู้ป่วยจะต้องการการดูแลมากขึ้น ญาติผู้ป่วยมักจะต้องการการดูแลทางด้านจิตใจมากขึ้น รวมถึงเป็นเครื่องมือที่ใช้สำหรับสื่อสารระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพ โดยใช้เป็นการพยากรณ์โรคคร่าว ๆ (บุษยมาศ ชิวสกุลยง และลดารัตน์ สาภินันท์, 2556) ส่วนแบบประเมินและติดตามอาการในผู้ป่วยระยะท้าย ที่เรียกว่า แบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) ลักษณะของเครื่องมือเป็นแบบสอบถามให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล ประเมินอาการ แบบสอบถาม ESAS จะมีทั้งหมด 10 อาการ ประกอบไปด้วย อาการปวด อาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย อาการคลื่นไส้ อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล อาการง่วงซึม อาการเบื่ออาหาร ความสบายดีทั้งกายและใจ และอาการเหนื่อยหอบและอื่น ๆ ระดับการวัดแต่ละอาการจะถูกแบ่งเป็นหมายเลข 0 - 10 โดยเลข 0 หมายถึง ไม่มีอาการ และเลข 10 หมายถึง มีอาการมากที่สุด

**2. การเข้าถึงบริการ** ส่วนใหญ่เกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วยรับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล อาจมีบ้างที่ผู้ป่วยอยู่ระหว่างการรับบริการเป็นผู้ป่วยนอก โดยแพทย์เจ้าของไข้เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญที่สุดในการประเมินวินิจฉัย ให้ทางเลือก การส่งปรึกษาทีมการดูแลแบบประคับประคอง การเข้าถึงบริการอาจเกิดจากการส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น หรือจากการร้องขอของผู้ป่วยหรือครอบครัวต่อแพทย์เจ้าของไข้ ซึ่งการเข้าถึงการบริการจากการส่งปรึกษามายังทีมการดูแลแบบประคับประคอง อาจเกิดขึ้นใน 3 รูปแบบ ดังนี้

1. การเข้าถึงบริการผ่านการส่งปรึกษาเมื่อหมดทางเลือก (Last – minute consultation) มักเป็นการส่งปรึกษาในช่วงจังหวะที่ผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต หรือแพทย์เจ้าของไข้ต้องการความช่วยเหลือในการพูดคุยกับครอบครัวของผู้ป่วย เพื่อยุติการรักษาหรือเพื่อให้ผู้ป่วยกลับบ้าน การส่งปรึกษาในกลุ่มนี้มักทำให้ทีมดูแลแบบประคับประคองมีเวลาในการดูแลผู้ป่วยสั้น อาจเพียง 1 – 2 วัน หรือสั้นกว่านั้น ก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต ทำให้ไม่มีโอกาสเข้าไปดูแลได้ครอบคลุมแบบองค์รวม ต้องมุ่งไปที่เป้าหมายหลักอย่างเดียว เช่น ให้ผู้ป่วยกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน โดยยังไม่ได้เตรียมความพร้อมของญาติต่อการรับมือต่อการสูญเสียให้ดีพอ

2. การเข้าถึงบริการผ่านการส่งปรึกษาเมื่อเข้าเกณฑ์ทางเลือก (Criteria – based consultation) เป็นการส่งปรึกษาเมื่อแพทย์เจ้าของไข้เริ่มเห็นว่าผู้ป่วยน่าจะเข้าสู่ระยะท้าย ตาม

หลักเกณฑ์ของการส่งปรึกษาทีมการดูแลแบบประคับประคอง ที่ทีมวางเป็นแนวทางไว้ โดยอ้างอิง Palliative performance scale  $\leq 50\%$  เป็นต้น การส่งปรึกษาในกลุ่มนี้ทำให้ทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองมีเวลาพอสมควรในการเข้าไปประเมิน วางแผน ให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งทีมมีเวลาประมาณ 1 – 2 สัปดาห์ หรือนานกว่านั้น ทำให้เพิ่มคุณภาพของการดูแลได้ ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งสามารถกลับไปดูแลต่อที่บ้านจนวาระท้ายของชีวิตตามความต้องการได้

3. การเข้าถึงบริการผ่านการส่งปรึกษา โดยเป็นการรักษาร่วมกัน (Consultation for concurrent) เป็นการส่งปรึกษาภายหลังจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะท้าย โดยแพทย์เจ้าของไข้มองเห็นว่าการดูแลแบบประคับประคองเป็นทางเลือกที่ผู้ป่วยและครอบครัวควรมีความตระหนักและควรพิจารณาไว้ แม้ว่าจะยังคงเลือกรับการรักษาที่มุ่งหวังทำให้หายจากโรคหรือควบคุมโรคให้ได้ เป็นการรักษาควบคู่กับการดูแลแบบประคับประคอง กรณีนี้การดำเนินการสามารถเริ่มต้นจากการทำประชุมครอบครัว (Family meeting) หรือการพูดคุยเพื่อประเมินวางแผนการดูแลร่วมกันกับสมาชิกในครอบครัวและผู้ป่วย โดยมีการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advanced care planning) สำหรับผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักยังมีชีวิตและคุณภาพชีวิตที่ดีได้นานกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น

การเข้าถึงบริการอีกรูปแบบหนึ่ง อาจเกิดผ่านระบบการส่งต่อจากสถานพยาบาลแห่งอื่น ในกรณีนี้ผู้ป่วยมักได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะท้ายและมีการพูดคุยหรือเลือกแนวทางการดูแลประคับประคองมาจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิหรือโรงพยาบาลที่ให้การรักษาเฉพาะทาง ก่อนถูกส่งต่อ ส่วนใหญ่ใช้เอกสารใบส่งตัวพร้อมทั้งใบวางแผนการดูแลล่วงหน้าด้วยในการส่งต่อ

**รูปแบบการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (ศรีเวียง ไพโรจน์กุล และ ปารีชาติ เพ็ญสุพรรณ. (ม.ป.ป.)**

1. การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกแผนการดูแลรักษา วางเป้าหมายร่วมกัน รวมถึงสร้างสรรค้วิธีการและรายละเอียดของการดูแลร่วมกับทีมสุขภาพทำให้เกิดแผนการดูแลที่เฉพาะเจาะจงต่อผู้ป่วยแต่ละราย

2. การให้การดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่อาจให้การดูแลร่วมกับแพทย์เจ้าของไข้เดิม ที่รักษาโรคของผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ที่อยู่ในทีมการดูแลแบบประคับประคอง โดยกระบวนการส่งปรึกษาหรือส่งต่อผู้ป่วย มีการประเมินผู้ป่วยและครอบครัว มุ่งเน้นทางด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณมากกว่าการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยได้รับในช่วงก่อนหน้า

3. บทบาทเชิงรุกของผู้ดูแลที่เป็นญาติ คนในครอบครัวหรือเพื่อน ซึ่งอาจมีส่วนอย่างมากในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะที่บ้านหรือในชุมชนเมื่อผู้ป่วยต้องกลับไปดูแลต่อที่บ้าน

4. การจัดสถานที่เพื่อการดูแลผู้ป่วย ให้มีสิ่งแวดล้อมเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม เพื่อเอื้อต่อความรู้สึกสุขสบายคล้ายอยู่ที่บ้าน มีความสงบ เป็นส่วนตัว

5. ความมุ่งหมายในการดูแลจะมุ่งเน้นคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและความสุขของครอบครัวของผู้ป่วยเป็นสำคัญ โดยมีการควบคุมอาการปวดและอื่น ๆ การจัดกิจกรรมรวมถึงการมีเครื่องมือติดตามประเมินผลและการดูแลจากมุมมองของผู้ป่วยและครอบครัว

6. การให้การดูแลตามหลักการของการดูแลแบบประคับประคองโดยอ้างอิงหลักวิชาการที่ได้จากการเข้าฝึกอบรม จากแนวทางเวชปฏิบัติและจากมาตรฐานทางการพยาบาลที่มีการเผยแพร่จากสถาบันที่อ้างอิงได้

### รูปแบบการจัดการบริการ

การจัดรูปแบบการจัดการบริการ การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี มีการดำเนินการร่วมกันกับเครือข่ายสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 6 สามารถให้การดูแลทั้งในระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน กายภาพบำบัด การแพทย์แผนไทย และแพทย์แผนจีน

การจัดการบริการสำหรับผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองในโรงพยาบาล มีการจัดห้องให้บริการผู้ป่วยแบบประคับประคองอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยแยกห้องออกมาเป็นสัดส่วน จำนวนเตียงให้บริการผู้ป่วยมี 2 เตียง เรียกว่าห้อง อภิบาลคุณภาพชีวิต โดยวัตถุประสงค์ของการใช้ห้องเพื่อเตรียมความพร้อมของญาติในการการดูแลผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้าน เช่น การให้อาหารทางสายยาง การทำแผล การดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันแผลกดทับ รวมถึงการสังเกตอาการผู้ป่วยในระยะท้ายและความสามารถที่จะดูแลผู้ป่วยได้ หรือกรณีผู้ป่วยต้องการเสียชีวิตในโรงพยาบาล โดยอนุญาตให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลได้ใช้เวลาในช่วงสุดท้ายร่วมกัน ได้มีเวลาในการขอบคุณ มีเวลาในการขอขมากรรมต่อกัน และได้ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ส่วนหอผู้ป่วยในอื่น ๆ ไม่มีการจัดห้องเฉพาะผู้ป่วยแบบประคับประคอง แต่จะมีการจัดโซนพื้นที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยแบบประคับประคองให้อยู่ในพื้นที่ที่พยาบาลสามารถมองเห็นผู้ป่วยได้ชัดเจนเพื่อสะดวกในการดูแลผู้ป่วย โดยใช้ทีมการดูแลที่เป็นพยาบาลประจำหอผู้ป่วยที่ผ่านการอบรมด้านการพยาบาลแบบประคับประคองหลักสูตร 3 วัน หรือ 5 วัน ที่เรียกว่า Palliative care nurse (PCWN) ซึ่งมีประจำทุกหน่วยงานในโรงพยาบาล เป็นผู้ประเมินผู้ป่วยเบื้องต้น และสามารถให้การพยาบาลแบบประคับประคองที่ไม่มีความยุ่งยากซับซ้อน หากพบว่าผู้ป่วยมีความยุ่งยากในการจัดการอาการส่งปรึกษาทีมการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อเข้าไปประเมินผู้ป่วยแต่ละราย และจัดกการอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ ส่วนกรณีแพทย์ประจำตัวผู้ป่วยต้องการส่งปรึกษา ทีมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจะส่งปรึกษาในระบบคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลทีมการพยาบาลแบบประคับประคองจะเข้าไปร่วมดูแลในหอผู้ป่วย ตามระดับของ PPSv2 ของผู้ป่วยแต่ละราย เช่น ผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ PPS > 70% ทีมจะเข้าดูแลภายในระยะเวลา 3

วัน ผู้ป่วยที่มีระดับ PPS 40 -60% ทีมจะเข้าดูแลภายใน 2 วัน ส่วนผู้ป่วยที่มีระดับ PPS 10 - 30% ทีมจะเข้าร่วมดูแลภายใน 1 วัน

ส่วนการดูแลระดับประคองในระบบบริการผู้ป่วยนอกมีการจัดบริการเป็นกลุ่มงาน เวชศาสตร์ระดับประคอง ซึ่งมีการให้บริการร่วมกับคลินิกกระบังปวด คลินิกกายภาพบำบัด คลินิกแพทย์แผนไทย และคลินิกแพทย์แผนจีน ซึ่งผู้ป่วยหรือผู้ดูแลจะมารับการดูแลรักษาหรือปรึกษาที่คลินิกเพื่อติดตามประเมินอาการและการดูแลรักษาต่อเนื่อง หรือมารับยาบรรเทาอาการต่าง ๆ เป็นต้น ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งอาจไม่สามารถเดินทางมารับยาเองได้ ญาติผู้ป่วยจะเป็นผู้มาพบแพทย์เพื่อรับยาแทนผู้ป่วย โดยมีการกำหนดเวลาสำหรับการให้บริการสัปดาห์ละ 2 วัน โดยให้บริการในวันจันทร์และวันพุธ ตั้งแต่เวลา 08.00 – 12.00 น. ส่วนแผนกผู้ป่วยนอกแต่ละแผนกสามารถส่งปรึกษาในระบบและส่งผู้ป่วยมาที่กลุ่มงานเวชศาสตร์ระดับประคองได้ในวันที่เปิดให้บริการ ส่วนในวันที่ไม่ได้เปิดให้บริการพยาบาลจะเป็นผู้ไปประเมินและให้การดูแลตามแผนกที่ส่งปรึกษาทันที

ในส่วนของการดูแลแบบประคองต่อเนื่อง จะเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ในกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ห่างจากโรงพยาบาลจะมีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้กับพยาบาลที่ดูแลแบบประคองในพื้นที่นั้น ๆ โรงพยาบาลใกล้บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อดูแลต่อ โดยมีผู้ดูแลซึ่งอาจเป็นญาติมิตรที่ใกล้ชิดผู้ป่วยให้อาสาสมัครหรือผู้ดูแลที่ทำหน้าที่นี้เป็นอาชีพปฏิบัติหน้าที่ช่วยเหลือและให้การดูแลผู้ป่วยตามแผนการดูแลรักษาที่กำหนดไว้ล่วงหน้า เช่น การให้ออกซิเจน การทำแผล การให้ยาบรรเทาอาการ การให้อาหารทางสายยาง ส่วนผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ไม่เกิน 50 กิโลเมตรจากโรงพยาบาล จะมีทีมการพยาบาลชุมชนร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพเข้าไปเยี่ยมประเมินประเมินอาการผู้ป่วย ให้การดูแลรักษาและคำปรึกษาเป็นระยะ

ซึ่งองค์ประกอบของทีมมักขึ้นกับความจำเป็นทางสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละราย ในการใช้บริการรวมถึงเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง การจัดการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งเป็นการดูแลต่อเนื่องหลังการจำหน่ายหรือการจัดบริการโดยสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิในพื้นที่ ที่จะรับดูแลตามการส่งต่อผู้ป่วยที่บ้านหลังจำหน่ายกลับจากโรงพยาบาล แต่ยังเป็นการเยี่ยมแบบครั้งคราว ในปัจจุบันมีการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ผ่านระบบการพยาบาลทางไกล (Tele nursing) ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยไม่ต้องเดินทางมาโรงพยาบาล

**บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งด้านระยะท้ายในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี**  
 หน่วยการพยาบาลแบบประคอง ให้บริการผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคอง ซึ่งต้องกำกับ แนะนำ ตรวจสอบการปฏิบัติงานของผู้ร่วมปฏิบัติงาน โดยใช้ความรู้ความสามารถ ประสบการณ์และความชำนาญงานในการจัดการอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม รวมถึงด้านจิตวิญญาณ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ให้การ

พยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาล การบริหารจัดการให้เกิดการดูแลที่มีคุณภาพ และแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โดยใช้กระบวนการบริหารรวมถึงพัฒนาและปรับปรุงบริการ การพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยการพัฒนาการให้คำปรึกษา การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวทั้งในโรงพยาบาลและดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน เสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยและญาติให้สามารถดูแลตนเองได้ โดยมีลักษณะงานที่ปฏิบัติในด้านต่าง ๆ ดังนี้

#### ด้านการบริหาร

1. ร่วมกำหนดแนวทางการปฏิบัติงาน การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ที่ต้องอาศัยองค์ความรู้ สหวิทยาการร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและครอบครัว

2. ร่วมวางแผนการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรพยาบาลให้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง สนับสนุนการปฏิบัติงานภายในโรงพยาบาล ตลอดจนหน่วยงานภาครัฐในเขตสุขภาพที่ 6

3. วางแผนและบริหารจัดการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ทั้งในระดับโรงพยาบาลและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ชุมชน ตามเป้าหมายและตัวชี้วัดที่กำหนด ให้กลุ่มเป้าหมายได้รับบริการที่มีคุณภาพและปลอดภัย

4. วางแผนงบประมาณการดำเนินงานเกี่ยวกับ โครงการพัฒนาสมรรถนะบุคลากร ระบบบริการสุขภาพ ตลอดจน โครงการด้านวิจัยและนวัตกรรม รวมทั้งการถ่ายทอดองค์ความรู้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

6. วางแผนการบริหารจัดการทรัพยากร วัสดุอุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ สนับสนุนความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ภายในและภายนอกโรงพยาบาล และให้การบริการในรูปแบบธนาคารเครื่องมือสำหรับผู้ป่วยดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ให้กับเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งในเขตสุขภาพที่ 6

#### ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ปฏิบัติการพยาบาลด้านการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบประคับประคอง ทำหน้าที่ให้การพยาบาลที่ต้องตัดสินใจหรือแก้ปัญหาที่ยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งในภาวะปกติและภาวะวิกฤต ตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะคุกคามและได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม

2. คัดกรอง ประเมิน วินิจฉัยปัญหา โดยใช้กระบวนการพยาบาล ประเมินอาการรวบรวมข้อมูล และการให้การพยาบาลอย่างถูกต้องเร่งด่วน ตามสภาวะของผู้ป่วย ครอบคลุมด้าน

ร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ สามารถแก้ไขปัญหของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองจนถึงวาระท้ายของชีวิตได้ โดยใช้แบบประเมินที่ได้มาตรฐาน เช่น แบบประเมิน PPSV2 แบบประเมิน Bereavement care แบบประเมิน FACT- G แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมิน ESAS และสามารถคาดการณ์และวางแผนการช่วยเหลือเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบประคับประคอง ในการสนับสนุนยาและเวชภัณฑ์ อุปกรณ์ทางการแพทย์ ให้สอดคล้องกับกลุ่มอาการ ปัญหาและความต้องการ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและความผาสุกของผู้ป่วยมะเร็งอย่างเหมาะสมตามสถานะสุขภาพ

3. ส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน สนับสนุนการเข้าถึงบริการ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ เสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ในการดูแลผู้ป่วยแก่ครอบครัว/ผู้ดูแล พัฒนาเครือข่ายการดูแลร่วมกับสาขาวิชาชีพ หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ในการปฏิบัติงาน และสุขภาพที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัว/ผู้ดูแล

4. บันทึกข้อมูลด้านการพยาบาลเพื่อนำมาวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยรายกรณี ให้ครอบคลุมภาวะสุขภาพ พร้อมทั้งตรวจสอบคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลให้ถูกต้อง ครอบคลุมครบถ้วน และเป็นปัจจุบันตามมาตรฐานการบันทึกทางการพยาบาล

5. ปฏิบัติการพยาบาล โดยมีการเตรียมความพร้อมแก่ผู้ป่วยและครอบครัว/ผู้ดูแล เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้านได้อย่างถูกต้อง โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมินอาการ วินิจฉัยทางการพยาบาลและตัดสินใจแก้ปัญหาที่ยุ่ยากซับซ้อนได้อย่างเหมาะสมร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อตอบสนองปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว/ผู้ดูแล

#### ด้านวิชาการ

1. จัดโครงการ การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฝึกอบรมเพื่อพัฒนาสมรรถนะ องค์ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง สำหรับพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนในเขตสุขภาพที่ 6

2. เป็นวิทยากรบรรยาย ถ่ายทอดองค์ความรู้ให้กับบุคลากรพยาบาล นักศึกษาพยาบาล ผู้ศึกษาดูงาน หรือหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนที่มีความสนใจเกี่ยวกับการพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ

3. ทำหน้าที่ครูพี่เลี้ยงในการกำกับดูแล การฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาลและหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางโรคมะเร็งและการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบประคับประคอง รวมถึงนักศึกษาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวชั้นปีที่ 2 เกษักร อสม. ผู้ดูแล ผู้สนใจเข้าศึกษาดูงานและฝึกปฏิบัติ

4. นำเสนอผลงานทางวิชาการ ผลงานวิจัยและนวัตกรรม หรือผลงานเด่นที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วย เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร่วมกับบุคลากรพยาบาล สหสาขาวิชาชีพ ตลอดจนการนำเสนอในเวทีวิชาการ ระดับกรม กระทรวง หรือการนำเสนองานวิจัยระดับชาติ

5. ส่งบทความตีพิมพ์ เผยแพร่ ในระบบฐานข้อมูลวารสารอิเล็กทรอนิกส์กลางของประเทศไทย (Thai Journal Online)

6. เป็นที่ปรึกษา ให้กับทีมบุคลากรพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง วิเคราะห์ปัญหาความต้องการการดูแลแบบประคับประคองและส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคมะเร็งจนถึงวาระท้ายของชีวิต รวมถึงการดูแลภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (Bereavement care)

7. ศึกษา วิจัย ผลิदनวัตกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล ส่งเสริมความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ พัฒนาระบบ รูปแบบบริการ เพื่อวางแผนสร้างเป็นแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ภายใต้การบริหารจัดการทรัพยากรอย่างคุ้มค่า เพื่อกำหนดแนวทางพัฒนามาตรฐานการพยาบาล ประยุกต์ให้สอดคล้องกับสภาพการปฏิบัติงาน และความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว สอดคล้องกับเป้าหมายขององค์กร

## **ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย**

### **ความหมายของความผาสุกทางจิตวิญญาณ**

Fisher and Brumley (2008) ที่กล่าวไว้ว่า ในทางพุทธศาสนา ผู้ที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณจะเป็นผู้ที่มีความสุข ที่แสดงถึงภาวะที่สงบ เป็นสุข มีความเข้มแข็งของจิตใจ มีเป้าหมายของชีวิต ยอมรับความจริง ทำให้ผู้ป่วยมีความหวังและมีกำลังใจในการมีชีวิตอยู่ มีความหวังแสดงออกภายใต้ความสัมพันธ์ภายในตัวบุคคล บุคคลกับวัฒนธรรม บุคคลกับสิ่งแวดล้อม และบุคคลกับสิ่งเหนือธรรมชาติ

Cook (1980 cited in Carson, 1989) ได้ให้คำจำกัดความของ ความผาสุกทางจิตวิญญาณไว้ว่า เป็นความรู้สึกมั่นใจว่าตนมีความสัมพันธ์กับพระเจ้าหรือสิ่งที่ตนยึดเหนี่ยว รู้สึกถึงความเป็นตนเองที่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกันทางสังคม และสิ่งแวดล้อมซึ่งหล่อเลี้ยงความเป็นตัวตนทั้งหมดของบุคคล

Paloutzian and Ellison (1982) กล่าวว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นความรู้สึกของบุคคล ว่าตนสามารถดำเนินชีวิตไปตามปกติโดยมีเป้าหมายของชีวิต และมีความสำเร็จตามความประสงค์ ความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นสิ่งที่แสดงถึงความเข้มแข็งทางจิตวิญญาณในตัวบุคคล เป็นความผาสุกทางจิตวิญญาณในด้านสิ่งที่เป็นอยู่ และความผาสุกทางจิตวิญญาณในด้านความผาสุกใน

ความศรัทธายึดมั่นในศาสนา คือ ความสัมพันธ์กับพระเจ้าหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนนับถือและยึดเหนี่ยว

พระราชวรานี (2540) กล่าวว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณ คือ สภาวะจิตใจที่เป็นความสุข สามารถอธิบายความหมายของปुरुชนทั่วไป คือ สภาวะจิตใจที่เป็นสุขแยกจากดินแดนของวัตถุ ไม่เกี่ยวข้องกับสภาพร่างกายเป็นเรื่องของจิตใจ ที่มีประสบการณ์ทางศาสนาเข้ามาเกี่ยวข้อง บุคคลนั้นจะเป็นผู้ที่มีความสุข สงบ ชีวิตมีเป้าหมาย มีอุดมคติ มีความหวัง มีแรงจูงใจในการดำเนินชีวิต

พัชนี สมกำลัง (2556) กล่าวว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นลักษณะส่วนบุคคลที่สำคัญ อันมีผลทำให้บุคคลมีสติ ปัญญาดี มีคุณธรรมจริยธรรมสูง ยังสามารถจูงใจให้บุคคลภายใต้การดูแล เข้าถึงคุณค่าที่แท้จริงของงานได้ บุคคลที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณจะเป็นบุคคลที่มีแนวทางในการดำเนินชีวิตที่ชัดเจน มีพลังในการสร้างสรรค์งาน สามารถที่จะเผชิญกับปัญหาและการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ได้อย่างมีสติ ปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ดังนั้น สามารถสรุปความหมายของความผาสุกทางจิตวิญญาณ ได้ว่า สภาวะที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย มองเห็นความหมายและเป้าหมายของชีวิต รับรู้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความหวัง ยอมรับกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น มีสิ่งยึดเหนี่ยวภายในจิตใจ มีความพึงพอใจในศาสนาที่ตนเองนับถือ โดยยึดถือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่เคารพเข้ามามีส่วนร่วมช่วยให้จิตใจสงบและเป็นสุขในวาระท้ายของชีวิต

องค์ประกอบของความผาสุกทางจิตวิญญาณ

Paloutzian and Ellison (1982) ได้แบ่งองค์ประกอบของความผาสุกทางจิตวิญญาณไว้

2 ด้าน คือ

1. ความผาสุกในสิ่งที่เป็นอยู่ (The Existential Well-being) กล่าวถึง ความรู้สึกมีเป้าหมายและความหมายในชีวิตของบุคคล ว่าเป็นสิ่งจำเป็นที่ทำให้เกิดความสงบสุขในบั้นปลายของชีวิต มีความพึงพอใจในชีวิตของตนเอง รู้สึกเป็นสุขกับสิ่งที่ตนเองมีอยู่

1.1 การรับรู้เป้าหมายในชีวิต คือ การที่บุคคลตระหนักถึงความหมายของชีวิตและมีเป้าหมายหรือจุดมุ่งหมายในชีวิต รู้ว่าตนเองต้องการทำอะไร เพื่ออะไร อะไรคือสิ่งที่เหมาะสมกับตนเองในปัจจุบัน การมีเป้าหมายของชีวิตเป็นความสามารถในการคิดและแสวงหาคคุณค่าในชีวิตของแต่ละบุคคล ทำให้บุคคลรู้สึกมีความหวัง ซึ่งความหวังจะสามารถช่วยให้บุคคล ค้นหาความหมายและเป้าหมายของชีวิตได้ บุคคลจะไม่รู้สึกแฉ้งแฉ้วง เลื่อนลอย สามารถยอมรับความไม่แน่นอนของชีวิตว่าเป็นเรื่องธรรมชาติ เป็นสังขารธรรม มีกำลังใจในการดำรงชีวิตอยู่และมองว่าความหมายของชีวิตเป็นสิ่งจำเป็นที่ช่วยให้เกิดความสงบสุขในบั้นปลายของชีวิต

1.2 ความพึงพอใจในชีวิตของตนเอง คือการที่บุคคลรู้สึกมีความสุขกับสิ่งที่ตนมีอยู่ พึงพอใจกับประสบการณ์ที่มีค่าในอดีตของตนเอง ซึ่งช่วยให้บุคคลเห็นคุณค่าในตนเอง มองโลกในแง่ดี และพึงพอใจในชีวิตปัจจุบันของตน

2. ความผาสุกในความยึดมั่นศรัทธาในศาสนา (the religious well-being) กล่าวถึงความสัมพันธ์กับพระเจ้าหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนนับถือและยึดเหนี่ยว ศาสนาเป็นส่วนประกอบและเป็นบ่อเกิดอันสำคัญของวัฒนธรรมและจริยธรรม ซึ่งอบรมหล่อหลอมชีวิตของบุคคลที่เจริญเติบโตขึ้นมาในสังคม การกระทำของบุคคลที่แสดงออกหรือลักษณะสังคมที่เป็นอยู่ส่วนเป็นเครื่องกำหนดความเข้าใจของบุคคลต่อคุณค่า จุดมุ่งหมายของชีวิตและการเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง ซึ่งทั้งนี้หากยึดหลักตามศาสนาพุทธแล้ว สามารถอธิบายความผาสุกทางจิตวิญญาณ ได้ 2 ลักษณะ ดังนี้ (พิณนภา แสงสาคร, 2554)

2.1 การมีความเชื่อและศรัทธาในศาสนาและนำมาปฏิบัติ ความเชื่อและศรัทธาเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้คนมีหลักที่จะปฏิบัติตาม หรือเป็นสิ่งนำทางในการดำเนินชีวิต ช่วยเหนี่ยวรั้งไม่ให้ยอมตามสิ่งชักจูงในทางที่ผิด

2.2 การมีศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจหรือเป็นที่พึ่งทางใจ จะทำให้เกิดความสงบ คลายความทุกข์ มีความเข้าใจในธรรมชาติ ความเป็นจริงของชีวิตที่มีการเกิด แก่ เจ็บ ตาย ไม่มีผู้ใดหลีกเลี่ยง เข้าใจชีวิตหรือมองโลกตามความเป็นจริง

Hungelmann et al. (1996) ได้แบ่งองค์ประกอบของความผาสุกทางจิตวิญญาณไว้ 3 มิติ คือ

1. มิติของความศรัทธาและความเชื่อ เป็นความเชื่อด้านจิตวิญญาณ เป้าหมายในชีวิต สัมพันธภาพระหว่างความเชื่อด้านจิตวิญญาณ และแนวทางการดำเนินชีวิต

2. มิติของชีวิตและความรับผิดชอบของตนเอง ความเชื่อในอำนาจสูงสุด โดยที่มีการให้อภัยผู้อื่น หากชีวิตมีการเปลี่ยนแปลงสามารถยอมรับสิ่งที่เปลี่ยนแปลงนั้นได้

3. มิติความพึงพอใจในชีวิต รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีการตั้งเป้าหมาย ยอมรับในสถานการณ์ของชีวิต

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เมื่อถึงระยะสุดท้าย ที่มีการรักษาด้วยเคมีบำบัดหรือการฉายรังสี ร่างกายจะมีอาการไม่สุขสบาย มีอาการปวดทั่วร่างกาย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่โรครมีการลุกลามไปยังปอดทำให้สารคัดหลั่งในทางเดินหายใจ มีปริมาณมากและมีอาการเหนื่อย โดยผู้ป่วยจะมีอาการหายใจไม่สะดวก หายใจเร็วหรือ นอนราบไม่ได้ ส่งผลทำให้มีอาการเหนื่อยและมีความวิตกกังวล จนบางครั้งเกิดความสิ้นหวังกับชีวิต ส่งผลกระทบต่อความผาสุกของชีวิต โดยผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย ไม่สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติเพื่อให้ตัวเองประสบความสำเร็จตามที่ตั้งไว้ได้ ไม่เห็น

คุณค่าในตัวเอง ดังนั้น ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย ควรได้รับการดูแลในเรื่องของความผาสุกทางจิตวิญญาณในช่วงของการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการรักษา มีความหวังเนื่องจากความหวังเป็นสิ่งสำคัญในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด และสามารถอดทนต่อผลข้างเคียงจากการรักษาได้ ซึ่งผู้ป่วยที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณพบว่ามีความสัมพันธ์กับความหวังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เกษรา แก้วนิล และคณะ, 2558)

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดความผาสุกทางจิตวิญญาณของ Paloutzian and Ellison โดยกล่าวได้ว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณนั้น เป็นความรู้สึก เป็นการรับรู้ ความเชื่อในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ การมีสิ่งยึดมั่นทางด้านจิตใจ สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดกำลังใจ และทำให้ผู้ป่วยมีความสุขสงบ เข้มแข็งในจิตใจและพร้อมที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ความผาสุกทางจิตวิญญาณมักเกิดควบคู่ไปกับการความสามารถในการเผชิญปัญหา ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย มีความหวังและกำลังใจในการมีชีวิตอยู่ กล่าวเผชิญความจริง ยอมรับกับความเจ็บป่วยของตนเอง มีความเข้มแข็งทางจิตใจและมีความหวังที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป จึงเหมาะสมกับการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย เนื่องจากแนวคิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย อาการไม่ทรุดหนักไปกว่าเดิม หากมีเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ รวมถึงการที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีศาสนา เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ จึงมีความเหมาะสม ที่จะนำแนวคิดความผาสุกทางจิตวิญญาณของ Paloutzian and Ellison มาใช้ในการศึกษา ซึ่งจากการศึกษางานวิจัยของ ศรีรัตน์ กินาวงศ์ และปณณณิน เขื่อนเพชร (2559) ที่ได้ทำการศึกษา ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยเรื้อรังระยะสุดท้าย พบว่า การปฏิบัติตามหลักธรรม ความเชื่อทางพุทธศาสนา ได้แก่ การเชื่อในกฎแห่งกรรม สวดมนต์ ไหว้พระ ทำสมาธิ ทำบุญ ศึกษาธรรมะ การทำกิจกรรมเพื่อผ่อนคลาย ได้แก่ การดูแลลูกหลาน พูดคุยกับเพื่อน คนในครอบครัว ทำงานอดิเรก จะทำให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ

### **ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย**

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย ผู้วิจัยพบว่าความความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย เกิดจากปัจจัยสี่กระตุ้นภายในตัวบุคคลและปัจจัยสี่กระตุ้นภายนอก ดังนี้

#### **การรับรู้ความรุนแรงของโรค**

การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการทำความเข้าใจในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น มีความเชื่อส่วนบุคคลซึ่งเป็นผลจากการเรียนรู้ และประสบการณ์ของบุคคลนั้น (Wehmeier, 2000 อ้างถึงใน วิไลลักษณ์ ตันดิระกุล, 2552) การรับรู้ของบุคคลเป็นสภาพทางจิตวิทยา และเป็นความสนใจของบุคคลในการเลือกที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่เกิดขึ้น ซึ่งแต่ละคนมี

การรับรู้ที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ความรู้สึก และประสบการณ์ที่ผ่านมา ส่วนการเจ็บป่วยเป็นปรากฏการณ์ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วย จึงเป็นความคิด และความเชื่อของบุคคลที่เกี่ยวกับอันตรายของการเจ็บป่วย ได้มีผู้ให้ความหมายของการรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วย ของผู้ป่วยมะเร็งด้านระยะเวลาท้ายในด้าน ความรุนแรงของโรค การก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ความยากลำบาก และความต้องการใช้การรักษายาวนานการเกิดโรคแทรกซ้อน หรือมีผลกระทบต่อบทบาททางสังคมของผู้ป่วย

เนื่องจากการรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วยเป็นการเปลี่ยนแปลงและเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญอย่างหนึ่ง que แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงจากการมีสุขภาพดี ไปเป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรง ยิ่งรับรู้ถึงความเจ็บป่วยมากขึ้นเท่าใดย่อมส่งผลต่อความเป็นอยู่ การดำรงชีวิต และคุณภาพชีวิตของบุคคลมากขึ้นตามไปด้วย (Antonovsky, 1982) การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วยจะมากขึ้นในหลายกรณี เช่น การป่วยด้วยโรคที่ร้ายแรง ทำลายต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย มีการรักษาที่ซับซ้อน การพยากรณ์ของโรคแยกลง อาการกำเริบหรือกลับเป็นซ้ำ เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคและการรักษา เช่น ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหรือผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย เป็นต้น

การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วย จะขึ้นอยู่กับการดำเนินของโรค พยาธิสภาพ และกระบวนการรักษาแล้ว ยังอาจขึ้นอยู่กับบุคคลในการทำความเข้าใจและปรับการรับรู้หรือความรู้สึกของตนเอง ให้เป็นไปในทางบวกหรือลบต่อสิ่งที่ตนกำลังเผชิญอยู่ บางคนเผชิญความเจ็บป่วยด้วยความวิตกกังวล ความเครียด ความสิ้นหวัง ในขณะที่บางคนสามารถปรับการรับรู้ไปในทางที่จะทำให้ความรู้สึกด้านลบเกิดขึ้นน้อยที่สุด และแสวงหาสิ่งยึดเหนี่ยวเหนื่อธรรมชาติและปฏิบัติตามความเชื่อที่จะช่วยให้ตนเองสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยได้ดีขึ้น ความสามารถดังกล่าวจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคลขึ้นกับประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา ภาวะอารมณ์เจริญเติบโตและพัฒนาการอิทธิพลทางสังคม และวัฒนธรรม ได้แก่ ความเชื่อ ทศนคติ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากทีมแพทย์และพยาบาล ความคาดหวังในตนเอง ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้จะทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ สามารถประเมินภาวะสุขภาพของตนเองให้ตรงกับสภาพความเป็นจริงได้ (Kozier et al., 1989)

สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้ายที่ได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการ และผลข้างเคียงจากการรักษา ในทางปฏิบัติแพทย์ผู้รักษาอาจไม่ได้อธิบายความรุนแรงของการเจ็บป่วยให้ผู้ป่วยทราบอย่างเพียงพอ อาจบอกเพียงระยะของโรคหรือวิธีการรักษาที่จะได้รับ ซึ่งอาจจะตรงหรือไม่ตรงกับความรู้สึกหรือการรับรู้ของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งจะเผชิญกับความเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกาย ความยากลำบากในการดำเนินชีวิต เนื่องจากพยาธิสภาพและการรักษาที่ได้รับ หรือค่านิยมความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็ง สิ่งแวดล้อมและกลุ่มสังคม ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ สิ่งเหล่านี้ล้วนมีอิทธิพลต่อการรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วยทั้งสิ้น

### การรับรู้ความรุนแรงของโรคของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย

Craven and Hirnle (1992) กล่าวว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วย เมื่อเกิดการเจ็บป่วยบุคคลจะเกิดการปรับตัวทั้งทางร่างกายและจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และเมื่อระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีมากขึ้นจะยังมีผลกระทบต่อภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยมากขึ้น โดยผู้ป่วยจะรู้สึกถึงความไม่แน่นอนในชีวิตของตนเอง ความหมายและเป้าหมายในชีวิตเปลี่ยนไป ไร้ความหวัง ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีผลต่อการปรับตัวในการดำเนินชีวิตและมีชีวิตอยู่อย่างไร้ความสุข โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย ซึ่งได้รับความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยและผลข้างเคียงจากการรักษา ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา ยาวนาน และอาการของโรครุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ จนถึงระยะท้าย ดังนั้นผู้ป่วยที่รับรู้ว่าการเจ็บป่วยของตนเองว่ามีความรุนแรง และไม่สามารถยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตัวเองได้ จะทำให้ความผาสุกทางจิตวิญญาณลดลง แต่ถ้าผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าการเจ็บป่วยของตนเองไม่มีความรุนแรงหรือมีความรุนแรงแต่สามารถทำใจยอมรับกับการเจ็บป่วยได้ มีชีวิตอยู่กับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ เช่น การเกิดโรคมะเร็งเมื่อผู้ป่วยยอมรับในการเกิดโรค รับรู้ถึงความรุนแรงของโรคได้ทำให้ผู้ป่วยอยู่อย่างมีความสุขได้ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณได้ เทเลอร์ (Taylor, 2003)

จากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับ การรับรู้ความรุนแรงของโรคกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ การศึกษาของ ธนินญา น้อยเปียง (2545) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ( $r = -.301$ ,  $p < .05$ ) การศึกษาของ กุลชญา ลอยหา และกรุณา จันทุม (2559) พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งในช่องปาก มีการรับรู้ความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งในช่องปากอยู่ในระดับสูงร้อยละ 57.7 มีพฤติกรรมในการดูแลช่องปากอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 90.5 และจากการศึกษาของ วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล (2552) พบว่า ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ( $r = -0.49$ ,  $p < .05$ ) และการศึกษาของ นิชูไรดา นิมุ และคณะ (2564) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ

### ความหวัง (Hope)

Miller (1985) กล่าวว่า เมื่อมนุษย์ประสบปัญหาในชีวิต หรือเผชิญกับความทุกข์ทรมานในชีวิต พบกับความลำบากและความล้มเหลว หรือการเปลี่ยนแปลงในชีวิตทั้งที่เกิดขึ้นกับร่างกาย และเกิดขึ้นฝ่ายในจิตใจของมนุษย์ทำให้บุคคลนั้นเกิดความเครียด ความหวังเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้บุคคลนั้นผ่านเรื่องราวต่าง ๆ ไปได้

Herth (1990) กล่าวว่า บุคคลสามารถแสดงความคิด หรือความรู้สึก และการกระทำต่าง ๆ ออกมาภายนอกด้วยการมีความหวัง รู้สึกเชื่อมั่น ในการกระทำของตัวเอง เพื่อให้สามารถทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดผ่านพ้นไปได้ ในช่วงวิกฤตของชีวิต ความหวังทำให้เกิดการปรับตัวพัวพันกับสถานการณ์เลวร้ายในชีวิต ให้ผ่านพ้นไปได้อย่างมีความสุข มีความต้องการที่จะมีชีวิตอยู่ต่อ สามารถสรุปความหมายของความหวังได้ว่า เมื่อเกิดเหตุการณ์ร้ายแรงสำคัญในชีวิต ไม่ว่าจะทางร่างกายหรือจิตใจก็ตาม ความหวังเป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลผ่านเรื่องต่าง ๆ เหล่านั้นไปได้อย่างมีความสุขและมีความหวังที่จะมีชีวิตอยู่ต่อด้วยความเข้าใจและมีความสุข พร้อมทั้งจะทำให้ชีวิตบรรลุเป้าหมายที่ตัวเองตั้งไว้ต่อไป

### องค์ประกอบของความหวัง

ความหวังตามทฤษฎีของ Dufault and Martocchio (1985) สามารถแบ่งองค์ประกอบของความหวังเป็น 2 องค์ประกอบดังนี้

1. ความหวังทั่วไป (Generalized or global hope) ความหวังประเภทนี้จะอยู่ในสภาพกว้างหรือเป็นเรื่องทั่ว ๆ ไปที่บุคคลกำหนดขึ้นเพื่อช่วยป้องกันความผิดหวังที่เกิดขึ้นในชีวิต เมื่อบุคคลเกิดความผิดหวังขึ้น ความหวังจะเป็นแรงจูงใจที่จะช่วยให้บุคคลมีสติ เข้าใจความหมายในชีวิตและมีสติที่จะดำเนินชีวิตต่อไปอย่างมีความสุข

2. ความหวังเฉพาะ (Particularized or specific hope) เมื่อเกิดสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่สำคัญต่อชีวิต ความหวังนี้จะมีความเฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับเรื่องนั้นอย่างชัดเจน จนสามารถก้าวผ่านอุปสรรคที่เกิดขึ้นได้อย่างมีความสุข

นอกจากการแบ่งความหวังออกเป็น 2 องค์ประกอบแล้ว ความหวังยังสามารถแบ่งออกได้เป็น 6 มิติด้วยกัน ดังนี้

1. มิติด้านอารมณ์ (Affective dimension) มิติด้านนี้แสดงให้เห็นว่าการที่มีความหวังเป็นความรู้สึกไปในทางที่ดี และมีความรู้สึกมั่นใจที่จะสมหวัง แต่ในบางครั้งอาจเกิดความไม่มั่นใจในความหวังขึ้นได้ แต่หากว่าบุคคลเหล่านั้นยังคงใช้ชีวิตด้วยความหวังต่อไป เกิดความไว้วางใจในสิ่งต่าง ๆ อาจทำให้สร้างความรู้สึกเข้มแข็งมากขึ้นได้

2. มิติด้านสติปัญญา (Cognitive dimension) ความหวังในมิติด้านนี้จะขึ้นอยู่กับสติปัญญา หรือความรู้รอบตัวของแต่ละบุคคล ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับพื้นฐานความเป็นจริงและเวลาที่ใช้ในการพิจารณาสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นด้วย ทั้งนี้แต่ละบุคคลจะมีข้อจำกัดในบางเรื่องที่แตกต่างกันออกไป และการสนับสนุนจากสิ่งรอบข้างด้วย สิ่งเหล่านี้มีส่วนสำคัญให้บุคคลนั้นมีความหวังที่จะบรรลุเป้าหมายในชีวิตของตัวเองได้

3. มิติด้านพฤติกรรม (Behavioral dimension) เป็นการกระทำในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านศาสนาและความเชื่อ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในแต่ละด้านของชีวิต เช่น ด้านจิตใจ มีการวางแผนในการจัดการชีวิต เพื่อให้ประสบผลสำเร็จ ด้านร่างกายมีการออกกำลังกายให้ร่างกายแข็งแรง ด้านความเชื่อ มีการทำตามประเพณีที่สืบทอดกันมาเพื่อยึดเหนี่ยวจิตใจ

4. มิติด้านความผูกพัน (Affiliative dimension) การที่บุคคลมีความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลรอบตัวเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้บุคคลเหล่านั้นมีความหวังในการดำเนินชีวิตมากขึ้น

5. มิติด้านเวลา (Temporal dimension) บุคคลที่กำลังเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ในการตัดสินใจต่าง ๆ มักจะคิดถึงเรื่องราวในอดีตและเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตเสมอเพื่อให้เกิดความหวังต่อการตัดสินใจที่จะเกิดขึ้น เช่น ความหวังในอนาคตที่จะอยู่กับครอบครัวอย่างมีความสุข บุคคลที่เผชิญกับปัญหาในปัจจุบันอาจมีความหวังที่จะอยู่คู่อยู่กับสิ่งเลวร้ายที่กำลังเผชิญ

6. มิติด้านสถานการณ์แวดล้อม (Contextual dimension) มนุษย์มีเหตุการณ์หลายอย่างที่เกิดขึ้นในชีวิตแต่ละช่วงเวลา เช่น การสูญเสียสิ่งที่ตนเองรัก การเปลี่ยนแปลงในชีวิต ที่สำคัญบางครั้งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ต้องอาศัยความหวังที่มีอยู่เพื่อให้ผ่านพ้นเหตุการณ์ต่าง ๆ ไปได้ด้วยความสุข

Herth (1992) ได้อธิบายความหวังออก 3 มิติ ดังนี้

มิติที่ 1 ความรู้สึกถึงความไม่แน่นอนและความรู้สึกต่ออนาคต (Inner sense of temporality and future) เป็นมิติที่ใช้ประสบการณ์ชีวิตมาตัดสินใจ ทั้งประสบการณ์ที่เกิดจากในอดีตและปัจจุบัน เพื่อให้ได้สิ่งต่าง ๆ ที่ปรารถนาในอนาคต โดยการมองว่าสิ่งที่ตนเองตั้งเป้าหมายไว้นั้นจะประสบความสำเร็จได้เป็นการมองโลกไปในทางที่ดี

มิติที่ 2 ความรู้สึกพร้อมและการคาดหวังในเชิงบวก (Inner positive readiness and expectancy) มีความมั่นใจว่าสิ่งที่ตัวเองตั้งเป้าหมายไว้นั้นจะประสบความสำเร็จ มีความหวังที่ชัดเจน และพร้อมที่จะกระทำสิ่งต่าง ๆ ในทุกด้านด้วยความเชื่อมั่นและมั่นใจในการกระทำ

มิติที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างตนและบุคคลอื่น (Interconnectedness with self and others) เป็นความเชื่อมโยงตนเองกับบุคคลเหตุการณ์และสิ่งอื่น รวมถึงความสัมพันธ์กับสิ่งศักดิ์สิทธิ์และความเชื่อในเรื่องจิตวิญญาณ โดยความเชื่อมโยงกับตนเองนั้น เป็นการยืนยันชัดเจนแน่วแน่ในสิ่งที่ตนคาดหวังทำให้เกิดความเข้มแข็ง กล้าหาญ พร้อมที่จะเผชิญและผ่านเหตุการณ์สำคัญในชีวิตไปได้ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ความหวังเป็นภาวะด้านจิตใจที่ถูกกระตุ้น ให้เกิดพลัง โดยแสดงออก ในลักษณะของการกระทำ และคาดหวังในทางบวกว่า จะสามารถไปถึงจุดหมายในอนาคตหรือความต้องการของตนเองได้ทำให้คนเกิดความรู้สึกนึกคิด และพฤติกรรมที่บุคคลจะแสดงออกถึงความเชื่อมั่นว่า จะเกิดขึ้นในอนาคตความหวังเป็นพลังที่มีพลังทางบวกทำให้บุคคลมีความเข้มแข็ง

และมีความมุ่งมั่น เพื่อให้บรรลุเป้าหมายโดยความหวังเป็นแรงขับ ที่เป็นพลังและมีหลายมิติมีลักษณะ เป็นความเชื่อมั่นในความสำเร็จที่จะเกิดขึ้นต่อสิ่งที่คาดหวังในอนาคต ความหวังมีลักษณะเป็น กระบวนการที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของประสบการณ์

### ความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย อยู่ในระยะที่ลุกลามและมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะ ส่วนอื่นทำให้ผู้ป่วย มีความเจ็บปวดทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เนื่องจากผู้ป่วยต้องได้รับการ รักษาเป็นระยะเวลาที่นาน อาจจะใช้วิธีการรักษาที่ใช้รังสีรักษาหรือเคมีบำบัด ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้ายถือว่าเป็นภาวะที่วิกฤตของชีวิต จึงทำให้เกิดความแปรปรวนของอารมณ์ค่อนข้างสูง เกิดความกลัว วิตกกังวล มองเห็นคุณค่าในตนเองลดลง จนทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ทั้งนี้มี การศึกษางานวิจัยของ Heidari & Ghodusi (2015) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่าง สุขภาพจิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังรับการผ่าตัด กับการมองเห็นคุณค่าในตัวเอง พบว่า ผู้ป่วยที่ เห็นคุณค่าในตัวเอง มักจะดูแลสุขภาพร่างกายของตนเองเป็นอย่างดี แต่หากผู้ป่วยที่ไม่เห็นคุณค่า ในตัวเอง จะเกิดความท้อแท้ สิ้นหวัง ไม่ดูแลสุขภาพร่างกายของตนเอง ซึ่งงานวิจัยของ Duggleby et al. (2012) ได้กล่าวว่า ความหวังเป็นสิ่งสำคัญของการอยู่รอดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่ ต้อง ได้รับการรักษาด้วยรังสี เพื่อใช้ในการรับมือกับภาวะวิกฤตของชีวิตทั้งร่างกายและจิตใจในช่วงนั้น ความพร้อมภายในทางบวกและการคาดหวัง เป็นการสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง โดยเกิดจากการ แลกเปลี่ยนการดูแลตัวเองในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบรังสี สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยเกิด ความหวังและความมั่นใจในการรักษาเพิ่มมากขึ้น (ภัทรพร กรดแก้ว, 2560) และสอดคล้องกับ งานวิจัยของ Kavradim et al. (2013) ที่พบว่า การที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย มีความมั่นใจและมี ความหวังในการดูแลรักษาของแพทย์และพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะสู้กับอาการของตัวเอง ได้มากยิ่งขึ้น

### การมองโลกในแง่ดี (Optimism)

การมองโลกในแง่ดีเป็น จิตวิทยาในเชิงบวก ซึ่งมาจากภาษาอังกฤษ คำว่า Positive Psychology โดย Seligman (1998) ซึ่งเป็นนักจิตวิทยา ที่ได้ทำการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับจิตวิทยา เชิงบวก โดยการนำเสนอรูปแบบการอธิบายตนเอง ในสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตของ มนุษย์ สามารถแบ่งออกเป็น 3 มิติ ดังนี้ 1) เหตุการณ์นั้นเกิดจากภายในหรือภายนอก 2) เหตุการณ์ นั้นเป็นเหตุการณ์ที่คงทนถาวรหรือไม่คงทนถาวร 3) เหตุการณ์นั้นเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วไป หรือเฉพาะเจาะจง ทั้งนี้บุคคลที่มองโลกในแง่ดีจะเชื่อว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่มีอะไรที่คงอยู่ อย่างถาวร และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมีผลกระทบในบางส่วนของชีวิตเท่านั้น ไม่ได้มีผลกระทบ ทั้งชีวิต

พระราชวรมุณี ได้กล่าวถึงการมองโลกในแง่ดี ว่าเป็นสัทสนะนิยมหรือที่เรียกว่า Realistic optimism คือการมองโลกอย่างมีเหตุผล มีความหวัง เชื่อว่าบุคคลสามารถแก้ปัญหาได้ด้วย ความพยายาม ไม่ยอมจำนนต่อโชคชะตา

สำหรับงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ใช้ความหมายการมองโลกในแง่ดีของ Seligman (1998) หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย ต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิต การมีทัศนคติในเชิงบวกโดยเชื่อว่าทุกสิ่งทุกอย่างไม่ได้เลวร้ายและมีแนวทางแก้ไขได้ มองอุปสรรคและการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเพียงชั่วคราว ไม่คงทนถาวร เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นเหตุมาจากปัจจัยภายนอก

### ผลดีของการมองโลกในแง่ดีหรือมีความคิดเชิงบวกต่อสุขภาพ

1. สุขภาพกาย การมองโลกในแง่ดี มีผลต่อระบบไหลเวียนโลหิต เพราะการมองโลกในแง่ดีจะทำให้รู้สึกอยากรับประทานอาหารสุขภาพ ออกกำลังกาย และไม่เครียด ส่งผลทำให้ระบบไหลเวียนโลหิตเป็นปกติ ลดความเสี่ยงในการเป็นโรคเกี่ยวกับระบบไหลเวียนเลือด เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคความดันโลหิตสูง ส่งผลให้ระดับไขมันดี (HDL) มากกว่าไขมันเลว (LDL) การคิดบวกช่วยเพิ่มระดับไขมันดีในร่างกาย โดยเมื่อตรวจร่างกาย สาเหตุเป็นเพราะคนที่มีความสุขในชีวิต มักจะเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ มากกว่าคนที่มีความเครียด ส่งผลให้มีระบบภูมิคุ้มกันโรคที่แข็งแรงขึ้น การคิดบวกช่วยกระตุ้นให้เซลล์ต่าง ๆ ในร่างกายทำงานเป็นปกติ เกิดการดูดซึมสารอาหารที่จำเป็นต่อร่างกาย ตลอดจนสามารถเผาผลาญสารอาหารและนำไปใช้เป็นพลังงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ร่างกายแข็งแรงและมีภูมิคุ้มกันโรคมากขึ้นทำให้มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่สมดุล โดยคนที่มองโลกในแง่ดีมักมีสุขภาพกายและจิตดีตามไปด้วย เพราะการทำตัวเองให้มีความสุข ด้วยการหากิจกรรมทำ ไม่ปล่อยให้ตัวเองอยู่ว่าง ๆ เช่น ออกกำลังกาย การปลูกดอกไม้ จะทำให้ร่างกายแข็งแรง ไม่เจ็บป่วยง่าย และไม่ต้องการรับประทานอาหารเสริมหรือยาใด ๆ

2. สุขภาพจิต คนที่มองโลกในแง่ดีเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น มักจะเผชิญปัญหาหรือรับมือได้ดีกว่าคนที่มองโลกในแง่ร้าย มีสติในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างมีเหตุผล ไม่รีบร้อนตัดสินใจปัญหาที่อยู่ตรงหน้า และไม่คิดฟุ้งซ่านเติมแต่งปัญหาให้ใหญ่โตขึ้น จึงสามารถค้นพบทางออกของปัญหาหรือสามารถเผชิญและแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ดี มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ มีอารมณ์ผ่อนคลาย สร้างบรรยากาศ และความสุขให้กับตนเองและผู้อื่นได้ มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น ได้ดีกว่าคนมองโลกในแง่ลบหรือมีความคิดเชิงลบ สามารถให้อภัยในความผิดของผู้อื่น ในการปฏิบัติงานจะเห็นว่าผู้ที่มีความคิดเชิงบวกจะมีความอดทนในการฟันฝ่า อุปสรรคและปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต สามารถตัดสินใจได้อย่างถูกต้อง จึงทำให้ตนเองและสังคมมีความสุขได้

### แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพจิตด้วยความคิดเชิงบวก

การสร้างเสริมสุขภาพจิตด้วยความคิดเชิงบวก มีเทคนิคคล้ายคลึงกับเทคนิคการสร้างความสุขด้วยตนเอง โดยมีพื้นฐานจากแนวคิดทางจิตวิทยาเชิงบวก ประกอบด้วย การพัฒนาจุดแข็งของบุคคล และปรับวิธีการคิดให้เป็นบวก ร่วมกับการดูแลตนเองด้านสุขภาพกาย โดยมีรายละเอียดดังนี้ (Holmes, 2016; ดาวประกาย มีบุญ, 2552; สุภาพร เทพยสุวรรณ, 2556)

1. การดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจเป็นส่วนที่สัมพันธ์กัน หากร่างกายแข็งแรงไม่เจ็บป่วยจิตใจจะแจ่มใส และการดูแลสุขภาพทางกายควรทำควบคู่กับการสร้างความสุขทางใจ เพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพของตนเองให้แข็งแรงอยู่เสมอ โดยอาจออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 30 - 45 นาที นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอและรับประทานอาหารที่มีประโยชน์

2. ฝึกทำสมาธิ ทำจิตใจให้ว่าง การฝึกทำสมาธิเป็นการทำจิตใจให้เข้มแข็ง มีสติ สามารถเข้าใจตนเองและปรับปรุงตนเองได้เสมอ เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น จะสามารถพิจารณาปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีเหตุผล ไม่ใช่อารมณ์เป็นที่ตั้ง ไม่ปล่อยจิตตนเองไปตามอารมณ์ มีการศึกษาพบว่า คนที่นั่งสมาธิเป็นประจำทุกวันมีแนวโน้มเป็นคนมองโลกในแง่ดีมากกว่าคนที่ไม่เคยนั่งสมาธิ เพราะการนั่งสมาธิเป็นการฝึกจิตใจให้ปล่อยวางความคิด ฝึกสมองไม่ให้คิดฟุ้งซ่าน รู้ทันอารมณ์ของตัวเองว่ากำลังสุขหรือทุกข์ และถ้านั่งสมาธิเป็นประจำทุกวัน ร่างกายและจิตใจก็จะไม่เก็บอารมณ์ทางลบหรือเรื่องราวไม่ดีมาจำฝังใจ ส่งผลให้มีความคิดเชิงบวก

3. คิดในมุมกลับ หลักการคือไม่คิดแต่เพียงมุมมองของตัวเอง แต่คิดมุมมองของผู้ที่เกี่ยวข้องด้วย จะทำให้ลดความโกรธหรือความคับข้องใจลง เพราะการอยู่ร่วมกันมักทำให้บุคคลคาดหวังในตัวผู้อื่นเสมอ ซึ่งเป็นความคิดในมุมมองของแต่ละคน ถ้าไม่เป็นตามที่คาดหวัง อารมณ์โกรธไม่พอใจ ก็จะเกิดขึ้น ดังนั้น จึงควรมองในมุมของผู้อื่นด้วย เพื่อให้สามารถเข้าใจผู้อื่นได้มากขึ้น

### การมองโลกในแง่ดีในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย

รูปแบบในการอธิบายตนเองในสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดในชีวิต ของบุคคล สามารถบ่งบอกได้ว่าบุคคลนั้นมีมุมมองชีวิตในลักษณะไหน เป็นการมองโลกในแง่ดีหรือแง่ร้าย ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมของบุคคล การอธิบายตนเองประกอบด้วยมิติที่สำคัญ ดังนี้

1. ความคงทนถาวร (Permanence) เป็นรูปแบบในการอธิบายตนเองโดยบุคคลที่มองโลกในแง่ดีจะมองว่าสิ่งร้าย ๆ ที่เกิดขึ้นเป็นเพียงสิ่งที่เกิดเพียงชั่วคราวเท่านั้น ส่วนสิ่งดี ๆ ที่เกิดขึ้นจะเกิดขึ้นเสมอ แต่สำหรับบุคคลที่มองโลกในแง่ร้าย จะมองว่าสิ่งร้าย ๆ ที่เกิดขึ้นเป็นการถาวรและมีผลกระทบต่อชีวิตเสมอ ส่วนสิ่งดี ๆ ที่เกิดขึ้นเป็นเพียงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเพียงชั่วคราวเท่านั้น

2. ความครอบคลุม (Pervasiveness) เป็นรูปแบบการอธิบายตนเองที่บุคคลเชื่อว่าสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองนั้นเป็นสิ่งที่มีความเฉพาะ บุคคลที่มองโลกในแง่ดีจะรู้สึกว่าเป็นสิ่งร้าย ๆ ที่เกิดขึ้น

จะเกิดเฉพาะสิ่งหนึ่งสิ่งใดเท่านั้น ส่วนสิ่งดี ๆ ที่เกิดขึ้นนั้นจะเกิดในทุกเรื่อง ส่วนบุคคลที่มองโลกในแง่ร้ายจะรู้สึกว่สิ่งร้าย ๆ ที่เกิดขึ้นจะเกิดขึ้นกับทุกสิ่งที่เกี่ยวข้องกับตน และสิ่งดี ๆ ที่เกิดขึ้นจะเกิดเฉพาะบางเรื่องเท่านั้น

3. ความเป็นตนเอง (Personalization) เป็นรูปแบบการอธิบายตนเองที่บุคคลเชื่อว่า เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองเกิดจากตนเอง หรือเกิดจากสาเหตุภายนอก ในคนที่มองโลกในแง่ดีจะมองว่าสิ่งร้าย ๆ ที่เกิดขึ้นนั้นเกิดเพราะมีสาเหตุมาจากสิ่งอื่น ส่วนสิ่งดี ๆ ที่เกิดขึ้นนั้นเกิดขึ้นเพราะตนเอง สำหรับผู้ที่มองโลกในแง่ร้ายก็มักจะมองว่าสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นเพราะตนเอง แต่สิ่งดี ๆ ที่เกิดขึ้นนั้นเกิดขึ้นเพราะสิ่งอื่น ซึ่งคนที่ตำหนิตนเองเมื่อล้มเหลวจะเป็นบุคคลที่มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ มักจะคิดว่าตนเองเป็นคนไม่ดี

จากการทบทวนบทความเกี่ยวกับ การมองโลกในแง่ดีในผู้ป่วยมะเร็ง ทั้ง 30 บทความ จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ตั้งแต่ปี 2010 ถึง 2020 พบว่า มีปัจจัยที่ส่งผลต่อการมองโลกในแง่ดี การมองโลกในแง่ดีต่ำเป็นปัจจัยสนับสนุนการกลับเป็นซ้ำ การเพิ่มการมองโลกในแง่ดี ผลกระทบของการมองโลกในแง่ดี และข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต (Lilis Novitarum, 2021) จากการศึกษาของ Werdani (2022) พบว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณสูงมักจะเป็นคนที่มองโลกในแง่ดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของ Kord B, Biadar S., (2019) พบว่า การมองโลกในแง่ดี มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพศหญิง ( $r=0.21, p < 0.01$ ) และการมองโลกในแง่ดี สามารถทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณได้ ( $\beta = 0.21$ ) การศึกษาของ วรรัดน์ นันท์ ชูชนะ โชติ และคณะ (2561) พบว่า การมองโลกในแง่ดี สามารถร่วมทำนายความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุได้ ( $\beta = .630, p < .001$ ) และจากการศึกษาของ วรรณฤดี เชาว์อัยชัย และคณะ (2562) พบว่า การมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ ความผาสุกด้านจิตใจในระดับปานกลาง ( $r = .360, p < .01$ ) ซึ่งน่าจะส่งผลให้มีความผาสุกทางจิตวิญญาณได้

สรุป การมองโลกในแง่ดี ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย จะช่วยให้ผู้ป่วยมีมุมมองในการเผชิญปัญหาหรือรับกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีสติ มีเหตุผล ทำให้เกิดความรู้สึกเชิงบวก ส่งผลให้เกิดการแสดงออกทางพฤติกรรมที่ดี มีความอดทนในการฟื้นฟูสุขภาพที่เกิดขึ้น ลดความคับข้องใจและอารมณ์ทางด้านลบ รวมถึงเข้าใจตนเองและผู้อื่น ได้มากขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณให้กับผู้ป่วย

#### แรงสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดหรือการรับรู้ถึงความช่วยเหลือในด้านข้อมูลข่าวสาร อารมณ์ และด้านสิ่งของที่ได้รับจากแหล่งสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง ครอบครัว เพื่อน ญาติพี่น้อง หรือเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ การได้รับการตอบสนองความต้องการ

การได้รับกำลังใจและการส่งเสริมดูแลให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม (จามจุรี แซ่หลู่ และคณะ, 2564)

แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณเนื่องจากสามารถช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณค่าของตนเองได้รับความรัก ความห่วงใย ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกโดดเดี่ยว มีความช่วยเหลือในการค้นหาความหมายและวางเป้าหมายในชีวิต (บัณฑิตา ภูอาษา และสุภารัตน์ พิสัยพันธุ์, 2565) ไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว คู่สมรส บุคลากรทางการแพทย์หรือองค์กรอื่น ๆ โดยให้การช่วยเหลือสนับสนุนต่าง ๆ เช่น เงินทอง สิ่งของ การให้กำลังใจ ให้ความใกล้ชิดใคร่ครวญใคร่พิเคราะห์ มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารซึ่งกันและกัน เกิดความรู้สึกคุ้นเคย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รู้สึกว่าชีวิตมีความหมาย มีความหวังและกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไป เป็นปัจจัยด้านสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคล (Positive interpersonal relationships) ซึ่งประกอบด้วย ความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลในครอบครัว เพื่อน เพื่อนร่วมงาน และบุคคลอื่น ซึ่งถือเป็นเครือข่ายทางสังคม (Social network) สัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคลมีผลต่อการดำเนินชีวิต และการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ทำให้มีความสุข สนุกสนาน มีบุคคลที่คอยช่วยเหลือ และให้การสนับสนุน ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ การมีสัมพันธภาพที่ดี ได้รับความช่วยเหลือ และช่วยปรับสมดุล ป้องกันผลกระทบจากความเครียด ความวิตกกังวล หรือความซึมเศร้าที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยระยะท้าย นอกจากนี้แล้วการสนับสนุนทางสังคมยังรวมไปถึงการมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว การได้รับการดูแลจากครอบครัว ได้รับความรัก ความเข้าใจ เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้ายปรารถนาเมื่อเจ็บป่วย

สรุป แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้ายที่นำมาซึ่งความช่วยเหลือในด้านความรู้สึกนึกคิด หรือการรับรู้ถึงความช่วยเหลือในด้าน ข้อมูลข่าวสาร อารมณ์ และด้านสิ่งของ ที่ได้รับจากแหล่งสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง ครอบครัว เพื่อนญาติพี่น้อง หรือเจ้าหน้าที่ที่มียุทธศาสตร์ การได้รับการตอบสนองความต้องการ การได้รับกำลังใจและการส่งเสริมดูแลให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม

### **ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม**

แรงสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม ของ Schaefer et al. (1981) เนื่องจากเป็นแนวคิดที่มีความครอบคลุมในด้านการให้ความช่วยเหลือ ทั้งด้านอารมณ์ การได้รับข้อมูลข่าวสาร และด้านวัตถุสิ่งของหรือการให้บริการเพื่อการช่วยเหลือ ในการดูแลและปฏิบัติตนตามการรักษาอย่างเหมาะสม ซึ่งแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ประเภท ประกอบด้วย

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ หมายถึง การได้รับความรัก ความอบอุ่น การดูแลเอาใจใส่ มีความใกล้ชิดความผูกพัน และมีความไว้วางใจเชื่อมั่นซึ่งกันและกัน จากครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้บุคคลรู้สึกว่าได้ได้รับความรัก และการดูแลเอาใจใส่ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้ายต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงหลายอย่าง ความเจ็บป่วยเรื้อรัง จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ เกิดความไม่มั่นคง เบื่อหน่ายในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางอารมณ์จะช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้ายมีจิตใจที่มั่นคง มีกำลังใจมีแรงจูงใจที่จะดูแลตนเองอย่างเหมาะสม

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำต่าง ๆ ซึ่งเป็นประโยชน์ในการดำเนินชีวิตประจำวัน และการดูแลสุขภาพ ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้ายแก้ไขปัญหา เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง เป็นผู้มีความหวังในการดูแลสุขภาพตนเองเป็นสิ่งที่ครอบครัวและทีมสุขภาพต้องให้ความสำคัญ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเมื่อเข้าสู่ระยะท้าย การประกอบอาชีพ หน้าที่การงาน การติดต่อกับบุคคลอื่นในสังคมลดลง มีความสนใจสิ่งต่าง ๆ ลดลง สมาชิกในครอบครัวและพยาบาล จึงเป็นบุคคลสำคัญในการให้ข้อมูลข่าวสารและกระตุ้นให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ตามศักยภาพ

3. การสนับสนุนด้านเครื่องมือวัสดุสิ่งของ เงินทอง หรือบริการ หมายถึง การช่วยเหลือในด้านสิ่งของ เงิน หรือการให้บริการ เป็นสิ่งที่จำเป็นมากสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย ซึ่งเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง ค่าใช้จ่ายในการรักษาแต่ละครั้งค่อนข้างมาก ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกไร้ค่าเป็นภาระของครอบครัวและผู้ดูแล เนื่องจากด้วยภาวะของโรคที่ไม่สามารถประกอบอาชีพหารายได้ รวมถึงความเสื่อมสมรรถนะทางร่างกาย รวมทั้งโรคเรื้อรังทำให้ความสามารถในการทำงานลดลง เช่น ปวดเหนื่อย อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน อากาศรบกวนต่าง ๆ จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้ายต้องการความช่วยเหลือในการดูแลกิจวัตรประจำวัน

#### **แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย**

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสี หรือได้รับยาเคมีบำบัด ล้วนส่งผลทำให้รู้สึกไม่มีความแน่นอนในชีวิต เครียด วิตกกังวล เป็นต้น ผู้ป่วยจึงมีความต้องการที่จะได้รับการสนับสนุนทางสังคม แต่จะหลีกเลี่ยงการติดต่อสื่อสารกับเครือข่ายทางสังคม เพราะกลัวผู้อื่นรังเกียจ ไม่มีใครเข้าใจ และอับอายภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ดังนั้นการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะเป็นกลไกสำคัญที่ทำให้เกิดความอบอุ่น ปลอดภัยจากโรคที่คุกคามชีวิต มีพลังที่จะเผชิญกับสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ช่วยลดความเครียดและช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างสงบสุข ตามวิถีของตนเอง สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม เกิดความพึงพอใจในชีวิต การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งส่งผลให้เกิดกำลังใจ มีแรงจูงใจที่เผชิญกับวิกฤตต่าง ๆ ของชีวิตได้ สามารถข้ามผ่านเรื่องราวต่าง ๆ ไปได้ (อัมพร อยู่คง, 2565)

แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่สำคัญ ที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมสามารถรับรู้ได้ ดังนั้นแรงสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นปัจจัยภายนอกที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาและเกิดการปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ช่วยลดความทุกข์ทรมานทางใจ (บัวหลวง สำแดงฤทธิ์ และมณฑา ลิ้มทองกุล, 2557) ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถค้นหาความต้องการทางด้านจิตวิญญาณได้ (สุมิตรา ตีระพงศ์ประเสริฐ และคณะ, 2564) จากการศึกษาของ ธนินญา น้อยเปียง (2545) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ( $r = .480$ ,  $p < .000$ ) ระดับปานกลางกับความความผาสุกทางจิตวิญญาณอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.497$ ,  $p < 0.001$ ) การศึกษาของ ปฐมภรณ์ อาษานอก และคณะ (2565) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถพยากรณ์ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลามได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\beta = .33$ ,  $p < .05$ ) และการศึกษาของ Li, Xue & Pan (2022) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ การศึกษาของ เบนจามาศ ตระกูลงามเด่น และสุภวรรณ วงศ์ธีรทรัพย์ (2559) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ ( $R^2 = .639$ ,  $p < .05$ )

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา จะเห็นได้ว่าปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคจะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจระยะของโรค รับรู้ถึงการเจ็บป่วย ยอมรับและเข้าใจต่อการรักษา ด้านความหวังจะช่วยให้ผู้ป่วยมีเป้าหมายในชีวิต มีพลังพร้อมที่จะทำสิ่งต่าง ๆ เพื่อที่จะเผชิญปัญหา และเกิดความเข้มแข็งในจิตใจ ด้านการมองโลกในแง่ดีจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความคิดเชิงบวกส่งผลต่อการดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจช่วยทำให้ผู้ป่วยฟื้นฟ้อุปสรรคและปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต และด้านแรงสนับสนุนทางสังคมการช่วยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความรัก ความห่วงใยและการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง ดังนั้นจากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา ผู้วิจัยจึงได้คัดสรรปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค ความหวัง การมองโลกในแง่ดี และแรงสนับสนุนทางสังคม โดยปัจจัยเหล่านี้ น่าจะมีผลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย

## บทที่ 3

### วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี โดยมีรายละเอียดของการวิจัย ดังนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

##### ประชากร

ประชากรในการศึกษานี้ คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เฉพาะทางโรคมะเร็งว่าเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่อยู่ในระยะที่ 3 และระยะที่ 4 ของโรค และมารับการตรวจตามนัด ณ แผนกผู้ป่วยนอกรังสีรักษาและแผนกผู้ป่วยนอกเคมีบำบัด ซึ่งจากสถิติของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ในปี พ.ศ. 2564 พบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระยะที่ 3 จำนวน 170 คน คิดเป็นร้อยละ 24.9 และระยะที่ 4 จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 8.2 ของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมรายใหม่ทั้งหมด (กลุ่มงานจิตวิทยาการแพทย์ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี, 2564)

##### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เฉพาะทางโรคมะเร็งว่าเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ในระยะที่ 3 และระยะที่ 4 ของโรค มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกรังสีรักษาและแผนกผู้ป่วยนอกเคมีบำบัด ณ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดคุณสมบัติ (Inclusion criteria) ดังนี้

1. เพศหญิง เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เฉพาะทางโรคมะเร็งว่าอยู่ในระยะที่ 3 และระยะที่ 4
2. อายุ 18 ปีขึ้นไป
3. มีการรับรู้ สติสัมปชัญญะดี สามารถพูดคุย และสื่อสารภาษาไทยได้ดี
4. มีอาการคงที่ โดยมีสัญญาณชีพปกติ
5. ไม่มีอาการแทรกซ้อน เช่น หายใจเหนื่อย ปวดมาก คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนแรง ในวันที่เก็บข้อมูล

### การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G\*Power analysis ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ใช้ในการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยอ้างอิงการคำนวณกลุ่มตัวอย่างของ Cohen (1992, 1997); Faul et al. (2009) โดยวิเคราะห์ค่าอำนาจทดสอบ (Power analysis) ตามสถิติ Multiple regression โดยกำหนดค่าอิทธิพล (Effect size) ระดับปานกลาง เท่ากับ .15 กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ 95 เปอร์เซ็นต์ ( $\alpha = .05$ ) กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ .80 (Brydges, 2019) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 85 คนและเพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการสูญหายระหว่างการเก็บข้อมูล (Drop out) จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2553) จำนวน 9 คน ได้กลุ่มตัวอย่าง 94 คน มีตัวแปรต้นในการทำงาน 4 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค ความหวัง การมองโลกในแง่ดี และแรงสนับสนุนทางสังคม

### การได้มาของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. คัดกรองชื่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจากเวชระเบียนที่แผนกผู้ป่วยนอก แผนกรังสีรักษาและแผนกเคมีบำบัด ร่วมกับเจ้าหน้าที่ประจำแผนกที่ผู้ป่วยมารับบริการเป็นผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรีระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2565
2. ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีคุณสมบัติตามที่ได้กำหนดไว้ จำนวน 94 คน
3. นำรายชื่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้คัดเลือกไว้แล้ว มาใส่หมายเลขแล้วนำไปจัดใส่กล่องเพื่อสุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับสลากแบบไม่คืนที่
4. ประสานกับพยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอกรังสีรักษา และแผนกผู้ป่วยนอกเคมีบำบัด เพื่อสอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างก่อนที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูล วันละ 5 คน ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลในวันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 08.00 – 16.00 น. โดยในวันจันทร์ พุธ ศุกร์ ใช้เลขประจำโรงพยาบาล (Hospital number [HN]) ที่เป็นเลขที่เก็บข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยนอกรังสีรักษา วันอังคาร วันพฤหัสบดีใช้เลขประจำโรงพยาบาล (Hospital number [HN]) ที่เป็นเลขคู่ เก็บข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยนอกเคมีบำบัด จนครบ 94 คน จากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมดบันทึกในคอมพิวเตอร์ที่วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมทางสถิติ ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บเป็นความลับมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบสอบถาม จำนวน 6 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค แบบสอบถามความหวัง แบบสอบถามการมองโลกในแง่ดี แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย ดังนี้

**1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล** ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว (บาท/ เดือน) สถานภาพสมรส อาชีพ สิทธิการรักษาพยาบาล บุคคลที่ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วย โรคประจำตัว ชนิดของการผ่าตัดในช่วง 1ปีที่ผ่านมา อวัยวะที่มีการแพร่กระจายของโรค วันที่ได้รับการวินิจฉัย การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน การรักษาที่ได้รับทั้งหมด

**2. แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค** เป็นแบบสอบถามที่ ธนินญา น้อยเปียง (2545) ได้สร้างขึ้นจากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยนผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งเต้านม 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน พยาบาลประจำการที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 2 ท่าน นำข้อมูลที่ได้มาคำนวณค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content valid index) ได้เท่ากับ .90 นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นจากการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .82 และในการศึกษาครั้งนี้มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 แบบสอบถามมีจำนวน 18 ข้อ ข้อคำถามทางลบจำนวน 3 ข้อ คือข้อ 9, 14 และ 17 ข้อคำถามทางบวกมี 15 ข้อ คือ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11,12 ,13,15, 16, 18 และ 19 โดยมีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ระดับความคิดเห็น	คะแนนคำถามเชิงบวก	คะแนนคำถามเชิงลบ
ไม่เห็นด้วย	1 คะแนน	5 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	2 คะแนน	4 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	3 คะแนน	3 คะแนน
เห็นด้วยมาก	4 คะแนน	2 คะแนน
เห็นด้วยมากที่สุด	5 คะแนน	1 คะแนน

แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค มีคะแนนอยู่ในช่วง 18 - 90 คะแนน ในแบบสอบถามนี้ในข้อที่เป็นข้อคำถามทางลบจะได้รับการกลับค่าคะแนนก่อนที่จะทำการรวมคะแนนของแบบสอบถาม แบ่งระดับคะแนน 3 ระดับ ด้วยวิธีการทางสถิติ โดยการกำหนดอันตรภาคชั้น แบ่งระดับคะแนนได้ 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน 18 – 41 คะแนน หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับต่ำ  
 คะแนน 42 – 65 คะแนน หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลาง  
 คะแนน 66 – 90 คะแนน หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับสูง

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ การแปลผลคะแนนโดยรวมคะแนนทั้งหมดทุกข้อของแบบสอบถาม คะแนนรวมมาก หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับสูง และคะแนนรวมน้อย หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับต่ำ

**3. แบบสอบถามความหวัง** เป็นแบบสอบถามความหวังของ เฮอร์ท (K. Herth, 1992) (Herth Hope Index) ที่ สุนทรี วัฒนเบญจโสภาก (2543) แปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีแปลย้อนกลับ (back translation) ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาล จำนวน 3 ท่าน และพยาบาลผู้ชำนาญการในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 2 ท่าน ทดสอบความตรงด้านเนื้อหา (Validity) ได้ค่าดัชนีความเชื่อมั่นเท่ากับ .81 และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว จำนวน 10 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นจากการคำนวณด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .82 และในการศึกษาครั้งนี้มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .82 แบบสอบถามความหวัง มีข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ มีข้อคำถามทางลบ (reverse item) จำนวน 2 ข้อ คือ ข้อ 3 และ ข้อ 6 มีข้อคำถามทางบวก 10 ข้อ คือข้อ 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11 และ 12 โดยมีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราวัดประมาณค่า (Rating scale) มี 4 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ระดับความคิดเห็น	คะแนนคำถามเชิงบวก	คะแนนคำถามเชิงลบ
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1 คะแนน	4 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2 คะแนน	3 คะแนน
เห็นด้วย	3 คะแนน	2 คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4 คะแนน	1 คะแนน

แบบสอบถามความหวัง มีคะแนนอยู่ในช่วง 12 - 48 คะแนน ในแบบสอบถามนี้ในข้อที่เป็นข้อคำถามทางลบจะได้รับการกลับค่าคะแนนก่อนที่จะทำการรวมคะแนนของแบบสอบถาม แบ่งระดับคะแนน 3 ระดับ ด้วยวิธีการทางสถิติ โดยการกำหนดอันตรภาคชั้น แบ่งระดับคะแนนได้ 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน 12.00 - 24.59 คะแนน หมายถึง ความหวังระดับต่ำ

คะแนน 24.60 - 36.59 คะแนน หมายถึง ความหวังระดับปานกลาง

คะแนน 36.60 - 48.00 คะแนน หมายถึง ความหวังระดับสูง

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ การแปลผลคะแนนโดยรวมคะแนนทั้งหมดทุกข้อของแบบสอบถาม คะแนนรวมมาก หมายถึง มีความหวังมาก และคะแนนรวมน้อย หมายถึง มีความหวังน้อย

**4. แบบสอบถามการมองโลกในแง่ดี** เป็นแบบสอบถามของ Seligman (1990) ที่ ขจรศรี แสนปัญญา (2553) พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์ประจำภาควิชาจิตวิทยาทั้ง 3 ท่าน ทดสอบความตรงด้านเนื้อหา (Validity) ได้ค่าดัชนีความเชื่อมั่น (content validity index) เท่ากับ .81 ได้ค่าความเชื่อมั่นจากการคำนวณค่า สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.72 และในการศึกษาครั้งนี้มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .83 ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามทางลบ จำนวน 4 ข้อ คือ ข้อ 4, 10, 14 และ 15 ข้อคำถามทางบวก จำนวน 11 ข้อ คือ ข้อ 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12 และ 13 โดยมี ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) มี 4 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ระดับความคิดเห็น	คะแนนคำถามเชิงบวก	คะแนนคำถามเชิงลบ
เป็นจริงน้อยที่สุด	1 คะแนน	4 คะแนน
เป็นจริงน้อย	2 คะแนน	3 คะแนน
เป็นจริงมาก	3 คะแนน	2 คะแนน
เป็นจริงมากที่สุด	4 คะแนน	1 คะแนน

แบบสอบถามการมองโลกในแง่ดี มีคะแนนอยู่ในช่วง 15 - 60 คะแนน ในแบบสอบถามนี้ในข้อที่เป็นข้อคำถามทางลบจะได้รับการกลับค่าคะแนนก่อนที่จะทำการรวมคะแนนของแบบสอบถาม โดยรวมคะแนนทั้งหมดทุกข้อ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยการใช้ อันตรภาคชั้น ดังนี้

คะแนน 15.00 – 30.00 คะแนน หมายถึง การมองโลกในแง่ดีอยู่ในระดับต่ำ  
 คะแนน 30.01 – 45.00 คะแนน หมายถึง การมองโลกในแง่ดีอยู่ในระดับปานกลาง  
 คะแนน 45.01 – 60.00 คะแนน หมายถึง การมองโลกในแง่ดีอยู่ในระดับสูง

สำหรับการศึกษานี้แปลผลคะแนน โดยรวมคะแนนทั้งหมดทุกข้อ คะแนนรวมมาก หมายถึง การมองโลกในแง่ดีอยู่ระดับสูง และคะแนนรวมน้อย หมายถึง การมองโลกในแง่ดีอยู่ระดับต่ำ

5. แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบสอบถาม ของ Schaefer et al. (1981) ที่คมพิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2549) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย จากแบบประเมิน Social Support Questionnaire (SSQ) และได้นำแบบสอบถามไปศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจำนวน 300 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นจากการคำนวณค่าแอลฟาของครอนบาคด้านอารมณ์เท่ากับ 0.91 ด้านข้อมูลข่าวสารเท่ากับ 0.88 และด้านทรัพยากรและวัตถุเท่ากับ 0.87 และในการศึกษานี้มีค่าความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ .84 ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ โดยมีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ระดับความคิดเห็น	ระดับคะแนน
ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากที่สุด	5
ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก	4
ได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง	3
ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย	2
ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยที่สุด	1

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม มีคะแนนอยู่ในช่วง 16 - 80 คะแนน การแปลผลคะแนน โดยรวมคะแนนทั้ง 16 ข้อ ใช้ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation [SD]) ดังนี้

การสนับสนุนทางสังคมสูง หมายถึง ผู้มีคะแนนมากกว่า  $\bar{X} + SD$

การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง หมายถึง ผู้มีคะแนนอยู่ระหว่าง  $\bar{X} - SD$  ถึง  $\bar{X} + SD$

การสนับสนุนทางสังคมต่ำ หมายถึง ผู้มีคะแนนน้อยกว่า  $\bar{X} - SD$

สำหรับการศึกษานี้แปลผลคะแนนโดยรวมคะแนนทั้งหมดทุกข้อ คะแนนรวมมาก หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมมาก คะแนนรวมน้อย หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมต่ำ

**6. แบบสอบถามความผาสุกทางจิตวิญญาณ** เป็นแบบวัดที่สร้างขึ้น โดย พอลลูเซียนและเอลิสัน (Paloutzian & Ellison, 1982) ที่ริญา น้อยเปียง (2545) ได้นำมาแปลและดัดแปลงข้อคำถามให้เข้ากับแนวคิดทางศาสนาพุทธ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย พระภิกษุสงฆ์ผู้ทรงคุณวุฒิ 2 รูป อาจารย์พยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน พยาบาลประจำการที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 1 ท่าน โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และได้ทำการทดสอบความตรงด้านเนื้อหา (Validity) ได้ดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.86 และได้นำไปทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นจากการคำนวณสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .94 และในการศึกษานี้มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .83 ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ซึ่งประกอบด้วย ข้อคำถามทางลบ (reverse item) จำนวน 9 ข้อ คือ ข้อ 1, 2, 5, 6, 9, 12, 13, 16 และ 18 ข้อคำถามทางบวกจำนวน 11 ข้อ คือ ข้อ 3, 4, 7, 8, 10, 11, 14, 15, 17, 19 และ 20 โดยมีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) มี 6 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ระดับความคิดเห็น	คะแนนคำถามเชิงบวก	คะแนนคำถามเชิงลบ
ไม่เห็นด้วยมาก	1 คะแนน	6 คะแนน
ไม่เห็นด้วยปานกลาง	2 คะแนน	5 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	3 คะแนน	4 คะแนน
เห็นด้วย	4 คะแนน	3 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	5 คะแนน	2 คะแนน
เห็นด้วยมาก	6 คะแนน	1 คะแนน

แบบสอบถามความผาสุกทางจิตวิญญาณ มีคะแนนอยู่ในช่วง 20 - 120 คะแนน ในข้อที่เป็นข้อคำถามทางลบจะได้รับการกลับค่าคะแนนก่อนที่จะทำการรวมคะแนนของแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน 20 – 40 คะแนน หมายถึง มีความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับต่ำ  
 คะแนน 41 – 99 คะแนน หมายถึง มีความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง  
 คะแนน 100 – 120 คะแนน หมายถึง มีความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง

สำหรับการศึกษาค้างนี้แปลผลคะแนนโดยรวมคะแนนทั้งหมดทุกข้อ คะแนนรวมมาก หมายถึง ความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ระดับสูง และคะแนนรวมน้อย หมายถึง ความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ระดับต่ำ

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

1. การวิจัยในครั้งนี ผู้วิจัยใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค แบบสอบถามความหวัง แบบสอบถามการมองโลกในแง่ดี แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามความผาสุกทางจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นเครื่องมือที่สร้างไว้แล้วมาใช้ทั้งหมดโดยไม่มีการดัดแปลงหรือปรับปรุงข้อคำถาม และเป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพ จึงไม่มีการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (Content validity)
2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค แบบสอบถามความหวัง แบบสอบถามการมองโลกในแง่ดี แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามความผาสุกทางจิตวิญญาณ ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้ายที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553) ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยการตรวจสอบความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ด้วยการหาความเชื่อมั่นจากการคำนวณสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ได้ควรมีค่า 0.8 ขึ้นไป (จุฬาลักษณ์ บาร์มี, 2555) ซึ่งจากการทดสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา เท่ากับ .89, .82, .83, .84 และ .96 ตามลำดับ

## การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คำนึงถึงคุณธรรมและจริยธรรมในการทำวิจัยทุกขั้นตอน ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยได้นำโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยยื่นเสนอขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม งานมาตรฐานและจริยธรรมในการวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี ซึ่งได้รับการรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เลขที่ IRB3-115/2564 หลังจากนั้นนำโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือ ยื่นเสนอขอรับการพิจารณาจริยธรรม ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลมะเร็ิงชลบุรี ซึ่งได้รับเอกสารการรับรอง เลขที่ 018/2564 และยื่นหนังสือถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลมะเร็ิงชลบุรีเพื่อขออนุญาตเข้าถึงข้อมูล เพื่อหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) หลังได้รับอนุญาต ผู้วิจัยจึงดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ โดยปฏิบัติตามมาตรฐานจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ตลอดจนปกป้องศักดิ์ศรี สิทธิ คำนึงถึงความปลอดภัยและรักษาผลประโยชน์ของกลุ่มตัวอย่างอย่างเท่าเทียมกัน ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยเข้าพบพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแต่ละหน่วยงาน เพื่อประสานให้เป็นผู้เข้าไปสอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัยเป็นเบื้องต้น หลังจากนั้นผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพและชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ของการวิจัยครั้งนี้ให้แก่กลุ่มตัวอย่างรับทราบ โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้อย่างอิสระ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาหรือการดูแลของแพทย์และพยาบาลแต่อย่างใด กรณีที่กลุ่มตัวอย่างต้องการถอนตัวหรือไม่สะดวกในการให้ข้อมูล กลุ่มตัวอย่างสามารถยกเลิกการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านรายละเอียดของเอกสารในการยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยและลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยใช้รหัสแทนชื่อ นามสกุล ของกลุ่มตัวอย่างและเก็บไว้อย่างมิดชิด ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ในการนำเสนอผู้วิจัยนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ซึ่งข้อมูลเก็บมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เท่านั้นที่เข้าถึงข้อมูลได้ โดยข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายหลังการตีพิมพ์เผยแพร่ผลการวิจัย

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

### 1. ขั้นเตรียมการ

1.1 เมื่อโครงร่างและเครื่องมือวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม งานมาตรฐานและจริยธรรมในการวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี และขออนุญาตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

1.2 เมื่อได้รับอนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบรองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานวิชาการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก หัวหน้ากลุ่มงานผู้ป่วยใน หัวหน้างานรังสีรักษา หัวหน้างานเคมีบำบัด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ อธิบายรายละเอียด ของงานวิจัยและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมกับขอความร่วมมือในการดำเนินการเก็บข้อมูล

### 2. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ผู้วิจัยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยที่มารับการตรวจตามนัดในวันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 08.00 – 16.00 น. และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียนตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยผู้วิจัยขออนุญาตแพทย์เจ้าของไข้ก่อนตรวจสอบประวัติผู้ป่วย แล้วทำการสุ่มอย่างง่ายตามลำดับเลขประจำโรงพยาบาล (Hospital number [HN]) โดยในวันจันทร์ พุธ ศุกร์ ใช้เลขประจำโรงพยาบาล (Hospital number [HN]) ที่เป็นเลขคี่ เก็บข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยนอกรังสีรักษา วันอังคารและวันพฤหัสบดี ใช้เลขประจำโรงพยาบาล (Hospital number [HN]) ที่เป็นเลขคู่ เก็บข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยนอกเคมีบำบัด โดยเก็บข้อมูลวันละ 5 คน

2.2 พยาบาลที่ปฏิบัติงานในแต่ละหน่วยงาน จะเป็นผู้เข้าไปสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัยเป็นเบื้องต้นก่อนเพื่อลดอคติในการคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยเพื่อแนะนำตนเอง พร้อมแจกเอกสารชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างอ่านและทำความเข้าใจ เมื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างเมื่อเข้าร่วมการวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

2.3 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองขณะที่กลุ่มตัวอย่างรอรับการตรวจ โดยผู้วิจัยเชิญกลุ่มตัวอย่างมายังสถานที่ที่ผู้วิจัยจัดเตรียมไว้ เพื่อความเป็นส่วนตัวและสะดวกต่อการตอบแบบสอบถาม ซึ่งสถานที่ที่ตอบแบบสอบถามเป็นห้องที่อยู่ด้านข้างห้องตรวจ โดยเก็บข้อมูลทั้งหมด 94 คน แจกกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องกังวลในการเรียกเข้าตรวจในกรณีถึงคิวเข้ารับการตรวจ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการตรวจให้เรียบร้อย หลังจากนั้นจึงให้ทำแบบสอบถามต่อ

2.4 ผู้วิจัยสวมหน้ากากอนามัยปิดปากและจมูกพร้อมทำความสะอาดมือด้วย แอลกอฮอล์ทุกครั้ง ก่อนและหลังเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อและป้องกันการรับเชื้อโรคจากสถานการณ์ Covid-19

2.5 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการนำแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่าง ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 6 ชุด ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค แบบสอบถามความหวัง แบบสอบถามการมองโลกในแง่ดี แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามความผาสุกทางจิตวิญญาณ มีข้อคำถามจำนวน 81 ข้อ โดยผู้วิจัยอธิบายการตอบแบบสอบถาม และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อข้องใจได้ตลอดเวลา โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามทั้งสิ้นประมาณ 40 นาที

2.6 เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ และความครบถ้วนของการตอบแบบสอบถาม

2.7 ผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 94 คน บันทึกในคอมพิวเตอร์ที่วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมทางสถิติ ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บเป็นความลับมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้

### การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อรวบรวมข้อมูลได้ครบตามที่กำหนดแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ โดยกำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีขั้นตอนในการวิเคราะห์ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์หาปัจจัยทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย โดยใช้การวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) โดยผู้วิจัยได้ทดสอบ ข้อมูลตามข้อตกลงเบื้องต้นสำหรับการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณ โดยตัวแปรต้นไม่มีความสัมพันธ์กันหรือเป็นอิสระต่อกัน (Multicollinearity) ตัวแปรต้นมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับตัวแปรตาม (linearity) และตัวแปรตามมีการแจกแจงแบบปกติ (Normal distribution) ค่าความแปรปรวนคงที่ (homoscedasticity) (ภาคผนวก จ) และความเป็นอิสระของความคลาดเคลื่อน โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Cohen, 1988 อ้างถึงใน จุฬาลักษณ์ บารมี, 2555)

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlation research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค ความหวัง การมองโลกในแง่ดี แรงสนับสนุนทางสังคมซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีกระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ การรักษาไม่ได้หวังหายขาด ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี จำนวน 94 คน ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือน มกราคม ถึงเดือน เมษายน พ.ศ. 2565 ผลการวิจัยได้นำเสนอเป็นตาราง ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
2. ความผาสุกทางจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่าง
3. ข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค ความหวัง การมองโลกในแง่ดี แรงสนับสนุนทางสังคม
4. ปัจจัยทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่าง

#### 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

(n = 94)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ		
31 – 40 ปี	13	13.80
41 – 50 ปี	38	40.40
51 – 60 ปี	28	29.80
61 – 70 ปี	8	8.50
71 ปี ขึ้นไป	7	7.50

( $M = 51.06$  ปี,  $SD = 10.60$  Max = 83 ปี, Min = 31 ปี)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	18	19.10
ประถมศึกษาชั้นปีที่ 1- 6	29	30.90
มัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1 - 6	21	22.40
อนุปริญญา/ปวส.	5	5.30
ปริญญาตรี	18	19.10
สูงกว่าปริญญาตรี	3	3.20
รายได้ของครอบครัว/เดือน		
ไม่มีรายได้	7	7.43
ต่ำกว่า 10,000 บาท	21	22.32
10,001 – 30,000 บาท	53	56.30
30,001 – 50,000 บาท	9	9.64
50,001 บาท ขึ้นไป	4	4.31
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	65	69.10
ไม่เพียงพอ	29	30.90
สถานภาพสมรส		
สมรส	71	75.63
โสด	14	14.80
หม้าย	7	7.44
หย่า	2	2.13
สิทธิการรักษา		
ไม่มี	2	2.12
ประกันสังคม	51	54.22
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	34	36.24
เบิกจ่ายตรง	7	7.42

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
บุคคลที่ดูแลเมื่อเจ็บป่วย		
สามี	64	44.75
พี่น้อง	43	30.08
พ่อแม่	14	09.79
เพื่อน	12	08.39
อื่น ๆ	10	06.99
อาชีพในปัจจุบัน		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	15	15.96
พนักงานบริษัท	40	42.55
รับจ้าง	21	22.34
ค้าขาย	13	13.83
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	5	5.32
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	69	73.40
มีโรคประจำตัว	25	26.60
ความดันโลหิตสูง	22	58.00
ไขมันในเลือดสูง	7	18.40
เบาหวาน	7	18.40
แพ้ภูมิตนเอง	1	2.60
หัวใจ	1	2.60
ได้รับการผ่าตัดในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา		
ไม่มี	30	31.90
มี	64	68.10
ผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมด	58	86.53
ผ่าตัดชิ้นเนื้อออกบางส่วน	4	5.90
ผ่าตัดเต้านมแบบสงวนเต้า	3	4.53

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ผ่าตัดปอด	1	1.52
ผ่าตัดมดลูก	1	1.52
อวัยวะที่มีการแพร่กระจาย		
ปอด	61	50.41
ต่อมน้ำเหลือง	28	23.13
กระดูก	26	21.41
สมอง	3	2.52
ตับ	2	1.71
บริเวณแผลผ่าตัด	1	0.82
ระยะเวลาของการเจ็บป่วย		
0 – 6 เดือน	37	39.41
> 6 เดือน – 1 ปี	27	28.62
> 1 ปี – 1 ปีครึ่ง	8	8.42
> 1 ปีครึ่ง – 2 ปี	3	3.21
> 2 ปี – 2 ปีครึ่ง	1	1.12
> 2 ปีครึ่ง – 3 ปี	15	16.00
> 3 ปีขึ้นไป	3	3.22
การรักษาที่ได้รับทั้งหมด		
รังสีรักษา, เคมีบำบัด, ผ่าตัด	34	36.17
รังสีรักษา, เคมีบำบัด	22	23.40
ผ่าตัด, รังสีรักษา	20	21.28
ผ่าตัด, เคมีบำบัด	12	12.77
รังสีรักษา	3	3.19
รังสีรักษา, เคมีบำบัด, ฮอรัโมน	2	2.13
ผ่าตัด, เคมีบำบัด, ฮอรัโมน	1	1.06

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน		
รังสีรักษา	69	73.40
เคมีบำบัด	25	26.60
ระยะของโรค		
ระยะที่ 3	18	19.15
ระยะที่ 4	76	80.85

จากตารางที่ 1 ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้มีจำนวน 94 คน ส่วนใหญ่มีอายุ 41 – 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.40 โดยอายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 51.06 ปี ( $M = 51.06$  ปี,  $SD = 10.60$ ) ได้รับการศึกษาที่ระดับประถมศึกษาปีที่ 1- 6 มากที่สุด ร้อยละ 30.90 รายได้ของครอบครัว/เดือน ส่วนมากมีรายได้ 10,001 – 30,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 56.30 มีความเพียงพอต่อค่าใช้จ่ายในครอบครัว ร้อยละ 69.10 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 75.63 พบว่ามีสิทธิการรักษาเป็นประกันสังคม ร้อยละ 54.22 บุคคลที่ดูแลเมื่อมีการเจ็บป่วยพบเป็นสามีมากที่สุด ร้อยละ 44.75 ประกอบอาชีพเป็นพนักงานบริษัทมากที่สุด ร้อยละ 42.55 กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 26.50 โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 58.00 ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมากลุ่มตัวอย่างได้รับการผ่าตัด ร้อยละ 68.10 โดยส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมด ร้อยละ 86.53 อวัยวะที่มีการแพร่กระจายของโรคมามากที่สุด ได้แก่ ปอด ร้อยละ 50.41 ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคนปัจจุบันส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 0 – 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 39.41 ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาในปัจจุบันด้วยรังสีรักษา ร้อยละ 72.40 และการรักษาที่ได้รับทั้งหมดพบว่า รักษาด้วยรังสีรักษา, เคมีบำบัด, และได้รับการผ่าตัดด้วยพบมากที่สุด ร้อยละ 36.17 ส่วนการรักษาในปัจจุบันที่ได้รับ พบว่าการรักษาด้วยรังสีรักษาพบ 69 คน คิดเป็นร้อยละ 73.40 ระยะของโรคพบเป็นระยะที่ 4 มากที่สุด 76 คน คิดเป็นร้อยละ 80.85

## 2. ความผาสุกทางจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่าง

ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย จำแนกตามรายด้าน มีรายละเอียด ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความพึงพอใจทางจิตวิญญาณในผู้ป่วย  
มะเร็งเต้านมระยะท้ายของกลุ่มตัวอย่าง (n = 94)

ตัวแปร	Actual	Possible	$\bar{X}$	SD	แปลผล
ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ	67 - 119	20 - 120	81.37	13.57	ปานกลาง
- ด้านศรัทธายึดมั่นทางศาสนา	12 - 54	10 - 60	42.04	7.48	ปานกลาง
- ด้านสิ่งที่เป็นอยู่	12 - 40	10 - 60	39.33	6.59	ต่ำ

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจทางจิตวิญญาณโดยรวมเท่ากับ 81.37 ( $SD = 13.57$ ) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนต่ำสุด 67 คะแนน คะแนนสูงสุด 119 คะแนน เมื่อพิจารณาจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านศรัทธายึดมั่นทางศาสนา เท่ากับ 42.04 ( $SD = 7.48$ ) พบอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนต่ำสุด 12 คะแนน คะแนนสูงสุด 54 คะแนน และด้านสิ่งที่เป็นอยู่ เท่ากับ 39.33 ( $SD = 6.59$ ) พบว่า อยู่ในระดับต่ำ โดยมีคะแนนต่ำสุด 12 คะแนน คะแนนสูงสุด 40 คะแนน

### 3. ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่ศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุดและคะแนนสูงสุดของปัจจัยที่ศึกษา  
ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 94)

ปัจจัยที่ศึกษา	Range		$\bar{X}$	SD	การแปลผล
	Actual	Possible			
การรับรู้ความรุนแรง ของโรค	36 - 90	18 - 90	58.80	10.35	ปานกลาง
ความหวัง	27 - 48	12 - 48	37.07	4.97	มาก
การมองโลกในแง่ดี	27 - 58	15 - 60	41.81	6.60	ปานกลาง
แรงบันดาลใจทางสังคม	41 - 80	16 - 80	61.60	9.66	ปานกลาง

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรค เท่ากับ 58.80 ( $SD = 10.35$ ) อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยของความหวัง เท่ากับ 37.07 ( $SD = 4.97$ ) อยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ยของการมองโลกในแง่ดี เท่ากับ 41.81 ( $SD = 6.60$ ) อยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 61.60 ( $SD = 9.66$ ) อยู่ในระดับปานกลาง

#### 4. ปัจจัยทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์หาปัจจัยทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย จากปัจจัยคัดสรร ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค ความหวัง การมองโลกในแง่ดี แรงสนับสนุนทางสังคม โดยใช้สถิติสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ซึ่งก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ พบว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ตัวแปรต้นอาจเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative variables) ที่มีระดับการวัดแบบ Interval/ Ratio scale หรือตัวแปรนามบัญญัติ (nominal scale) ซึ่งตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ มีตัวแปรที่มีระดับการวัด Interval/ Ratio scale เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่มีลักษณะการตอบเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า ประกอบด้วย ตัวแปรต้นทั้งหมด 4 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค ความหวัง การมองโลกในแง่ดี แรงสนับสนุนทางสังคม ตัวแปรตาม คือ ความผาสุกทางจิตวิญญาณ

2. ตัวแปรต้นและตัวแปรตามมีการกระจายเป็นแบบปกติ (Normal distribution) โดยพิจารณาจากกราฟ Histogram ของข้อมูลแต่ละตัวแปร พบว่า ลักษณะการกระจายตัวของข้อมูลมีลักษณะเป็นรูประฆังคว่ำ มีความสมมาตรกัน แสดงว่าข้อมูลของตัวแปรทุกตัวมีการแจกแจงแบบปกติ (Normal distribution)

3. กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่ม (Random sampling) ในการศึกษาครั้งนี้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ด้วยการจับสลากแบบไม่คืนที่เพื่อเป็นตัวแทนของประชากรกลุ่มตัวอย่าง

4. ค่าความคลาดเคลื่อนมีความแปรปรวนคงที่ ทดสอบโดยพิจารณาใช้กราฟ Scatter Plot ที่พล็อตระหว่างค่า \*ZPRED (ค่าพยากรณ์ที่ได้จากสมการแล้วแปลงเป็น Z-score) และค่า \*ZRESID (ค่า Z-score ของ Error หรือส่วนต่างระหว่างค่าที่ประมาณการได้จากสมการถดถอยจริง) จากกราฟ Scatter plot พบว่า การกระจายของจุดอยู่ระหว่าง  $-3$  และ  $+3$  ซึ่งถือว่าไม่มี Outliers (ภาคผนวก ก)

5. ความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนมีความเป็นเอกภาพ (Homoscedasticity) เมื่อพิจารณาจากกราฟ Scatter plot ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม และ Scatter plot ระหว่าง

ค่าตัวแปรตามที่ทำนายได้จากสมการถดถอยกับค่าความคลาดเคลื่อนจากการทำนาย พบว่า ลักษณะของ Scatter plot เป็นลักษณะของ Homoscedasticity

6. ค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรเป็นอิสระต่อกัน ไม่มี Autocorrelation ซึ่งจากการทดสอบทางสถิติ พบว่า ค่า Durbin-Watson ได้เท่ากับ 1.570 ซึ่งอยู่ระหว่าง 1.5 - 2.5 จึงสรุปได้ว่า ค่าความคลาดเคลื่อนไม่มี Autocorrelation

7. ไม่มีค่าผิดปกติ (outliers) เมื่อพิจารณาจาก Scatter plot ค่าตัวแปรตามที่ทำนายได้จากสมการถดถอยกับค่าความคลาดเคลื่อนจากการทำนาย พบว่า ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรพยากรณ์กระจายบริเวณค่าศูนย์

8. ตัวแปรต้นต้องไม่มีความสัมพันธ์กันสูง หรือ ไม่มี Multicollinearity จากการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) พบว่า สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่า  $< .85$  (ดังตารางที่ 4) จึงสรุปได้ว่าไม่มี Multicollinearity

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความผาสุกทางจิตวิญญาณ การรับรู้ความรุนแรงของโรค ความหวัง การมองโลกในแง่ดี และแรงสนับสนุนทางสังคม ( $n = 94$ )

ปัจจัยที่ศึกษา	1	2	3	4	5
1. ความผาสุกทางจิตวิญญาณ	1.00				
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค	-.500**	1.00			
3. ความหวัง	.453**	.123	1.00		
4. การมองโลกในแง่ดี	-.056	.469**	.544**	1.00	
5. แรงสนับสนุนทางสังคม	.193	.432**	.585**	.577**	1.00

\*\*  $p < .01$

จากตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม ด้วยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคและความหวัง มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีความสัมพันธ์ เท่ากับ ( $r = -.500, p < .01$ ) และ ( $r = .453, p < .01$ ) ตามลำดับ ส่วนการมองโลกในแง่ดีและการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย ( $r = -.056, p < .05$ ) และ ( $r = .193, p > .05$ ) ตามลำดับ

ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าความสัมพันธ์น้อยกว่า .85 ดังนี้ การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับการมองโลกในแง่ดี และแรงสนับสนุนทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีค่าความสัมพันธ์ ( $r = .469, p < .01$ ) และ ( $r = .432, p < .01$ ) ตามลำดับ ส่วนความหวังไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของโรค ( $r = .123, p > .05$ ) ความหวัง มีความสัมพันธ์กับการมองโลกในแง่ดี และแรงสนับสนุนทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีค่าความสัมพันธ์ เท่ากับ ( $r = .544, p < .01$ ) และ ( $r = .585, p < .01$ ) ตามลำดับ เช่นเดียวกับกับการมองโลกในแง่ดี ที่มีความสัมพันธ์กับแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .577, p < .01$ ) จากการวิเคราะห์หาปัจจัยทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย ด้วยวิธีการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งตัวแปรต้นได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค ความหวัง การมองโลกในแง่ดี แรงสนับสนุนทางสังคม และตัวแปรตาม คือ ความผาสุกทางจิตวิญญาณ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์สมการถดถอยเชิงเส้นพหุคูณแบบขั้นตอนของปัจจัยทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย

ตัวแปร	<i>b</i>	<i>S.E.(b)</i>	$\beta$	<i>t</i>	<i>P-value</i>
Constant	65.054	9.449		6.885	< .001
ความหวัง	1.234	.282	.387	4.374	< .001
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	-.859	.104	-.655	-8.224	< .001
แรงสนับสนุนทางสังคม	.350	.137	.249	2.561	.012

$R^2 = .551$ , Adjust  $R^2 = .536$ ,  $F_{3,93} = 36.745$ ,  $p < .001$

จากตารางที่ 5 พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้ายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มี 3 ปัจจัย โดยปัจจัยที่สามารถทำนายได้สูงสุด ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค ( $\beta = -.655, p < .001$ ) รองลงมาคือ ความหวัง ( $\beta = .387, p < .001$ ) และแรงสนับสนุนทางสังคม ( $\beta = .249, p < .001$ ) สามารถทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้ายได้น้อยที่สุด โดยตัวแปรทั้ง 3 ตัวสามารถร่วมทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณได้ ร้อยละ 55.1 ( $R^2 = .551, F_{3,93} = 36.745, p < .001$ )

## บทที่ 5

### สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlation research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่มารับการรักษาด้วยรังสีรักษา และ/หรือเคมีบำบัด ที่แผนกผู้ป่วยนอกรังสีรักษาและแผนกผู้ป่วยนอกเคมีบำบัด โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยวิธีการจับสลากแบบไม่คืนที่ (Sampling without replacement) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 94 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 6 ส่วน ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค แบบสอบถามความหวัง แบบสอบถามการมองโลกในแง่ดี แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะท้ายที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ด้วยการคำนวณสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89, .82, .83, .96 และ .89 ตามลำดับ โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือน มกราคม ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2565 และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์สมการถดถอยเชิงเส้นพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression analysis) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สรุปผลการวิเคราะห์ดังนี้

#### สรุปผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย มีจำนวน 94 คน ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41 – 50 ปี ร้อยละ 40.40 โดยอายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 51.06 ปี ( $SD = 10.60$ ) รองลงมาคือ 51 – 60 ปี ร้อยละ 29.80 มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 - 6 ร้อยละ 30.90 รองลงมาคือ มัธยมศึกษาปีที่ 1 – 6 ร้อยละ 22.40 รายได้ของครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 10,001 – 30,000 บาท ร้อยละ 56.30 รองลงมาพบว่า ต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 22.32 ส่วนใหญ่มีรายได้ที่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายภายในครอบครัวร้อยละ 69.10 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 75.63 มีสิทธิการรักษาเป็นสิทธิประกันสังคม ร้อยละ 54.22 รองลงมา

คือ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 36.24 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 26.60 โดยส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 58.00 ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัด ร้อยละ 68.10 ซึ่งส่วนใหญ่ผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมด ร้อยละ 86.53 อวัยวะที่พบว่ามีการแพร่กระจายของโรคมามากที่สุด คือ ปอด ร้อยละ 50.41 เมื่อมีการเจ็บป่วยบุคคลที่ดูแลเป็นสามี ร้อยละ 44.75 รองลงมาคือ พี่น้อง ร้อยละ 30.08 โดยกลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพเป็นพนักงานบริษัท ร้อยละ 42.55 รองลงมาคือ อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 22.34 ระยะเวลาของการเจ็บป่วยพบว่าอยู่ในช่วง 0 – 6 เดือน ร้อยละ 39.41 และการรักษาที่ได้รับทั้งหมด พบว่า การรักษาด้วยรังสีรักษา, เคมีบำบัดและการผ่าตัดเป็นการรักษาที่พบมากที่สุด ร้อยละ 36.17 ส่วนการรักษาในปัจจุบันที่ได้รับ พบว่ารักษาด้วยรังสีรักษาจำนวน 69 คน ร้อยละ 73.40 ระยะของโรคที่พบเป็นระยะที่ 4 จำนวน 76 คน ร้อยละ 80.85

2. ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย ที่มารับบริการในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความผาสุกทางจิตวิญญาณโดยรวม เท่ากับ 81.37 ( $SD = 13.57$ ) โดยอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความผาสุกทางจิตวิญญาณ ด้านศรัทธายึดมั่นทางศาสนา เท่ากับ 42.04 ( $SD = 7.48$ ) อยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ยของความผาสุกทางจิตวิญญาณ ด้านสิ่งที่เป็นอยู่ เท่ากับ 39.33 ( $SD = 6.59$ ) อยู่ในระดับต่ำ

3. ปัจจัยทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย โดยการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอ (Stepwise Multiple Regression analysis) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคสามารถทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้ายได้สูงสุด ( $\beta = -.655, p < .001$ ) รองลงมาคือ ความหวัง ( $\beta = .387, p < .001$ ) และแรงสนับสนุนทางสังคม ( $\beta = .249, p < .001$ ) ตามลำดับ โดยสามารถร่วมกันทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้ายได้ร้อยละ 55.10 ( $R^2 = .551, p < .001$ )

## อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาปัจจัยทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

### 1. ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้ายมีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยรวมเท่ากับ 81.37 ( $SD = 13.57$ ) อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้ แตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาของ ปฐมภรณ์ อาษานอก และคณะ (2565) พบว่า ระดับ

ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลาม อยู่ในระดับสูง ทั้งนี้การที่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง อาจอธิบายได้ว่า เนื่องจากหลายปัจจัย เช่น ลักษณะเฉพาะของโรคของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย ซึ่งมีการแพร่กระจายของโรคไปยังอวัยวะต่าง ๆ โดยพบว่า มีการแพร่กระจายไปยังปอดมากที่สุด ร้อยละ 50.41 ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบาก (Dyspnea) แน่นหน้าอก ไอ อาจเกิดจากลมหรือน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย ไม่สุขสบาย เกิดข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 41 – 50 ปี ซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่ เป็นวัยที่มีหน้าที่การงานและครอบครัวต้องรับผิดชอบ การเจ็บป่วยอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความกังวลใจในเรื่องสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป บทบาทในการทำงานและความสามารถในการดูแลครอบครัวลดลง เมื่อเกิดการเจ็บป่วยในระยะท้ายของโรค ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมาน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม รวมถึงด้านจิตวิญญาณ ผู้ป่วยจะรู้สึกหมดหวังในการรักษา รู้สึกว่าตนเองเป็นโรคที่รุนแรง รักษาไม่หาย มองไม่เห็นเป้าหมายในชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล และสุริพร ธนศิลป์ (2552) ที่พบว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับปานกลาง เท่ากับ 96.73 ( $SD = 10.05$ )

ความผาสุกทางจิตวิญญาณตามแนวคิดของ Paloutzian and Ellison (1982) ได้กล่าวไว้ว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณ มี 2 ด้าน คือ 1. ความผาสุกทางจิตวิญญาณในสิ่งที่เป็นอย่างอยู่ (The existential well-being) จากการศึกษานี้ พบว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณในสิ่งที่เป็นอย่างอยู่ เฉลี่ยเท่ากับ 39.33 ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ระยะของโรคอยู่ในระยะที่ 4 ร้อยละ 80.85 และประกอบอาชีพเป็นพนักงานบริษัทมากที่สุด ร้อยละ 42.55 จากการสอบถามกลุ่มตัวอย่างยังสามารถประกอบอาชีพได้ แต่ได้รับการปรับเปลี่ยนหน้าที่ความรับผิดชอบไปปฏิบัติงานในหน่วยที่ไม่ต้องใช้ความสามารถเฉพาะในการทำงานเนื่องจากการเจ็บป่วย อาจทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เป้าหมายของชีวิตเปลี่ยนไป ส่งผลให้ความผาสุกในสิ่งที่เป็นอย่างอยู่ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับต่ำ จากการศึกษามาก่อนของ วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล (2552) พบว่า ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ส่วนด้านที่ 2. ความผาสุกทางจิตวิญญาณด้านความศรัทธายึดมั่นทางศาสนา (The religious well-being) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 42.04 อยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษานี้มีความเชื่อ ความศรัทธาทางศาสนา และนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 โดยแสดงออกด้วยการนำหลักคำสอนของศาสนามาใช้ในการดำเนินชีวิต เป็นสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจ และแสดงออกโดยมีการปฏิบัติธรรม สวดมนต์ไหว้พระเพื่อช่วยให้จิตใจสงบ มีสติ แม้ว่าจะเจ็บป่วยทางร่างกาย แต่

ศาสนาก็ช่วยให้มีจิตใจที่สงบไม่ว่าวัน และการปฏิบัติตามคำสอนของพระพุทธเจ้าเป็นหนทางสู่ความสงบที่แท้จริงของชีวิต นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความหวังอยู่ในระดับสูง ซึ่งความหวัง เป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลมีกำลังใจในการดำเนินชีวิต สามารถผ่านเรื่องราวต่าง ๆ ไปได้ อาจส่งผลให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณในกลุ่มตัวอย่างได้ การศึกษาของ ฉัตรทิพย์ แสงสร้อย และคณะ(2560) พบว่า การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับปานกลาง ความเชื่อและความศรัทธาในพุทธศาสนา จึงอาจช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย มีความผาสุกทางจิตวิญญาณ แม้ว่าผู้ป่วยจะอยู่ในระยะท้ายของการเจ็บป่วย ความเชื่อและความศรัทธาในศาสนา อาจจะช่วยให้นักศึกษามีจิตใจที่สงบและดำรงชีวิตแบบมีความสุข เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณได้

## 2. ปัจจัยทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย

จากการศึกษาปัจจัยคัดสรร ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค ความหวัง การมองโลกในแง่ดี และการสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค ความหวัง และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้ายได้ร้อยละ 55.1 ( $R^2 = .551, p < .001$ ) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า

การรับรู้ความรุนแรงของโรค สามารถทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้ายได้ จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค สามารถทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้ายได้ ( $\beta = -.655, p < .001$ ) มากที่สุด และมีการแปรผกผันกัน หมายความว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมมากขึ้น จะส่งผลให้ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้ายลดลง

การรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นสิ่งที่กระตุ้นภายในตัวบุคคล ที่จะส่งผลต่อการรับรู้ด้านอารมณ์ของบุคคล เมื่อกลุ่มตัวอย่างรู้ว่าโรคที่เป็นอยู่มีการลุกลามมากขึ้น โดยพบว่าระยะของโรคของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระยะที่ 4 ร้อยละ 80.85 ซึ่งมีการกระจายของโรคไปยังอวัยวะอื่น ๆ ส่งผลให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง ยิ่งอาการของโรคมมากขึ้นเท่าใดความทุกข์ทรมานจากอาการของโรคมยิ่งมากขึ้นเท่านั้น ยิ่งผู้ป่วยรับรู้ระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยสูงมากเท่าใดการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณยิ่งต่ำมากขึ้น การรับรู้เรื่องการเจ็บป่วยที่มากขึ้น ส่งผลกระทบต่อร่างกาย ทำให้เกิดความเจ็บปวด ร่างกายอ่อนแอทรุดโทรมลง เกิดความทุกข์ทรมานทางร่างกาย ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง กลัวความเจ็บปวดและความตาย ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีเป้าหมายในชีวิตเปลี่ยนแปลงไป (ยุทธชัย ไชยสิทธิ์ และ ประเสริฐ ไพบุญรุ่งโรจน์, 2564) เกิดความทุกข์ทรมานด้านจิตวิญญาณ ส่งผลให้ความผาสุกทางจิตวิญญาณลดลง กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษานี้ ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ระยะของโรคและ

การรักษาที่ได้รับ โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้ายที่มีการลุกลามไป อวัยวะอื่น ๆ การรักษาไม่หวังผลหายขาด เป็นการรักษาแบบประคับประคองอาการ เพื่อลดความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนต่าง ๆ โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา, เคมีบำบัด, และการผ่าตัดซึ่งเป็นการรักษาที่พบมากที่สุด ร้อยละ 36.17 เมื่อการรักษาหลายอย่างร่วมกันย่อมเกิดผลข้างเคียงที่มากขึ้น จึงอาจทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมามากขึ้น ส่งผลให้ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยลดลง การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาหลายการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ธัญญา น้อยเปียง (2545) การศึกษาของ วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล (2552) พบว่า ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย และ นิชูไรดา นิมุ และคณะ (2564) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมุสลิมที่เป็นโรคเรื้อรังระยะกลับเข้าสู่การดำเนินชีวิตปกติตามวิถีการเจ็บป่วยเรื้อรัง พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย สามารถทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณได้

ความหวัง สามารถทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้ายได้ ( $\beta = .387, p < .001$ ) พบว่า ความหวังของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก ซึ่งความหวังเป็นสิ่งสำคัญในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย เพราะความหวังเป็นความรู้สึกภายในจิตใจที่ทำให้เกิดแรงจูงใจ ตามแนวคิดของ เฮิร์ท (Herth, 1990) ได้กล่าวว่า ความหวัง เป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย การมีคุณค่าและมีความหมายต่อชีวิต เป็นความปรารถนาที่จะมีชีวิตอยู่ ทั้งนี้เนื่องจากความหวังเป็นแรงจูงใจในการสร้างทัศนคติทางบวก ที่จะช่วยให้เข้าใจความหมายของชีวิต และมีสติที่จะดำเนินชีวิตต่อไป ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย แต่หากผู้ป่วยรับรู้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีสิ่งศรัทธาที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีความหวัง มีกำลังใจที่ดีก็จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความผาสุกทางจิตวิญญาณได้ และในทางกลับกันการดูแลอาการรบกวน การส่งเสริมคุณภาพชีวิต และการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความหวังได้เช่นกัน (Khezri, 2022) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีคู่สมรสที่เป็นกำลังใจ และได้รับความช่วยเหลือดูแลเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัว ช่วยให้สามารถเผชิญปัญหา มีความอบอุ่นไม่รู้สึกโดดเดี่ยว มีกำลังใจในการดำเนินชีวิต มีความหวังที่จะสู้กับการเจ็บป่วย แม้ว่าจะเจ็บป่วยในระยะท้าย ผลจากการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Nierop-van Baalen (2020) พบว่า ความหวัง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ แต่หากผู้ป่วยมีความสิ้นหวัง จะทำให้ผู้ป่วยท้อแท้ ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานทางจิตวิญญาณ และการศึกษาของ Forouzi et al. (2017) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งมีค่าเฉลี่ยความต้องการด้านจิตวิญญาณ ในด้านความหวังอยู่ในระดับสูงหรือมาก จะเห็นว่าความหวังส่งผลให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยได้ การศึกษาของ วรรณฤติ

เซา์ว้อยชัย และคณะ (2562) พบว่า ความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกด้านจิตใจในระดับสูง ความหวังจึงเป็นสิ่งสำคัญในการที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้ายมีความผาสุกทางจิตวิญญาณ

แรงสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้ายได้ ( $\beta = .292, p < .001$ ) ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีแรงสนับสนุนทางสังคมโดยมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 75.63 มีหน้าที่การงานและเป็นผู้ที่มีสิทธิการรักษาโดยส่วนใหญ่เป็นสิทธิประกันสังคม คิดเป็นร้อยละ 54.22 แสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคม ตามกรอบแนวคิดของ Schaefer et al. (1981) จะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับรู้ถึงคุณค่าในตนเอง ส่งผลต่อการรับรู้ถึงความ ผาสุกทางจิตวิญญาณ ทั้งนี้เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลทางด้านร่างกาย จิตใจ จากคนในครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงเพื่อนร่วมงานที่เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานและมีสถานภาพสมรสคู่ มีผู้ดูแลเมื่อยามเจ็บป่วยเป็นบุคคลในครอบครัว เช่น สามี พ่อแม่ พี่น้อง เป็นผู้ดูแลหลัก ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงความห่วงใย รวมถึงการได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัวในเรื่องค่าใช้จ่ายที่จำเป็น เช่น การเดินทางมาพบแพทย์ ค่าที่พักในระหว่างการมารับการรักษาด้วยการฉายรังสีหรือมารับยาเคมีบำบัด เป็นต้น และมีผู้ที่ไว้วางใจในการที่จะปรึกษาหารือเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของตนเอง ได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับอาการที่เป็นความก้าวหน้าของการเจ็บป่วยจากแพทย์ ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับสุขอนามัยจากพยาบาล มีการวางแผนการดูแลร่วมกันของทีมสุขภาพและครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นตัวแปรที่สำคัญที่ช่วยเสริมสร้างความผาสุกทางจิตวิญญาณให้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้ายได้ การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ปฐมภรณ์ อาษานอกและคณะ (2565) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลามได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 การศึกษาของ Li, Xue & Pan (2022) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวก ระดับปานกลางกับความผาสุกทางจิตวิญญาณอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.497, p < 0.001$ ) และการศึกษาของ ยุทธชัย ไชยสิทธิ์ (2565) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ( $r = .57, p = .000$ ) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาของ บัณฑิตา ภูอาษา และสุภารัตน์ พิสัยพันธ์ (2565) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ พบว่าการมองโลกในแง่ดีไม่สามารถทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้ายได้ และไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากมะเร็งระยะท้ายมีการแพร่กระจายของโรคไปสู่อวัยวะที่ใกล้เคียง หรือแพร่กระจายไปสู่อวัยวะที่อยู่ห่างไกลอื่น ๆ เช่น กระดูก ปอด ตมอและตับ จึงส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยลดลง และมีอาการรบกวนจากการเจ็บป่วยก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน รวมถึงผลข้างเคียงจากการรักษาทำให้เกิดความวิตกกังวล นอนไม่หลับ มีอาการปวด และเหนื่อยได้ จึงอาจส่งผลการมองโลกในแง่ดีของกลุ่มตัวอย่างที่ลดลงได้ การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ พบว่า การมองโลกในแง่ดีไม่สามารถทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้ายได้ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ และไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ วรณฤดี เชาว์อวยชัย และคณะ (2562) ที่พบว่า การมองโลกในแง่ดี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกด้านจิตใจในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ( $r = .423$  และ  $.360, p < .01$ )

### สรุปผลการศึกษา

จากผลการวิจัยครั้งนี้ สรุปได้ว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรค ความหวัง และแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้ายได้ ผลการวิจัยจะช่วยให้บุคลากรทางด้านสุขภาพ ได้ตระหนักถึงความสำคัญในการส่งเสริมความหวัง การสนับสนุนทางสังคมโดยเปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลขณะที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความเจ็บป่วย และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้ความรุนแรงของโรคไปในทางบวกจะช่วยให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะท้ายต่อไป

### ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

จากผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ พบว่าความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้ายอยู่ในระดับปานกลางและปัจจัยร่วมทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค ความหวัง และแรงสนับสนุนทางสังคม โดยผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติพยาบาล พยาบาลหรือบุคลากรทางด้านสุขภาพ สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย โดยการจัดกิจกรรมส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมและความหวังให้กับผู้ป่วยและควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจถึงการดำเนินของโรคและการ

รักษาพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย รวมทั้งควรมีการประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้ายที่มารับการรักษาด้วย

2. ด้านการศึกษาวิจัย อาจารย์ในสถาบันการศึกษาพยาบาล สามารถนำข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ ไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการเรียนการสอนเกี่ยวกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้ายและปัจจัยทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย

3. ด้านการวิจัยทางการแพทย์ นักวิจัยสามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัยและพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้ายเพื่อส่งเสริมความหวัง การสนับสนุนทางสังคม ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย และการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ ความรุนแรงของโรค

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

โดยผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

1. ในการศึกษาครั้งนี้ ได้ศึกษากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย ระยะที่ 3 และระยะที่ 4 ที่มารับการรักษา ณ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งระยะต้น ระยะที่ 1 และระยะที่ 2 เพื่อสามารถนำผลการวิจัยอ้างอิงไปยังประชากรผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระยะต่าง ๆ ต่อไป

2. ควรศึกษารูปแบบหรือพัฒนาโปรแกรมเพื่อช่วยเสริมสร้างความผาสุกทางจิตวิญญาณให้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย โดยใช้ข้อมูลจากการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค ความหวังและแรงสนับสนุนทางสังคม

## บรรณานุกรม

- กรมการแพทย์. (2557). *แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. พิมพ์พัฒนา.
- กลุ่มงานดิจิทัลการแพทย์ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี. (2564). *ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล ปี พ.ศ. 2564*. <https://www.cch.go.th/newweb/index.php>
- กลุ่มงานดิจิทัลการแพทย์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2564). *ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล ปี พ.ศ. 2564*. นวัตกรรมคาการพิมพ์. [https://nci.go.th/th/New\\_web/index.html](https://nci.go.th/th/New_web/index.html)
- กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2560). *ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล ปี พ.ศ. 2560*. นวัตกรรมคาการพิมพ์.
- กลุ่มงานเภสัชกรรม สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *คู่มือมาตรฐานการทำงานเกี่ยวกับยา เคมีบำบัดและการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับยา*. นวัตกรรมคาการพิมพ์.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2564). *สรุปรายงานการป่วย ปี พ.ศ. 2564*.
- กิตติกร นิลมานัต. (2555). *การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต*. ออเรนจ์ มิเดีย.
- กิตติยาพร จันทร์ชม. (2564). การเตรียมความพร้อมมิติด้านจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย. *วารสารการบริหารนิติบุคคลและนวัตกรรมท้องถิ่น*, 7(9), 343-358.
- กุลชญา ลอยหา และกรรณา จันทุม. (2559). การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคมะเร็งช่องปาก ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง. *สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น*, 23(2), 1-8.
- เกษรา แก้วนิล, ศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล และปรีชกมล รัชชกุล. (2558). ปัจจัยทำนายความหวังในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *พยาบาลสาร*, 4(3), 51-60.
- ขจรศรี แสนปัญญา. (2553). ความวิตกกังวลต่อความตายการมองโลกในแง่ดี ความผาสุกทางจิตวิญญาณและการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี. *วารสารสวนปรุง*, 26(2), 25-36.
- ขวัญลดา มิตรภักดี. (2561). มะเร็งเต้านมในเพศชาย Male breast cancer. *TUH Journal online*, 3(3), 66-77.
- จนณะจง เฟื่องจาด. (2557). บทบาทพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคอง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี*, 30, 100-109.

- จามจุรี แซ่หลู่, ชมลวรรณ แก้วกระจก และคาติมา สำแดงสาร. (2564). อิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคมและความรอบรู้ทางสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสังคมเมือง สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท และสังคมชนบท อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 8(2), 39-52.
- จิตติยา สมบัติบุรณ์. (2545). ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง บริเวณศีรษะและลำคอวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษา [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา].
- จุฬาลักษณ์ บารมี. (2555a). คู่มือการสอนการสร้างเสริมสุขภาพในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต. แผนงานพัฒนาเครือข่ายพยาบาลศาสตร์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ระยะที่ 2 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จุฬาลักษณ์ บารมี. (2555b). สถิติเพื่อการวิจัยทางสุขภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 2). บางแสนการพิมพ์.
- นัฏกรมล เจริญวิภาดา. (2560). กรณีศึกษา: การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ต่อเนื่องจากสถานพยาบาล ไปยังบ้านและชุมชนในบริบทของศูนย์การดูแลแบบประคับประคองหน่วยงานให้คำปรึกษากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลคลองท่อม. *วารสารกระบี่เวชสาร*, 1(1), 11-21.
- นัฏทิพย์ แสงสร้อย, โรจน์ จินตนาวัฒน์ และลินจง โปธิบาล. (2560). การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาและความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. *พยาบาลสาร*, 48(4), 281-292.
- ชมนาด วรรณพรศิริ. (2555). *วิจัยทางการพยาบาล*. โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- จิตติณัฐ อัคระเดชอนันต์ และพิกุล พรพิบูลย์. (2561). ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็ง. ม.ป.ท. <https://cmudc.library.cmu.ac.th/frontend/Info/item/dc:48638>
- คลยา สุภีแดน และคณะ. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความหวังของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย. *หัวหินเวชสาร*, 1(3).
- ดาวประกาย มีบุญ. (2552). ผลของโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวคิดพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรมต่อความคิดเชิงบวกในของเยาวชนศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน [การค้นคว้าแบบอิสระวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่].

- เดือนจิต สุททหลวง และนิลอุบล คุรุบรรเจด็จจิต. (2560). การหาความสัมพันธ์ของยีนเด่นที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งปอดและยาที่เกี่ยวข้อง. *วารสารวิชาการนายเรืออากาศ*, 13(13), 116-132.
- ชนินญา น้อยเปียง. (2545). *การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคมและความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม* [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่].
- นิษฐไรรดา นิมุ, กาญจน์สุนภัส บาลทิพย์ และอาภรณ์ทิพย์ บัวเพ็ชร. (2564). ปัจจัยทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมุสลิมที่เป็นโรคระเร็ง ระยะกลับเข้าสู่การดำเนินชีวิตปกติตามวิถีการเจ็บป่วยเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 41(1), 88-103.
- บัณฑิตา ภูอาษา และสุภารัตน์ พิสัยพันธุ์. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 16(2), 515.
- บัวหลวง สำแดงฤทธิ์ และมณฑา ลิ้มทองกุล. (2015). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ภายหลังการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย. *Journal of Nursing and Health Care*, 32(4), 85-93.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). ยูแอนไอ อินเตอร์มีเดีย.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. ยูแอนไอ อินเตอร์มีเดีย.
- บุษยมาส ชิวสกุลยง และคณะ. (2556). *การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง*. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุษยมาส ชิวสกุลยง และลดารัตน์ สาทินันท์. (2556). แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองวัยผู้ใหญ่ฉบับสวนดอก. ใน บุษยมาส ชิวสกุลยง, อารีวรรณ สมหวัง ประเสริฐ, สุรินทร์ จิรินรัมย์, เบญจลักษณ์ มณีทอง, ชนินนิตย์ ลีรพันธุ์, ชนัญญา มหาพรหม และปัทมา โกมุทบุตร (บ.ก.), *การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง Palliative care* (น. 35-45). กลางเวียงการพิมพ์.
- เบญจมาศ ตระกูลงามเด่น และสุภาวรรณ วงศ์ธีรทรัพย์. (2559). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลมหาวิทยาลัยนวมินทราชินา. *วารสารเกื้อการุณย์*, 23(3), 199-216.

- ปฐมภรณ์ อาษานอก, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ และนริรัตน์ จิตรมนตรี (2565). อิทธิพลของความทุกข์  
 ทรมานจากอาการภาวะซึมเศร้าและการสนับสนุนทางสังคมต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณ  
 ในผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลามระหว่างได้รับการรักษา. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและ  
 ทรวงอก*, 33(1), 84-98.
- ปรารณา โกศลนาคร. (2559). การศึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการเลือก  
 สถานที่ดูแลระยะสุดท้ายและสถานที่เสียชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์  
 สภากาชาดไทย. *Chulalongkorn Medical Journal*, 60(3), 355-364.
- พระราชวรมนี. (2540). *คุณธรรมและจริยธรรมสำหรับเด็กและเยาวชนรุ่นใหม่*. จุฬาลงกรณ์  
 มหาวิทยาลัย.
- พชนี สมกำลัง. (2556). *จิตวิญญาณของผู้นำทางการพยาบาล ฟรอนเทียร์ ในดิงเกล*. จุฬาลงกรณ์  
 มหาวิทยาลัย.
- พัชรินทร์ แก้วรัตน์ และน้ำอ้อย ภักดีวงศ์. (2560). ประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ขณะ  
 รักษาด้วยเคมีบำบัด. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซียฉบับวิทยาศาสตร์และ  
 เทคโนโลยี*, 5(2), 224-234.
- พัชรีย์ พรหมสิงห์, ภาวนา กิรติยุตวงศ์ และวัลภา คุณทรงเกียรติ. (2559). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ  
 การดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ [วิทยานิพนธ์พยาบาลศา  
 สตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์, มหาวิทยาลัยบูรพา]*.
- พิกุล นันทชัยพันธ์ และประทุม ศรีอวยวงศ์. (2557). *แนวปฏิบัติกรพยาบาลทางคลินิก: การดูแลแบบ  
 ประคับประคองในผู้ป่วยผู้ใหญ่*. บ. จุดทอง จำกัด.
- พัฒนา แสงสาคร. (2554). *การสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับสุขภาวะทางจิตวิญญาณในบริบทของ  
 สังคมไทย [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์คุษุบัณฑิต, สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์  
 ประยุกต์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ]*.
- พีรพนธ์ ลีอนุชวัชชัย และอรพรรณ ลีอนุชวัชชัย. (2549). คุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพและการ  
 สนับสนุนทางสังคมที่สัมพันธ์กันของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *Journal of Medicine Association  
 of Thailand*, 89(3), 9-13.
- เพชรไพลิน ชัยชาญ และนงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์. (2563). ประสบการณ์อาการทางระบบประสาท  
 ส่วนปลายเนื่องจากเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด.  
*วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 38(2), 24-32.
- ภรณ์ เหล่าอิทธิ และนภา ปริญญานิติกุล. (2559). มะเร็งเต้านม: ระบาดวิทยา การป้องกันและแนว  
 ทางการตรวจคัดกรอง. *Chula Med J*, 60, 5.

- ภัทรพร กรดแก้ว. (2560). ผลของกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองต่อความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษา [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์].
- ภาวินี ศรีสันต์. (2556). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี. มหาวิทยาลัยราชธานี.
- มณฑา ลิ้มทองกุล และบัวหลวง ตำแดงฤทธิ์. (2557ก). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 32(4), 85-93.
- มณฑา ลิ้มทองกุล และบัวหลวง ตำแดงฤทธิ์. (2557ข). แรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย. วารสารรามาริบัติเวชสาร, 38(1), 20-28.
- มลฤดี โพธิ์พิจารย์. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของผู้สูงอายุสตรีที่มารับบริการในคลินิกวัยทอง [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา].
- มะเร็งวิทยาแห่งประเทศไทย. (2552). ทำความรู้จักกับยาเคมีบำบัด. เข้าถึงได้จาก [http://thethaicancer.com/Webdocument/People\\_article/People\\_article\\_002.html](http://thethaicancer.com/Webdocument/People_article/People_article_002.html)
- ยุทธชัย ไชยสิทธิ์. (2565). การวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและผลลัพธ์ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วารสารสุขภาพและการพยาบาล มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, 1(1), 1-15.
- ยุทธชัย ไชยสิทธิ์ และประเสริฐ ไพบูลย์รุ่งโรจน์. (2564). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ (พิมพ์ครั้งที่ 2). สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รังสีรักษาและมะเร็งวิทยา ฝ่ายรังสีวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. (2559). อาการคลื่นไส้อาเจียนกับการรักษาโรคมะเร็ง. เข้าถึงได้จาก <https://www.chulacancer.net/patient-46-ยาเคมีบำบัด.html>
- ฤดีมาศ พุทรมาศย์, โรจน์ จินตนาวัฒน์ และลินจง โปธิบาล. (2562). การสนับสนุนทางสังคมและความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา. วารสารสภาการพยาบาล, 35(1), 61-74.
- วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (2554). การพยาบาลที่เป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง. ชานเมืองการพิมพ์.
- วรรณรัตน์ จงเขตกิจ, ปิยะพร พรหมแก้ว และดาไลมา สำแดงสาร. (2562). การจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด. วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 34(2), 217-230.

- วรรณฤดี เขาว้อยชัย, ถินจง โปธิบาล และ โรจณี จินตนาวัฒน์. (2562). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกด้านจิตใจในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *พยาบาลสาร*, 46, 13-22.
- วรรตถันนัท ชูชนะโชติ, จินห์จุฑา ชัยเสนา ดาลาส และภรภัทร เสงอุดมทรัพย์. (2561). ปัจจัยปกป้องที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19, 373-381.
- วรรณัชร โพธารินทร์, วรุตติ แสงทอง, ยุทธชัย ไชยสิทธิ์, ชีราภรณ์ บุญล้อม และ ฌัฐปภัศญ์ นวลสีทอง. (2561). บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมภาวะโภชนาการในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *วารสารมหจุฬานาครทรรศน์*, 8(9), 131-143.
- วารภรณ์ อ่อนอนงค์, เขาวรัตน์ มัชฌิม และพรเลิศ นัทรแก้ว. (2562). ผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่ส่งต่อการรับรู้การตายสงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัด [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์].
- วาสนี วิเศษฤทธิ์, รังสิมันต์ สุนทรไชยา และพิไลพร สุขเจริญ. (2019). การพัฒนาและทดสอบเครื่องมือ ประเมินความต้องการดูแลด้านจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย ในบริบทวัฒนธรรมไทย. *Journal of Boromarajonani College of Nursing (Bangkok)*, 35(5), 163-174.
- วิกรม เจนเนติสิน. (2555). รู้จักโรคมะเร็งและเคมีบำบัด. เข้าถึงได้จาก <http://www.thai breast cancer.com/994/>
- วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร, คณะพยาบาลศาสตร, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย].
- วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล และสุริพร ธนศิลป์. (2552). ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. *วารสารสำนักการแพทย์ทางเลือก*, 2(3), 27-35.
- ศรินรัตน์ วัฒนธรรนัท. (2560). ความโศกเศร้าจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก: บทบาทพยาบาล. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย*, 10(1), 13-21.
- ศรียรัตน์ กินาวงศ์ และปณณณิน เขื่อนเพชร. (2559). ความผาสุกด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยเรื้อรังระยะสุดท้าย. *เชียงใหม่เวชสาร*, 8(1), 131-137.
- ศรียเวียง ไพโรจน์กุล และปรีชาดิ เพ็ญสุพรรณ. (ม.ป.ป.). *แนวทางการดำเนินงานศูนย์ดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาล*.
- ศักดิ์ดา ขำคม. (2562). ประสบการณ์การเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย*, 12(1), 161-176.

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2555). *แนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็งเต้านม.*

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2559). *รายงานประจำปี 2559. นิทรรศการการพิมพ์.*

สาคร หับเจริญ, กัณฑ์พร ยอดไชย และเกสรี มณีกรอง. (2565). บทบาทพยาบาลในการป้องกันและการจัดการอาการพิษต่อเส้นในสตรีมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด: กรณีศึกษา. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 15(2), 30-40.

สารนิตี บุญประสพ. (2555). อาการหายใจลำบาก: บทบาทของพยาบาล. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 6(2), 1-11.

สุนทรีย์ วัฒนเบญจโสภาน. (2543). *ผลของกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่อความหวังของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา* [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่].

สุภาพร เทพสุวรรณ. (2556). *13 วิธีสร้างสุขให้ทุกวันของชีวิต*. เข้าถึงได้จาก <http://manager.co.th/Family/ViewNews.aspx?NewsID=9560000051306>

สุมิตรา ตีระพงษ์ประเสริฐ, นิภาวรรณ สามารถกิจ และวิภา วิเสโส. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 29(1), 67-79.

แสงเดือน พรหมแก้วงาม และอรัญญา นามวงศ์. (2560). ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 35(3), 204-213.

โสรัจญา สุริยันต์, วรณิ เดียวอิสเรศ และนุจรี ไชยมงคล. (2558). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดแบบจำลองเชิงสาเหตุ* [วิทยานิพนธ์ปริญญาตรี บัณฑิต, <https://buuir.buu.ac.th/xmlui/bitstream/handle/1234567890/11341/Fulltext.pdf?sequence=1&isAllowed=y>]

อภิชัย ลีละสิริ. (2554). การดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย. *เวชสารแพทย์ทหารบก*, 64, 97-102.

อรพรรณ พุ่มณีโชติ. (2560). *เยี่ยมบ้านกับการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง*. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 35(4), 399-406.

อรอนงค์ ศรีสองเมือง, อภิญญา การมปราชญ์, มณฑนพิชาญ์ ชินรัตน์ และจาริณญ์ จินดาประเสริฐ. (2563). ผลของโปรแกรมการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าเพื่อลดความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 35(3), 296-303.

อัมพร อยู่คง. (2565). การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะสุดท้ายในชุมชน: กรณีศึกษา. *ยโสธรเวชสาร*, 24(1), 88-97.

- อาทิตย์ ชัยชนสาร. (2559). คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว. บียอนด์เอนเทอไพรซ์ เอ็มแบ สุขประเสริฐ. (2555). การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดสำหรับมะเร็งท่อน้ำดีที่ไม่สามารถผ่าตัดได้ และระยะแพร่กระจาย. *ศรินครินทร์เวชสาร*, 27(3), 351-355.
- American Cancer Society. (2017). *Cancer Facts & Figures 2017*. <https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics/all-cancer-facts-figures/cancer-facts-figures-2017.html>
- American Cancer Society. (2021). *Cancer Facts & Figures 2021*. <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2021/cancer-facts-and-figures-2021.pdf>
- American Cancer Society [ACS]. (2019). *Cancer Facts & Figures*. <https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics/all-cancer-facts-figures/cancer-facts-figures-2019.html>
- American Cancer Society [ACS]. (2020). *Breast Cancer Facts & Figures 2022-2024*. <https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics/all-cancer-facts-figures/cancer-facts-figures-2021.html>
- Antonovsky, A. (1982). *Health, Stress, and Coping*. Jossey-Bass.
- Ata, G., & Kılıç, D. (2022). Correlation of spiritual well-being with hope and depression in oncology patients: The case of Turkey. *Perspectives in psychiatric care*, 58(4), 1440–1466.
- Brydges, C. R. (2019). Effect Size Guidelines, Sample Size Calculations, and Statistical Power in Gerontology. *Innovation in Aging*, 3(4). <https://doi.org/10.1093/geroni/>
- Carson, B. N. (1989). *Spiritual dimension of nursing practice*. Saunder.
- Cimprich, B., So, H., Ronis, D. L., & Trask, C. (2005). Pre-treatment factors related to cognitive function in women newly diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 17, 70-78.
- Cohen, J. (1992). Quantitative methods in psychology: A power primer. *Psychol Bull*, 112(155-119).
- Cohen, J. (1997). *Statistical power for the behavioral sciences*. Academic Press.
- Craven, R. F., & Hirnle, C. J. (1992). *Fundamentals of nursing: Human health and function*. J.B. Lippincott.
- Dahlin, C., & Coyne, P. (2019). The palliative APRN leader. *Annals of palliative medicine*, 8(1), S0–S38. <https://doi.org/10.21037/apm.2018.06.03>

- Dong, S. T., Butow, P. N., Costa, D. S., Lovell, M. R., & Agar, M. (2014). Symptom clusters in patients with advanced cancer: a systematic review of observational studies. *Journal of pain and symptom management*, 48(3), 411-450.
- Dufault, K., & Martocchio, B. C. (1985). Hope: its spheres and dimensions. *Nursing Clinics of North America*, 20, 379-391.
- Duggleby, W., Bally, J., Cooper, D., Doell, H., & Thomas, R. (2012). Engaging Hope: The Experiences of Male Spouses of Women With Breast Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 39(4), 400-406.
- Ebright, P. R., & Lyon, B. (2002). Understanding hope and factors that enhance hope in women with breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 29(3), 561-568.  
<https://doi.org/10.1188/02.ONF.561-568>
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2009). Statistical power analyses using G\*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41, 1149-1160.
- Finck, C., Barradas, S., Zenger, M., & Hinz, A. (2017). Quality of life in breast cancer patients: Associations with optimism and social support. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 18(1), 27-34. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.11>
- Fisher, J., & Brumley, D. (2008). Nurses' and carers' spiritual well-being in the workplace. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 25(4), 49-57.
- Forouzi, M. A., Tirgari, 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.
- Heidari, M., & Ghodusi, M. (2015). The Relationship between Body Esteem and Hope and Mental Health in Breast Cancer Patients after Mastectomy. *Indian Journal of Palliative Care*, 21(2). <http://www.jpalliativecare.com>
- Heidari, M., & Ghodusi, M. (2015). The Relationship between Body Esteem and Hope and Mental Health in Breast Cancer Patients after Mastectomy. *Indian Journal of Palliative Care*, 21(2), -1-8-202.
- Herth, K. (1989). The relationship between level of hope and level of coping response and other variables in patients with cancer. *Oncol Nurs Forum*, 16(1), 67-72.

- Herth, K. (1990). Fostering hope in terminally-ill people. *Journal of Advanced Nursing*, *15*, 1250-1259.
- Herth, K. (1992). Abbreviated instrument to measure hope: Development and psychometric evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, *17*, 1251-1259.
- Herth, K. (2000). Enhancing hope in people with a first recurrence of cancer. *JAN Leading Global Nursing Research*, *32*(6), 1431-1441.
- Holmes, L. (2016). *6 tricks to become a more positive thinker*. [http://www.huffingtonpost.com/2014/09/13/positive-thinking-day-steps\\_n\\_5810744.html](http://www.huffingtonpost.com/2014/09/13/positive-thinking-day-steps_n_5810744.html)
- Hungelmann, J., Kenkel-Rossi, E., Klassen, L., & Stollenwerk, R. (1996). Focus on spiritual well-being: Harmonious interconnectedness of mind-body-spirit--use of the JAREL spiritual well-being scale. *Geriatric Nursing*, *17*(6), 262-266.
- Kalli, S., Semine, A., Cohen, S., Naber, S. P., Makim, S. S., & Bahl, M. (2018). American Joint Committee on Cancer's Staging System for Breast Cancer, Eighth Edition: What the Radiologist Needs to Know. *Radiographics: a review publication of the Radiological Society of North America, Inc*, *38*(7), –9–1–1933. <https://doi.org/10.1148/rg.2018180056>
- Kattan, M. W., Hess, K. R., Amin, M. B., Lu, Y., Moons, K. G., Gershewald, J. E., Gimotty, P. A., Guinney, J. H., Halabi, S., Lazar, A. J., Mahar, A. L., Patel, T., Sargent, D. J., Weiser, M. R., Compton, C., & members of the AJCC Precision Medicine Core. (2016). American Joint Committee on Cancer acceptance criteria for inclusion of risk models for individualized prognosis in the practice of precision medicine. *CA: a cancer journal for clinicians*, *66*(5), 370–374. <https://doi.org/10.3322/caac.21339>
- Kavradim, S. T., Ozer, Z. C., & Bozcuk, H. (2013). Hope in people with cancer: A multivariate analysis from Turkey. *Journal of Advanced Nursing*, *69*(5), 1183-1196.
- Khezri, E., Bagheri-Saveh, M. I., Kalhor, M. M., Rahnama, M., Roshani, D., & Salehi, K. (2022). Nursing care based on the Support-Based Spiritual Care Model increases hope among women with breast cancer in Iran. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, *30*(1), –4–3–429. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06413-4>

- Kord, B., & Biadar, S. (2019). Predictive role of spiritual well-being for optimism and life expectancy among women who referred to health centers. *Health, Spirituality and Medical Ethics*, 6(4), 23-28.
- Kozier, B., Eeb, G., & Bufalino, P. M. (1989). *Introduction to nursing*. Addison Wesley.
- Lee-Jones, C., Humphris, G., Dixon, R., & Hatcher, M. B. (1997). Fear of cancer recurrence--a literature review and proposed cognitive formulation to explain exacerbation of recurrence fears. *Psycho-Oncology*, 6(2), 95–105. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1611\(199706\)6:2<95::AID-PON250>3.0.CO;2-B](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1611(199706)6:2<95::AID-PON250>3.0.CO;2-B)
- Lenz, E. R., Pugh, L. C., Milligan, R., Gift, A., & Suppe, F. (1997). The middle-range theory of unpleasant symptom: An update. *Advanced in Nursing Science*, 19(3), 14-27.
- Li, J., Xue, L., & Pan, H. (2022). Social support and spiritual well-being of patients with esophageal cancer aged over 50 years: the mediating role of rumination. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 805380.
- Miller, J. F. (1985). Hope. *American Journal of Nursing*, 85(1), 23-25.
- Mittendorf, E. A., Bartlett, J. M. S., Lichtensztajn, D. L., & Chandarlapaty, S. (2018). Incorporating Biology Into Breast Cancer Staging: American Joint Committee on Cancer, Eighth Edition, Revisions and Beyond. American Society of Clinical Oncology educational book. American Society of Clinical Oncology. *Annual Meeting*, 38, 8–46.
- Morita, T., Kawa, M., Honke, Y., Kohara, H., Maeyama, E., Kizawa, Y., & Uchitomi, Y. (2003). Existential concerns of terminally ill cancer patients receiving specialized palliative care in Japan. *Support Care Cancer*, 12(2), 137-140.
- Muzdalifah, F., Ariyani, M., & Gazadinda, R. (2022). Spiritual Well-Being as a Predictor of Quality of Life Among Breast Cancer Patients in Indonesia. In *3<sup>rd</sup> Borobudur International Symposium on Humanities and Social Science 2021 (BIS-HSS 2021)* (pp. 258-268). Atlantis Press.
- Nation Cancer Institute [NCI]. (2019). *Breast Cancer Treatment (Adult) Patient Version*. <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/breast-cancer-facts-and-figures/breast-cancer-facts-and-figures-2019-2020.pdf>
- National Comprehensive Cancer Network [NCCN]. (2019). Adult cancer pain, version 3. *NCCN Clinical Practice guidelines in Oncology*, 17(8), 997-1007.

- National Comprehensive Cancer Network [NCCN]. (2021). [https://www.nccn.org/guidelines/category\\_3](https://www.nccn.org/guidelines/category_3)
- Nierop-van Baalen, C., Grypdonck, M., van Hecke, A., & Verhaeghe, S. (2020). Associated factors of hope in cancer patients during treatment: A systematic literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 76(7), 5–0–1537.
- Novitarum, L. (2021). Systematic Review Breast Cancer Survivor Optimism. *Jurnal Aisyah: Jurnal Ilmu Kesehatan*, 6(1), 205-212.
- O'Brien, B. C., Harris, I. B., Beckman, T. J., Reed, D. A., & Cook, D. A. (2014). Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Academic medicine. journal of the Association of American Medical Colleges*, 89(9), 1245–1251. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388>
- 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. <https://doi.org/10.1111/jocn.14648>
- Paloutzian, R. F., & Ellison, C. W. (1982). Loneliness, Spiritual Well-Being and the Quality of Life. In L. A. Peplau & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy* (pp. 224-236). John Wiley & Sons.
- Puchalski, C. M., Sbrana, A., Ferrell, B., Jafari, N., King, S., Balboni, T., Miccinesi, G., Vandenhoeck, A., Silbermann, M., Balducci, L., Yong, J., Antonuzzo, A., Falcone, A., & Ripamonti, C. I. (2019). Interprofessional spiritual care in oncology: a literature review. *ESMO open*, 4(1), e000465.
- Rushton, A., Rivett, D., Carlesso, L., Flynn, T., Hing, W., & Kerry, R. (2014). International framework for examination of the cervical region for potential of Cervical Arterial Dysfunction prior to Orthopaedic Manual Therapy intervention. *Manual therapy*, 19(3), 222–228. <https://doi.org/10.1016/j.math.2013.11.005>
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(4), 381-406.

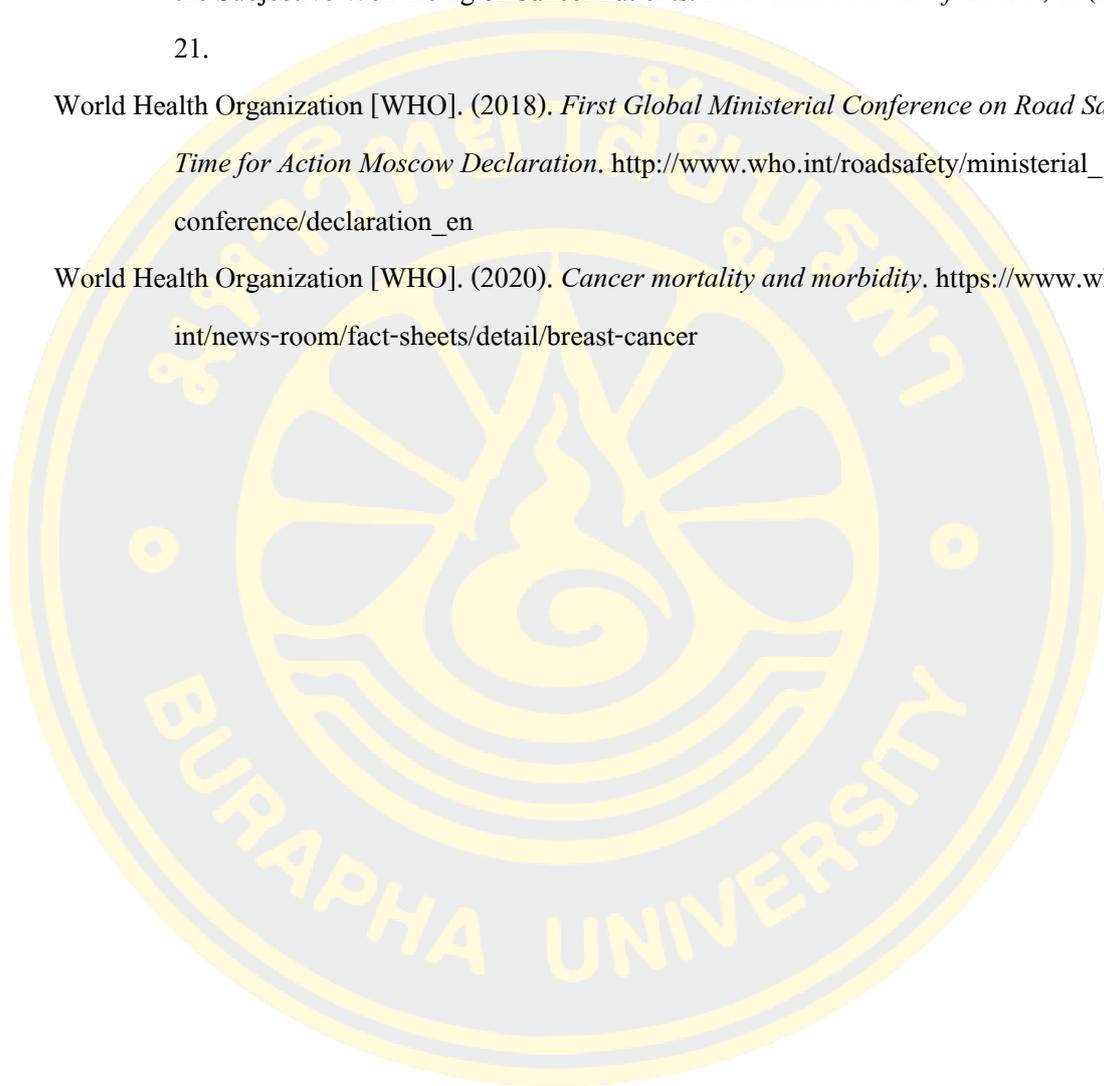
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, *16*(2), 201-228.
- Seligman, M. E. P. (1990). *Learned optimism*. Knopf.
- Seligman, M. E. P. (1998). *Learned optimism*. Pocket Books.
- Semprawat, W., & Mookdee, S. (2018). The effect of Buddhist individual counseling on decreasing the anxiety of cancer patients with the end of life. *Journal of Humanities*, *4*(1), 1-10. [In Thai].
- Smith, B. D., Bellon, J. R., Blitzblau, R., Freedman, G., Haffty, B., Hahn, C., Halberg, F., Hoffman, K., Horst, K., Moran, J., Patton, C., Perlmutter, J., Warren, L., Whelan, T., Wright, J. L., & Jagsi, R. (2018). Radiation therapy for the whole breast: Executive summary of an American Society for Radiation Oncology (ASTRO) evidence-based guideline. *Practical radiation oncology*, *8*(3), 145–152. <https://doi.org/10.1016/j.prro.2018.01.012>
- Song, M. K., Paul, S., Ward, S. E., Gilet, C. A., & Hladik, G. A. (2018). One-Year Linear Trajectories of Symptoms, Physical Functioning, Cognitive Functioning, Emotional Well-being, and Spiritual Well-being Among Patients Receiving Dialysis. *American journal of kidney diseases: the official journal of the National Kidney Foundation*, *72*(2), –1–8–204. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2017.11.016>
- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Sworowski, L. A., Collins, C. A., Branstetter, A. D., Rodriguez-Hanley, A., Kirk, S. B., & Austenfeld, J. L. (2002). Randomized, controlled trial of written emotional expression and benefit finding in breast cancer patients. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*, *20*(20), 4160–4168. <https://doi.org/10.1200/JCO.2002.08.521>
- Taylor, E. J. (1998). Spiritual and the cancer Experience. In *Psychosocial Nursing care Along the cancer continuum* (pp. 71-82). Oncology Nurseing Press.
- Taylor, E. J. (2003). Spiritual needs of patients with cancer and family caregivers. *Cancer Nursing*, *26*(4), 260-266.
- Tirapongprasert, S., & SAMARTKIT, N. (2021). *Factors Related to Spiritual Needs in Palliative Cancer Patients* [Doctoral dissertation, Burapha University].

Tutton, Seers, & Langstaff. (2009). An exploration of hope as a concept for nursing. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 13, 119-127.

Werdani, Y. D. (2022). Spiritual Well-Being and Optimism as Contributing Factors that Influence the Subjective Well-Being of Cancer Patients. *Indonesian Journal of Cancer*, 16(1), 16-21.

World Health Organization [WHO]. (2018). *First Global Ministerial Conference on Road Safety: Time for Action Moscow Declaration*. [http://www.who.int/roadsafety/ministerial\\_conference/declaration\\_en](http://www.who.int/roadsafety/ministerial_conference/declaration_en)

World Health Organization [WHO]. (2020). *Cancer mortality and morbidity*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>





ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

## เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Participant Information Sheet)

รหัสการวิจัย : GHSO78/64

(สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นผู้ออกรหัสโครงการวิจัย)

โครงการวิจัยเรื่อง : ปัจจัยทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย

เรียน ผู้ร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้า นางสาวสนธิกานต์ ราชโทลี นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง “ปัจจัยทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย” ก่อนที่ท่านจะตกลงเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าขอเรียนให้ท่านทราบรายละเอียดของโครงการวิจัย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย ตลอดจนศึกษาปัจจัยทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย ได้แก่ การรับรู้ความรู้ความหวัง การมองโลกในแง่ดี และแรงสนับสนุนทางสังคม

หากท่านตกลงเข้าร่วมการวิจัยนี้ สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติ คือ รับฟังคำชี้แจงเกี่ยวกับงานวิจัย และหากท่านตัดสินใจเข้าร่วมในงานวิจัยนี้แล้ว ข้าพเจ้าจะขอให้ท่านลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ก่อนที่จะเริ่มการเก็บข้อมูล ข้าพเจ้าจะอธิบายขั้นตอนการตอบแบบสอบถามให้ท่านรับทราบก่อน และจัดให้ท่านอยู่ในสถานที่เงียบสงบ มีความเป็นส่วนตัว โดยให้ท่านตอบข้อมูลตามแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยนี้ หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการตอบแบบสอบถามนี้ สามารถซักถามข้าพเจ้าได้ตลอดการตอบแบบสอบถาม คาดว่าจะใช้เวลาประมาณ 40-50 นาที ซึ่งผลของการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์กับท่าน ดังนี้

ประโยชน์ทางตรง คือ ท่านจะได้รับการประเมินเกี่ยวกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ และหากพบว่าท่านมีปัญหาเกี่ยวกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ จะได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้นและการดูแลต่อไป

ประโยชน์ทางอ้อม คือ จะทำให้สามารถทราบถึงความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย และนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนให้การพยาบาลเพื่อเสริมสร้างความผาสุกทางจิตวิญญาณให้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย ช่วยให้บุคลากรทางด้านสุขภาพมีแนวทางในการพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมในการเสริมสร้างความผาสุกทางจิตวิญญาณให้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย ซึ่งจะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพต่อไป

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านอาจปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือสามารถถอนตัวออกจากการเป็นผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่เกิดผลกระทบต่อสิทธิและการรักษาที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยพึงได้รับแต่อย่างใด

AF 06-02

ทั้งนี้ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลแบบสอบถามต่าง ๆ ของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ โดยใช้รหัสตัวเลขแทนการระบุชื่อ การรายงานและเผยแพร่ผลการวิจัยจะเป็นภาพรวม ทั้งนี้ข้อมูลจะถูกเก็บไว้ในเครื่องคอมพิวเตอร์ที่มีรหัสผ่านของคณะผู้วิจัยเท่านั้น จะไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยสู่สาธารณชน ส่วนเอกสารต่าง ๆ จะถูกเก็บในตู้เอกสารที่ใส่กุญแจไว้เป็นเวลา 1 ปี หลังการเผยแพร่แล้วข้อมูลเหล่านี้จะถูกทำลาย

หากท่านมีคำถามหรือข้อสงสัยประการใดสามารถติดต่อข้าพเจ้า นางสาวสนธิกานต์ ราชโกลิ คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต มหาวิทยาลัยบูรพา โทรศัพท์มือถือหมายเลข 063 - 6632398 ข้าพเจ้ายินดีตอบคำถาม และข้อสงสัยของท่านทุกเมื่อ และหากผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามที่ได้ชี้แจงไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย สามารถแจ้งมายังคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม หมายเลขโทรศัพท์ 038-102620 หรืออีเมล [buuethics@buu.ac.th](mailto:buuethics@buu.ac.th)

เมื่อท่านพิจารณาแล้วเห็นสมควรเข้าร่วมในการวิจัยนี้ ขอความกรุณาลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมร่วมโครงการที่แนบมาด้วย และขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

## เอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

AF 06-03.1



### เอกสารแสดงความยินยอม ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Consent Form)

รหัสโครงการวิจัย : .....

(สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นผู้ออกรหัสโครงการวิจัย)

โครงการวิจัยเรื่อง บัญญัติทำนายความผุสูกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย

ให้คำยินยอม วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ก่อนที่จะลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย วิธีการวิจัย และรายละเอียดต่างๆ ตามที่ระบุในเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ไว้แก่ข้าพเจ้า และข้าพเจ้าเข้าใจคำอธิบายดังกล่าวครบถ้วนเป็นอย่างดีแล้ว และผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยนี้ด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ การบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนั้นไม่มีผลกระทบต่อการใช้บริการการรักษาพยาบาล และผลประโยชน์ที่พึงจะได้รับของข้าพเจ้าแต่อย่างใด

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยได้เฉพาะในส่วนที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องต้องได้รับอนุญาตจากข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม .....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม .....พยาน

(.....)

กรณีที่ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหรือเขียนหนังสือได้ ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในเอกสารแสดงความยินยอมให้แก่วข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในเอกสารแสดงความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลายนิ้วหัวแม่มือขวา.....ผู้ยินยอม

(.....)



ภาคผนวก ข

เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

สำเนา

ที่ IRB3-115/2564



เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาโครงการวิจัย

รหัสโครงการวิจัย : G-HS078/2564

โครงการวิจัยเรื่อง : บัณฑิตทำนุความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย

หัวหน้าโครงการวิจัย : นางสาวสนธิกานต์ ราชโทลี

หน่วยงานที่สังกัด : คณะพยาบาลศาสตร์

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า โครงการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามหลักการของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยที่ผู้วิจัยเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ตัวอย่างการวิจัยและผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการวิจัยที่เสนอได้ (ดูตามเอกสารตรวจสอบ)

- |   |   |
|---|---|
| 1. แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  | ฉบับที่ 2 วันที่ 7 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2564                    |
| 2. เอกสารโครงการวิจัยฉบับภาษาไทย  | ฉบับที่ 2 วันที่ 7 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2564                    |
| 3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย  | ฉบับที่ 2 วันที่ 7 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2564                    |
| 4. เอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย   | ฉบับที่ 2 วันที่ 7 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2564                    |
| 5. เอกสารแสดงรายละเอียดเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยซึ่งผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว หรือชุดที่ใช้เก็บข้อมูลจริงจากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย | ฉบับที่ 2 วันที่ 7 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2564                    |
| 6. เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)   | ฉบับที่ ...-... วันที่ ...-..... เดือน ...-..... พ.ศ. ...-..... |

วันที่รับรอง : วันที่ 26 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2564

วันที่หมดอายุ : วันที่ 26 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2565

ลงนาม นางสาวมรร แยมประทุม

(นางสาวมรร แยมประทุม)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
ชุดที่ 3 (กลุ่มคลินิก/ วิทยาศาสตร์สุขภาพ/ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี)





ที่ สธ ๐๓๑๕.๑/๒๑๒๓

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

๑๗ มกราคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอแจ้งผลการพิจารณาโครงการวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ใบรับรองโครงการ

๒. เอกสารรับรอง ภาษาไทย ๑ ฉบับ ภาษาอังกฤษ ๑ ฉบับ

ตามที่ นางสาวสนธิกานต์ ราชโหลี่ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้ส่งโครงการวิจัยตาม รายละเอียดข้างท้าย เพื่อขออนุมัติดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี และขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

หมายเลขโครงการ	:	๐๑๘/๖๔
ชื่อโครงการ	:	ปัจจัยทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็ง เต้านมระยะท้าย

ในการนี้ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี อนุมัติให้ดำเนินการดังกล่าวได้ ทั้งนี้ได้แนบเอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี มาด้วยแล้วและหากมีการปรับแก้ไข / เปลี่ยนแปลงโครงการวิจัย ขอให้แจ้งแจ้งคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ของโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรีทราบ เพื่อดำเนินการต่อไป และขอให้รายงานความก้าวหน้าของโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการหลังจากดำเนินการ ทุกเดือนมกราคมของทุกปีหรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์ หากดำเนินการเสร็จสิ้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายปิยวัฒน์ เลาวหุตานนท์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี

รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

กลุ่มงานวิจัย ถ่ายทอดและสนับสนุนวิชาการ

โทร. ๐-๓๘๔๕-๕๔๕๖ ต่อ ๑๔๖

โทรสาร. ๐-๓๘๔-๕๕๐๖๖



ใบรับรองโครงการวิจัย  
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน  
โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

ชื่อโครงการ (ภาษาไทย)	ปัจจัยทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย
(ภาษาอังกฤษ)	FACTORS PREDICTING SPIRITUAL WELL-BEING AMONG TERMINAL BREAST CANCER PATIENTS
ชื่อหัวหน้าโครงการ	นางสาวสนธิกานต์ ราชโทสี
รหัสโครงการ	018/64
หน่วยงานที่สังกัด	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
สถานที่ทำการศึกษาวิจัย	โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี จังหวัดชลบุรี
วันที่รับรองโครงการ	13 มกราคม 2565
วันที่หมดอายุ	12 มกราคม 2566

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ได้พิจารณาและมีมติรับรองโครงการวิจัย  
ดังที่ระบุข้างต้น สามารถดำเนินการวิจัยได้

ลงนาม .....*นางสาว*.....*ราชโทสี*.....

(ทันตแพทย์หญิงอรพินท์ โชคชัยธรรม)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ลงนาม .....*Sc*.....

(นายปิยวัฒน์ เลาวหุตานนท์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี

รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี



**เอกสารรับรอง**  
จาก  
**คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี**  
เลขที่ 2/2565

ชื่อโครงการ	ปัจจัยทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย
ชื่อหัวหน้าโครงการ	นางสาวสนธิกานต์ ราชโทลี
หน่วยงานที่สังกัด	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
รหัสโครงการ	018/64
สถานที่ทำวิจัย	โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี จังหวัดชลบุรี
เอกสารที่รับรอง	- แบบเสนอโครงการวิจัย (ฉบับที่ 2 วันที่ 5 มกราคม 2565) - หนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (ฉบับที่ 2 วันที่ 7 พฤศจิกายน 2564) - เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (ฉบับที่ 2 วันที่ 7 พฤศจิกายน 2564) - แบบสอบถาม (ฉบับที่ 2 วันที่ 7 พฤศจิกายน 2564)
วันที่รับรองโครงการ	13 มกราคม 2565
วันที่หมดอายุ	12 มกราคม 2566

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ได้พิจารณาและมีมติรับรองเอกสารดังที่ระบุไว้ข้างต้น โดยยึดหลักการจริยธรรมแห่งคำประกาศเฮลซิงกิ และการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี

ลงนาม .....<sup>รองศาสตราจารย์</sup> ไชยธรรม ๑.๑ .....  
(ทันตแพทย์หญิงอรพินท์ ไชยธรรม)  
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน



Certificate of Approval  
From  
Ethics Committee of Chonburi Cancer Hospital  
No. 2/2022

Protocol	FACTORS PREDICTING SPIRITUAL WELL-BEING AMONG TERMINAL BREAST CANCER PATIENTS
Protocol Number	No. 018/2021
Principal Investigator	Sonthikarn Rachthoosee
Affiliation	Nursing Faculty of Burapha University
Research Site	Chonburi Cancer Hospital, Chonburi, Thailand
Document Approved	- Research Project (version 2/ January 5,2022) - Consent form (version 2/ November 7,2021) - Research Subject Information Sheet (version 2/ November 7,2021) - Questionnaire (version 2/ November 7,2021)
Date of Approval	January 13, 2022
Date of Expiration	January 13, 2023

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

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



ภาคผนวก ค  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

## แบบสอบถาม

## แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง: ให้ท่านพิจารณาข้อคำถามในแต่ละข้ออย่างรอบคอบ แล้วกรอกรายละเอียดแต่ละข้อตรงตามความเป็นจริง หรือใส่เครื่องหมายถูก  ลงในช่อง  ตามที่ท่านเห็นว่าเหมาะสมที่สุด

## ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. อายุ.....ปี
2. ระดับการศึกษา
 

<input type="checkbox"/> ไม่ได้ศึกษา	<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษา
<input type="checkbox"/> อนุปริญญา	<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี
3. รายได้ของครอบครัว ต่อเดือน
 

<input type="checkbox"/> ไม่มีรายได้	<input type="checkbox"/> ต่ำกว่า 10,000 บาท	<input type="checkbox"/> 10001- 29999 บาท
<input type="checkbox"/> 30,000 – 49,999 บาท	<input type="checkbox"/> 50,000 ขึ้นไป เพียงพอหรือไม่.....	
4. สถานภาพสมรส
 

<input type="checkbox"/> โสด	<input type="checkbox"/> สมรส	<input type="checkbox"/> หม้าย	<input type="checkbox"/> หย่า
------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	-------------------------------
5. อาชีพ/ ตำแหน่งก่อนการเจ็บป่วย
 

<input type="checkbox"/> ไม่ได้ประกอบอาชีพ	<input type="checkbox"/> พนักงานบริษัท	<input type="checkbox"/> รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
<input type="checkbox"/> ค้าขาย	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ โปรดระบุ.....	
6. สิทธิการรักษา
 

<input type="checkbox"/> ประกันสังคม	<input type="checkbox"/> ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	<input type="checkbox"/> เบิกจ่ายตรง
<input type="checkbox"/> จ่ายเอง	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ โปรดระบุ.....	
7. บุคคลที่ดูแลเมื่อเจ็บป่วย
 

<input type="checkbox"/> สามี	<input type="checkbox"/> พี่น้อง	<input type="checkbox"/> พ่อแม่
<input type="checkbox"/> เพื่อน	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ โปรดระบุ.....	
8. โรคประจำตัว.....
9. ชนิดของการผ่าตัด.....
10. อวัยวะที่มีการแพร่กระจายของโรค.....
11. วันที่ได้รับการวินิจฉัย.....
12. การรักษาที่ได้รับ.....
13. การรักษาที่ได้รับทั้งหมด.....

### ชุดที่ 1 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค

**คำชี้แจง:** แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค โปรดพิจารณาข้อความและเลือกตอบ โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับการรับรู้และความคิดเห็นของท่านมากที่สุด แบบสอบถามมีทั้งหมด 18 ข้อ แต่ละข้อมีระดับคะแนน 1 ถึง 5 ตามลำดับ โดยมีความหมายดังต่อไปนี้

เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง ท่านรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด  
 เห็นด้วยมาก หมายถึง ท่านรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก  
 เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ท่านรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง  
 เห็นด้วยน้อย หมายถึง ท่านรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อย  
 ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านรู้สึกไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเลย

ข้อคำถาม	เป็นจริงมากที่สุด (4)	เป็นจริงมาก (3)	เป็นจริงน้อย (2)	เป็นจริงน้อยที่สุด (1)	เป็นจริงมากที่สุด (4)
1. ....					
2. ท่านรู้สึกว่าการเจ็บป่วยของท่านรุนแรงขึ้นกว่าเดิม					
3. การเจ็บป่วยครั้งนี้ทำให้ร่างกายท่านอ่อนแอลงไปมาก					
4. ....					
5. ....					
6. ท่านรู้สึกกลัวต่อการเจ็บป่วยในครั้งนี้					
7. การเจ็บป่วยครั้งนี้ทำให้ท่านทุกข์ทรมานใจมาก					
8. ....					
9. ท่านทำใจยอมรับกับความเจ็บป่วยได้ดี					
10. ....					
11. ....					
12. ....					
13. การเจ็บป่วยทำให้ท่านต้องเป็นภาระของผู้อื่นมากขึ้น					
14. ....					
15. ท่านรู้สึกว่าท่านมีกรรมมากถึงได้มาเจ็บป่วยอย่างนี้					
16. ....					
17. ถึงแม้จะเจ็บป่วยชีวิตของท่านก็ยังมีคุณค่า					
18. ....					

## ชุดที่ 2 แบบสอบถามการมองโลกในแง่ดี

**คำชี้แจง:** แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการมองโลกในแง่ดี โปรดพิจารณาข้อความและเลือกตอบโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับการรับรู้และความคิดเห็นของท่านมากที่สุด แบบสอบถามมีทั้งหมด 15 ข้อ แต่ละข้อมีระดับคะแนน 1 ถึง 4 ตามลำดับ โดยมีความหมายดังต่อไปนี้

เป็นจริงมากที่สุด หมายถึง ท่านรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด

เป็นจริงมาก หมายถึง ท่านรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก

เป็นจริงน้อย หมายถึง ท่านรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อย

เป็นจริงน้อยที่สุด หมายถึง ท่านรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อยมาก

ข้อคำถาม	เป็นจริงมากที่สุด (4)	เป็นจริงมาก (3)	เป็นจริงน้อย (2)	เป็นจริงน้อยที่สุด (1)
1. ถ้าท่านทะเลาะกับลูกท่านคิดว่าอีกไม่นานก็ดีขึ้น				
2. ....				
3. ท่านคิดว่าเรื่องดี ๆ จะเกิดกับท่านเสมอ				
4. ....				
5. ....				
6. ท่านคิดว่าเรื่องดี ๆ ที่เกิดขึ้นกับท่านเกิดขึ้นเพราะตัวท่านเอง				
7. ....				
8. ท่านคิดว่าการที่ท่านป่วยเกิดจากตัวท่านเอง				
9. เมื่อเกิดสิ่งผิดพลาดในชีวิตท่านมักจะโทษตัวเอง				
10. ....				
11. ท่านคิดว่าชีวิตต้องเจอเรื่องร้าย ๆ บ้างแต่ชีวิตไม่ได้มีแต่เรื่องร้าย ๆ				
12. ท่านคิดว่าเรื่องร้าย ๆ ไม่ได้เกิดขึ้นกับท่านคนเดียว				
13. ....				
14. ท่านคิดว่าเรื่องร้าย ๆ มักเกิดกับท่านเสมอ				
15. ....				

### ชุดที่ 3 แบบวัดความหวัง

**คำชี้แจง:** แบบสอบถามนี้เป็นแบบวัดความหวัง โปรดพิจารณาข้อความและเลือกตอบโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับการรับรู้และความคิดเห็นของท่านมากที่สุด แบบสอบถามมีทั้งหมด 12 ข้อ แต่ละข้อมีระดับคะแนน 1 ถึง 4 ตามลำดับ โดยมีความหมายดังต่อไปนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด

เห็นด้วย หมายถึง ท่านรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนั้น

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านรู้สึกไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านรู้สึกไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเลย

ข้อคำถาม	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (4)	เห็น ด้วย (3)	ไม่เห็น ด้วย (2)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (1)
1. ฉันมีมุมมองของชีวิตที่เป็นประโยชน์				
2. ....				
3. ฉันรู้สึกโดดเดี่ยวเหมือนอยู่คนเดียวในโลก				
4. ....				
5. ฉันมีสิ่งศรัทธาที่ทำให้ฉันรู้สึกสบายใจ				
6. ฉันรู้สึกหวาดหวั่นกับสิ่งที่จะเกิดในอนาคต				
7. ฉันสามารถระลึกถึงช่วงเวลาที่มีความสุข				
8. ฉันมีความแข็งแรงอยู่ภายในลึกๆ				
9. ....				
10. ฉันมีความรู้สึกว่าคุณมีแนวทางในการดำเนินชีวิต				
11. ....				
12. ....				

#### ชุดที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

**คำชี้แจง:** แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม โปรดพิจารณาข้อความและเลือกตอบโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับการรับรู้และความคิดเห็นของท่านมากที่สุด แบบสอบถามมีทั้งหมด 16 ข้อ แต่ละข้อมีระดับคะแนน 1 ถึง 5 ตามลำดับ โดยมีความหมายดังต่อไปนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง ท่านรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด
เห็นด้วยมาก	หมายถึง ท่านรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง ท่านรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง ท่านรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อย
เห็นด้วยน้อยที่สุด	หมายถึง ท่านรู้สึกไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเลย

ข้อคำถาม	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
1. ด้านอารมณ์					
1.1 มีผู้แสดงความเห็นใจเมื่อท่านเจ็บป่วย					
1.2 มีผู้ช่วยเหลือตามข่าวคราวทุกข์สุขท่านเสมอ					
1.3 .....					
1.4 บุคคลรอบข้างเป็นเพื่อนที่ดีกับท่าน					
1.5 .....					
1.6 คนในครอบครัวดีต่อท่านเสมอ					
1.7 เพื่อนร่วมงานดีต่อท่านเสมอ					
2. ด้านข้อมูลข่าวสาร					
2.1.....					
2.2 มีผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองแก่ท่านเป็นอย่างดี					
2.3 มีผู้แนะนำท่านเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพ					
2.4 ท่านได้รับคำแนะนำที่ท่านอยากรู้					

ข้อคำถาม	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
3. ด้านทรัพยากรหรือวัสดุ					
3.1 .....					
3.2 มีผู้ช่วยแบ่งเบาภาระงานบ้านของท่าน					
3.3 .....					
3.4 .....					
3.5 ท่านได้รับสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็นเสมอ					

### ชุดที่ 5 แบบสอบถามความผาสุกทางจิตวิญญาณ

**คำชี้แจง:** แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามความผาสุกทางจิตวิญญาณ โปรดพิจารณาข้อความและเลือกตอบโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับกรับรู้และความคิดเห็นของท่านมากที่สุด แบบสอบถามมีทั้งหมด ข้อ 20 ข้อ แต่ละข้อมีระดับคะแนน 1 ถึง 6 ตามลำดับ โดยมีความหมายดังต่อไปนี้

เห็นด้วยมาก หมายถึง	ท่านรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก
เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง	ท่านรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง
เห็นด้วย หมายถึง	ท่านรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อย
ไม่เห็นด้วย หมายถึง	ท่านรู้สึกไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อย
ไม่เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง	ท่านรู้สึกไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง
ไม่เห็นด้วยมาก หมายถึง	ท่านรู้สึกไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเลย

ข้อคำถาม	เห็นด้วย มาก (6)	เห็นด้วย ปานกลาง (5)	เห็น ด้วย (4)	ไม่เห็น ด้วย (3)	ไม่เห็น ด้วย ปานกลาง (2)	ไม่เห็น ด้วยมาก (1)
1. .....						
2. .....						
3. .....						
4. ฉันรู้สึกว่าชีวิตเป็นประสบการณ์ที่ดี งามอย่างหนึ่ง						
5. .....						
6. .....						
7. .....						
8. ฉันรู้สึกว่าชีวิตมีความสมบูรณ์พร้อม และเป็นที่ยิ่งพอใจ						

ข้อคำถาม	เห็นด้วย มาก (6)	เห็นด้วย ปานกลาง (5)	เห็น ด้วย (4)	ไม่เห็น ด้วย (3)	ไม่เห็น ด้วย ปานกลาง (2)	ไม่เห็น ด้วยมาก (1)
9. .....						
10. ฉันรู้สึกได้ถึงความสุขในชีวิต ภายนอก						
11. .....						
12. ฉันไม่มีความรู้สึกรื่นรมย์ในชีวิต มากนัก						
13. ฉันไม่มีที่พึ่งทางใจ						
14. ฉันมีความรู้สึกที่ดีเกี่ยวกับอนาคต ของฉัน						
15. ความศรัทธายึดมั่นในศาสนาช่วย ให้ฉันไม่รู้สึกโดดเดี่ยว						
16. ฉันรู้สึกว่าชีวิตเต็มไปด้วยความ ขัดแย้งและไม่มีความสุข						
17. การสวดมนต์หรือการทำสมาธิทำ ให้ฉันมีจิตใจที่สงบ						
18. ชีวิตฉันไม่มีความหมายเท่าใดนัก						
19. .....						
20. .....						



ภาคผนวก ง

หนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือใบอนุญาตใช้เครื่องมือ

ที่ อว ๘๑๓๗/๖๑๕



บัณฑิตวิทยาลัย
รับที่ 1319
16 เม.ย. 2564
เวลา 12:00

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา  
๑๖๙ ถ.ลงหาดบางแสน ต.แสนสุข  
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๕ เมษายน ๒๕๖๔

เรื่อง ขออนุญาตให้หนังสือใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์

- ๑) เรียน คณะบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตบางเขน กรุงเทพมหานคร

ด้วยนางสาวสนธิกานต์ ราชโทสี รหัสประจำตัวนิสิต ๖๒๙๒๐๒๕๒ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ชนัดดา แนบเกษร เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์ คือ “แบบสอบถามการมองโลกในแง่ดี” จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความวิตกกังวลต่อความตาย การมองโลกในแง่ดี ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี” ของ ขจรศรี แสนปัญญา หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน ภาควิชาจิตวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพย์วิไล สุรินยา เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ตีพิมพ์ใน วารสารสวนประทุม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ๒๖(๒), ๒๕-๓๖, ๒๕๕๓

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขออนุญาตให้หนังสือตั้งรายนามดังกล่าวใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์ ทั้งนี้ สามารถติดต่อหนังสือได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐๖๓-๖๖๓-๒๓๙๘ หรือที่ E-mail: noopu2560@gmail.com

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)  
คณะบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน  
อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา  
โทร ๐๓๘ ๑๐๒ ๗๐๐ ต่อ ๗๐๑, ๗๐๕, ๗๐๗  
E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th

1 2 ✓  
๗๐๓๓๖

## ② เรียน รองคณบดี

เพื่อโปรดพิจารณาเสนอ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพย์วัลย์ สุรินยา  
 อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักของ นางสาวจรรยา แสนปัญญา  
 สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน ภาควิชาจิตวิทยา เพื่อขอใช้เครื่องมือวิจัย

พ.ศ. ๒๕๖๔  
 21 เม.ย. ๖๔

ที่ อว 6501.18/ 964

## ③ เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพย์วัลย์ สุรินยา

เพื่อโปรดพิจารณาการขอใช้เครื่องมือวิจัย  
 ของนางสาวจรรยา แสนปัญญา

  
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิชาญ มณีวรรณ)  
 รองคณบดีฝ่ายบริการการศึกษา  
 ปฏิบัติหน้าที่แทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย  
 22 เม.ย. 2564

๑ ayun/18: ๖๖๕  
 อ.จรรยา  
  
 25 เม.ย. 64



ที่ อว ๘๑๓๗/๒๑๔

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา  
๑๖๙ ถ.ลงหาดบางแสน ต.แสนสุข  
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๕ เมษายน ๒๕๖๔

เรื่อง ขออนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่

ด้วยนางสาวสนธิกานต์ ราชโทสี รหัสประจำตัวนิสิต ๖๒๔๒๐๒๕๒ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ชนัดดา แนบเกษร เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์ คือ

๑. “แบบสอบถามความหวัง” จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่อความหวังของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา” ของ นางสุนทรี วัฒนบุญจโสภา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยมี รองศาสตราจารย์ อุบล นิตติชัย เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ พ.ศ. ๒๕๔๓

๒. “แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย” และ “แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ” จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การรับรู้ความรุนแรง การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม” ของ ธนินญา น่องเปียง หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิกุล นันทชัยพันธ์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ พ.ศ. ๒๕๕๕

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขออนุญาตให้นิสิตตั้งรายนามดังกล่าวใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์ ทั้งนี้ สามารถติดต่อนิสิตได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐๖๓-๖๖๓-๒๓๔๘ หรือที่ E-mail: noopu2560@gmail.com

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุรี ไชยมงคล)  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน  
อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา  
โทร ๐๓๘ ๑๐๒ ๗๐๐ ต่อ ๗๐๑, ๗๐๕, ๗๐๗  
E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th



ที่ อว ๘๑๓๗/๖๑๓

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา  
๑๖๙ ถ.ลพทต.บางแสน ต.แสนสุข  
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๕ เมษายน ๒๕๖๔

เรื่อง ขออนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร

ด้วยนางสาวสนธิกานต์ ราชโทสี รหัสประจำตัวนิสิต ๖๒๙๒๐๒๕๒ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ชนิดดา แนบเกษร เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์ คือ “แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม” จากงานวิจัย เรื่อง “คุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมที่สัมพันธ์กันของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท” ของ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ พีรพันธ์ ลีอนุธวัชชัย และรองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลีอนุธวัชชัย ตีพิมพ์ใน *Journal of the Medical Association of Thailand*, ๘๙(๓), ๑๓-๑๙, ๒๕๕๙

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขออนุญาตให้นิสิตดังกล่าวใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์ ทั้งนี้ สามารถติดต่อนิสิตได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐๖๓-๖๖๓-๒๓๙๘ หรือที่ E-mail: noopu2560@gmail.com

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน  
อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

สำเนาเรียน รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ พีรพันธ์ ลีอนุธวัชชัย

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา  
โทร ๐๓๘ ๑๐๒ ๗๐๐ ต่อ ๗๐๑, ๗๐๕, ๗๐๗  
E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th



00699  
วันที่ 6 พ.ค. 2564  
18:34H

บัณฑิตวิทยาลัย  
รับ 00328  
วันที่ 5 พ.ค. 2564  
เวลา 13.00

ที่ อว ๘๓๓๓(๒๕)/๑๓๖๓

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
๒๓๙ ถนนห้วยแก้ว ตำบลสุเทพ  
อำเภอเมืองเชียงใหม่ ๕๐๑๐๐

๒๙ เมษายน ๒๕๖๔

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย  
เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา  
อ้างถึง หนังสือ ที่ อว ๘๓๓๓/๖๑๔ ลงวันที่ ๕ เมษายน ๒๕๖๔

ตามที่ นางสาวสนธิกานต์ ราชโหลสี นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา  
การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ซึ่งเป็นผู้วิจัย เรื่อง "ปัจจัย  
ทำนายความมาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย" มีความประสงค์จะขออนุญาตนำ  
เครื่องมือวิจัยในวิทยานิพนธ์ของ คุณสุนทรี วัฒนเบญจโสภา และคุณธัญญา นื่องเปียง ไปใช้ในงานวิจัยนั้น

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง และยินยอมอนุญาต ให้นำ  
เครื่องมือดังกล่าวไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาวิจัยได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

เจ้าพนักงาน  
ดร. อธิ  
พรวิทย์ ๒๔

เรียน คณบดี

อรรถวิทย์ ชัยบุญณะ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.วรัธิตา ชัยบุญณะ)  
รองคณบดี ปฏิบัติการแทน  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

จึงเรียนมาเพื่อ  
๑. เพื่อโปรดทราบ  
๒. เห็นควรแจ้งงานบัณฑิต(คุณครูณี) ทราบ เพื่อ  
ดำเนินการส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

เรียน คณบดี  
เพื่อโปรดทราบ

พ/วิรัตน์เทพพรหม  
พ.ท. + คณาจารย์บัณฑิตวิทยาลัย

งานบริการการศึกษา สุภาวิณี ๗ พ.ค. ๖๔  
โทร. ๐-๕๓๓๔-๒๔๐๘  
โทรสาร. ๐-๕๓๓๔-๒๔๓๕

กนกพร  
๕ พ.ค. ๒๕๖๔

๒๕  
๕ พ.ค. ๖๔

5/3/64

คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยบูรพา  
ที่ 00944  
วันที่ 31 พ.ค. 2564  
เวลา 14.14 น.



มหาวิทยาลัยบูรพา  
03137  
รับที่.....  
วันที่ 27 พ.ค. 2564  
เวลา 10.02 น.

ที่ อว ๖๔.๑๓/๐๐๔๔๓๓

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ถนนราชดำริ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๑๓ พฤษภาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ยินดีให้ใช้เครื่องมือวิจัย  
เรียน อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

บัณฑิตวิทยาลัย  
รับที่ 00377-  
วันที่ 29 พ.ค. 2564  
เวลา 10.47

อ้างถึง หนังสือบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ อว ๘๑๓๗/๖๑๓ ลงวันที่ ๕ เมษายน ๒๕๖๔

ตามหนังสือที่อ้างถึง ได้แจ้งความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย "แบบสอบถาม  
แรงสนับสนุนทางสังคม" ของรองศาสตราจารย์ นายแพทย์ไพโรจน์ ลีอนุวัชชัย และรองศาสตราจารย์  
ดร.อรพรรณ ลีอนุวัชชัย เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยทำนายความฉลาดทางจิตวิญญาณ  
ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะสุดท้าย ของนางสาวสนธิกานต์ ราชโทลี นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร-  
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ดังรายละเอียดทราบแล้วนั้น

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ยินดีให้ใช้แบบสอบถามเพื่อประกอบการทำ  
วิทยานิพนธ์ฯ เรื่องดังกล่าวข้างต้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

เรียน คณะบดี

จึงเรียนมาเพื่อ

๑. เพื่อโปรดทราบ

๒. เห็นควรแจ้งงานบัณฑิต (คุณดรุณี) ทราบ เพื่อ

ดำเนินการส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงบุรณี กาญจนกุลวัลย์)

รองคณบดีฝ่ายบริหาร

ปฏิบัติการแทนคณบดี

เสนอ บัณฑิตวิทยาลัย

2๗ พ.ค. ๒๕๖๔

สุภาวณี ๓๑ พ.ค. ๖๔

เรียน คณบดี  
เพื่อโปรดทราบ

กนกอร

๒๕ พ.ค. ๒๕๖๔

ฝ่ายบริหาร คณะพยาบาลศาสตร์

โทร. ๐-๒๒๕๖-๔๔๖๓

โทรสาร. ๐-๒๒๕๖-๔๔๖๓

พ./อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา  
ศาสตราจารย์ไพโรจน์

ดร.

๒๕ พ.ค. ๖๔



ภาคผนวก จ

หนังสือขออนุญาตดำเนินการเก็บข้อมูล



ที่ อว ๘๑๓๗/๒๐๑๓๓

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา  
๑๖๙ ถ.สิงหนครบางแสน ต.แสนสุข  
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๗ ธันวาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็ิงชลบุรี จังหวัดชลบุรี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยบูรพา  
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (หาคุณภาพ)

ด้วยนางสาวสนธิกานต์ ราชโทสี รหัสประจำตัวนิสิต ๖๒๙๒๐๒๕๒ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย” โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ชนัดดา แนบเกษร เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และเสนอหน่วยงานของท่านในการเก็บข้อมูลเพื่อหาคุณภาพเครื่องมือวิจัยนั้น

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขออนุญาตให้นิสิตตั้งรายนามข้างต้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยมะเร็งในระยะเวลาที่ ๓ และระยะที่ ๔ ของโรค ที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกรังสีรักษาและแผนกผู้ป่วยนอกเคมีบำบัด จำนวน ๒๐ คน โดยกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

๑. เพศหญิง เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เฉพาะทางโรคมะเร็งว่าอยู่ในระยะที่ ๓ และระยะที่ ๔
๒. อายุ ๑๘ ปีขึ้นไป และนับถือศาสนาพุทธ
๓. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี
๔. มีอาการคงที่ โดยมีสัญญาณชีพปกติ

ในระหว่างวันที่ ๑๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ - ๒๘ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๕ ทั้งนี้ สามารถติดต่อนิสิตตั้งรายนามข้างต้นได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐๖๓-๖๖๓-๒๓๙๘ หรือ E-mail: noopu2560@gmail.com

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นงรี ไชยมงคล)  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน  
อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา  
โทร ๐๓๘ ๑๐๒ ๗๐๐ ต่อ ๗๐๑, ๗๐๕, ๗๐๗  
E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th



ที่ อว ๘๑๓๗/๒๑๓๔

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา  
๑๖๙ ถ.ลงหาดบางแสน ต.แสนสุข  
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๗ ธันวาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี จังหวัดชลบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยบูรพา  
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วยนางสาวสนธิกานต์ ราชโทสี รหัสประจำตัวนิสิต ๒๒๙๒๐๒๕๒ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัย ทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย” โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ชนิดดา แนบเกษร เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และเสนอหน่วยงานของท่านในการเก็บข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัย นั้น

ในกรณีนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขออนุญาตให้นิสิตตั้งรายนามข้างต้นดำเนินการเก็บรวบรวม ข้อมูลจากผู้ป่วยมะเร็งในระยะเวลาที่ ๓ และระยะที่ ๔ ของโรค ที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกรังสีรักษาและแผนก ผู้ป่วยนอกเคมีบำบัด จำนวน ๙๔ คน โดยกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

๑. เพศหญิง เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เฉพาะทางโรคมะเร็ง ว่าจะอยู่ในระยะที่ ๓ และระยะที่ ๔
๒. อายุ ๑๘ ปีขึ้นไป และนับถือศาสนาพุทธ
๓. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี
๔. มีอาการคงที่ โดยมีสัญญาณชีพปกติ

ในระหว่างวันที่ ๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ - ๒๖ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๕ ทั้งนี้ สามารถติดต่อนิสิตตั้งรายนาม ข้างต้นได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐๖๓-๖๖๓-๒๓๙๘ หรือ E-mail: noopu2560@gmail.com

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

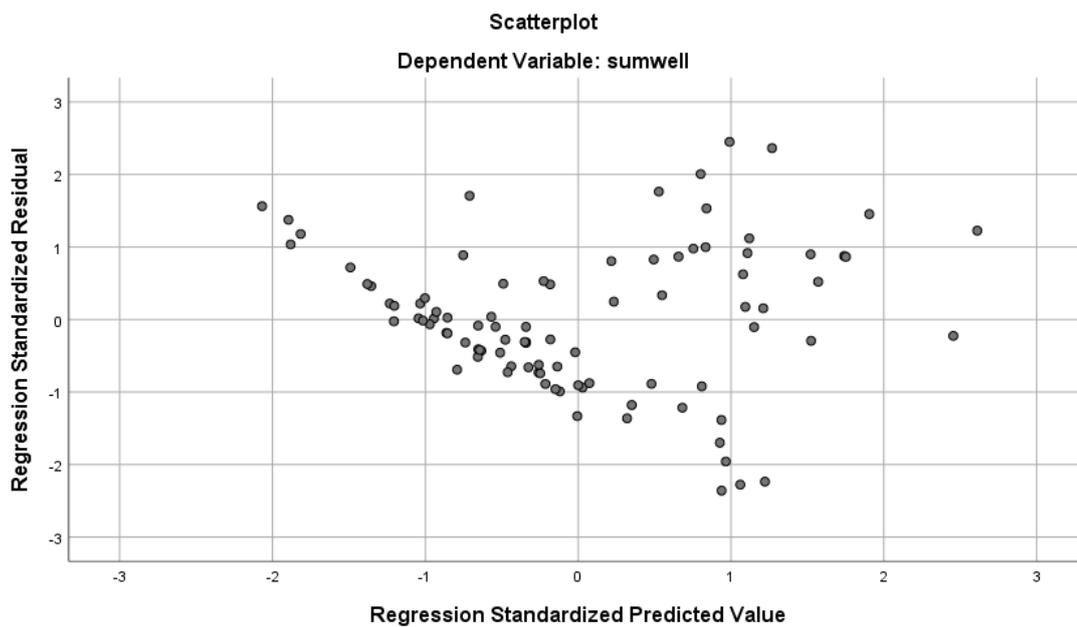
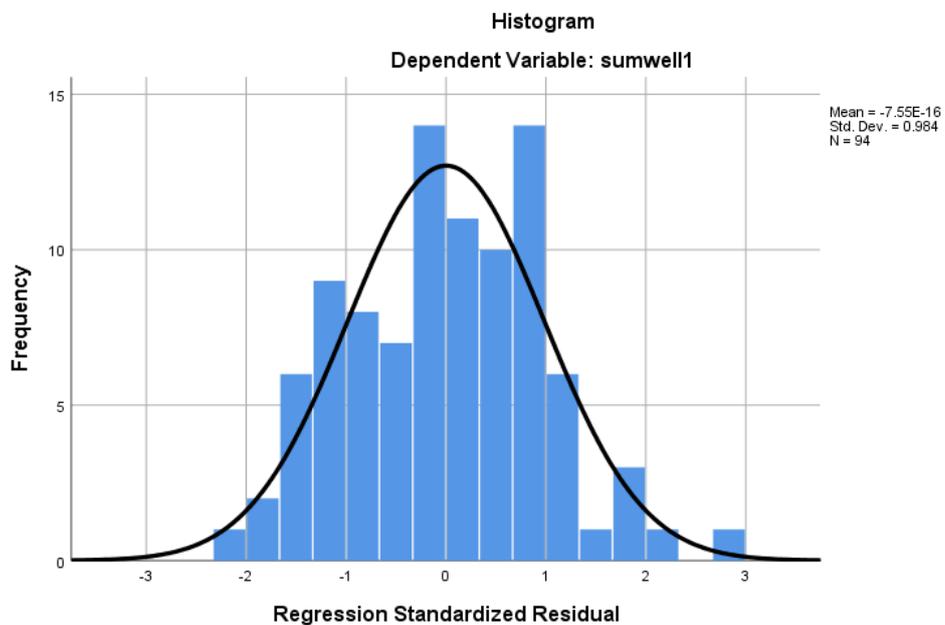
(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน  
อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา  
โทร ๐๓๘ ๑๐๒ ๗๐๐ ต่อ ๗๐๑, ๗๐๕, ๗๐๗  
E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th



**ภาคผนวก ฉ**

**การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ  
การวิเคราะห์รายชื่อของความผาสุกด้านจิตวิญญาณ**



ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้ายรายข้อ

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ	$\bar{X}$	SD
17. การสวดมนต์หรือการทำสมาธิทำให้ท่านมีจิตใจที่สงบ	4.87	1.012
19. แม้ว่าท่านจะเจ็บป่วยทางกายแต่ศาสนาก็ช่วยให้ท่านมีจิตใจที่สงบและไม่ว่าวุ่น	4.82	.936
3. การทำบุญทำให้ท่านรู้สึกสบายใจ และคลายทุกข์จากภาวะเจ็บป่วยได้	4.81	.949
7. ....	4.77	1.081
20. ....	4.77	.851
11. ....	4.76	.922
4. ....	4.74	.872
8. ....	4.66	.977
5. ....	3.50	1.661
10. ....	4.48	.904
15. ....	4.61	.898
14. ....	4.57	.844
2. ....	3.58	1.437
9. ....	3.46	1.604
16. ....	3.46	1.494
1. ....	3.40	1.463
13. ....	3.38	1.476
18. ....	3.28	1.531
6. ....	3.20	1.443
12. ....	3.06	1.355

ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์การรับรู้ความรุนแรงของโรคของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้ายรายข้อ

การรับรู้ความรุนแรงของโรค	$\bar{X}$	SD
1. การเจ็บป่วยครั้งนี้รบกวนต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของท่านมาก	3.66	.899
3. การเจ็บป่วยครั้งนี้ทำให้ร่างกายท่านอ่อนแอลงไปมาก	3.65	.970
13. การเจ็บป่วยทำให้ท่านต้องเป็นภาระของผู้อื่นมากขึ้น	3.63	.880
12. ....	3.60	.859
8. ....	3.52	.901
15. ....	3.49	.992
6. ....	3.48	1.034
11. ....	3.48	.992
7. ....	3.47	1.075
2. ....	3.47	.969
4. ....	3.41	1.041
16. ....	3.41	1.082
18. ....	3.38	1.079
5. ....	3.30	1.153
10. ....	3.12	1.217
14. ....	2.39	.895
9. ....	2.33	.781
17. ....	2.01	.740

ตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์ความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้ายรายข้อ

ความหวัง	$\bar{X}$	SD
12. ท่านรู้สึกว่าคุณค่าของชีวิตมีคุณค่าและมีราคา	3.29	.521
5.ท่านมีสิ่งศรัทธาที่ทำให้ท่านรู้สึกสบายใจ	3.24	.634
4. ท่ามกลางความมืดมนในชีวิตท่านมองเห็นว่ามีแสงสว่างอยู่	3.23	.557
7.....	3.22	.642
9. ....	3.19	.573
10.....	3.18	.548
11.....	3.17	.561
8. ....	3.15	.548
2. ....	3.14	.560
1. ....	3.11	.538
3. ....	2.57	.836
6.....	2.28	.848

ตารางที่ 9 ผลการวิเคราะห์การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้ายรายข้อ

การสนับสนุนทางสังคม	$\bar{X}$	SD
1. ด้านอารมณ์		
1.6 คนในครอบครัวดีต่อท่านเสมอ	4.11	.769
1.3 ท่านได้รับกำลังใจจากคนในครอบครัว เมื่อไม่สบายใจหรือเป็นทุกข์	4.01	.783
1.4 บุคคลรอบข้างเป็นเพื่อนที่ดีกับท่าน	3.90	.804
1.5 .....	3.94	.730
1.7 .....	3.96	.761
1.2 .....	3.82	.687
1.1 .....	3.81	.692
2. ด้านข้อมูลข่าวสาร		
2.1 มีผู้ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อท่านเสมอ	3.81	.737
2.4 ท่านได้รับคำแนะนำที่ท่านอยากรู้	3.80	.824
2.3 มีผู้แนะนำท่านเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขอนามัย	3.78	.819
2.2 .....	3.76	.785
3. ด้านทรัพยากรหรือวัตถุ		
3.4 มีผู้ช่วยแบ่งเบาภาระการดูแลสมาชิกในครอบครัวของท่าน	3.86	.727
3.2 มีผู้ช่วยแบ่งเบาภาระงานบ้านของท่าน	3.79	.760
3.3 มีผู้ช่วยแบ่งเบาภาระที่ทำงานของท่าน	3.78	.735
3.5 .....	3.77	.835
3.1 .....	3.72	.885

ตารางที่ 10 ผลการวิเคราะห์การมองโลกในแง่ดีของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้ายรายข้อ

การมองโลกในแง่ดี	$\bar{X}$	SD
12. ท่านคิดว่าเรื่องร้าย ๆ ไม่ได้เกิดขึ้นกับท่านคนเดียว	3.23	.629
3. ท่านคิดว่าเรื่องดี ๆ จะเกิดกับท่านเสมอ	3.16	.677
7. ท่านคิดว่าสิ่งร้ายๆที่เกิดขึ้นกับท่าน เกิดจากปัจจัยภายนอกที่ไม่สามารถควบคุมได้	3.13	.691
6. ....	3.12	.712
1. ....	3.11	.725
2. ....	3.06	.601
11. ....	3.05	.709
8. ....	3.03	.630
4. ....	2.84	.766
9. ....	2.74	.789
10. ....	2.71	.728
5. ....	2.64	.925
13. ....	2.37	.898

## ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	สนธิกานต์ ราชโทลี
สถานที่เกิด	บุรีรัมย์
ตำแหน่งและประวัติการ ทำงาน	พ.ศ.2540 ตำแหน่งพยาบาลเทคนิค พ.ศ.2546 ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ พ.ศ.2551 ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี
ประวัติการศึกษา	พ.ศ.2540 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ ระดับต้น วิทยาลัยพยาบาลบรม ราชชนนี นครสวรรค์ 2546 พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2562 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต) มหาวิทยาลัยบูรพา
รางวัลหรือทุนการศึกษา	2562 ทุนอุดหนุนการศึกษาของโครงการทุนสนับสนุนงานวิชาการ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข