

ผลของโปรแกรมการเสริมพลังทางบวกต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลหลักในผู้ป่วย ระยะท้ายโรคมะเร็ง

The Effect of a positive empowerment program based on spiritual well-being among primary
caregivers of terminal cancer patients.

(Received: June 4,2024 ; Revised: June 8,2024 ; Accepted: June 9,2024)

กรรธิมา ฝาระมี¹

Kanthima Faramee¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับสุขภาพจิต คุณภาพชีวิต และความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลหลักผู้ป่วยระยะท้ายโรคมะเร็งก่อน และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังทางบวกต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยระยะท้ายโรคมะเร็ง 2) เปรียบเทียบผลของการใช้โปรแกรมเสริมพลังทางบวกต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลหลักผู้ป่วยระยะท้ายโรคมะเร็ง เป็นการวิจัยกึ่งทดลองชนิดกลุ่มเดียวกันวัดผลก่อน และหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโรคมะเร็งที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนมจำนวน 33 ราย เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย แบบประเมินสุขภาพจิต General Health questionnaire ฉบับภาษาไทย (Thai GHQ-28) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนด้านสุขภาพจิต คุณภาพชีวิต และความผาสุกทางจิตวิญญาณด้วยสถิติ Dependent pair sample t-test

ผลการวิจัย พบว่า ระดับสุขภาพจิตโดยรวม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม มีค่าคะแนนระดับน้อย หลังเข้าร่วมโปรแกรม มีค่าคะแนนระดับมาก ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับน้อย หลังเข้าร่วมโปรแกรม มีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับมาก และระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลหลักผู้ป่วยระยะท้ายโรคมะเร็งโดยรวม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับน้อย หลังการเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับมาก เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้านสุขภาพจิต คุณภาพชีวิต และความผาสุกทางจิตวิญญาณ ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการเสริมพลังทางบวกต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยระยะท้ายโรคมะเร็ง พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการทดลอง มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.05$

คำสำคัญ : การเสริมพลังทางบวก, ความผาสุกทางจิตวิญญาณ, ผู้ดูแลหลัก

Abstract

The objectives of this research were to: 1. Study the level of mental health, quality of life, and spiritual well-being in primary caregivers of terminally ill patients with cancer. and after participating in the positive reinforcement program on the spiritual well-being of primary caregivers of terminally ill cancer patients. 2. Compare the effects of using the positive reinforcement program on the spiritual well-being of primary caregivers. terminally ill with cancer It is a Quasi-experimental research design of the same group, and One group pre-post test design sample group 33 caregivers of terminally ill cancer patients were admitted as patients at Thatphanom Crown Prince Hospital. The instrument used was a general information questionnaire for caregivers of terminally ill cancer patients. Mental health assessment form General Health questionnaire Thai version (Thai GHQ-28). Quality of life assessment form. (WHOQOL-BREF-THAI). Data were analyzed using descriptive statistics. Frequency distribution, percentage, mean, and standard deviation Test for differences in mean scores on mental health, quality of life, and spiritual well-being using Dependent pair sample t-test statistics.

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม

The results of the research found that the overall mental health level Before joining the program Has a low rating value After joining the program Has a high rating value Overall quality of life level Before joining the program, the average score was low. After joining the program Has a high average score and overall level of spiritual well-being in primary caregivers of terminally ill cancer patients. Before joining the program, the level was low. After participating in the program, it was at a high level. When comparing the average values of mental health, quality of life, and spiritual well-being Before and after receiving the positive empowerment program for the spiritual well-being of primary caregivers in terminally ill cancer patients, it was found that after receiving the experimental program has a higher average than before receiving the trial program Statistically significant at $P < 0.05$.

Keyword: positive empowerment, spiritual well-being, primary caregiver

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก ในปี 2565 พบว่าเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากถึง 10 ล้านคน ซึ่งมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เพิ่มขึ้น 18.1 ล้านรายต่อปี อีก 18 ปีข้างหน้า (ปี 2583) ผู้ป่วยมะเร็งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็น 29.30 ล้านรายต่อปี โรคมะเร็งที่พบบ่อยและถูกจัดลำดับมากที่สุด 5 อันดับแรกคือ มะเร็งเต้านม มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ มะเร็งต่อมลูกหมาก และมะเร็งผิวหนัง ตามลำดับ แต่อย่างไรก็ตามแม้มะเร็งเต้านมจะพบจำนวนสูงสุดแต่กลับไม่ใช่สาเหตุของการเสียชีวิตอันดับต้นๆ โรคมะเร็งที่มีอุบัติการณ์ของการเสียชีวิตมากที่สุด 5 ลำดับแรก คือ มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ มะเร็งตับ มะเร็งกระเพาะอาหาร และมะเร็งเต้านม ตามลำดับ¹ ในประเทศไทยพบจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ 5 ปีย้อนหลังตั้งแต่ปี 2560 – 2564 จำนวน 88,462 87,323 76,720 78,692 และ 64,985 ตามลำดับ ในปี 2564 ศูนย์สุขภาพเขต 8 มีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ จำนวน 6,130 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.4 ของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั้งประเทศ² จากข้อมูลทางสถิติของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนมพบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบประคับประคองทั้งหมดในปี 2562, 2563, 2564 และ 2565 มีจำนวน 396, 436, 431 และ 540 ตามลำดับ ซึ่งเป็นผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายทั้งหมดที่รักษาแบบประคับประคองจำนวน 309, 314, 337 และ 354 และในปี 2566 มีผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 371 ราย ซึ่งถือ

ว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มจำนวนเพิ่มสูงขึ้นทุกปี เป็นปัญหาสำคัญที่ต้องเร่งแก้ไข³

เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์เฉพาะทางว่าเป็นมะเร็ง แพทย์จะทำการตรวจหาเซลล์มะเร็งเพื่อทราบระยะของโรค เพื่อการวางแผนรักษาซึ่งมีหลายวิธีดังเช่น การผ่าตัด การใช้รังสีรักษา เคมีบำบัด การบำบัดด้วยระบบภูมิคุ้มกันบำบัด หรือการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิด เป็นต้น ในผู้ป่วยบางรายที่เซลล์มะเร็งเข้าสู่ระยะลุกลามจนยากต่อการรักษาหรือได้รับการรักษาสิ้นสุดกระบวนการแล้วแต่ผลสัมฤทธิ์อาจไม่เป็นดังที่คาดหวังไว้ แพทย์อาจพิจารณาปรับแผนการรักษาแบบประคับประคองเพื่อรักษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีที่สุด ซึ่งจะเป็นทางเลือกที่ดีต่อการรักษาสภาพร่างกายของผู้ป่วยให้ยาวนานที่สุดทราบเท่าที่อาการของโรคจะลุกลาม และทำลายเซลล์ต่างๆ ในระบบร่างกายจนไม่สามารถทำงานได้ดังภาวะปกติ ผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะลุกลามอาจต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม รวมถึงจิตวิญญาณ ความทุกข์ทรมานทางกาย นอกจากจะใช้ระยะเวลาการรักษาอันยาวนาน การต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน บั่นทอนสภาวะความเข้มแข็งทางใจ ความเหนื่อยล้าจากการต้องเดินทางไกลเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ความเจ็บปวดจากภาวะของโรค การต้องเผชิญกับอาการปวดตามร่างกายอย่างแสนสาหัส อาการเบื่ออาหาร เหนื่อยล้า อ่อนเพลีย ง่วงซึม สะลึมสะลือ ไม่มีเรี่ยวแรงแม้แต่จะลุกเดินหรือทำกิจวัตรประจำวันได้ และการที่ผู้ป่วยต้องรับรู้ตัวตนเอง

กำลังเผชิญกับความตายอันใกล้เข้ามา ส่งผลให้เกิดภาวะเครียด ผู้ป่วยจะเกิดความวิตกกังวล หวาดกลัว ความตาย ความรู้สึกอ้างว้าง รู้สึกว่ารุ่นท้อแท้สิ้นหวัง เบื่อหน่ายกับร่างกายที่ไม่สามารถใช้งานได้อย่างปกติ⁴

บุคคลที่จะเข้ามามีบทบาทอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว แต่ผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นบุคคลที่ให้การดูแลผู้ป่วยตลอดเวลาทั้งในระหว่างการรักษาตัวที่บ้าน และการมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล จากการวิจัยเรื่องความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งในภาคใต้ของประเทศไทย พบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายร้อยละ 47 ต้องการจากไปที่บ้านโดยมีสมาชิกในครอบครัวรายล้อม⁵ และการวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมสนับสนุนญาติดูแลแบบเอื้ออาทรต่อความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในระหว่างหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ โดยโปรแกรมสนับสนุนญาติดูแลแบบเอื้ออาทรต่อความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้ยึดญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นศูนย์กลางของการดูแล สามารถตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ทำให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความพึงพอใจอย่างแท้จริง¹ การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายต้องการการดูแลที่แตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยโดยทั่วไป การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนับเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อน และซับซ้อนเนื่องจากความรุนแรงของโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากอาการที่ไม่สามารถที่จะช่วยเหลือตนเองได้ตามปกติ และการที่ต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนของโรครวมถึงการเผชิญกับความตายที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ผู้ป่วยจึงต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อที่จะตอบสนองต่อความต้องการดังกล่าว ซึ่งจะเห็นได้ว่าครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการตอบสนองความต้องการการช่วยเหลือของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในเบื้องต้น² ผู้ดูแลเป็น

บุคคลหนึ่งที่มีความสำคัญอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะท้ายของผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาการลุกลามของโรคให้หายขาดได้ เป็นภาวะคุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วย ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นจากการลุกลามของโรค อาการที่พบได้บ่อยในระยะท้ายทางด้านร่างกาย ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย ปวด ไม่สบายกาย และใจ เบื่ออาหาร และวิตกกังวล ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ด้านจิตใจ และสังคม รู้สึกสิ้นหวัง คุณภาพชีวิตลดลง สูญเสียสภาพลักษณะ และมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่ไม่ดี วิตกกังวล อารมณ์หงุดหงิด ซึมเศร้า และมีการปรับตัวที่ผิดปกติ เครียด⁶ ผู้ป่วยในภาวะเช่นนี้ สมาชิกครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วยจึงมีบทบาทสำคัญอย่างมากไม่เพียงแต่ต้องเป็นผู้ตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา การช่วยฟื้นคืนชีพ การจัดการสถานที่ในการเสียชีวิต ความต้องการสุดท้ายของผู้ป่วย แต่หมายรวมถึงการดูแลผู้ป่วยในระหว่างที่อยู่ในช่วงรักษาแบบประคับประคองเพื่อเป้าหมายสำคัญคือ การให้ผู้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ น้อยที่สุด และจบท้ายด้วยการเสียชีวิตอย่างสงบ³ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีจิตวิญญาณดีจะช่วยเสริมสร้างร่างกายและจิตใจให้แข็งแรง พร้อมรับกับสภาวะความทุกข์ความเครียดที่กำลังเผชิญอยู่ในการดูแลผู้ป่วย เกิดความมั่นคงทางอารมณ์ มีความพึงพอใจต่อความเป็นอยู่ และมีภาวะทางจิตที่เข้มแข็ง ลดความวิตกกังวล และภาวะความเครียดลงได้⁶

การพัฒนาระบบการดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม มุ่งเน้นการพัฒนากระบวนการดูแลแบบประคับประคอง การเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายจิตใจของผู้ป่วย และเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วย ทีมบุคลากรสหวิชาชีพมีบทบาทสำคัญนอกจากจะสนับสนุนการให้ความรู้ด้านเวชปฏิบัติแล้ว การดูแลเข้าถึงด้านจิตใจให้ผู้ป่วย และครอบครัวเกิดความมั่นใจ ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพที่ดีตลอดช่วงชีวิตที่เหลืออยู่มีความสำคัญเป็นอย่างมาก ในระยะเวลา 5 ปีย้อนหลัง (2561-2565)

องค์ความรู้ด้านการศึกษเกี่ยวกับผลของโปรแกรมเสริมพลังทางบวกและความผาสุกทางจิตวิญญาณ ในต่างประเทศพบงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 4,150 เรื่อง และในประเทศไทยพบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจำนวน 61 เรื่อง ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 5 เรื่อง และในจังหวัดนครพนมยังไม่พบงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงสนใจทำวิจัยนี้ขึ้นเพื่อศึกษาบริบทของกลุ่มตัวอย่างจากประชากรในพื้นที่ โดยใช้แนวคิดความผาสุกทางจิตวิญญาณของ O'Brien¹¹ มาประยุกต์เป็นหลักในการจัดโปรแกรมเพื่อเสริมพลังบวก และความผาสุกทางจิตวิญญาณต่อคุณภาพชีวิตในผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโรคมะเร็ง หลังจากนำกลุ่มตัวอย่างเข้าโปรแกรมแล้วทำการประเมินผลของการใช้โปรแกรมในกลุ่มตัวอย่างทั้งก่อน และหลังการเข้าร่วมกิจกรรม โดยมีวัตถุประสงค์คือ 1. เพื่อศึกษาระดับสุขภาพจิต คุณภาพชีวิต และความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลหลักผู้ป่วยระยะท้ายโรคมะเร็งก่อน และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังทางบวกต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยระยะท้ายโรคมะเร็ง 2. เพื่อเปรียบเทียบผลของการใช้โปรแกรมเสริมพลังทางบวกต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลหลักผู้ป่วยระยะท้ายโรคมะเร็ง

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้ได้ตั้งสมมุติฐานว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณหลังการใช้โปรแกรมเสริมพลังทางบวกในผู้ดูแลหลักผู้ป่วยระยะท้ายโรคมะเร็งสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรม การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) ชนิดกลุ่มเดียวกัน วัดผลก่อน และหลังการทดลอง (One group pre-post test design) ตัวแปรต้น คือโปรแกรมเสริมสร้างพลังทางบวกต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณ ประกอบไปด้วยกิจกรรม 6 ครั้งคือ 1. ความเชื่อความศรัทธาส่วนบุคคล 2. ความเชื่อความศรัทธาทางศาสนา 3. การปฏิบัติทางศาสนา 4. การสนับสนุนทางสังคม 5. ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และ 6. เหตุการณ์กดดันในชีวิต ตัวแปร

ตาม คือความผาสุกทางจิตวิญญาณ 3 ด้าน คือ 1. ด้านสุขภาพจิต 2. ด้านคุณภาพชีวิต และ 3. ความผาสุกทางจิตวิญญาณ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

คือผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบประคับประคองด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า คือสามารถเข้าใจ อ่านเขียนภาษาไทยได้ และไม่มีปัญหาในการได้ยินหรือมองเห็น เป็นผู้ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และดูแลผู้ป่วยเป็นเวลาต่อเนื่องไม่ต่ำกว่า 2 สัปดาห์ เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งในระยะสุดท้าย และได้รับการรักษาแบบประคับประคองในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก คือไม่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยได้ครบร้อยละ 80 ของกิจกรรม สามารถขอถอนตัวออกจากการให้ข้อมูลวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power analysis version 3.1 กำหนดค่าอิทธิพล (Effect size) คือ 0.50 กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ 0.05 และกำหนดให้ค่าอำนาจการทดสอบคือ 0.80 ตามวิธีวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความโดดเดี่ยว และความผาสุกของผู้สูงอายุ ของ พัทธภรณ์ ดั่งชุม และคณะ¹³ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 27 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยจึงคำนวณกลุ่มตัวอย่างเพิ่มร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 33 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ประกอบด้วยข้อความถาม เพศ อายุ อาชีพ รายได้ การศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว ประวัติสุขภาพหรือดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย โรคประจำตัว ประวัติเคยดูแลผู้ป่วย

มะเร็งระยะท้าย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้าย 2. แบบประเมินสุขภาพจิต General Health questionnaire ฉบับภาษาไทย (Thai GHQ-28)⁵ พัฒนามาจาก GHQ ของ Goldberh (1972)⁵ แบบประเมินนี้สามารถบอกได้ว่าบุคคลนั้นๆ มีปัญหา ด้านสุขภาพจิตหรือไม่ แต่ไม่ใช่การวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตเวช ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 28 ข้อ แบ่งเป็น 4 กลุ่มคือ 1) อาการทางกาย (Somatic symptoms) 2) อาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ (Anxiety and insomnia) 3) ความบกพร่องทางสังคม (Social dysfunction) ข้อ และ 4) อาการซึมเศร้าชนิดรุนแรง (Severe depression) แปลผลระดับคุณภาพชีวิตเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ น้อย ปานกลาง และมาก ทำการหาค่าอำนาจจำแนกของแบบประเมินมีค่าตั้งแต่ .40 – .68 มีค่าความเที่ยงทั้งฉบับเท่ากับ .92 3. แบบประเมินคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF-THAI) เป็นแบบประเมินเพื่อวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อขององค์การอนามัยโลก พัฒนาโดย สุวัฒน์ มัทนีนันดรกุล¹⁶ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อ แบ่งเป็น 4 กลุ่มคือ 1) ด้านสุขภาพร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม แปลผลระดับคุณภาพชีวิตเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ น้อย ปานกลาง และมาก 4. แบบสอบถามระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีความผาสุกทางจิตวิญญาณในสภาวะเจ็บป่วยของ O'Brien¹¹ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ แปลผลระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ น้อย ปานกลาง และมาก ทำการหาค่าอำนาจจำแนกของแบบประเมินมีค่าตั้งแต่ .44 – .78 มีค่าความเที่ยงทั้งฉบับเท่ากับ .90

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมสร้างพลังทางบวก และความผาสุกทางจิตวิญญาณที่

ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีความผาสุกทางจิตวิญญาณในสภาวะเจ็บป่วยของ O'Brien¹¹ ระยะเวลาดำเนินการครั้งละ 1 ชม. 30 นาที ทำกันครั้งละ 2 สัปดาห์ กิจกรรมกลุ่ม 6 ครั้ง ประกอบไปด้วย 1) ความเชื่อความศรัทธาทางศาสนา 2) ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ 3) การปฏิบัติทางด้านศาสนา 4) การสนับสนุนทางสังคม 5) ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และ 6) เหตุการณ์ก่ดดันชีวิต ระหว่างวันที่ 1 มกราคม – 31 มีนาคม 2567 รวมระยะเวลา 3 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบการแจกแจงของข้อมูลโดยใช้ Kolmogorov-Smirnov test ทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของข้อมูลด้วยสถิติ Dependent pair sample t-test กรณีมีการแจกแจงค่าคะแนนแบบปกติ และเลือกใช้ Wilcoxon sign rank test กรณีค่าคะแนนมีการแจกแจงไม่ปกติ อ่านค่าความแตกต่างที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง งานวิจัยนี้ได้ขอพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เลขที่โครงการวิจัย REC116/66 วันที่รับรอง 30 พฤศจิกายน 2566

ผลการศึกษา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาระดับประคับประคองด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จำนวน 33 ราย เป็นเพศชาย ร้อยละ 42.4 เพศหญิง ร้อยละ 57.6 อายุเฉลี่ย 39.70 ปี ต่ำสุด 27 ปี สูงสุด 55 ปี ประกอบอาชีพเกษตรกร/ชาวนา/ชาวสวน ร้อยละ 51.5 พนักงานเอกชน/ลูกจ้าง ร้อยละ 18.2 ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย ร้อยละ 12.1 และว่างงาน ร้อยละ 18.2 มีรายได้ต่อเดือนต่ำ

กว่า 1,000 บาท ร้อยละ 18.2 รายได้ 1,000 – 5,000 บาท ร้อยละ 33.3 รายได้ 5,001 – 10,000 บาท ร้อยละ 42.4 และมากกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 6.1 การศึกษาส่วนใหญ่จบระดับต่ำกว่าประถมศึกษา ร้อยละ 42.4 รองลงมาคือระดับประถมศึกษา ร้อยละ 39.4 และระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 18.2 ตามลำดับ สถานภาพสมรส ร้อยละ 69.7 โสด ร้อยละ 18.2 หย่าร้าง/แยกกันอยู่ และหม้าย/คู่สมรสเสียชีวิต ร้อยละ 6.1 ตามลำดับ มีสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 5.15 คน ต่ำสุด 3 คน สูงสุด 8 คน สูบบุหรี่ร้อยละ 6.1 ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 27.3 ออกกำลังกาย ร้อยละ 57.6 มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน และความดัน ร้อยละ 21.2 เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ร้อยละ 36.4 ระยะเวลาเฉลี่ยในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง 2.5 ปี ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 4 ปี โดยมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นสามี/ภรรยา ร้อยละ 36.4 เป็นบุตรหรือเครือญาติ ร้อยละ 21.2 หลาน ร้อยละ 18.2 และ พ่อ/แม่ ร้อยละ 3.0 ตามลำดับ

สุขภาพจิตด้านต่างๆ ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการเสริมพลังทางบวกต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยระยะท้ายโรคมะเร็ง พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม โดยรวมสุขภาพจิตมีค่าคะแนนระดับน้อย (Mean = 1.63, S.D. = 0.06) ค่าคะแนนเฉลี่ยด้านอาการทางกาย มีค่าคะแนนระดับน้อย (Mean = 1.63, S.D. = 0.06) อาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ มีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับน้อย (Mean = 1.62, S.D. = 0.07) ความบกพร่องทางสังคมมีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับน้อย (Mean = 1.66, S.D. = 0.07) และอาการซึมเศร้าชนิดรุนแรงมีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับน้อย (Mean = 1.63, S.D. = 0.04) หลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยรวมสุขภาพจิตมีค่าคะแนนระดับมาก (Mean = 3.14, S.D. = 0.15) ค่าคะแนนเฉลี่ยด้านอาการทางกาย มีค่าคะแนนระดับมาก (Mean = 3.02, S.D. = 0.16) อาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ มีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับมาก (Mean = 3.22, S.D. =

0.10) ความบกพร่องทางสังคมมีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับมาก (Mean = 3.18, S.D. = 0.18) และอาการซึมเศร้าชนิดรุนแรงมีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับมาก (Mean = 3.14, S.D. = 0.19)

คุณภาพชีวิตรายด้าน ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการเสริมพลังทางบวกต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยระยะท้าย พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมมีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับน้อย (Mean = 1.65, S.D. = 0.19) ด้านสุขภาพร่างกายมีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับน้อย (Mean = 1.67, S.D. = 0.21) ด้านจิตใจมีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับน้อย (Mean = 1.67, S.D. = 0.21) ด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคมมีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับน้อย (Mean = 1.56, S.D. = 0.05) และด้านสิ่งแวดล้อมมีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับน้อย (Mean = 1.66, S.D. = 0.17) หลังเข้าร่วมโปรแกรมค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.88, S.D. = 0.08) ด้านสุขภาพร่างกาย (Mean = 3.85, S.D. = 0.08) ด้านจิตใจ (Mean = 3.92, S.D. = 0.08) ด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคม (Mean = 3.82, S.D. = 0.04) และสิ่งแวดล้อม (Mean = 3.91, S.D. = 0.07) อยู่ในระดับมาก

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการเสริมพลังทางบวกต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยระยะท้ายโรคมะเร็ง พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมค่าคะแนนรวมความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับน้อย (Mean = 1.71, S.D. = 0.21) ท่านหวังว่าชีวิตจะมีความสุขมากขึ้นในอนาคต มีค่าน้อยที่สุด (Mean = 1.36, S.D. = 0.59) ความเชื่อศรัทธาต่อคำสอนของศาสนาจะช่วยให้ท่านมีสภาวะจิตใจที่เข้มแข็งมีค่าคะแนนสูงสุด (Mean = 1.91, S.D. = 0.71) หลังการเข้าร่วมโปรแกรมค่าคะแนนรวมความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.04, S.D. = 0.17) ท่านรู้สึกว่ามีที่พึ่งทางใจมีค่าคะแนนน้อยที่สุด (Mean = 3.73, S.D. = 0.83) ท่านเชื่อว่าการทำ

ความดีจะทำให้ชีวิตพบกับความสุขได้ มีค่าคะแนน
สูงสุด (Mean = 4.36, S.D. = 0.64)

เปรียบเทียบผลของการใช้โปรแกรมเสริมพลังทางบวก
ต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลหลักผู้ป่วยระยะ
ท้ายโรคมะเร็ง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลของการใช้โปรแกรมเสริมพลังทางบวกต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลหลักผู้ป่วย
ระยะท้ายโรคมะเร็ง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการเสริมพลังทางบวกต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณ
ผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยระยะท้ายโรคมะเร็ง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Mean diff.	t	p- value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				Lower	Upper
สุขภาพจิต	1.63	0.23	3.14	0.27	1.51	33.81	0.00*	1.41	1.59
คุณภาพชีวิต	1.65	0.19	3.88	0.08	2.23	37.80	0.00*	1.53	1.71
ความผาสุกทางจิตวิญญาณ	1.71	0.21	4.04	0.17	2.33	53.28	0.00*	2.24	2.42

* P<0.05

จากตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลของการใช้
โปรแกรมเสริมพลังทางบวกต่อความผาสุกทางจิต
วิญญาณในผู้ดูแลหลักผู้ป่วยระยะท้ายโรคมะเร็ง ก่อน
และหลังการได้รับโปรแกรมการเสริมพลังทางบวกต่อ
ความผาสุกทางจิตวิญญาณผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยระยะ
ท้ายโรคมะเร็ง พบว่า ค่าเฉลี่ยสุขภาพจิต (t = 33.81
95%CI = 1.41 ถึง 1.59) คุณภาพชีวิต (t = 37.80
95%CI = 1.53 ถึง 1.71) และความผาสุกทางจิต
วิญญาณ (t = 53.28 95%CI = 2.24 ถึง 2.42) หลัง
ได้รับโปรแกรมการทดลองฯ มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนได้รับ
โปรแกรมทดลองฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P <
0.05

สรุปและอภิปรายผล

ผลของการวิจัยเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ว่า
ค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณหลังการใช้
โปรแกรมเสริมพลังทางบวกในผู้ดูแลหลักผู้ป่วยระยะ
ท้ายโรคมะเร็งสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรม เนื่องจาก
ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดของ O'Brien¹¹ มาประยุกต์เป็นหลัก
ในการจัดกิจกรรมซึ่งได้กล่าวถึงความผาสุกทางจิต
วิญญาณไว้ว่า บุคคลจะเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ
ได้โดยการแสดงความต้องการในการค้นหาความหมาย
ทางจิตวิญญาณ แล้วสะท้อนออกมาเป็นความต้องการ

ด้านจิตวิญญาณ ความต้องการในการค้นหาความหมาย
ทางด้านจิตวิญญาณประกอบด้วยปัจจัยดังต่อไปนี้ 1)
ความเชื่อและศรัทธาต่อศาสนา 2) การร่วมปฏิบัติ
กิจกรรมทางศาสนา 3) ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ
4) การต้องเผชิญกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อัน
ก่อให้เกิดความกดดันในชีวิต 5) ความรุนแรงของอาการ
เจ็บป่วยที่เป็นอยู่ 6) การสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยได้
จัดกิจกรรมประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1. ความเชื่อความ
ศรัทธาทางศาสนา เพื่อสร้างความเลื่อมใสศรัทธาทาง
ศาสนา อันเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจให้เข้าไปสู่หลัก
ปฏิบัติที่ดีงาม เกิดความคิด ความรู้สึกเบิกบานภายใน
จิตใจ โดยการเข้าสู่กิจกรรมการทำสมาธิเพื่อให้เกิด
ความสงบ ไม่ฟุ้งซ่าน และปล่อยวางจากความวิตกกังวล
พร้อมทั้งการเล่าเรื่องราวความเป็นมาของพุทธศาสนา
หลักคำสอนเพื่อเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจให้นิ่ง โดย
แนะแนวทางการปฏิบัติวางแผนเป้าหมายของการ
ปฏิบัติ โดยใช้บุคคลต้นแบบ ที่ใช้หลักการทางศาสนา
มาเป็นแนวปฏิบัติในชีวิตประจำวัน กิจกรรมที่ 2 สร้าง
ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ โดยให้ความรู้ความ
เข้าใจเกี่ยวกับความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ แนว
ทางการสร้างความสุข การคิดบวกเพื่อเสริมพลังสู่การ
ฝ่าฟันอุปสรรค ร่วมกันให้คำนิยามของคำว่า
“ความสุข” เพื่อหาความหมายที่แท้จริงของชีวิตพร้อม

ทั้งให้ความรู้ แนวทางการเสริมสร้างความสุขตามแนวทางวิถีพุทธ และการคิดบวกมีผลดีอย่างไร กิจกรรมที่ 3 การปฏิบัติทางด้านศาสนา ร่วมทำกิจกรรมสมาธิบำบัด สวดมนต์ไหว้พระ พร้อมทั้งวิเคราะห์ข้อดีของการปฏิบัติ การสร้างสมาธิเกิดผลดีอย่างไร ในระหว่างการทำสมาธิ การร่วมรับฟังบรรยายธรรมะ ในหัวข้อ การเผชิญกับความเจ็บป่วยทางกาย กิจกรรมที่ 4 : การสนับสนุนทางสังคม เพื่อสร้างเครือข่ายทางสังคม ให้ข้อมูลแหล่งความรู้ ช่องทางในการขอคำปรึกษาทางด้านสุขภาพ กิจกรรมบอกเล่าเรื่องราว อาสาสมัครถ่ายทอดเรื่องราวของตนเองให้เพื่อนๆ ได้ร่วมรับฟังปัญหา และเพื่อนสมาชิกร่วมกันวิเคราะห์ เสนอแนวทางแก้ไข และให้ช่องทางการติดต่อบุคคลใกล้ชิดหรือองค์กรที่อาสาสมัครเชื่อใจในการขอคำปรึกษาเมื่อเกิดปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง เช่น เพื่อนบ้าน เพื่อนสมาชิกเครือข่ายที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย อสม. บุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น กิจกรรมที่ 5 ความรุนแรงของการเจ็บป่วย โดยการให้ความรู้เรื่อง แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า ฝึกปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย กิจกรรมที่ 6 เหตุการณ์ก่อดันชีวิต โดยสามารถวิเคราะห์และหาแนวทางการก้าวผ่านเหตุการณ์ก่อดันในชีวิตได้ ร่วมกันวิเคราะห์หมวดปมปัญหา และแนวทางการก้าวข้ามเหตุการณ์ก่อดันในชีวิต ให้บุคคลต้นแบบบอกเล่าเรื่องราวชีวิตที่เคยเผชิญและเคล็ดลับในการก้าวข้ามปัญหา

โดยกิจกรรมต่างๆ ประกอบไปด้วยการให้ทั้งความรู้ ทักษะ การชี้แนะแนวทางการสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจโดยอาศัยหลักพุทธศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยว การช่วยกันระดมความคิดเพราะวิเคราะห์ปัญหาร่วมกันหาทางออก และเสริมสร้างเครือข่ายเพื่อสร้างความเข้มแข็งทางสังคม จากกิจกรรมที่ครอบคลุมทุกด้าน กลุ่มตัวอย่างที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมจึงสามารถเสริมสร้างพลังทางจิตใจให้แข็งแกร่ง พร้อมรับกับสภาวะความทุกข์ความเครียดที่กำลังเผชิญอยู่ในการ

ดูแลผู้ป่วย เกิดความมั่นคงทางอารมณ์ มีความพึงพอใจต่อความเป็นอยู่และมีภาวะทางจิตที่เข้มแข็งขึ้น มีทัศนคติทางบวกต่อการเปลี่ยนแปลงเพื่อลดความวิตกกังวลและภาวะความเครียดลงได้ จึงเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ปภาวรินทร์ มีชนะ (2566)⁶ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนญาติดูแลแบบเอื้ออาทรต่อความผาสุกของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายในกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกในระยะก่อนการทดลองแตกต่างกับระยะหลังการทดลอง และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกในระยะหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ได้ให้ข้อเสนอแนะว่าพยาบาลวิชาชีพควรนำโปรแกรมการสอนญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ไปใช้เป็นแนวทางในการสอนญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ให้เกิดความเชื่อมั่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เพิ่มความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ได้อย่างปลอดภัย และก่อให้เกิดความผาสุก

ข้อเสนอแนะ

ด้านนโยบาย ควรมีการนำโปรแกรมการเสริมพลังทางบวกต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยระยะท้ายโรคมะเร็งไปกำหนดเป็นนโยบายทางด้านสาธารณสุขในการขับเคลื่อนสู่การส่งเสริมความผาสุกและการสร้างคุณภาพชีวิตในผู้ดูแลผู้ป่วยในระดับชุมชน

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล นอกเหนือจากการให้ทักษะความรู้ในการดูแลผู้ป่วย การนำโปรแกรมการเสริมพลังทางบวกช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโรคมะเร็งมีความพร้อมทางด้านจิตใจสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพเมื่อกลับสู่ชุมชนได้

ด้านการศึกษาวิจัย ควรมีการนำโปรแกรมการเสริมพลังทางบวกต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณไปศึกษาในพื้นที่ชุมชนอื่น หรือในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วย ผู้สูงอายุ หรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. (2022). *Classification of Tumours* Editorial Board. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2022.
2. Annual Report to the Nation on the Status of Cancer, 2022.
3. กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม. (2566). สถิติจำนวนผู้ป่วย พ.ศ. 2566.
4. สุมิตรา ตีระพงศ์ประเสริฐ, นิภาวรรณ สามารถกิจ, วิภา วิเสโส. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 29(1); 67-79.
5. Pitanupong J. and Janmanee S., (2021). End-of-life care preferences among cancer patients in Southern Thailand: a university hospital-based cross-sectional survey. *BMC Palliative Care*. 23 June 2021, 20(90); 1-8.
6. ปภาวรินทร์ มีชนะ. (2566). ผลของโปรแกรมสนับสนุนญาติดูแลแบบเอื้ออาทรต่อความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 38(3). 639-647.
7. เหมจิต มุกดาดี, วรณา ฉายอรุณ, และสุจิตรา ฟุ้งเฟื่อง. (2564). ผลของศิลปะบำบัดต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 2564;16(2):150-60.
8. ช่อผกา ปุยขาว, สุริพร ธนศิลป์, จรรยา ฉิมหลวง. (2562). ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. *วารสารเกื้อการุณย์*, 2562; 26(2):93-106.
9. พิมพ์พนิต ภาศรี, แสงอรุณ อิศระมาลัย, อุไร หักกิต. (2558). ทรรศนะของครอบครัวและความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. *วารสารสภาการพยาบาล*, 30(4) ;57-71.
10. Thapanakulsuk P., Sirapo-ngam Y., Ferrans C.E., Orathai P., and Junda T. (2020). Psychometric testing of a spiritual well-being scale for people with cancer. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 24(1); 39-53.
11. O'Brien, M.E. (2011). The need for spiritual integrity. In Yura, H., & Walsh, M. eds.
12. กาญจนา จันทร์สูง. ABC in Research (ตอนที่ 1) : การออกแบบงานวิจัยเบื้องต้น. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 2546. 18(2) 118-123.
13. พัชรารณ ดิงชุม, ศากุล ช่างไม้ และทิพา ต่อสกุลแก้ว. (2564). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความโดดเดี่ยวและความพึงพอใจของผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, (32)1; 182-194
14. ธนา นิลชัยโกวิทย์. (2545). แบบสอบถาม Thai General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย (Thai GHQ 12-28-30-60). **โครงการจัดทำโปรแกรมสำเร็จรูปในการสำรวจสุขภาพจิตในพื้นที่ ปี พ.ศ. 2545**. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
15. Goldberg D.P. (1973). *The Detection of Psychiatric illness by questionnaire*. Oxford University Press: London, 3(2); 257-264. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291700048613>
16. สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วิวรรณ ดันติพัฒน์สกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิต วงศ์สุวรรณ, ราณี พรหมานะจิรังกุล. (2540). เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกชุด 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด. *วารสารกรมสุขภาพจิต*, 5(3); 4-11.