

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2561

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

FACTORS RELATED TO DEATH ACCEPTANCE OF ADVANCED CANCER PATIENTS



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Science

Field of Study of Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2018

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับความตายของผู้ป่วย มะเร็งระยะลุกลาม
โดย	น.ส.มะลิวรรณ กระจ่างโพธิ์
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรรยา ฉิมหลวง

---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง  
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรรยา ฉิมหลวง)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(รองศาสตราจารย์ ดร.พิศสมัย อรทัย)

มะลิวรรณ กระโพธิ์ : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม. (FACTORS RELATED TO DEATH ACCEPTANCE OF ADVANCED CANCER PATIENTS) อ.ที่ปรึกษาหลัก  
: รศ. ดร.สุรพร ธนศิลป์, อ.ที่ปรึกษาร่วม : ผศ. ดร.จรรยา ฉิมหลวง

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ได้แก่ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย ภาวะที่ค้ำคา การรับรู้ความสามารถของตนเอง และสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามวัยผู้ใหญ่ที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรคมะเร็งของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวน 212 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวกตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย แบบสอบถามความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตาย แบบสอบถามภาวะที่ค้ำคา แบบสอบถามการรับรู้ในความสามารถของตนเอง แบบสอบถามสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว และแบบสอบถามการยอมรับความตาย ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และตรวจสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .86, .72, .74, .74, .89 และ .70 ตามลำดับ สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงบรรยาย และค่าสัมประสิทธิ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ คือ

1. ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีการยอมรับความตายในระดับสูง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 31.37 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.47
2. ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ภาวะที่ค้ำคา ความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับการยอมรับความตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.61$ ,  $r = -.39$ ) ตามลำดับ
3. ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตายและการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการยอมรับความตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .41$ ,  $r = .38$ ) ตามลำดับ และสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการยอมรับความตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .20$ )

สาขาวิชา           พยาบาลศาสตร์  
ปีการศึกษา       2561

ลายมือชื่อนิสิต .....  
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....  
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาร่วม .....

# # 5877189936 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORD: DEATH ACCEPTANCE, ADVANCED CANCER, DEATH ANXIETY, BUDDHIST BELIEFS ABOUT DEATH, SELF-EFFICACY, FAMILY RELATIONSHIP, UNFINISHED TASK

Maliwan Krapo : FACTORS RELATED TO DEATH ACCEPTANCE OF ADVANCED CANCER PATIENTS. Advisor: Assoc. Prof. Sureeporn Thanasilp, D.N.S Co-advisor: Asst. Prof. Janya Chimluang, Ph.D.

This research aimed to investigate factors related to death acceptance of advanced cancer patients, including death anxiety, Buddhist beliefs about death, unfinished task, self-efficacy and family relationship. The participants comprised two hundred and twelve adult advanced cancer patients who had received services from cancer clinics in King Chulalongkorn Memorial Hospital, Ramathibodi Hospital and Thai National Cancer Institute. The research instruments included the Demographic Questionnaire, Death Anxiety Questionnaire, Religious Belief about Death Questionnaire, Unfinished task Questionnaire, The General Self-Efficacy Scale, Family Relationship Questionnaire and Death Acceptance Scale. These instruments were tested for their content validity by a panel of experts. Instrument was tested by using Cronbach's alpha coefficient reliability obtained at .86, .72, .74, .74, .89, and .70, respectively. Data were analyzed by using descriptive statistics and Pearson's product moment correlation coefficient.

The major findings were as follows:

1. The advanced cancer patients had high levels of death acceptance (mean= 31.37; SD= 3.47).
2. Death anxiety and unfinished task were significantly negative correlated with death acceptance of advanced cancer patients ( $r = -.61$ ,  $r = -.39$ ), respectively.
3. Buddhist beliefs about death, perceived self-efficacy, and family relationship were significantly positive correlated with death acceptance of advanced cancer patients ( $r = .41$ ,  $r = .38$ ,  $r = .20$ ), respectively.

Field of Study: Nursing Science

Academic Year: 2018

Student's Signature .....

Advisor's Signature .....

Co-advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือจากบุคคลหลายท่าน ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.สุธีพร ธนศิลป์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรรยา ฉิมหลวง อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้ให้คำปรึกษาและชี้แนวทางในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ตลอดจนเป็นกำลังใจให้แก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี อีกทั้งยังคอยผลักดันให้ผู้วิจัยสามารถผ่านอุปสรรคต่างๆจนประสบความสำเร็จ นอกจากนี้ยังเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับผู้วิจัย ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร.พิศสมัย อรทัย กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย ที่ได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ประสบการณ์การเรียนรู้ที่เป็นประโยชน์สำหรับผู้วิจัย รวมถึงเจ้าหน้าที่ทุกคนที่คอยอำนวยความสะดวกในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัยที่กรุณาสับสนุน “ทุน 90 ปีจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กองทุนรัชดาภิเษกสมโภช” ในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

ขอกราบขอบพระคุณเจ้าของเครื่องมือที่อนุญาตให้ผู้วิจัยนำเครื่องมือมาใช้ในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ รวมถึงขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ที่สละเวลาในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและแก้ไขเครื่องมือวิจัย ขอขอบพระคุณแพทย์ หัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลและเจ้าหน้าที่ทุกท่านในแผนกผู้ป่วยโรคมะเร็งของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย สถาบันมะเร็งแห่งชาติและโรงพยาบาลรามธิบดี ที่คอยช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย นอกจากนี้ที่ขาดไม่ได้คือ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามทุกท่านที่สละเวลาและให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้อย่างเต็มใจ

สุดท้ายนี้ ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ขอบคุณน้องๆ รวมถึงคุณชยนัน หงส์โพธิพันธ์ุ์ ที่ให้กำลังใจและคอยสนับสนุนในทุกด้าน อีกทั้งขอขอบคุณกัลยาณมิตรทุกคนที่ให้กำลังใจ ช่วยเหลือและให้คำปรึกษาแก่ผู้วิจัยทำให้สามารถผ่านอุปสรรคต่างๆและทำวิทยานิพนธ์จนสำเร็จ

มะลิวรรณ กระโพธิ์

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญแผนภาพ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	5
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	5
สมมติฐานการวิจัย.....	9
ขอบเขตการวิจัย.....	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	10
บทที่ 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
1. ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม.....	12
1.1 ความหมายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม.....	12
1.2 การรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม.....	12
1.3 การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามแบบประคับประคอง (Palliative care).....	14
1.4 ผลกระทบจากโรคมะเร็งระยะลุกลามต่อผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม.....	15

2. ปฏิบัติการตอบสนองต่อความเศร้าโศกของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม .....	18
3. แนวคิดเกี่ยวกับความตาย.....	19
4. แนวคิดการเผชิญความตายด้วยใจสงบ .....	22
5. แนวคิดการยอมรับความตาย (Death Acceptance).....	24
5.1 ความหมายของการยอมรับความตาย .....	24
5.2 การยอมรับความตายในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม .....	26
5.3 ผลกระทบของการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม .....	28
5.4 การประเมินการยอมรับความตาย.....	29
6. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม .....	30
6.1 ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย (Death Anxiety).....	30
6.2 ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย .....	34
6.3 ภาระที่ค้างคา .....	37
6.4 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy).....	41
6.5 สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว .....	43
7. บทบาทพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม.....	45
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	46
9. กรอบแนวคิดการวิจัย.....	49
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย .....	51
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	51
คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria).....	51
วิธีการดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง .....	52
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	53
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	63
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	67



การวิเคราะห์ข้อมูล.....	68
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	70
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	76
สรุปผลการวิจัย.....	76
การอภิปรายผลการวิจัย.....	78
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	84
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	85
บรรณานุกรม.....	86
ภาคผนวก.....	96
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ.....	97
ภาคผนวก ข จดหมายขอความร่วมมือในการวิจัย.....	99
ภาคผนวก ค เอกสารพิจารณาจริยธรรมการวิจัยและเอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	117
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	133
ภาคผนวก จ ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	141
ประวัติผู้เขียน.....	154

## สารบัญตาราง

### หน้า

ตารางที่ 1 ความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Reliability) จากกลุ่มตัวอย่างที่ทดลองใช้ (n=30).....	63
ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม จำแนกตามอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะของโรคมะเร็ง โรคประจำตัวอื่นๆ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน (n= 212).....	71
ตารางที่ 3 พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ การยอมรับความตาย ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย ภาระที่ค้างคา การรับรู้ความสามารถของตนเองและสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว (n=212).....	74
ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย ภาระที่ค้างคา การรับรู้ความสามารถของตนเอง สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวกับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ( n=212 ).....	75
ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม จำแนกตามการยอมรับความตาย (n= 212).....	145
ตารางที่ 6 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม จำแนกตามความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย (n= 212).....	145
ตารางที่ 7 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม จำแนกตามความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย (n= 212).....	146
ตารางที่ 8 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม จำแนกตามภาระที่ค้างคา (n= 212).....	146
ตารางที่ 9 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม จำแนกตามการรับรู้ความสามารถของตนเอง (n= 212).....	146
ตารางที่ 10 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม จำแนกตามสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว (n= 212).....	147
ตารางที่ 11 พิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม จำแนกตามการยอมรับความตายรายข้อ (n=212).....	147

ตารางที่ 12 พิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม จำแนกตามความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายรายข้อ (n=212) ..... 148

ตารางที่ 13 พิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม จำแนกตามความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตายรายข้อ (n=212) ..... 149

ตารางที่ 14 พิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม จำแนกตามภาระที่ค้างคารายข้อ (n=212)..... 150

ตารางที่ 15 พิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม จำแนกตามการรับรู้ความสามารถของตนเองรายข้อ (n=212)..... 151

ตารางที่ 16 พิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม จำแนกตามสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวรายข้อ (n=212)..... 152



## สารบัญแผนภาพ

หน้า

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย.....	50
แผนภาพที่ 2 การทดสอบการกระจายของข้อมูล (Testing of Normal distribution) การยอมรับความตาย ด้วยการพิจารณา Normal Q-Q Plot .....	142
แผนภาพที่ 3 การทดสอบการกระจายของข้อมูล (Testing of Normal distribution) ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ด้วยการพิจารณา Normal Q-Q Plot.....	142
แผนภาพที่ 4 การทดสอบการกระจายของข้อมูล (Testing of Normal distribution) ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย ด้วยการพิจารณา Normal Q-Q Plot.....	143
แผนภาพที่ 5 การทดสอบการกระจายของข้อมูล (Testing of Normal distribution) ภาระที่ค้างคา ด้วยการพิจารณา Normal Q-Q Plot.....	143
แผนภาพที่ 6 การทดสอบการกระจายของข้อมูล (Testing of Normal distribution) การรับรู้ความสามารถของตนเอง ด้วยการพิจารณา Normal Q-Q Plot .....	144
แผนภาพที่ 7 การทดสอบการกระจายของข้อมูล (Testing of Normal distribution) สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว ด้วยการพิจารณา Normal Q-Q Plot.....	144

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่ร้ายแรงและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก ปัจจุบันโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับสองของโลกและมีแนวโน้มการเพิ่มของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2575 (ค.ศ. 2032) จะมีผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่เพิ่มขึ้นประมาณ 22 ล้านคน และจะมีผู้เสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้นประมาณ 13 ล้านคน (World Health Organization, 2014b) สำหรับประเทศไทยพบว่า โรคมะเร็งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของประเทศไทย โดยพบจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งในปีพ.ศ. 2559 มีประมาณ 77,566 คน หรืออัตรา 119.9 ต่อ 100,000 ประชากร (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2559) และพบว่าจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ดังรายงานสถิติผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่มารับบริการที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติในปีพ.ศ. 2559 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 3,610 คน ซึ่งเพิ่มสูงขึ้นจากปีพ.ศ. 2558 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2559)

โรคมะเร็งเกิดจากการเจริญผิดปกติของเซลล์ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในร่างกาย หากพบในระยะแรกอาจรักษาหายขาด แต่เมื่อเข้าสู่ระยะลุกลามอาจไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ (World Health Organization, 2014a) ดังนั้นผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจะได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงตามพยาธิสภาพของโรคที่ไม่สามารถควบคุมได้ รวมถึงผลข้างเคียงจากการรักษาในระยะเวลาอันยาวนานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ สังคมและเศรษฐกิจ (กัญญ์รัฐดา ศรีภา, 2554; ศรีรัตน์ มากมาย, ฉัตรชัย สิริชยานุกุล, และธรรณี สิชยานุกุล, 2556) ด้านร่างกายผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจะได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆรอบกวนต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น อาการปวด อาการเหนื่อยล้า คลื่นไส้ อาเจียน ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง ด้านจิตใจ ผู้ป่วยจะรู้สึกหดหู่ ท้อแท้ เกิดความรู้สึกเศร้า สูญเสีย หมดกำลังใจ ท้อแท้สิ้นหวัง กลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บปวดและความตายที่เข้ามาใกล้ ด้านจิตวิญญาณ การที่ผู้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทำให้ไม่สามารถปฏิบัติศาสนกิจได้ดั้งเดิมหรืออาจได้รับการปฏิบัติที่ขัดต่อความเชื่อหรือค่านิยม (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552; พระไพศาล วิสาโล และคณะ, 2552; วิไลลักษณ์ ตันตติระกุล, 2552) ด้านสังคมและเศรษฐกิจกระทบต่อบทบาทและวิถีชีวิตของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว สูญเสียรายได้จากการไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ (ศรีรัตน์ มากมาย และคณะ, 2556) ผู้ป่วยบางรายรู้สึกเป็นภาระให้กับครอบครัว (กัญญ์รัฐดา ศรีภา, 2554)

การดูแลรักษาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามคือ การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) (American Cancer Society, 2014; World Health Organization, 2014a; นภา ทวีรทรงกุล, สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม, และบัวหลวง สำแดงฤทธิ์, 2558) การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) หมายถึง การดูแลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นจากการเผชิญกับปัญหาเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิตโดยการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมาน โดยการค้นหาอาการเจ็บป่วย ประเมินและให้การรักษาสภาพะเจ็บปวดของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยรูปแบบการทำงานของสหวิชาชีพ เข้าใจว่าการตายเป็นเรื่องธรรมชาติ ไม่ส่งเสริมให้ความตายเกิดเร็วขึ้นหรือประวิงเวลาแห่งความตายออกไป (World Health Organization, 2002) ซึ่งมีเป้าหมายการช่วยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้อย่างสงบ และมีศักดิ์ศรี หรือเรียกว่า “การตายดี” (The National Council for Palliative Care 2006; วัลภา คุณทรงเกียรติ, 2556) องค์ประกอบสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยนั้นมีการเตรียมตัวตายที่ดีและนำไปสู่การตายดีได้ คือ “การยอมรับความตาย”(McLeod-Sordjan, 2014; Payne, Langley-Evans, & Hillier, 1996; Zimmermann, 2012) ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเป็นผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงและต้องเผชิญกับความตายที่เข้ามาใกล้ จึงมีความจำเป็นที่ต้องเรียนรู้ที่จะยอมรับความตายว่าเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตเพื่อให้มีการเตรียมตัวสำหรับการตายของตนเองและได้ตายอย่างสงบ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552; พระไพศาล วิสาโล และคณะ, 2552) สอดคล้องกับสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (2554) ที่กล่าวถึงหลักสำคัญในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองคือการยอมรับความตายว่าเป็นกระบวนการตามธรรมชาติ

อย่างไรก็ตามจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งยังไม่สามารถยอมรับความตายได้จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งยอมรับความตายน้อยถึงปานกลาง ดังการศึกษาของ Pinquart, Fröhlich, Silbereisen et al. (2006) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งมีการยอมรับความตายอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้ Hinton (1999) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายร้อยละ 49 มีการยอมรับความตายในระดับน้อยและร้อยละ 18 มีความล้มเหลวในการยอมรับความตาย สำหรับประเทศไทยยังไม่พบการศึกษากการยอมรับความตายในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง

การยอมรับความตาย (Death Acceptance) หมายถึง การรับรู้และการแสดงออกต่อการเสียชีวิตว่าเป็นธรรมชาติที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้และไม่รู้สึกหวั่นกลัวต่อการเสียชีวิต (Wong et al., 1994) ผู้ป่วยที่ยอมรับความตายได้จะแสดงพฤติกรรมในทิศทางบวก คือ สามารถจัดการกับการตายที่ใกล้เข้ามาได้อย่างเหมาะสม ผู้ป่วยที่ยอมรับความตายได้มักเป็นผู้ป่วยที่รับรู้และเข้าใจข้อมูลตามจริงเกี่ยวกับภาวะใกล้ตาย และยอมรับว่าความตายเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้กับตนเอง ผู้ป่วยบางคนสืบเสาะข้อมูลจากแหล่งความรู้ต่างๆ มีการเตรียมตัวสำหรับการตาย เตรียมความพร้อมให้ครอบครัวและพูดคุยเพื่อวางแผนการเผชิญกับความตายได้เหมาะสม (Kubler-Ross, 1997; กัญญ์ฐิตา ศรีภา, 2554; รจนา ทองดำ, วราภรณ์ คงสุวรรณ,และกิตติกร นิลมานันต์, 2558; วัลภา คุณทรงเกียรติ, 2556) สำหรับ

ผู้ป่วยที่ไม่ยอมรับความตายจะมีทิศทางแสดงพฤติกรรมในเชิงต่อรอง หลีกหนี ปกปิด หรือละเลย ปัญหาแม้ว่าผู้ป่วยรับรู้ถึงสถานะที่เป็นอยู่แต่เลือกที่จะปฏิเสธหรือหลีกหนีที่จะรับรู้ความตาย มีพฤติกรรมถอยหนีจากการรับรู้ข้อมูลที่แท้จริงเกี่ยวกับตนเอง ไม่พูดคุยถึงสถานะที่ตนเองเจ็บป่วยกับใครๆ แยกตัว (Kubler-Ross, 1997) ผู้ป่วยมักหันไปรักษาทางเลือกอื่น เช่น พึงยาหม้อ หรือการทำตามความเชื่อของตนเอง เช่น บันบานต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์ การทำบุญสะเดาะเคราะห์ หรือการทำบุญอธิษฐานขอพร (กัญญ์ฐิตา ศรีภา, 2554)

ผลกระทบจากการไม่ยอมรับความตายในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามส่งผลทำให้เกิดการตายที่ไม่ดี (Zimmermann, 2012) ผู้ที่ไม่ยอมรับความตายจะไม่ได้เตรียมตัวสำหรับการตาย ทำให้เกิดความทุกข์ทางจิตใจเมื่อถึงเวลาใกล้ตาย เช่น ความกลัว ความตื่นตระหนก กระวนกระวาย ไม่มีความสุข (พระไพศาล วิสาโล และคณะ, 2552) นอกจากนี้ผู้ที่ไม่ยอมรับความตายจะไม่สามารถรับรู้ตามจริงได้ มีการเผชิญปัญหาอย่างไม่เหมาะสม ไม่สามารถจัดการกับชีวิตก่อนตายของตนเองได้ เกิดเป็นความหดหู่ ความเครียด และวิตกกังวลตลอดเวลา (กัญญ์ฐิตา ศรีภา, 2554) ในทางตรงกันข้ามการยอมรับความตายที่ดีจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการเตรียมความพร้อมสำหรับการตายของตนเอง ได้มีการเตรียมตัวตายโดยการจัดการกับสิ่งต่างๆ ได้ทำตามสิ่งที่ตัวเองต้องการก่อนตายและใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่า ได้แบ่งปันความเข้าใจและวางแผนเผชิญปัญหาาร่วมกันกับครอบครัว สามารถจัดการกับภาวะเครียดได้ และช่วยให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น (Zimmermann, 2012; กัญญ์ฐิตา ศรีภา, 2554; ทศนีย์ ทองประทีป, 2552; พระไพศาล วิสาโล และคณะ, 2552; รจนา ทองดำ และคณะ, 2558; วัลภา คุณทรงเกียรติ, 2556) นำไปสู่การตายอย่างสงบ (McLeod-Sordjan, 2014; Payne et al., 1996)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับความตาย ได้แก่ ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน, การพยากรณ์โรค, การมีเป้าหมายสำคัญในระยะยาว, ความเชื่อทางศาสนา, อายุ, เพศ, การรับรู้ความสามารถของตนเอง, ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย, การตระหนักถึงความตายและสัมพันธ์ภาพของบุคคลในครอบครัว (Daaleman, & Dobbs, 2010; Durlak, & Kass, 1982; Harding, Flannelly, Weaver et al., 2005; Hinton, 1999; Pinquart et al., 2006; จิตใจ ศิริโส, 2559) โดยจากการศึกษาของ Hinton (1999) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่มีระดับการตระหนักถึงความตายมากจะยอมรับความตายมากกว่าผู้ป่วยที่มีการตระหนักถึงความตายน้อยและผู้ป่วยเพศหญิงยอมรับความตายมากกว่าเพศชาย จากการศึกษานี้ของ Harding et al. (2005) พบว่าปัจจัยด้านมโนคติเกี่ยวกับศาสนามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการยอมรับความตาย ( $r=.26$ ) โดยความเชื่อในพระเจ้าและความเชื่อในชีวิตหลังความตายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการยอมรับความตาย ( $r = .21, r = .22, p < .05$ ) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Pinquart et al. (2006) ที่พบว่าความเชื่อทางศาสนามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็ง ( $r=.17,$

$p < .05$ ) และจากการศึกษาของ Harding et al. (2005) ยังพบว่า ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายมีความสัมพันธ์ทางลบกับการยอมรับความตายในกลุ่มผู้นับถือศาสนาคริสต์นิกายอภิสโคปอล ( $r = -.35$ ) ซึ่งสอดคล้องกับ Durlak, and Kass (1982) ที่ศึกษาพบว่าความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายมีความสัมพันธ์ทางลบกับการยอมรับความตายในกลุ่มนักเรียน ( $r = -.39$ ) จากการศึกษาของ Pinquart et al. (2006) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็ง ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ( $r = -.13$ ,  $p < .05$ ) การมีเป้าหมายในระยะยาว ( $r = -.19$ ,  $p < .001$ ) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็ง ได้แก่ อายุ ( $r = .40$ ,  $p < .001$ ) และการพยากรณ์โรค ( $r = .21$ ,  $p < .001$ ) นอกจากนี้จากการศึกษาของ Daaleman, and Dobbs (2010) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการยอมรับความตายของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง ( $r = .15$ ,  $p < .05$ ) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ( $r = .13$ ,  $p < .05$ ) อย่างไรก็ตามในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม แต่พบว่ามีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งแนวคิดคุณภาพการตายและการยอมรับความตายมีความสอดคล้องกัน โดยหากผู้ป่วยยอมรับความตายก็จะมีคุณภาพการตายที่ดี (Zimmermann, 2012) จากการศึกษาของ จิตใจ ศิริโส (2559) พบว่าปัจจัยด้านสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ( $r = .38$ ,  $p < .05$ )

การพยาบาลที่มีคุณภาพเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นสำหรับผู้ป่วยระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดหรืออาการของโรค ช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี สนับสนุนและให้กำลังใจเพื่อเผชิญกับกระบวนการตายได้อย่างสงบ โดยหลักการสำคัญคือให้ผู้ป่วยสามารถยอมรับความตายว่าเป็นเรื่องธรรมชาติที่ทุกคนหลีกเลี่ยงไม่ได้นำไปสู่การตายดี ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

อย่างไรก็ตามการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับความตายที่ผ่านมาเป็นการศึกษาในต่างประเทศที่ประชากรส่วนใหญ่ นับถือศาสนาคริสต์ซึ่งแตกต่างจากบริบทของประเทศไทยที่มีศาสนาพุทธเป็นศาสนาประจำชาติ โดยประชากรร้อยละ 94 ของประเทศไทยนั้นนับถือศาสนาพุทธ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561) ความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตายจึงมีความแตกต่างกัน องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาในต่างประเทศจึงยังไม่สามารถนำมาอ้างอิงกับบริบทของสังคมไทยได้

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในประเทศไทย โดยในการศึกษารั้งนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาตัวแปรที่มีความสำคัญ เป็น



ตัวแปรที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้โดยพยาบาล และมีความเหมาะสมกับบริบทประเทศไทยที่ส่วนใหญ่ นับถือศาสนาพุทธ ได้แก่ 1) ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย 2) ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย 3) ภาระที่ค้างคา 4) การรับรู้ความสามารถของตนเอง และ 5) สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว ทั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามให้เกิดการยอมรับความตายและเป็นแนวทางในการพัฒนางานวิจัยต่อเนื่องเกี่ยวกับการยอมรับความตายในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

### คำถามการวิจัย

1. การยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเป็นอย่างไร
2. ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย ภาระที่ค้างคา การรับรู้ความสามารถของตนเอง สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามหรือไม่ อย่างไร

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย ภาระที่ค้างคา การรับรู้ความสามารถของตนเอง สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวกับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

### แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเป็นผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงและต้องเผชิญกับความตายที่เข้ามาใกล้ จึงมีความจำเป็นที่ต้องเรียนรู้เพื่อที่จะยอมรับความตายว่าเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตเพื่อนำไปสู่การตายอย่างสงบ (Zimmermann, 2012; ทศนีย์ ทองประทีป, 2552; พระไพศาล วิสาโล และคณะ, 2552) การยอมรับความตายในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีผลต่อการเตรียมความพร้อมสำหรับการตายของตนเอง ได้จัดการกับสิ่งต่างๆได้ทำตามสิ่งที่ตัวเองต้องการก่อนตาย และใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่า นำไปสู่การตายอย่างมีศักดิ์ศรี ตายอย่างสงบ (McLeod-Sordjan, 2014; Payne et al., 1996) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งยอมรับความตายน้อยถึงปานกลาง (Pinquart et al., 2006) ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ซึ่งปัจจัยที่ศึกษาในครั้งนี้ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม โดยผู้วิจัยเลือกศึกษาตัวแปรที่มีความสำคัญ เหมาะสมกับบริบทประเทศไทยและสามารถเปลี่ยนแปลงได้โดยพยาบาล ได้แก่ 1) ความ

วิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย 2) ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย 3) ภาวะที่ค้างคา 4) การรับรู้ความสามารถของตนเอง และ 5) สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว ดังต่อไปนี้

**ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย (Death anxiety)** เมื่อบุคคลได้รับรู้ว่าตนเองอยู่ใกล้ความตาย มักจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายที่ตนเองจะต้องเผชิญ (Sherman, Norman, & McSherry, 2010) ลักษณะอารมณ์ของความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายเกี่ยวข้องกับความรู้สึกเกี่ยวกับการทำลายชีวิตของตนเอง และศูนย์กลางแห่งความกลัวการสิ้นสุดชีวิต (Greenberg, Pyszczynski, Solomon et al., 1994) การที่ต้องเผชิญหน้ากับความตายที่หลีกเลี่ยงไม่ได้โดยเฉพาะในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามทำให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายซึ่งเป็นกลไกพื้นฐานทางจิตใจของมนุษย์ เป็นตัวการสำคัญที่ทำให้เกิดการแสดงออกด้านอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยแสดงการปฏิเสธความตาย กลัวความตายของตนเองและบุคคลอื่น หลีกเลี่ยงความตายและความไม่เต็มใจในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลที่กำลังใกล้ตาย (Conte, Weiner, & Plutchik, 1982; Lonetto, & Templer, 1986; สารภี รังษิโกศัย และคณะ, 2556) นอกจากนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความรู้สึกกลัวกระบวนการตาย กลัวความทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ กลัวความสูญเสียและพลัดพรากจากคนที่รัก (กัญญ์รัฐดา ศรีภา, 2554) ผู้ที่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายจะมีทัศนคติต่อความตายในทางลบ จึงทำให้การเรียนรู้เกี่ยวกับความตายไม่ดี (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552) สภาพปัญหานี้มีผลต่อการดำรงชีวิตในระยะใกล้ตายของผู้ป่วย ทำให้ยากที่ผู้ป่วยจะเกิดการยอมรับและเป็นอุปสรรคต่อหนทางไปสู่การยอมรับความตาย ผู้ป่วยจึงไม่ยอมรับความตาย (กัญญ์รัฐดา ศรีภา, 2554; สารภี รังษิโกศัย และคณะ, 2556) จากการศึกษาพบว่าผู้ที่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายสูงจะมีการยอมรับความตายน้อย กล่าวคือความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายมีความสัมพันธ์ทางลบกับการยอมรับความตาย (Durlak, & Kass, 1982; Harding et al., 2005)

**ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย** ความเชื่อทางศาสนาจะทำให้เกิดความเข้าใจในเรื่องของความตาย และชีวิตหลังความตายได้มากขึ้น เนื่องจากหลักธรรมคำสอนทางศาสนาจะสอนถึงความจริงของชีวิต ความเชื่อต่างๆที่เกี่ยวกับความตายและชีวิตหลังความตายจึงมีผลทำให้บุคคลเกิดการยอมรับความตายได้มากขึ้น (Corr, Corr, & Bordere, 2013; ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552) ความเชื่อและความศรัทธาทางศาสนามีผลต่อการผูกโยงความคิดเกี่ยวกับความตายและภาวะใกล้ตาย (กัญญ์รัฐดา ศรีภา, 2554) ซึ่งในพุทธศาสนาสอนให้บุคคลเข้าใจความตายและฝึกจิตใจให้คุ้นเคยกับความตาย ผู้ที่มีความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตายมากจึงยอมรับความตายมากขึ้น (พระไพศาล วิสาโล และคณะ, 2552) นอกจากนี้มีการศึกษาพบว่าความเชื่อทางศาสนามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็ง กล่าวคือ ผู้ที่มีความเชื่อทางศาสนาในระดับมากจะมีระดับการยอมรับความตายมากกว่า (Harding et al., 2005; Pinquart et al., 2006) อย่างไรก็ตามถึงแม้ผลการศึกษาดังกล่าวจะศึกษาในศาสนาคริสต์ ผู้วิจัยคาดว่าหลักธรรมคำสอนทางศาสนาของทั้งสอง

ศาสนาอาจมีความคล้ายกันในเรื่องของการสอนถึงความจริงของชีวิตและความเชื่อต่างๆที่เกี่ยวกับความตายและชีวิตหลังความตาย ดังนั้นจึงมีผลทำให้บุคคลเกิดการยอมรับความตายได้มากขึ้นเช่นเดียวกัน

**ภาวะที่ค้างคา** เมื่อผู้ป่วยรับรู้ถึงวาระสุดท้ายของชีวิต สิ่งหนึ่งที่จะนำความทุกข์แก่จิตใจ และทำให้ไม่อาจยอมรับความตายได้ คือความรู้สึกค้างคาใจในบางสิ่งบางอย่าง สิ่งนั้นอาจได้แก่ ภารกิจ การงาน ทรัพย์สิน ความน้อยเนื้อต่ำใจในคนใกล้ชิด ความโกรธแค้นใครบางคน หรือความรู้สึกผิดบางอย่าง ความปรารถนาที่จะพบคนบางคนหรือปรารถนาจะขอโทษกรรม เหล่านี้ล้วนทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ใจและพยายามปฏิเสธผลสักไสความตาย (พระไพศาล วิสาโล, 2554) การที่ผู้ป่วยมีภาวะหรือความคาดหวังหรือเป้าหมายที่ยังไม่ได้ทำจะเป็นสิ่งที่ค้างคาที่ผู้ป่วยอยากจะกระทำให้สำเร็จ แต่เมื่อมีสถานการณ์มาทำให้ความคาดหวังหรือเป้าหมายในชีวิตต้องปรับเปลี่ยนหรือสกัดกั้นหนทางที่จะนำไปสู่ชีวิตตามที่วางไว้ บุคคลอาจเกิดความคับข้องใจ เสียใจ ท้อใจ ภาวะใกล้ตายและความตาย เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการมุ่งสู่การบรรลุเป้าหมายและการจัดการสิ่งที่ค้างคาในชีวิตของผู้ป่วย ขึ้นอยู่กับว่าผู้ป่วยได้คาดหวังและวางแผนไว้ในลักษณะใด (กัญญ์ฐิตา ศรีภา, 2554; ทศนีย์ ทองประทีป, 2552; วัลภา คุณทรงเกียรติ, 2556) ผู้ป่วยที่ยังยึดติดกับภาวะต่างๆที่ค้างคาในจิตใจจะไม่เกิดการปล่อยวาง ผู้ป่วยจะขัดขืนดิ้นรนและต้องการที่จะมีชีวิตเพื่อจัดการให้สำเร็จ จะไม่สามารถพรากจากสิ่งนั้นจึงไม่สามารถยอมรับความตายที่กำลังจะมาถึงได้ ในทางตรงข้ามผู้ป่วยที่สามารถคิดและตระหนักในการจัดการกับภาวะที่ค้างคาและปล่อยวางจะยอมรับความตายที่เข้ามาใกล้ได้ (กัญญ์ฐิตา ศรีภา, 2554; พระไพศาล วิสาโล, 2554) การยอมรับความตายจึงขึ้นอยู่กับการไม่มีภาวะที่ค้างคาหรือเป้าหมายที่สำคัญ (Tobin, 1996; Tomer, & Eliason, 2000) สอดคล้องกับการศึกษาของ Pinquart et al. (2006) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่มีเป้าหมายสำคัญในระยะยาวแล้วยังทำไม่สำเร็จจะต้องการที่จะมีชีวิตอยู่และไม่ยอมรับความตายหากยังไม่ได้ทำสิ่งนั้น กล่าวคือ การมีเป้าหมายที่ยังไม่บรรลุมีความสัมพันธ์ทางลบกับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็ง

**การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy)** บุคคลที่รับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะส่งผลต่อความสำเร็จ กล่าวเผชิญต่อปัญหาต่างๆ การรับรู้ความสามารถของตนเองในแต่ละบุคคลมีโอกาสพัฒนาได้ หากได้รับแรงเสริมทำให้รู้ว่าตนมีความสามารถที่จะกระทำได้ เมื่อบุคคลประเมินว่าตนมีความสามารถสูงเกี่ยวกับพฤติกรรมหรือสถานการณ์ที่ตนต้องเผชิญและพฤติกรรมนั้นไม่ยากเกินกำลังความสามารถของตนจะนำไปสู่การกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ด้วยความอดทนและไม่ย่อท้อต่ออุปสรรคต่างๆ (Bandura, 1997) นอกจากนี้การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นการส่งเสริมกระบวนการคิดเชิงบวกต่อตนเองในการตัดสินใจถึงระดับความสามารถของตนเองในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้สำเร็จ ทำให้เกิดความเชื่อมั่นเป็นแรงเสริมให้รู้สึกว่าคุณมีความสามารถในการตัดสินใจด้วยตนเอง มีความคิด และมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิตและสามารถควบคุมจัดการกับสิ่งที่มี

ผลกระทบต่อความกลัวและความวิตกกังวลให้ลดน้อยลง (ยุพา ทองสุข, 2559) ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามต้องเผชิญกับความตายซึ่งเป็นความยากลำบากที่จะยอมรับได้ หากผู้ป่วยประเมินความสามารถของตนเองที่สูงหรือรับรู้ถึงความยากลำบากนี้ผู้ป่วยสามารถควบคุมได้ กล่าวคือมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวทางจิตใจกับเหตุการณ์ที่คุกคามพร้อมที่จะเผชิญกับการยอมรับความตายได้ โดยการรับรู้ความสามารถของตนเองที่สูงมาจากการเรียนรู้จากเหตุการณ์ในอดีตและเพิ่มพูนทักษะของตนเอง (Hirai, Suzuki, Tsuneto et al., 2002) นอกจากนี้มีการศึกษาพบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการยอมรับความตายของผู้ป่วยโรคระเร็ง (Daaleman, & Dobbs, 2010)

**สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว** ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวเป็นการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อการรับรู้และการให้ความหมายประสบการณ์ใกล้ตายของผู้ป่วยในแง่มุมต่างๆ ผู้ป่วยและครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน มักพูดคุยกันได้อย่างเปิดเผยตรงไปตรงมา ในขณะที่ครอบครัวที่ความสัมพันธ์กันอย่างห่างเหินหรือไม่ลงรอย มักไม่พูดคุยกันถึงเรื่องความเจ็บป่วยและการเตรียมตัวตาย สัมพันธภาพภายในครอบครัวที่ดีส่งผลให้มีการส่งผ่านข้อมูลกันในครอบครัว ช่วยให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับครอบครัวเมื่อตนเองตาย ผู้ป่วยจะหมดห่วงและปล่อยวาง (กัญญ์รัฐตา ศรีภา, 2554) การเตรียมความพร้อมร่วมกับครอบครัวช่วยให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลและความเศร้าโศกของตนเองได้ (วัลภา คุณทรงเกียรติ, 2556) นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวจะทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ และมีสภาพจิตใจที่เข้มแข็งขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการต่อสู้กับภาวะเจ็บป่วย (วีไลลักษณ์ ต้นติตระกูล, 2552) สัมพันธภาพระดับดีในครอบครัวจะทำให้ผู้ป่วยได้รับความมั่นใจว่าจะได้รับความรัก การเอาใจใส่ ดูแลแบบแผนการดำเนินชีวิต ปลอดภัย ให้กำลังใจจากครอบครัว สนใจซักถามอาการเจ็บป่วย ตลอดจนมีส่วนร่วมช่วยในการปฏิบัติกิจกรรมที่ให้ความหมายในชีวิต ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกได้ถึงควมมีคุณค่าแห่งตน มีความสำคัญ มีความมั่นคงในชีวิต ชีวิตมีความหมาย ส่งผลให้เกิดพลังใจและแรงจูงใจในการเผชิญความเจ็บป่วยสามารถยอมรับการเจ็บป่วยได้ (Walton, 1996; Kemp, 1995) ดั่งการศึกษาของจิตใจ ศิริโส (2559) ที่พบว่าสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งแนวคิดคุณภาพการตายและการยอมรับความตายมีความสอดคล้องกัน โดยหากผู้ป่วยยอมรับความตายได้ดีก็จะมีคุณภาพการตายที่ดีตามมา (Zimmermann, 2012) ดังนั้นผู้วิจัยจึงคาดว่าสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

### สมมติฐานการวิจัย

1. ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย การรับรู้ความสามารถของตนเอง สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม
2. ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ภาระที่ค้างคา มีความสัมพันธ์ทางลบกับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยสหสัมพันธ์เชิงบรรยาย (Descriptive correlational research) เพื่อศึกษาการยอมรับการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามและความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตาย ภาระที่ค้างคา การรับรู้ความสามารถของตนเอง สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวกับการยอมรับการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

**ประชากร** คือ ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามทุกชนิด ที่มีอายุระหว่าง 18-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง และมารับการรักษาที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยมะเร็งทุกชนิดที่มีอายุระหว่าง 18-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคมะเร็งในระยะที่ 3 หรือระยะที่ 4 หรือมีการแพร่กระจายของโรคไปยังระบบต่างๆ ของร่างกาย ที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรคมะเร็งของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ โดยมีเป้าหมายการรักษาเพื่อการประคับประคอง

**ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่** ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ภาระที่ค้างคา การรับรู้ความสามารถของตนเอง สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว และการยอมรับความตาย

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม หมายถึง** ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคมะเร็งทุกชนิดในระยะที่ 3 หรือระยะที่ 4 หรือมีการแพร่กระจายของโรคไปยังระบบต่างๆ ของร่างกาย ที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ โดยมีเป้าหมายการรักษาเพื่อการประคับประคอง

**การยอมรับความตาย หมายถึง** การรับรู้และการแสดงออกต่อการเสียชีวิตว่าเป็นธรรมชาติที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ไม่รู้สึกหวั่นกลัวต่อการเสียชีวิต วัดโดยแบบสอบถามการยอมรับความตาย ด้าน Neutral Acceptance ใน Death attitude profile revised ของ Wong et al. (1994)

**ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย หมายถึง** ความรู้สึกหวาดหวั่นหรือหวาดกลัว ความรู้สึกไม่สบายใจของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเมื่อนึกถึงการเสียชีวิต และ/หรือ ความรู้สึกหวาดกลัวถึงกระบวนการต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นเมื่อถึงเวลาเสียชีวิต วัดโดยแบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย (The Death Anxiety Questionnaire (DAQ)) ของ Conte et al. (1982)

**ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย หมายถึง** ความเชื่อของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ในหลักธรรมคำสอนทางศาสนาพุทธที่กล่าวถึงความตาย เช่น หลักไตรลักษณ์ (อนิจจตา ทุกขตา และอนัตตา) การเวียนว่ายตายเกิด นรก สวรรค์ กรรมและการให้อภัย วัดโดยแบบสัมภาษณ์ความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตายของ สารณี รังษิโกศัย และคณะ (2556)

**ภาระที่ค้างคา หมายถึง** ความรู้สึกค้างคาในใจเกี่ยวกับภารกิจต่างๆ ที่ยังกระทำไม่แล้วเสร็จ หรือยังไม่ได้กระทำของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ได้แก่ ภาระการงานและทรัพย์สิน เช่น งานที่ยังค้างค้าง ทรัพย์สินที่ยังไม่จัดการ ภาระหนี้สินที่ค้างค้าง ภาระทางจิตใจ เช่น ความกังวล ความหวังไขสมาชิกในครอบครัว ความรู้สึกผิดหรือความรู้สึกโกรธใครบางคน เป้าหมายสำคัญในชีวิต เช่น ความคาดหวังของบุคคลต่อชีวิตในอนาคต หรือการได้กระทำการที่คาดหวังไว้ก่อนตาย หรือความคาดหวังเกี่ยวกับบุตรหลาน วัดโดยแบบสอบถามภาระที่ค้างคาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม

**การรับรู้ความสามารถของตนเอง หมายถึง** ความเชื่อมั่นในความสามารถของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่จะจัดการกับปัญหา อุปสรรค และเหตุการณ์ต่างๆในชีวิต วัดโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง ของ เวทีนี สุขุมาก, อัจฉรี ศิริสุนทร, และประภาพร มีนา (2545)

**สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว หมายถึง** การรับรู้ถึงการมีปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ประกอบด้วย การชื่นชมคุณค่าและให้กำลังใจ ซึ่งกันและกัน การให้ของขวัญในโอกาสต่างๆ เวลาที่มีให้กัน ความหวังไขที่มีต่อกัน การปรึกษากันในครอบครัว ความสนใจในศาสนา การดูแลกันในครอบครัว การพึ่งพาอาศัยกัน การรับรู้ถึงความรู้สึกและความต้องการของคนครอบครัว และความพึงพอใจในชีวิตครอบครัว วัดโดยแบบประเมินความสัมพันธ์ในครอบครัว ของจริญญา แก้วสกุลทอง (2552)

### **ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

1. เป็นแนวทางในการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเกิดการยอมรับความตาย
2. เป็นแนวทางในการพัฒนางานวิจัยต่อเนื่องในการพัฒนาการพยาบาลเกี่ยวกับการยอมรับความตายในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

## บทที่ 2

### เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยสหสัมพันธ์เชิงบรรยาย (Descriptive correlational research) เพื่อศึกษาการยอมรับการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามและความสัมพันธ์ระหว่าง ความวิตกกังวล เกี่ยวกับการตาย ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย ภาระที่ค้างคา การรับรู้ความสามารถ ของตนเอง สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว กับการยอมรับการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและได้สรุปเนื้อหาสาระสำคัญ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการ ศึกษาวิจัย ดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม
  - 1.1 ความหมายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม
  - 1.2 การรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม
  - 1.3 การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามแบบประคับประคอง (Palliative care)
  - 1.4 ผลกระทบจากโรคมะเร็งระยะลุกลามต่อผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม
2. ปฏิบัติการตอบสนองต่อความเศร้าโศกของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม
3. แนวคิดเกี่ยวกับความตาย
4. แนวคิดการเผชิญความตายด้วยใจสงบ
5. แนวคิดการยอมรับความตาย (Death Acceptance)
  - 5.1 ความหมายของการยอมรับความตาย
  - 5.2 การยอมรับความตายในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม
  - 5.3 ผลกระทบของการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม
  - 5.4 การประเมินการยอมรับความตาย
6. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม
  - 6.1 ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย (Death Anxiety)
  - 6.2 ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย
  - 6.3 ภาระที่ค้างคา
  - 6.4 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy)
  - 6.5 สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว
7. บทบาทพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
9. กรอบแนวคิดการวิจัย

## 1. ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

โรคมะเร็ง (Cancer) เป็นโรคที่เกิดจากการเจริญเติบโตผิดปกติของเซลล์บางส่วนของร่างกาย เป็นเนื้องอกที่ไม่อยู่กับที่ที่มีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว สามารถแพร่กระจายไปยังเนื้อเยื่อหรืออวัยวะใกล้เคียง (American Cancer Society, 2014) ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม จึงได้รวบรวมแนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ดังต่อไปนี้

### 1.1 ความหมายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

Kwon, Yun, Lee et al. (2006) กล่าวว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม หมายถึง ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ไม่สามารถรักษาหายด้วยวิธีต่างๆ เช่น การผ่าตัด รังสีรักษา เคมีบำบัดหรือฮอร์โมน

American Cancer Society (2014) กล่าวว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม หมายถึง ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องอยู่กับโรคไปตลอดชีวิต โดยโรคมะเร็งจะมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นหรือไม่ก็ได้

วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล (2552) กล่าวว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งในระยะที่มีการแพร่กระจายของโรคไปตามอวัยวะต่างๆ ไม่สามารถรักษาให้หายได้และเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค มีเป้าหมายในการรักษาเพื่อประคับประคองและบรรเทาความทุกข์ทรมาน อันเป็นผลมาจากโรคและอาการแทรกซ้อนของโรค

นงลักษณ์ สรรสม (2552) กล่าวว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคมะเร็งทุกชนิดที่มีอาการหรืออาการแสดงว่าเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งในระยะแพร่กระจายไปยังระบบต่างๆของร่างกาย หรือได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งอยู่ในระยะที่ 3 หรือระยะที่ 4 ที่มีเป้าหมายการรักษาเพื่อการประคับประคองและบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ เพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ผู้ป่วย

สรุป ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคมะเร็งทุกชนิดในระยะที่ 3 หรือระยะที่ 4 หรือ มีการแพร่กระจายของโรคไปตามอวัยวะต่างๆ ที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ โดยมีเป้าหมายการรักษาเพื่อการประคับประคอง

### 1.2 การรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ถึงแม้ว่าโรคมะเร็งระยะลุกลามจะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามก็ยังคงได้รับการรักษาโดยมีเป้าหมายคือ การควบคุมโรคมะเร็ง หากการรักษาไม่สามารถควบคุมโรคมะเร็งได้อีกต่อไปจุดมุ่งหมายของการรักษาก็คือการบรรเทาอาการ ซึ่งวิธีการรักษามีดังต่อไปนี้ (Cancer Council Australia, 2016)

1.2.1 วิธีการผ่าตัด (Surgery) ในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม การผ่าตัดสามารถขจัดเนื้องอกออกจากอวัยวะที่ได้รับผลกระทบ เช่น ลำไส้หรือต่อมไทรอยด์ นอกจากนี้ยังสามารถบรรเทาความรู้สึกรำคาญที่เกิดจากเนื้องอกที่กีดขวางอวัยวะหรือทำให้เกิดภาวะเลือดออก เช่น การผ่าตัด



ท่อน้ำดีเพื่อลดอาการดีซ่านในมะเร็งตับอ่อน อวัยวะบางชนิดปล่อยฮอร์โมนที่กระตุ้นการเจริญเติบโตของเนื้องอก ดังนั้นแพทย์อาจแนะนำการผ่าตัด (Cancer Council Australia, 2016)

1.2.2 วิธีรังสีรักษา (Radiation) หรือที่เรียกว่าการฉายรังสีบำบัด รังสีรักษาจะใช้รังสี เช่น รังสีเอกซ์ (X-rays) เพื่อฆ่าเซลล์มะเร็งหรือทำลายเพื่อไม่ให้เกิดการขยายตัวการฉายรังสีสามารถกำหนดเป้าหมายได้อย่างแม่นยำที่ตำแหน่งมะเร็งในร่างกายโดยรอบ การฉายรังสีสามารถลดขนาดเนื้องอกหรือหยุดการแพร่กระจายได้ นอกจากนี้ยังสามารถบรรเทาอาการบางอย่าง เช่น ความเจ็บปวดจากโรคมะเร็งทุติยภูมิในกระดูก (Cancer Council Australia, 2016)

1.2.3 วิธีเคมีบำบัด (Chemotherapy) เคมีบำบัดเป็นวิธีที่ใช้บ่อยที่สุดเมื่อมะเร็งแพร่กระจาย ยาจะฆ่าเซลล์มะเร็งหรือชะลอการเจริญเติบโต ยาเคมีบำบัดมีหลายประเภทซึ่งมักใช้แตกต่างกัน การรักษาโดยปกติจะใช้เวลาไม่กี่ชั่วโมงหรือหลายวัน จากนั้นติดตามในระยะเวลา 2-3 สัปดาห์ คนส่วนใหญ่มีการรักษาด้วยเคมีบำบัดหลายรอบ การให้ยาเคมีบำบัดมักให้โดยการฉีดยาเข้าไปในหลอดเลือดดำหรือเป็นยาเม็ดหรือแคปซูล (รับประทานทางปาก) ยาเคมีบำบัดบางชนิดทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ ซึมเศร้า อ่อนเพลียและผมร่วง (Cancer Council Australia, 2016)

1.2.4 วิธีฮอร์โมนบำบัด (Hormone therapy) เป็นการใช้ยาที่ช่วยในการยับยั้งและลดฮอร์โมนที่ทำให้เกิดการลุกลามของมะเร็ง มักใช้ในการรักษามะเร็งเต้านมและมะเร็งต่อมลูกหมาก เช่น การใช้ยาเพื่อลดปริมาณ Estrogen ซึ่งเป็นสาเหตุการลุกลามของมะเร็งเต้านม ผลข้างเคียงสำหรับผู้หญิงยาฮอร์โมนบางตัวจะทำให้เกิดอาการหมดประจำเดือนก่อนวัย และอาจทำให้เกิดโรคกระดูกพรุน และช่องคลอดแห้ง (Cancer Council Australia, 2016)

1.2.5 วิธีภูมิคุ้มกันบำบัด (Immunotherapy) การใช้ภูมิคุ้มกันนี้เป็นการใช้ยาเพื่อปรับเปลี่ยนการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกัน ยาเหล่านี้ทำงานโดยเข้าไปกระตุ้นภูมิคุ้มกันของร่างกายสร้างโปรตีนที่ใช้ทำลายเซลล์มะเร็ง ผลข้างเคียงของยาภูมิคุ้มกันแตกต่างจากการรักษาด้วยเคมีบำบัด ยาทำให้อวัยวะเกิดการอักเสบ เกิดอาการต่างๆ เช่น หายใจเร็ว, ท้องเสีย, ระดับไตรอยด์ฮอร์โมนผิดปกติ (Cancer Council Australia, 2016)

1.2.6 วิธีให้ยาเจาะจงเซลล์มะเร็ง (Targeted therapy) สามารถใช้ยาเจาะจงเซลล์มะเร็งแทนหรือร่วมกับเคมีบำบัดได้ การรักษาที่ใช้ยาที่ทำงานในลักษณะที่แตกต่างกับยาเคมีบำบัด ในขณะที่การรักษาด้วยเคมีบำบัดมีผลต่อการแบ่งเซลล์อย่างรวดเร็วและทำงานโดยการฆ่าเซลล์มะเร็ง (cytotoxic) การใช้ยาเจาะจงเซลล์มะเร็งจะมีผลต่อโมเลกุลเฉพาะภายในเซลล์และมักทำงานโดยการปิดกั้นการเติบโตของเซลล์ (cytostatic) (Cancer Council Australia, 2016)

สรุป ในปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามนั้นมีหลากหลายวิธีซึ่งมีเป้าหมายเพื่อการควบคุมโรคมะเร็งและบรรเทาอาการต่างๆให้กับผู้ป่วย

นอกจากที่กล่าวข้างต้น สำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามวิธีการรักษาดังกล่าวนั้นอาจจะควบคู่ไปกับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) ที่มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้รับการบรรเทาความเจ็บปวดและอาการไม่สุขสบายต่างๆ ให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับหลักการดูแลแบบประคับประคอง ดังต่อไปนี้

### 1.3 การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามแบบประคับประคอง (Palliative care)

ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเป็นระยะที่เซลล์มะเร็งได้มีการแพร่กระจายไปยังต่างๆ ในร่างกายทำให้ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ (World Health Organization, 2014) ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจากการลุกลามของโรคและจากการรักษา การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจึงเน้นการบรรเทาความทรมานจากอาการต่างๆและส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี การดูแลที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามคือ “การดูแลแบบประคับประคอง” (American Cancer Society, 2014; World Health Organization, 2014; นภา ทวีรทรงกุล และคณะ, 2558)

องค์การอนามัยโลก กล่าวว่า การดูแลแบบประคับประคอง(Palliative care) หมายถึง การดูแลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นจากการเผชิญกับปัญหาเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิตโดยการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมาน โดยการค้นหาอาการเจ็บป่วย ประเมินและให้การรักษาภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ (World Health Organization, 2002) โดยมีหลักการดังนี้

- 1) ช่วยจัดการความปวดและอาการอื่นๆ ที่ก่อให้เกิดความทรมานแก่ผู้ป่วย
- 2) ช่วยประคับประคองชีวิตและกระบวนการตายให้เป็นไปอย่างธรรมชาติ
- 3) ไม่มุ่งหวังที่จะเร่งรัดหรือยืดการตายออกไป แต่เป็นการดูแลโดยใช้เวลาของชีวิตนั้นเป็นไปตามปกติที่ควรจะเป็น
- 4) เป็นการดูแลแบบผสมผสาน โดยการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ
- 5) ช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดจนถึงวาระสุดท้าย
- 6) ช่วยประคับประคองญาติผู้ป่วยต่อการเผชิญกับความตายของผู้ป่วยในช่วงเวลาที่ผู้ป่วย เจ็บป่วย ตลอดจนความทุกข์ทรมานของญาติต่อการจากไปหรือสูญเสียผู้ป่วย
- 7) เป็นการดูแลที่ประกอบด้วยทีมให้บริการ ที่จะช่วยให้สามารถตอบสนองความประสงค์ต่างๆ ของผู้ป่วยและญาติได้อย่างเหมาะสม
- 8) จะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต และอาจช่วยให้ผลการดูแลการเจ็บป่วยเป็นไปในทางที่ดี โดยเฉพาะหากสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ตั้งแต่ระยะแรกร่วมกับการรักษาหลักอื่น ๆ

ในประเทศไทย สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้สรุปหลักการที่สำคัญของการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2554) ได้แก่

- 1) ยอมรับ “การเสียชีวิต” ว่าเป็นกระบวนการตามธรรมชาติของชีวิต
- 2) ให้ความสำคัญกับการดูแลทางด้านจิตใจของผู้ป่วยควบคู่ไปกับการดูแลอาการทางกายเสมอ
- 3) ให้ความสำคัญพิเศษของผู้ป่วยและครอบครัวในการรับทราบข้อมูลการเจ็บป่วย และให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมตัดสินใจเรื่องแนวทางและเป้าหมายของการดูแล
- 4) การดูแลควรให้ความสำคัญต่อค่านิยม ความเชื่อ และศาสนาของผู้ป่วยและครอบครัว
- 5) มีระบบการดูแลที่ช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต ตลอดจนให้การดูแลภาวะเศร้าโศกของครอบครัวภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้เสียชีวิตไปแล้ว
- 6) การดูแลควรทำในลักษณะของคณะสหวิชาชีพ เพื่อให้คณะผู้ดูแล สามารถดูแล ปัญหาสุขภาพด้านต่างของผู้ป่วยและครอบครัวได้ดีที่สุด
- 7) สามารถทำควบคู่ไปพร้อมกับการรักษาอื่น เช่น การผ่าตัด รังสีรักษา หรือเคมีบำบัด ตั้งแต่ระยะแรกของโรค เพื่อลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยและครอบครัว เผชิญหน้ากับการเจ็บป่วยได้ดีขึ้น

The National Council for Palliative Care (2006) กล่าวถึงเป้าหมายของการดูแล ประคับประคอง คือ การช่วยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้อย่างสงบ และมีศักดิ์ศรี ปราศจากความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานต่าง ๆ ทั้งทางร่างกายและจิตใจให้มากที่สุด สามารถทำให้ผู้ป่วยปล่อยวางทุกสิ่งให้เป็นไปตามธรรมชาติ หรือเรียกว่า “การตายดี”

สรุป การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) คือ การดูแลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วย ประเมินและให้การรักษา ภาวะเจ็บปวดของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยรูปแบบการทำงานของสหวิชาชีพ เข้าใจว่าการตายเป็นเรื่องธรรมชาติ ไม่ส่งเสริมให้ความตายเกิดเร็วขึ้น หรือประวิงเวลาแห่งความตายออกไป ช่วยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้อย่างสงบ และมีศักดิ์ศรี ปราศจากความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานต่าง ๆ ทั้งทางร่างกายและจิตใจให้มากที่สุด สามารถทำให้ผู้ป่วยปล่อยวางทุกสิ่งให้เป็นไปตามธรรมชาติ หรือเรียกว่า “การตายดี”

#### 1.4 ผลกระทบจากโรคมะเร็งระยะลุกลามต่อผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

โรคมะเร็งระยะลุกลามเป็นโรคเรื้อรังที่ร้ายแรงและไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ดังนั้นผู้ป่วยจะได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงตามพยาธิสภาพของโรคที่ไม่สามารถควบคุมได้ รวมถึงผลข้างเคียงจากการรักษาในระยะเวลานานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ สังคมและเศรษฐกิจ (กัญญ์รัฐดา ศรีภา, 2554; ศรีรัตน์ มากมาย และคณะ, 2556) ดังต่อไปนี้

**1.4.1 ด้านร่างกาย** ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายจากพยาธิสภาพของโรคการลุกลามของมะเร็งไปยังอวัยวะต่างๆ ส่งผลทำให้ผู้ป่วยนั้นมีอาการไม่สุขสบาย (Cancer Council Australia, 2016; Tu, & Chiou, 2007; ทศนีย์ ทองประทีป, 2552) ผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการที่ทำให้เกิดความทรมาน ไม่สุขสบายหลายอาการ อาการที่พบบ่อยมักเป็นอาการที่รุนแรงและรบกวนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย หรือบางอาการทำให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ลดลง อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม (ศรีรัตน์ มากมาย และคณะ, 2556) ได้แก่

1.4.1.1 อาการปวด (Pain) เป็นปัญหาสำคัญในผู้ป่วยมะเร็งจากการศึกษาของ ศรีรัตน์ มากมาย และคณะ (2556) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมะเร็งระยะลุกลามที่ศึกษามีอาการปวดถึงร้อยละ 80.30 นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่าอาการปวดร้อยละ 60-80 เกิดจากการลุกลามโดยตรงของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่นๆ อาการปวดที่รุนแรงและเรื้อรังทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยลดลงและทำหน้าที่ต่างๆลดลง มีความทุกข์ทรมาน (Tu, & Chiou, 2007)

1.4.1.2 หายใจลำบาก (Dyspnea) เป็นความรับรู้ส่วนตัวที่รู้สึกว่าการหายใจเกิดการติดขัด เหนื่อยหอบ หรือการหายใจไม่อิ่ม เหมือนสำลัก หรือหายใจหนัก อาจจะพบปัญหาการทำงานของปอดที่ผิดปกติหรือไม่ก็ได้ (กรมการแพทย์, 2557) อาการหายใจลำบากพบได้ในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามร้อยละ 37.87 (ศรีรัตน์ มากมาย และคณะ, 2556)

1.4.1.3 ความอ่อนเพลีย (Fatigue) เป็นการรับรู้ที่รู้สึกว่าหมดแรง เหนื่อยล้า อ่อนเพลีย ทั้งร่างกายและจิตใจ (กรมการแพทย์, 2557) ความอ่อนเพลียของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีสาเหตุมาจากปฏิกิริยาระหว่างตัวมะเร็งและการตอบสนองทางเคมีของร่างกายที่เกิดจากโรคมะเร็งในระยะลุกลาม รวมไปถึงการรักษาด้วยวิธีต่างๆ เป็นระยะเวลานานทำให้ผู้ป่วยได้รับผลข้างเคียงจากการรักษา โดยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีอาการอ่อนเพลียถึงร้อยละ 86.36 (ศรีรัตน์ มากมาย และคณะ, 2556) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งมีอาการอ่อนเพลียถึงร้อยละ 88 (Teunissen, Wesker, Kruitwagen et al., 2007)

1.4.1.4 นอนไม่หลับ (Insomnia) เป็นการเปลี่ยนแปลงทั้งปริมาณและคุณภาพของการนอน ได้แก่ การหลับยาก หลับไม่ต่อเนื่อง ตื่นเร็วกว่าปกติ และไม่สามารถหลับต่อได้ เป็นอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็ง สาเหตุที่พบเกิดจากปัญหาด้านอารมณ์ จิตใจ ความเครียด ความกลัว ผลข้างเคียงจากการรักษา ยาบางชนิด อาการของโรคมะเร็ง ซึ่งพบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีอาการนอนไม่หลับถึงร้อยละ 67.50 (นภา ทวีรทรงกุล และคณะ, 2558)

1.4.1.5 เบื่ออาหาร อาการเบื่ออาหารเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็ง และพบได้มากขึ้นเมื่อความรุนแรงของโรคมะเร็งมากขึ้น จากการศึกษาของ ศรีรัตน์ มากมาย และคณะ (2556) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมะเร็งระยะลุกลามที่ศึกษามีอาการเบื่ออาหารถึงร้อยละ 78.78 ซึ่งเป็นผลจากการกระตุ้นการหลั่งสาร tumor necrotic factor (TNF) ทำให้เกิดการเผาผลาญพลังงาน

สูง ร่างกายสูญเสียพลังงานที่สะสมไปมากและทำให้เบื่ออาหาร นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งมีอาการเบื่ออาหารร้อยละ 56 (Teunissen et al., 2007)

1.4.1.6 คลื่นไส้ อาเจียน (Nausea and Vomiting) คลื่นไส้เป็นอาการที่ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายท้อง มีน้ำลายมาก วิงเวียนศีรษะหน้ามืด กลืนลำบาก อุณหภูมิร่างกายเปลี่ยนแปลง และชีพจรเต้นเร็ว ส่วนอาเจียนเป็นอาการที่มีการหดตัวของกระเพาะอาหารซึ่งจะบีบเอาอาหารและน้ำย่อยในกระเพาะให้ไหลย้อนขึ้นมาที่ปาก บางทีอาจไม่มีอาหารออกมาก็ได้ (กรมการแพทย์, 2557) มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีอาการคลื่นไส้อาเจียนร้อยละ 42.42 (ศรีรัตน์ หมาย และคณะ, 2556)

1.4.2 **ด้านจิตใจ** ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้รับความทุกข์ทรมานที่เรื้อรังมาเป็นระยะเวลานานส่งผลต่อจิตใจ ผู้ป่วยจะรู้สึกหดหู่ ท้อแท้ เกิดความรู้สึกเศร้า สูญเสีย หมดกำลังใจ ท้อแท้สิ้นหวัง กลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บปวดและความตาย (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552; พระไพศาล วิสาโล และคณะ, 2552; วิไลลักษณ์ ดันติตระกูล, 2552) ความทุกข์ด้านจิตใจเกิดจากการถูกรบกวนทางความคิดโดยเฉพาะการคิดถึง ความตาย เมื่อผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามคิดถึงโรคมะเร็งระยะลุกลามก็จะคิดถึง ความตายการพลัดพรากจากสิ่งที่รัก ส่วนความรู้สึกความเจ็บปวดทรมานทางกายเป็นระยะเวลาที่ยาวนานส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน จนทำให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเกิดปฏิกิริยาตอบสนองด้านจิตใจเป็นความทุกข์ทรมานที่หมุนเวียนอยู่ในชีวิต (ณฤดี กิจทวี, 2552) ผู้ป่วยมะเร็งมักจะมีความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับความตายตั้งแต่รู้ว่าตนเองเป็นมะเร็งกระทั่งถึงระยะลุกลามที่ไม่สามารถรักษาหายได้ ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ใจกับภาวะใกล้ตาย (กัญญ์รัฐตา ศรีภา, 2554)

1.4.3 **ด้านจิตวิญญาณ** การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งมีผลกระทบต่อด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ ความโกรธเพราะคิดว่าความเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมานจากโรคเป็นการถูกลงโทษจากเคราะห์กรรม พระเจ้าหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ทำให้เสื่อมศรัทธาจากศานาหรือสิ่งที่นับถือ จากความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ทำให้ร่างกายอ่อนแอหรือต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติศาสนกิจได้ดั้งเดิม หรือผู้ป่วยบางรายขณะอยู่โรงพยาบาลอาจได้รับการปฏิบัติที่ขัดต่อความเชื่อหรือค่านิยม เช่น ผู้ป่วยบางรายมีความเชื่อเรื่องทิศทางหรือตำแหน่งการวางเตียงแต่บุคลากรทีมสุขภาพต้องการโยกย้ายเพื่อเหตุผลในการรักษาและการดูแลอย่างใกล้ชิดจึงทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามความเชื่อของตนเองได้ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552)

1.4.4 **ด้านสังคมและเศรษฐกิจ** การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งกระทบต่อบทบาทและวิถีชีวิตของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้น้อยลงทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องรับบทบาทในฐานะผู้ดูแล และเมื่อเข้าสู่ภาวะสุดท้ายของชีวิตผู้ดูแลอาจต้องหยุดงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้มีรายงานพบว่าผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์และกังวล

เรื่องสัมพันธ์ภาพ การไม่เป็นที่ต้องการของสังคม (ศรีรัตน์ มากมาย และคณะ, 2556) ผู้ป่วยบางราย รู้สึกเป็นภาระให้กับครอบครัว (กัญญ์ฐิตา ศรีภา, 2554) มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งต้องสูญเสียรายได้จากการไม่สามารถทำงานได้ตามปกติและต้องการความช่วยเหลือในด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลร้อยละ 39 (Chang, Kwon, Lee et al., 2013) จึงทำให้เกิดปัญหาด้านเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีรัตน์ มากมาย และคณะ (2556) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีความต้องการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการดูแลในระดับมากเนื่องจากการดำเนินของโรคทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้

## 2. ปฏิบัติการตอบสนองต่อความเศร้าโศกของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่มักจะมีความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับความตายตั้งแต่รู้ว่าตนเองเป็นมะเร็งร้ายกระทั่งถึงระยะลุกลามที่ไม่สามารถรักษาหายได้ ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ใจกับภาวะใกล้ตายที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ (กัญญ์ฐิตา ศรีภา, 2554) ทำให้เกิดความรู้สึกอึดอัดและคับข้องใจ Kubler-Ross (1997) ได้ศึกษาพฤติกรรมต่างๆของผู้ป่วยเมื่อทราบว่าตนเป็นโรคร้ายหมดหวังที่จะรักษาให้หายและต้องตาย บุคคลจะเกิดปฏิกิริยาทางจิตใจแบ่งเป็น 5 ขั้น ดังนี้ต่อไปนี้

1) ขั้นปฏิเสธและแยกตัว (Denial and isolation) เมื่อผู้ป่วยทราบว่าตัวเองป่วยร้ายแรงและกำลังจะตายจะเกิดอาการช็อคและตกใจอย่างรุนแรง จากนั้นจะปฏิเสธไม่เชื่อการวินิจฉัยของโรคเพื่อลดความกลัวตายของตนเอง บางคนอาจมีพฤติกรรมแยกตัวออกจากสังคม ไม่พูดคุย บางคนอาจปลอบใจตัวเองว่ามันไม่จริง หรือ เป็นแค่ความฝันเท่านั้น บางคนจะไปตรวจที่โรงพยาบาลอื่นเพื่อตรวจสอบให้แน่ชัด (Kubler-Ross, 1997)

2) ขั้นโกรธ (The stage of anger) เมื่อไม่สามารถปฏิเสธว่าตนเองเป็นโรคร้ายและกำลังจะตายได้ จะรู้สึกโกรธ โมโหร้าย บางคนมีความโกรธเคืองต่อโชคชะตาของตนเอง และบางครั้งอาจระบายอารมณ์ใส่ผู้ใกล้ชิดและมักกล่าวโทษผู้อื่น เช่น กล่าวหาว่าแพทย์รักษาไม่ดี หรือวินิจฉัยล่าช้าทำให้ไม่ได้รับการรักษาตั้งแต่ต้น หรือมักตั้งคำถามตลอดเวลา เช่น “ทำไมถึงต้องเป็นเรา ทำไมไม่เป็นคนอื่น” เป็นต้น (Kubler-Ross, 1997)

3) ขั้นต่อรอง (The stage of bargain) หลังจากที่ผู้ป่วยผ่านช่วงของการปฏิเสธและได้ระบายความโกรธไปแล้ว ผู้ป่วยจะเข้าสู่กระบวนการยอมรับต่อการเจ็บป่วยอย่างสมบูรณ์และพยายามหลีกเลี่ยงความตาย โดยการเริ่มต่อรองเพื่อขอให้มีชีวิตอยู่ยาวนานที่สุดและไม่ทุกข์ทรมาน ซึ่งการต่อรองของผู้ป่วยมะเร็งนั้นอาจแสดงออกด้วยการต่อรองกับอำนาจที่คิดว่าสามารถควบคุมชีวิตของเขาได้ตามความเชื่อของผู้ป่วยเอง เช่น พระเจ้าหรืออำนาจในศาสนา อาจไปรับการรักษาด้วยเวทมนต์คาถา หรือบนบานต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์ (Kubler-Ross, 1997)

4) ขั้นซึมเศร้า (The stage of depression) เมื่อผู้ป่วยผ่านกระบวนการรักษาต่างๆ

ความเจ็บป่วยทางกายที่ถาโถมเข้ามาประกอบกับความทุกข์ใจในปัญหาต่างๆ ที่ต้องเผชิญทำให้ผู้ป่วยมะเร็งมีอาการซึมเศร้า โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาเศรษฐกิจ เมื่อต้องประสบกับคำรักษาพยาบาลที่ต้องใช้จ่ายสูง บางคนยอมตายดีกว่ารักษาเพื่อเก็บสมบัติที่เหลืออยู่ให้ลูกๆ หรือการที่ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียบทบาทไม่สามารถทำหน้าที่บิดามารดาได้เต็มที่ซึ่งรู้สึกผิดมากที่ทำให้ลูกและครอบครัวลำบาก ผู้ป่วยบางคนจะมีอารมณ์ซึมเศร้าและแยกตัวเมื่อเริ่มตระหนักว่าไม่อาจหนีความตายไปได้ เป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยได้นึกทบทวนถึงบทเรียนของชีวิตในอดีตและมองหาความหมายของชีวิตที่เหลืออยู่และการดำรงอยู่ในปัจจุบัน (Kubler-Ross, 1997)

5) ขั้นยอมรับ (The stage of acceptance) หลังจากผ่านช่วงเวลาและระยะต่างๆ แล้ว ในที่สุดผู้ป่วยจำเป็นต้องยอมรับว่าความตายกำลังใกล้เข้ามาเป็นช่วงของการยอมรับความเป็นจริงและกล้าเผชิญความตายด้วยอารมณ์สงบ เมื่อผู้ป่วยยอมรับว่าตนเองอาจจะมีชีวิตอยู่ไม่นาน ผู้ป่วยจะเริ่มทบทวนเรื่องราวชีวิตที่ผ่านมา พิจารณาชีวิตในปัจจุบัน ภาระรับผิดชอบที่มีอยู่ และถามตัวเองว่าในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่อยากทำอะไรอีก บางคนอยากทำบุญ อยากใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวให้มากที่สุด บางคนอยากทิ้งผลงานไว้ยามเมื่อตนต้องจากโลกนี้ไป บางคนอยากไปเที่ยวในที่ไม่เคยไป บางคนเตรียมมอบหมายงานจัดการสิ่งของต่างๆ เพื่อไม่ให้เป็นที่ภาระกับญาติมิตรยามเมื่อตนเองต้องจบชีวิตลง (Kubler-Ross, 1997)

สรุปผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามภายหลังจากผ่านช่วงของขั้นปฏิเสธหรือโกรธแล้ว ผู้ป่วยจะเริ่มยอมรับว่าความตายกำลังใกล้เข้ามา ดังนั้นการพูดคุยเรื่องความตายกับผู้ป่วยจึงควรกระทำกับผู้ป่วยในขั้นต่อรองเป็นต้นไป ผู้วิจัยจึงใช้แนวคิดนี้ในการกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ต้องมีปฏิกริยาการตอบสนองต่อความเศร้าโศกอยู่ในขั้นต่อรองหรือขั้นยอมรับ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

### 3. แนวคิดเกี่ยวกับความตาย

จากการศึกษาพบว่ามีการให้ความหมายและกล่าวถึงความตายทั้งในทางการแพทย์และทางศาสนา ซึ่งแต่ละศาสนาก็มีความแตกต่างกัน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาในประเทศไทยซึ่งมีศาสนาพุทธเป็นศาสนาประจำชาติและประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 94 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561) ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาและรวบรวมแนวคิดเกี่ยวกับความตายในทางการแพทย์และในมิติความเชื่อทางศาสนาพุทธ ดังต่อไปนี้

**3.1 ความตายในทางการแพทย์** ในทางการแพทย์นั้นการตาย คือ ภาวะที่สมองถูกทำลายและไม่ทำงานภายใน 20 นาที ทำให้การหายใจและการเต้นของหัวใจหยุดลง (Beauchamp & Walters, 1982) หรือในทางการแพทย์ถือว่า เมื่อสมองหยุดทำงาน หัวใจหยุดเต้น การหายใจหยุดลง หมายถึง การตายหรือการสิ้นสุดของชีวิต

การให้ความหมายของความตายซึ่งกำหนดโดยแพทยสภา ตามประกาศแพทยสภาที่ 7/2555

ความตาย หมายถึง การสิ้นสุดการทำงานของก้านสมองหรือแกนสมอง (Brainstem) โดยสิ้นเชิงตลอดไป หรือบุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยว่าสมองตายถือว่าบุคคลนั้นถึงแก่ความตาย และมีผลทางกฎหมายและได้กำหนดแนวทางการวินิจฉัยสมองตาย (แพทยสภา, 2555) มีดังนี้

ข้อ 3 ผู้ป่วยต้องไม่รู้สึกรู้ตัวและไม่หายใจโดยมีข้อวินิจฉัยถึงสาเหตุให้รู้แน่ชัดว่าสถานะของผู้ป่วยนี้เกิดขึ้นจากการที่สมองเสียหายโดยไม่มีหนทางเยียวยาได้ (irremediable and irreversible structural brain damage) และการไม่รู้สึกรู้ตัวและไม่หายใจนี้ไม่ได้เกิดจาก

ก. พิษยา (drug intoxication) เช่น ยาเสพติด ยานอนหลับ ยาคลายกล้ามเนื้อ สารพิษที่มีผลให้กล้ามเนื้อไม่ทำงาน

ข. ภาวะอุณหภูมิในร่างกายต่ำรุนแรง (น้อยกว่า 32 องศาเซลเซียส)

ค. ภาวะผิดปกติของระบบต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิก (endocrine and metabolic disturbances)

ง. ภาวะช็อก (shock) ยกเว้นที่เกิดจากการสูญเสียหน้าที่ของระบบประสาทที่ควบคุมการเต้นของหัวใจและการหดตัวของหลอดเลือด (neurogenic shock)

เมื่อผู้ป่วยอยู่ในสภาวะครบตามเงื่อนไขข้อ 3 เพื่อยืนยันการวินิจฉัยสมองตาย ให้ตรวจตามเกณฑ์ ดังนี้

1) ตรวจไม่พบการเคลื่อนไหวใด ๆ ได้เอง ยกเว้นการเคลื่อนไหวที่เกิดจากรีเฟล็กซ์ของไขสันหลัง (spinal reflex)

2) ตรวจไม่พบรีเฟล็กซ์ของก้านสมอง (absence of brainstem reflexes) ต่อไปนี้ทั้งหมด ยกเว้นในส่วนที่มีข้อจำกัดไม่สามารถตรวจได้

ก. รีเฟล็กซ์ของรูม่านตาต่อแสง (pupillary light reflex)

ข. รีเฟล็กซ์ของกระจกตา (corneal reflex)

ค. การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อใบหน้าและลูกตา (motor response within the cranial nerve distribution)

ง. เวสติบูลออคูลาร์รีเฟล็กซ์ (vestibulo-ocular reflex)

จ. ออกคูโลเซฟาλικีรีเฟล็กซ์ (oculocephalic reflex)

ฉ. รีเฟล็กซ์ของการกลืนและการไอ (gag and cough reflexes)

3) สภาวะการตรวจพบใน ข้อ 1) และ 2) นี้ต้องไม่มีการเปลี่ยนแปลงเป็นเวลาอย่างน้อย 6 ชั่วโมงจึงวินิจฉัยสมองตาย ยกเว้นในทารกอายุน้อยกว่า 7 วันไม่สามารถตรวจวินิจฉัยด้วยเกณฑ์ดังกล่าวได้ สำหรับทารกอายุระหว่าง 7 วันถึง 2 เดือน ต้องไม่มีการเปลี่ยนแปลงเป็นเวลาอย่างน้อย 48 ชั่วโมง และทารกอายุระหว่าง 2 เดือนถึง 1 ปี ต้องไม่มีการเปลี่ยนแปลงเป็นเวลาอย่างน้อย 24 ชั่วโมง



4) ทดสอบการไม่หายใจ (apnea test) เป็นบวก (positive) หมายความว่าไม่มีการเคลื่อนไหวของทรวงอกและหน้าท้องเมื่อหยุดเครื่องช่วยหายใจเป็นเวลาอย่างน้อย 10 นาที บ่งบอกถึงก้านสมองสูญเสียหน้าที่โดยสิ้นเชิงและสมองตาย

ขั้นตอนก่อนการทดสอบนี้ต้องเตรียมผู้ป่วย เพื่อให้มีค่าความดันของออกซิเจนในกระแสเลือด (PaO<sub>2</sub>) มีระดับที่สูงเพียงพอ (มากกว่า 200 มิลลิเมตรปรอท) เพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในระหว่างการทดสอบ โดยตั้งเครื่องช่วยหายใจดังนี้ ให้ความเข้มข้นออกซิเจน 100 เปอร์เซ็นต์ (FiO<sub>2</sub> เท่ากับ 1.0) ปริมาตรการหายใจต่อครั้ง (tidal volume) เท่ากับ 10 มิลลิลิตร / กิโลกรัม อัตราการหายใจ 10 ครั้ง/นาที เป็นเวลาประมาณ 30 นาที เพื่อให้ได้ค่าความดันของคาร์บอนไดออกไซด์ใกล้เคียง 40 มิลลิเมตรปรอท จึงเริ่มทดสอบ และระหว่างการทดสอบให้สอดสายยางนำออกซิเจนความเข้มข้นเท่ากับ 100 เปอร์เซ็นต์ เข้าในหลอดลมระดับคาโรนา (carina) ในอัตรา 6 ลิตร/นาที หลังจากหยุดเครื่องช่วยหายใจอย่างน้อย 10 นาที จากนั้นให้เจาะตรวจวัดค่าความดันของคาร์บอนไดออกไซด์ในกระแสเลือด (PaCO<sub>2</sub>) ซึ่งมีค่าไม่น้อยกว่า 60 มิลลิเมตรปรอท หรือมีค่าเปลี่ยนแปลงมากขึ้นต่างกันระหว่างก่อนและหลังถอดเครื่องช่วยหายใจไม่น้อยกว่า 20 มิลลิเมตรปรอท

โดยสรุป ความหมายของความตายทางการแพทย์ หมายถึง การสิ้นสุดการทำงานของ อวัยวะที่สำคัญในร่างกาย ได้แก่ สมอง ระบบหายใจ และระบบหมุนเวียนโลหิต ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์

**3.2 ความตายในมิติความเชื่อทางศาสนาพุทธ** ความตายในความเชื่อทางศาสนาพุทธมีความแตกต่างจากทางการแพทย์ค่อนข้างชัดเจน (กัญญ์รัฐธาดา ศรีภา, 2554) ท่านพุทธทาสภิกขุได้แจกแจงถึงการตายไว้ว่าการตายมีอยู่ 2 ชนิด แตกต่างระหว่างทางโลกกับทางธรรม กล่าวคือ ความตายในทางโลกนั้น คือ การที่ร่างกายแตกดับหรือเสื่อมสลาย ซึ่งท่านพุทธทาสภิกขุมองว่าการมองความตายในลักษณะนี้เป็น การมองความตายที่ร่างกาย ซึ่งทำให้เกิดการยึดติดตัวตนหรือร่างกายของตน ทำให้ความตายกลายเป็นปัญหายุ่งยากต่อคนส่วนใหญ่ ส่วนความตายในทางธรรมนั้นเป็นการตายจากการยึดติดหรือยึดมั่นในตัวตน เป็นการตายโดยที่ร่างกายยังไม่ได้ตายชีวิตยังไม่แตกดับซึ่งผู้มีปัญญาเห็นธรรมแล้วจะเห็นความตายในลักษณะนี้เป็นเพียงความเปลี่ยนแปลงของเหตุปัจจัย เมื่อตายจากการยึดมั่นถือมั่นได้จริง ความตายในทางโลกก็หมดความหมาย ซึ่งความหมายของความตายที่ถือว่า เป็นจุดหมายปลายทางในมุมมองพุทธศาสนา คือ นิพพาน ซึ่งแปลว่า ดับไม่เหลือ กล่าวคือ ดับไม่เหลือแห่งความทุกข์ทั้งปวง (พุทธทาสภิกขุ, 2537) อีกแง่หนึ่งของความตายในมุมมองพุทธศาสนาให้ความหมายของความตายโดยใช้คำว่า “มรณะ” ซึ่งมรณะในทางธรรมนั้นจะเกิดขึ้นเมื่อจิตจิตหรือจิตดวงสุดท้ายเคลื่อนจากภพแล้วมีปฏิสนธิจิตมารองรับต่อไป การที่จิตดวงสุดท้ายหรือจิตติดดับลงแล้ว

กลายเป็นปฏิสนธิจิตหรือ จิตดวงใหม่เช่นนี้ เรียกว่า “สันตติ” ขาด หมายถึง ความต่อเนื่องของชีวิตขาดลง ก็คือการถึงซึ่งความตาย คือจิตออกจากร่าง และร่างกายก็จะกลายเป็นศพในทันที

ทั้งนี้ในทางพุทธศาสนาได้ อธิบายไว้ว่า ตามปกติจิตของบุคคลจะเกิดหรือดับเป็นเรื่องธรรมดา จิตเกิดดับแต่ละครั้งนั้นมีความรวดเร็วและต่อเนื่องกันอย่างตลอดเวลาเทียบได้กับไฟกระทบในหลอดไฟ แต่จิตที่เกิดดับจนบุคคลแทบจะไม่รู้ตัวนี้ トラบใดที่ยังไม่ใช่ดวงสุดท้ายบุคคลก็จะมีชีวิตอยู่ ดังนั้น ความตายในทางธรรม จึงวัดกันที่ความตายในทางจิต ถ้าจิตไม่อยู่ในรูปร่างสังขารนี้ รูปร่างสังขารนี้ก็ไม่มีความหมายอีกต่อไป (พระมหาวิมลชัย วชิรเมธี, 2548)

ในมุมมองพุทธศาสนาชีวิตกับความตายนั้นห่างกันเพียงลมหายใจเข้าออกหรือที่เรียกว่า แขนงอยู่บนเส้นด้ายของความไม่แน่นอน (กัญญฐิตา ศรีภา, 2554) พระพุทธเจ้าจึงตรัสสอนถึงการเจริญมรณสติเพื่อที่ว่าเมื่อเรารำลึกถึงความตายอยู่ทุกขณะเป็นประจำจนกระทั่งคุ้นชินกับความตายเป็นเรื่องธรรมดาที่จะเกิดขึ้นกับเราหรือกับคนที่เรารัก ก็จะสามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุขและไม่กลัวความตาย (พระไพศาล วิสาโล, 2554; สารภี รังษีโกศย์ และคณะ, 2556)

#### 4. แนวคิดการเผชิญความตายด้วยใจสงบ

แนวความคิดการเผชิญความตายด้วยใจสงบโดย พระไพศาล วิสาโล (2552) เป็นแนวคิดที่กล่าวถึงการช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้สามารถเผชิญกับความตายได้อย่างสงบ ซึ่งได้กล่าวไว้ดังต่อไปนี้

การเผชิญหน้ากับความตายอย่างสงบ ต้องเรียนรู้ที่จะไม่ผลักไสความตายเมื่อเวลานั้นมาถึง ยอมรับความตายว่าเป็นสิ่งที่ต้องเกิดขึ้นกับเราในที่สุด ต้องหมั่นทำใจให้คุ้นเคยกับความตาย การพิจารณาความตายสม่ำเสมอที่เรียกว่า มรณสติ เป็นสิ่งที่ควรทำเป็นอาจิม คือเตือนตนว่าความตายเป็นเรื่องธรรมดาที่จะต้องเกิดขึ้นกับเราไม่ช้าก็เร็ว การฝึกใจให้คุ้นเคยกับความตายช่วยให้เรายอมรับความตายได้มากขึ้น และสามารถเผชิญหน้ากับความตายด้วยใจสงบ

สติเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญ การรักษาจิตให้เป็นปกติ ไม่ตื่นตระหนก หวาดกลัว หรือยินดียินร้าย จะช่วยให้จิตใจสงบได้ในยามที่ถือว่าเป็นวิกฤตของชีวิต คนที่ไม่มีสติ เมื่อร่างกายเจ็บปวดจิตใจก็จะทุกข์ทรมานไปด้วย แต่สำหรับผู้ที่สติที่เข้มแข็งถึงแม้ว่าร่างกายจะเจ็บปวด แต่ภายในใจจะไม่ทุกข์ไปพร้อมกับร่างกาย สติจะช่วยให้ใจไม่ติดยึดกับความเจ็บปวดความทุกข์ทรมาน หรือการไปยึดเอาความเจ็บปวดมาเป็น “ของฉัน” เป็นแต่รู้ว่ามีความปวดเกิดขึ้นเท่านั้น มีผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายหลายคนที่อาศัยการเจริญสติและสมาธิภาวนาทำให้ไม่ต้องใช้ยาแก้ปวด การมีสติเท่าทันความกลัวที่เกิดขึ้นจึงเป็นปัจจัยที่ช่วยให้เผชิญกับความตายได้อย่างสงบ

การช่วยเหลือทางจิตใจแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อให้สามารถเผชิญความตายอย่างสงบ มีดังนี้ (พระไพศาล วิสาโล, 2552)

1) การให้ความรักและความเห็นอกเห็นใจความทุกข์ที่รบกวนจิตใจผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างมากได้แก่ความกลัว เช่น กลัวตาย กลัวที่จะถูกทอดทิ้ง กลัวที่จะตายไปอย่างโดดเดี่ยว ตลอดจนกลัวความเจ็บปวดที่รุนแรง ในยามนี้ความรักหรือเมตตาจิตของญาติมิตร แพทย์ และพยาบาล จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความกลัวน้อยลง จิตใจเข้มแข็งมั่นคงขึ้น

2) การช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความตายที่จะมาถึง การปฏิเสธความตายย่อมทำให้ผู้ป่วยทรมานทุกข์ ดิ้นรนขัดขืน ดังนั้นจึงทำให้ยากที่จะเผชิญความตายด้วยใจสงบได้ ญาติมิตร แพทย์ และพยาบาลสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยดังกล่าวได้ด้วยการพูดคุยให้เขายอมรับความจริงในที่สุด โดยทั่วไปแล้วแพทย์จะมีบทบาทสำคัญในเรื่องนี้ โดยเฉพาะหลังจากที่ได้สร้างความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดหรือได้รับความไว้วางใจจากผู้ป่วยแล้ว การที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับความตายที่จะมาถึงอาจเป็นเพราะมีบางสิ่งบางอย่างที่ยังค้างคา หรือเพราะความกังวลกับบางเรื่อง รวมทั้งความกลัวต่าง ๆ นานา สิ่งเหล่านี้ควรได้รับการเปิดเผยหรือระบายออกมา เพื่อจะได้บรรเทาและเยียวยา

3) การช่วยให้จิตจดจ่อกับสิ่งดีงามการนึกถึงสิ่งดีงามช่วยให้จิตใจเป็นกุศลและบังเกิดความสงบ ทำให้ความกลัวคุกคามจิตใจได้น้อยลง และสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดได้ดีขึ้น เราสามารถน้อมนำให้ผู้ป่วยนึกถึงสิ่งดีงามได้หลายวิธี เช่น นำเอาพระพุทธรูปหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ผู้ป่วยเคารพนับถือมาตั้งไว้ในห้องเพื่อเป็นเครื่องระลึกนึกถึง หรือชักชวนให้ผู้ป่วยทำวัตรสวดมนต์ร่วมกับการเปิดเทปธรรมะหรือพระสวดมนต์เป็นอีกวิธีหนึ่งในการน้อมจิตของผู้ป่วยให้บังเกิดความสงบ

4) การช่วยปลดเปลื้องสิ่งค้างคาใจ เมื่อผู้ป่วยรู้ว่าวาระสุดท้ายของชีวิตใกล้มาแล้ว สิ่งหนึ่งซึ่งจะทำความทุกข์แก่จิตใจ และทำให้ไม่อาจตายอย่างสงบได้ ก็คือ ความรู้สึกค้างคาใจในบางสิ่งบางอย่าง สิ่งนั้นอาจได้แก่ ภารกิจการทำงานที่ยังค้างคา ทรัพย์สินที่ยังแบ่งสรรไม่แล้วเสร็จ ความโกรธแค้นใครบางคน หรือความรู้สึกผิดบางอย่างที่เกาะกุมจิตใจมานาน ความปรารถนาที่จะพบคนบางคนเป็นครั้งสุดท้าย โดยเฉพาะคนที่ตนรัก หรือคนที่ตนปรารถนาจะขอโทษกรรม ความห่วงกังวลหรือความรู้สึกไม่ดีที่ค้างคาใจเป็นสิ่งที่สมควรได้รับการปลดเปลื้องอย่างเร่งด่วน หากไม่แล้วจะทำให้ผู้ป่วยทรมานทุกข์ พยายามปฏิเสธผลลัทธิความตาย และตายอย่างไม่สงบ

5) การช่วยให้ผู้ป่วยปล่อยวางสิ่งต่าง ๆ การปฏิเสธความตาย ขัดขืนไม่ยอมรับความจริงที่อยู่เบื้องหน้า เป็นสาเหตุแห่งความทุกข์ของผู้ป่วยในระยะสุดท้ายและเหตุที่เขาขัดขืนดิ้นรนก็เพราะยังติดยึดกับบางสิ่งบางอย่าง ควรช่วยให้เขาปล่อยวางให้มากที่สุด

6) การสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อความสงบใจ ความสงบใจและความปล่อยวางสิ่งค้างคาติดยึดในใจผู้ป่วยนั้น จะเกิดขึ้นได้อย่างต่อเนื่องจำต้องมีบรรยากาศรอบตัวเอื้ออำนวยด้วย ในห้องที่พลุกพล่านด้วยผู้คนเข้าออก มีเสียงพูดคุยตลอดเวลา หรือมีเสียงเปิดปิดประตูทั้งวัน ผู้ป่วยย่อมยากที่จะประคองจิตให้เป็นกุศลและเกิดความสงบได้

จากแนวคิดดังกล่าวสามารถสรุปได้ว่า การเผชิญความตายด้วยใจสงบเป็นผลจากการยอมรับ

ความตาย พระไพศาล วิสาโล กล่าวถึงแนวคิดนี้โดยอ้างอิงจากหลักพุทธศาสนา ดังนั้นจึงเป็นแนวคิดที่เป็นไปตามปรัชญาพุทธศาสนา

## 5. แนวคิดการยอมรับความตาย (Death Acceptance)

ความตายเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นเป็นธรรมชาติที่เกิดขึ้นกับทุกคน เป็นช่วงเวลาหนึ่งของชีวิต (Imai, 2013; Zimmermann, 2004) ถึงแม้ความตายจะเป็นเรื่องธรรมชาติแต่เมื่อพูดถึงเรื่องความตายสำหรับหลายคนถือได้ว่าเป็นเรื่องที่น่ากลัวและสร้างความวิตกกังวลอย่างมาก (Elahi, 2007) ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคมะเร็งอาจต้องเผชิญกับความตายเร็วกว่าที่คาดไว้ (Kubler-Ross, 1997) ดังนั้นจึงยากที่ผู้ป่วยมะเร็งจะยอมรับความตายได้ (Pinquart et al., 2006) อย่างไรก็ตามผู้ป่วยมะเร็งคาดหวังว่าจะตายอย่างสงบ ไม่ทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด มีคุณภาพชีวิตที่ดี หรือเรียกว่า “ตายดี” (Long, 2004) โดยคุณแจสำคัญในการตายดีและสงบคือ “การยอมรับความตาย” (McLeod-Sordjan, 2014; Zimmermann, 2012; วัลภา คุณทรงเกียรติ, 2556) การศึกษาเกี่ยวกับการยอมรับความตายมีอย่างแพร่หลายในต่างประเทศ สำหรับในประเทศไทยนั้นยังไม่พบการศึกษาการยอมรับความตาย แนวคิดการยอมรับความตายได้ถูกกล่าวถึงในขั้นสุดท้ายของปฏิบัติการทางจิตใจต่อความตายของ Kubler-Ross, 1997 นอกจากนี้มีนักวิชาการหลายคนศึกษาเกี่ยวกับแนวคิดการยอมรับความตาย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแนวคิดการยอมรับความตายได้ถูกกล่าวถึงในขั้นสุดท้ายของปฏิบัติการทางจิตใจต่อความตายของ Kubler-Ross (1977) ต่อมาได้มีการศึกษาและพัฒนาแบบวัดการยอมรับความตายอย่างหลากหลายในต่างประเทศ (Klug & Sinha, 1987-1988; Pinquart, Fröhlich, Silbereisen, & Wedding, 2006; Ray & Najman, 1974; Wittkowski, 2001; Wong, Reker, & Gesser, 1994) Wong et al. (1994) เป็นกลุ่มหนึ่งที่ศึกษาการยอมรับความตายโดยศึกษาเป็นองค์ประกอบหนึ่งในทัศนคติต่อความตาย ภายหลังได้พัฒนาแบบวัดการยอมรับความตายซึ่งมีผู้นำมาใช้อย่างแพร่หลาย ในเวลาต่อมา Pinquart et al. (2006) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งโดยการทบทวนวรรณกรรมและใช้แนวคิดการยอมรับความตายที่มีความใกล้เคียงกับแนวคิดการยอมรับความตายของ Wong et al. (1994) ทั้งนี้ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิดการยอมรับความตายจากการทบทวนวรรณกรรมไว้ ดังต่อไปนี้

### 5.1 ความหมายของการยอมรับความตาย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้ให้ความหมายของการยอมรับความตายไว้ อย่างหลากหลายซึ่งผู้วิจัยได้รวบรวม ดังต่อไปนี้

Wong et al. (1994) ได้ศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติเกี่ยวกับความตาย โดยการยอมรับความตายเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ซึ่งการยอมรับความตายในการศึกษาของ Wong et al. (1994)

หมายถึง ความตระหนักรู้เกี่ยวกับการสิ้นสุดของชีวิตของตนเองและการแสดงปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่เป็นบวก (หรือความเป็นกลาง) ต่อความตาย โดยได้แบ่งการยอมรับความตายออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่

1) การยอมรับความตายแบบเป็นกลาง (Neutral Acceptance) หมายถึง การไม่กลัวความตาย การยอมรับและเข้าใจว่าความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต เป็นธรรมชาติของการสิ้นสุดลงของชีวิตที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้

2) การยอมรับความตายแบบเข้าใกล้พระเจ้า (Approach Acceptance) หมายถึง การไม่กลัว การยอมรับความตายในแง่บวกของการเข้าใกล้พระเจ้าภายหลังความตายและความตายนำไปสู่ชีวิตหลังความตายที่ดี

3) การยอมรับความตายแบบหลีกเลี่ยงหนี (Escape Acceptance) หมายถึง การไม่กลัวต่อความตาย โดยการยอมรับในแง่ของความตายจะนำพาการหลุดพ้นจากความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมาน ความตายจึงเป็นทางเลือกเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด

Pinquart et al. (2006) กล่าวว่า การยอมรับความตาย หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดที่ไม่กลัวต่อความตาย เข้าใจถึงการสิ้นสุดลงของชีวิตและเห็นความตายเป็นความจริงที่ไม่อาจเปลี่ยนแปลงได้

Klug, and Sinha (1987-1988) กล่าวว่า การยอมรับความตาย หมายถึง สติปัญญาในการรับทราบเกี่ยวโอกาสการเสียชีวิตของตนเองที่หลีกเลี่ยงไม่ได้และการซึมซับผลกระทบด้านอารมณ์ในเชิงบวก

Neimeyer, Wittkowski, and Moser (2004) กล่าวว่า การยอมรับความตาย หมายถึง การรับรู้อย่างมีเหตุผลเกี่ยวกับโอกาสการตายที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ของตนเอง

Nichols, and Riegel (2002) เป็นมุมมองเกี่ยวกับความตายว่าเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตและเป็นสิ่งที่ไม่ต้องหวั่นกลัว

Zimmermann (2012) กล่าวว่า การยอมรับความตายเป็นพลังที่ส่งผลต่อผู้ป่วยในด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ช่วยส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการเลือกทางสู่การตายที่ผู้ป่วยพึงพอใจ

วัลภา คุณทรงเกียรติ (2556) กล่าวว่า การยอมรับความตาย หมายถึง การที่บุคคลทำใจยอมรับการตายที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง และความพยายามที่จะทำให้ครอบครัวยอมรับการตายของตนเองในอนาคตเพื่อที่ตนเองจะได้จากไปอย่างหมดกังวล

จากการทบทวนวรรณกรรมจะพบว่าการยอมรับความตายตามแนวคิดของ Wong et al. (1994) ในด้านของการยอมรับความตายแบบเป็นกลางนั้นมีความใกล้เคียงกับแนวคิดการยอมรับความตายของ Pinquart et al. (2006) และมีความสอดคล้องกับบริบทประเทศไทยที่นับถือศาสนาพุทธเป็นส่วนใหญ่ โดยศาสนาพุทธจะเน้นในเรื่องของความตายเป็นเรื่องธรรมชาติที่ทุกคนต้องเจอ

แตกต่างจากการยอมรับการเข้าใกล้ความตายที่เป็นการยอมรับในแง่ของการได้เข้าใกล้กับพระเจ้าหลังความตายซึ่งเป็นความเชื่อในศาสนาคริสต์และการยอมรับการหลีกเลี่ยงที่เป็นการยอมรับในแง่ของการหลีกเลี่ยงความทุกข์ทรมานโดยการเลือกความตายซึ่งไม่ใช่การยอมรับความตายตามธรรมชาติ ดังนั้นการยอมรับความตายในการวิจัยครั้งนี้จึงหมายถึง การรับรู้และการแสดงออกต่อการเสียชีวิตว่าเป็นธรรมชาติที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ไม่รู้สึกหวั่นกลัวต่อการเสียชีวิต

## 5.2 การยอมรับความตายในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

### 5.2.1 ระดับการยอมรับความตายในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษาในระดับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งแต่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ สำหรับประเทศไทยยังไม่มีผู้ศึกษาระดับการยอมรับความตายในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามแต่พบว่ามีการศึกษาที่ใกล้เคียง ได้แก่ การศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์ใกล้ตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยผู้วิจัยได้รวบรวมและสรุป ดังต่อไปนี้

กัญญ์ฐิตา ศรีภา (2554) กล่าวว่าจากการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ใกล้ตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายพบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายส่วนใหญ่แสดงออกถึงการปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยงที่รับรู้เกี่ยวกับความตาย ยังมีผู้ป่วยบางคน ที่แม้ในตอนแรกจะมีพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความไม่พร้อมที่จะเผชิญความตาย แต่ผู้ป่วยบางส่วนเมื่อช่วงเวลาผ่านไปกล่าวคือผู้ที่ได้รับการรักษามาเป็นระยะเวลาสั้นก็พบว่าสามารถยอมรับความตายได้

Pinquart et al. (2006) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งมีคะแนนเฉลี่ยของการยอมรับความตายเท่ากับ 14 คะแนน คะแนนเต็ม 25 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง

Harding et al. (2005) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง มีความก้าวหน้าของระดับการยอมรับความตายในช่วง 8 สัปดาห์เพิ่มขึ้นจากระดับน้อยถึงระดับมากประมาณร้อยละ 51 และไม่พบความก้าวหน้า กล่าวคือยังคงมีระดับการยอมรับความตายในระดับน้อยร้อยละ 49 นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามร้อยละ 18 ล้มเหลวในการยอมรับความตาย กล่าวคือ ผู้ป่วยไม่ยอมรับความตาย

สรุป จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีศึกษาระดับการยอมรับความตาย โดยมีทั้งการวิจัยเชิงคุณภาพ และการวิจัยเชิงปริมาณ ซึ่งแต่ละการศึกษาใช้เครื่องมือในการศึกษาที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งยอมรับความตายอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง

### 5.2.2 ลักษณะของผู้ที่ยอมรับความตาย

กัญญ์ฐิตา ศรีภา (2554) ได้อธิบายถึงลักษณะของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ยอมรับความตายได้จะแสดงพฤติกรรมในทิศทางบวก คือ สามารถจัดการกับการตายที่ใกล้เข้าได้อย่างเหมาะสม ผู้ป่วยที่ยอมรับความตายได้มักเป็นผู้ป่วยที่รับรู้และเข้าใจข้อมูลตามจริงเกี่ยวกับภาวะใกล้ตาย และยอมรับว่าความตายกำลังจะเกิดขึ้นกับตนเอง ผู้ป่วยบางคนสืบเสาะข้อมูลจากแหล่งความรู้

ต่างๆ สอบถามข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสภาวะของตนโดยตรงจากแพทย์ กล่าวที่จะเผชิญความจริงเกี่ยวกับระยะสุดท้ายของตนเอง รวมถึงบางคนกล้าที่จะถามว่าตนเองจะสามารถมีชีวิตอยู่ได้อีกนานเท่าไร นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยบางคนที่แม้ในตอนแรกจะมีพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความไม่ยอมรับความตาย แต่ช่วงเวลาที่ผ่านไป การได้ทำความคุ้นเคยกับมะเร็งและภาวะใกล้ตายมาเป็นระยะเวลานาน ทำให้ผู้ป่วยสามารถทำใจยอมรับได้ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากการปฏิเสธ หลีกเลี่ยงความตาย การแสดงอารมณ์หงุดหงิด แสดงอารมณ์โกรธบ่อยครั้ง กลายเป็นการยอมรับความตายอย่างสงบ แม้สภาพร่างกายจะอ่อนแอและทรุดโทรมลงจนถึงกับช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ การแสดงถึงการยอมรับความจริงกับสภาพที่เป็นอยู่นอกจากจะสังเกตจากพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปแล้วยังรับรู้ได้จากคำพูดที่ผู้ป่วยสื่อให้เห็นถึงการยอมรับความตายที่จะเกิดขึ้น เช่น “ปลงแล้ว...ถ้าผมตาย มะเร็งก็ตายไปพร้อมกับผม”

Kubler-Ross (1997) กล่าวถึงลักษณะของผู้ป่วยที่อยู่ในขั้นยอมรับว่า ผู้ป่วยจะเริ่มทบทวนเรื่องราวชีวิตที่ผ่านมา พิจารณาชีวิตในปัจจุบัน ทบทวนการรับผิดชอบที่มีอยู่และถามตัวเองว่าในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่อยากทำอะไรอีก บางคนอยากทำบุญ อยากใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวให้มากที่สุด บางคนอยากทิ้งผลงานไว้ยามเมื่อตนต้องจากโลกนี้ไป บางคนอยากไปเที่ยวในที่ไม่เคยไป บางคนเตรียมมอบหมายงาน จัดการสิ่งของต่างๆ เพื่อไม่ให้เป็นการระงับญาติมิตรยามเมื่อตนเองต้องจบชีวิตลง ผู้ป่วยมักจะแสวงหาบทสวดมนต์ อธิษฐานขอให้กลับไปเฉยๆ นอกจากนี้ผู้ป่วยในระยะยอมรับความตายได้มักจะมีอาการอ่อนเพลีย ต้องการเวลานอนเพื่อเก็บสำรองพลังงานเพื่อการเดินทางไปในภพหน้า

วัลภา คุณทรงเกียรติ (2556) กล่าวว่าผู้ป่วยที่ยอมรับความตายได้จะมีการเตรียมตัวสำหรับการตาย เตรียมความพร้อมให้กับครอบครัวโดยพูดคุยร่วมกับครอบครัวเพื่อวางแผนการเผชิญกับความตาย

สรุปลักษณะของผู้ที่ยอมรับความตาย จะแสดงพฤติกรรมในทิศทางบวก คือ สามารถจัดการกับการตายได้อย่างเหมาะสม รับรู้และเข้าใจข้อมูลตามจริงเกี่ยวกับภาวะใกล้ตาย มีการเตรียมความพร้อมให้กับครอบครัวโดยพูดคุยร่วมกับครอบครัวเพื่อวางแผนการเผชิญกับความตาย ทบทวนการรับผิดชอบที่มีอยู่และถามตัวเองว่าในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่อยากทำอะไรอีก มีความพยายามสืบเสาะข้อมูลจากแหล่งความรู้ต่างๆ สอบถามข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสภาวะของตนโดยตรงจากแพทย์

### 5.2.3 ลักษณะของผู้ที่ไม่ยอมรับความตาย

กัญญ์ฐิตา ศรีภา (2554) อธิบายลักษณะของผู้ที่ไม่ยอมรับความตาย ปฏิเสธความตายว่าจะมีทิศทางแสดงพฤติกรรมในเชิงต่อรอง หลีกเลี่ยง ปกปิด หรือละเลยปัญหาแม้ว่าผู้ป่วยรับรู้ถึงสภาวะที่เป็นอยู่ แต่เลือกที่จะปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยงที่จะรับรู้ความตาย มีพฤติกรรมถอยหนีจากการรับรู้ข้อมูลที่แท้จริงเกี่ยวกับตนเอง ไม่พูดคุยถึงสภาวะที่ตนเองเจ็บป่วยกับใครๆ แยกตัว รวมทั้ง

พยายามไม่รับรู้กับภาพของความทุกข์ทรมาน หรือภาพที่ย่ำแย่ของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามด้วยกัน นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ไม่ยอมรับความตายมักแสดงพฤติกรรมตอรอง ผู้ป่วยมักหันไปรักษาทางเลือกอื่น เช่น พังยาหม้อ หรือการทำตามความเชื่อของตนเอง เช่น บนนานต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์ การทำบุญสะเดาะเคราะห์ หรือการทำบุญอุทิศฐานขอพร โดยเฉพาะความเชื่อทางพุทธศาสนาที่ผู้ป่วยหลายคนยึดถือเป็นที่พึ่งพิงสำคัญและหวังว่าจะช่วยบันดาลสิ่งที่คิดหวังให้ประสบผลได้ ซึ่งก็คือการที่ตนเองสามารถหาย

Kubler-Ross (1997) กล่าวถึงผู้ที่ไม่ยอมรับความตาย จะอยู่ในขั้นของการปฏิเสธ โกรธ ตอรอง และซึมเศร้า ซึ่งแสดงออกพฤติกรรมในทางลบ ได้แก่ ไม่เชื่อการวินิจฉัยของโรคมะเร็ง พฤติกรรมแยกตัวออกจากสังคม รู้สึกโกรธ โมโหร้าย มีอาการบวมออรมนใส่ผู้ใกล้ชิดและมักกล่าวโทษผู้อื่น ตอรองกับอำนาจที่คิดว่าสามารถควบคุมชีวิตได้ตามความเชื่อของผู้ป่วยเอง หรืออาจมีอาการซึมเศร้า

สรุป ผู้ที่ไม่ยอมรับความตายจะมีทิศทางการแสดงพฤติกรรมในเชิงตอรอง หลีกหนี ปกปิด หรือละเลยปัญหาแม้ว่าผู้ป่วยรับรู้ถึงสภาวะที่เป็นอยู่แต่เลือกที่จะปฏิเสธหรือหลีกหนีที่จะรับรู้ความตาย มีพฤติกรรมถอยหนีจากการรับรู้ข้อมูลที่แท้จริงเกี่ยวกับตนเอง ไม่พูดคุยถึงสภาวะที่ตนเองเจ็บป่วยกับใครๆ แยกตัว นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ไม่ยอมรับความตายมักแสดงพฤติกรรมตอรอง ผู้ป่วยมักหันไปรักษาทางเลือกอื่น เช่น พังยาหม้อ หรือการทำตามความเชื่อของตนเอง เช่น บนนานต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์ การทำบุญสะเดาะเคราะห์ หรือการทำบุญอุทิศฐานขอพร

### 5.3 ผลกระทบของการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยที่ยอมรับความตายได้คือผู้ที่แสดงออกพฤติกรรมและอารมณ์ในเชิงบวก ดังนั้น ผลกระทบจากการยอมรับความตายจึงเป็นลักษณะของผลในด้านบวก ดังนี้

5.3.1 ผู้ป่วยมีการเตรียมความพร้อมสำหรับการตายของตนเอง ได้มีการเตรียมตัวตายโดยการจัดการกับสิ่งต่างๆ ได้ทำตามสิ่งที่ตัวเองต้องการก่อนตาย ได้แบ่งปันความเข้าใจและวางแผนเผชิญปัญหาร่วมกันกับครอบครัว และใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่า (Zimmermann, 2012; ทัศนีย์ทองประทีป, 2552; พระไพศาล วิสาโล และคณะ, 2552; วัลภา คุณทรงเกียรติ, 2556)

5.3.2 การยอมรับความตายเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตที่ดีนำไปสู่การตายอย่างมีศักดิ์ศรี ตายอย่างสงบ (McLeod-Sordjan, 2014; Payne et al., 1996)

5.3.3 สามารถจัดการกับภาวะเครียดได้ (กัญญ์ฐิตา ศรีภา, 2554)

5.3.4 ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น (Zimmermann, 2012)

ในทางตรงกันข้ามหากผู้ป่วยไม่สามารถยอมรับความตายได้จะส่งผลกระทบทำให้เกิดการตายที่ไม่ดี (Zimmermann, 2012) ผู้ที่ไม่ยอมรับความตายจะไม่ได้เตรียมตัวสำหรับการตาย ทำให้เกิดความทุกข์ทางจิตใจเมื่อถึงเวลาใกล้ตาย เช่น ความกลัว ความตื่นตระหนก กระวนกระวาย ไม่มีความ



สงบ (พระไพศาล วิสาโล และคณะ, 2552) ผู้ที่ไม่ยอมรับความตายจะไม่สามารถรับรู้ตามจริงได้ มีการเผชิญปัญหาอย่างไม่เหมาะสม ไม่สามารถจัดการกับชีวิตก่อนตายของตนเองได้ เกิดเป็นความหดหู่ ความเครียด และวิตกกังวลตลอดเวลา (กัญญ์ฐิตา ศรีภา, 2554)

#### 5.4 การประเมินการยอมรับความตาย

5.4.1 Death Attitude Profile-Revised (DAP-R) Wong et al. (1994) เป็นแบบประเมินทัศนคติเกี่ยวกับความตายที่มีองค์ประกอบด้านการวัดการยอมรับความตาย แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 32 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน คือ 1) การกลัวความตาย (Fear of death) 7 ข้อ 2) การหลีกเลี่ยงความตาย (Death avoidance) 5 ข้อ 3) การยอมรับที่เป็นกลาง (Neutral acceptance) 5 ข้อ 4) การยอมรับการเข้าใกล้ความตาย (Approach Acceptance) 10 ข้อ และ 5) การยอมรับการหลีกเลี่ยง (Escape Acceptance) 5 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) แบ่งเป็น 7 ระดับ ในแต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 1-7 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1) ถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง (7) รวมมีค่าคะแนน 32 - 164 คะแนน แบบสอบถามนี้ได้ผ่านการทดสอบหาความเที่ยงของแบบสอบถามโดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.86

5.4.2 The Multidimensional Orientation Toward Dying and Death Inventory (MODDI-F) ของ Wittkowski (2001) เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นเพื่อวัดทัศนคติการตาย ประกอบด้วยข้อคำถาม 47 ข้อ 8 องค์ประกอบ ได้แก่ กลัวการใกล้ตายของตัวเอง กลัวความตายของตัวเอง กลัวความใกล้ตายของผู้อื่น กลัวความตายของผู้อื่น ยอมรับการใกล้ตายของตัวเอง ยอมรับความตายของตัวเอง การยอมรับการใกล้ตายของผู้อื่น และการยอมรับความตายของผู้อื่น ในด้านของการยอมรับความตายมี 2 ส่วนย่อย ได้แก่ การยอมรับการใกล้ตายและการตายของตัวเอง (AODD-F) จำนวน 8 ข้อ และการยอมรับการตายของบุคคลอื่น (AOPDe-F) จำนวน 6 ข้อ AODD-F และ AOPDe-F ได้ผ่านการทดสอบหาความเที่ยงของแบบสอบถามโดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.92 และ 0.81

5.4.3 Death Acceptance Scale ของ Ray, and Najman (1974) เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นเพื่อวัดระดับการยอมรับความตายซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ รวมไปถึงการปฏิเสธ (ความตายเป็นสิ่งที่ไม่น่ากลัว), ความตายเป็นการหลีกเลี่ยง (ความตายเป็นเพียงการบรรเทาจากความเจ็บปวด) และทัศนคติเชิงบวก (ความตายเป็นเพื่อน) เครื่องมือนี้มีการทดสอบค่าความเที่ยงพบว่าอยู่ในระดับความน่าเชื่อถือของเครื่องมือต่ำ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.58 แบบสอบถามชุดนี้จึงไม่นิยมนำมาใช้

5.4.4 The Klug Death Acceptance Scale ของ Klug, and Sinha (1987-1988) ซึ่งพัฒนาแบบสอบถามการยอมรับความตายโดยมี 2 องค์ประกอบ ได้แก่ การเผชิญหน้ากับความตายและการบูรณาการเกี่ยวกับความตาย ประกอบด้วย 16 ข้อคำถาม แบบสอบถามชุดนี้ได้รับ

การตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามจำนวน 178 คน พบว่าแบบสอบถามด้านการเผชิญหน้ากับความตายมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .59 และแบบสอบถามด้านการบูรณาการเกี่ยวกับความตายมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .55 เมื่อทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามอีกครั้งเมื่อผ่านไป 5 สัปดาห์พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์ของ Kuder-Richardson-20 ของแบบสอบถามด้านการเผชิญหน้ากับความตายเท่ากับ .81 และแบบสอบถามด้านการบูรณาการเกี่ยวกับความตายเท่ากับ .85 เมื่อพิจารณาพบว่าข้อคำถามส่วนใหญ่ในแบบสอบถามด้านการเผชิญหน้ากับความตายนั้นเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงไม่ได้เป็นข้อคำถามในเชิงการเผชิญหน้ากับความตาย เช่น “ฉันหลีกเลี่ยงการพูดถึงความตายเมื่อมีโอกาสแสดงตัวเอง” และ “ถ้าเป็นไปได้ฉันจะหลีกเลี่ยงเพื่อนที่เสียใจกับการสูญเสียใครบางคน” นอกจากนี้ข้อคำถามในด้านการบูรณาการเกี่ยวกับความตายซึ่งผู้เขียนได้กำหนดว่าเป็นปฏิกิริยาอารมณ์ต่อความตายแต่พบว่าหลายข้อคำถามเป็นการวัดผลกระทบเชิงบวกของการยอมรับความตายไม่ใช่ปฏิกิริยาตอบสนองอารมณ์ต่อความตาย เช่น “ฉันสนุกกับชีวิตมากขึ้นอันเนื่องมาจากการเผชิญหน้ากับความตาย” ดังนั้นแบบสอบถามชุดนี้จึงไม่นิยมนำมาใช้

สรุปในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้เครื่องมือ Neutral acceptance Scale ซึ่งเป็นมิติหนึ่งใน Death Attitude Profile-Revised (DAP-R) ของ Wong et al., (1994) เป็นแบบประเมินการยอมรับความตายที่นิยมนำมาใช้ มีความสอดคล้องกับค่านิยมศัพท์ของการยอมรับความตายที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ และเมื่อพิจารณาลักษณะของข้อคำถามมีความเหมาะสม มีความเป็นกลาง มีลักษณะที่เป็นรูปธรรม และเป็นข้อคำถามที่ไม่เจาะจงว่าผู้ที่ตอบจะต้องตายหรือทำให้รู้สึกว่าจะต้องตาย เช่น “ความตายเป็นเพียงส่วนหนึ่งของกระบวนการชีวิต” “ความตายเป็นธรรมชาติของชีวิต” นอกจากนี้แบบสอบถามนี้ได้ผ่านการทดสอบหาความเที่ยงของแบบสอบถามโดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.65 แสดงว่าเครื่องมือนี้มีความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ในระดับต่ำ (DeVellis, 2012) ทั้งนี้เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นใหม่

## 6. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โดยปัจจัยที่ศึกษาในครั้งนี้ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ดังต่อไปนี้

### 6.1 ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย (Death Anxiety)

#### 6.1.1 ความหมาย

Lonetto, and Templer (1986) กล่าวว่าความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย หมายถึง ความรู้สึกไม่สบายใจ หวาดหวั่น หวาดกลัว เมื่อคิดถึงหรือรับรู้ว่าจะขบวนการตายกำลังสั้นลง

Cicirelli (2006) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย หมายถึง ความหวาดกลัวในจุดเริ่มต้นของการสูญเสียในจิตวิญญาณแห่งความเป็นมนุษย์

Lehto, and Stein (2009) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย หมายถึง ความกลัว ความกังวลเกี่ยวกับความคาดหมาย และการรับรู้การตาย และกระบวนการของการตายตามความเป็นจริง ซึ่งเกิดจากความรู้สึก ความรู้คิด และการชี้แนะ ภายใต้กระบวนการขั้นพัฒนาการ และสภาพสังคม วัฒนธรรม

Soleimani, Lehto, Negarandeh et al. (2016) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย หมายถึง ความตื่นตระหนกที่เกิดจากความกลัวในความตาย และ/หรือกระบวนการตาย

Conte et al. (1982) กล่าวถึงความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายว่าเป็นความรู้สึกกังวล หวาดกลัว เมื่อนึกถึงความตาย โดยแบ่งความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความหวาดกลัวความไม่รู้ 2) ด้านความหวาดกลัวความทรमान 3) ด้านความหวาดกลัวความเดียวดาย และ 4) ด้านความหวาดกลัวการดับสิ้นชีวิต

สารภี รังษีโกศัย และคณะ (2556) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย หมายถึง ความรู้สึกไม่สบายใจ หวาดหวั่นหรือหวาดกลัวเมื่อคิดถึงหรือรับรู้เกี่ยวกับความตาย

สรุป ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย หมายถึง ความรู้สึกหวาดหวั่นหรือหวาดกลัว ความรู้สึกไม่สบายใจเมื่อนึกถึงความตายของตนเอง และ/หรือ ความรู้สึกหวาดกลัวถึงกระบวนการต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นกับตนเองเมื่อถึงเวลาตาย

### 6.1.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายกับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

เมื่อบุคคลได้รับรู้ว่าคุณเองอยู่ใกล้ความตาย มักจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายที่จะต้องเผชิญ (Sherman et al., 2010) ลักษณะอารมณ์ของความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายเกี่ยวข้องกับความกลัวเกี่ยวกับการทำลายชีวิตของตนเอง และศูนย์กลางแห่งความกลัวการสิ้นสุดชีวิต (Greenberg et al., 1994) การที่ต้องเผชิญหน้ากับความตายที่หลีกเลี่ยงไม่ได้โดยเฉพาะในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามทำให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายซึ่งเป็นกลไกพื้นฐานทางจิตใจของมนุษย์ เป็นตัวการสำคัญที่ทำให้เกิดการแสดงออกด้านอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วย สิ่งที่แสดงให้เห็นว่าบุคคลมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายคือแสดงการปฏิเสธความตาย ความกลัวตายของตนเองและบุคคลอื่น การหลีกเลี่ยงความตายและความไม่เต็มใจในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ตาย (Conte et al., 1982; Lonetto, & Templer, 1986; สารภี รังษีโกศัย และคณะ, 2556) นอกจากนี้ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามส่วนใหญ่จะมีความรู้สึกกลัวกระบวนการตาย กลัวความทรमानทั้งด้านร่างกายและจิตใจ กลัวความสูญเสียและพลัดพรากจากคนที่รัก (กัญญฐิตา ศรีภา, 2554) ผู้ที่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายจะมีทัศนคติต่อความตายในทางลบ จึงทำให้การเรียนรู้เกี่ยวกับความตาย

ไม่ดี (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552) สภาพปัญหานี้มีผลต่อการดำรงชีวิตในระยะใกล้ตายของผู้ป่วย ทำให้อาการที่ผู้ป่วยจะเกิดการยอมรับและпенอุปสรรคต่อหนทางที่จะไปสู่การยอมรับความตาย ดังนั้นผู้ที่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายจะไม่ได้เรียนรู้และทำความเข้าใจว่าความตายเป็นเรื่องธรรมชาติที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ผู้ป่วยจึงไม่ยอมรับความตาย (กัญญ์รัฐดา ศรีภา, 2554; สารภี รัชชโกศัย และคณะ, 2556) นอกจากนี้มีการศึกษาพบว่าผู้ที่มีระดับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายสูงจะมีการยอมรับความตายน้อย กล่าวคือความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายเป็นความสัมพันธ์ทางลบกับการยอมรับความตาย (Durlak, & Kass, 1982; Harding et al., 2005)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงคาดว่าผู้ป่วยมะเร็งที่มีระดับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายสูงจะมีระดับการยอมรับความตายน้อย

### 6.1.3 การประเมินความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย

การประเมินความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม จาก การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องสามารถสรุปได้ดังนี้

6.1.3.1 Templer Death Anxiety Scale (TDAS) (Templer, 1970) เป็นเครื่องมือวัดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายที่นิยมนำมาใช้มากที่สุด และได้รับการแปลมากกว่า 15 ภาษา (Royal, & Elahi, 2011) แบบสอบถามนี้ได้ถูกนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างหลากหลาย รวมถึงผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ แบบสอบถามดั้งเดิมมีลักษณะมาตรวัดแบบ จริง-ไม่จริง (True-False) ต่อมาได้ถูกพัฒนาเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scales) โดยในแต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 1 – 5 คะแนน (1=ไม่เห็นด้วย ไปถึง 5=เห็นด้วยอย่างยิ่ง) รวมมีค่าคะแนน 15 – 75 คะแนน คะแนนในระดับต่ำหมายถึงมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับตายในระดับต่ำ Templer (1970) รายงานความเที่ยงของแบบสอบถามชุดนี้โดยการทดสอบกับกลุ่มนักศึกษาในวิทยาลัยได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .83 Yang, Zhang, Lu et al. (2016) ได้นำแบบสอบถามชุดนี้มาแปลเป็นภาษาจีนและนำไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่จำนวน 50 คนและได้ตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถามนี้โดยรายงานค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .81 และตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Validity) พบว่าอยู่ในระดับสูง

6.1.3.2 The Revised Collent-Lester Fear of death and Dying Scale Lester (1994) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 32 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ 1) การรับรู้ความตายของตนเอง 8 ข้อ 2) การรับรู้ความตายของผู้อื่น 8 ข้อ 3) การรับรู้ภาวะใกล้ตายของตนเอง 8 ข้อ และ 4) การรับรู้ภาวะใกล้ตายของผู้อื่น 8 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ ในแต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 1 – 5 คะแนน รวมมีค่าคะแนน 32 – 160 คะแนน แบบสอบถามนี้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยหาค่าความเที่ยงภายนอกรายงานค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคด้านการรับรู้ความตายของตนเองเท่ากับ .91 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา

ของครอนบาคด้านการรับรู้ความตายของผู้อื่นเท่ากับ .89 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคด้านการรับรู้ภาวะใกล้ตายของตนเองเท่ากับ .72 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคด้านการรับรู้ภาวะใกล้ตายของผู้อื่นเท่ากับ .87 และได้ทำการหาความเที่ยงด้วยวิธีการสอบซ้ำ (Test-retest) ภายในระยะเวลาห่างกัน 2 วัน รายงานค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคด้านการรับรู้ความตายของตนเองเท่ากับ .85 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคด้านการรับรู้ความตายของผู้อื่นเท่ากับ .79 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคด้านการรับรู้ภาวะใกล้ตายของตนเองเท่ากับ .86 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคด้านการรับรู้ภาวะใกล้ตายของผู้อื่นเท่ากับ .83 (Lester, 1994)

6.1.3.3 The Death Anxiety Questionnaire (DAQ) Conte et al. (1982) แบบสอบถามชุดนี้ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความหวาดกลัวความไม่รู้ 2) ด้านความหวาดกลัวความทรมาณ 3) ด้านความหวาดกลัวความเดียวดาย และ 4) ด้านความหวาดกลัวการดับสิ้นชีวิต มีลักษณะเป็นแบบมาตรวัด 3 ระดับ (Rating scales) ในแต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 – 2 คะแนน ไม่กังวล (0) ถึง กังวลมาก (2) รวมมีค่าคะแนน 0 – 30 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายมาก แบบสอบถามชุดนี้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างในระยะแรกเป็นนักศึกษาของวิทยาลัยจำนวน 100 คน โดยรายงานค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยวิธี Split-half เท่ากับ .76 และในระยะที่ 2 ศึกษาความสอดคล้องภายในของเครื่องมือโดยทดลองใช้กับนักศึกษาของวิทยาลัยจำนวน 230 คน รายงานความค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ .83 และได้ทำการหาความเที่ยงด้วยวิธีการสอบซ้ำ (Test-retest) ภายในระยะเวลาห่างกัน 2 สัปดาห์ โดยนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้เท่ากับ .87 แบบสอบถามชุดนี้ถูกนำไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามโดย Sherman et al. (2010) โดยนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจำนวน 38 คน และได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และหาความเที่ยงโดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .82

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้เครื่องมือ The Death Anxiety Questionnaire (DAQ) ของ Conte et al. (1982) เพื่อประเมินความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย เนื่องจากเครื่องมือชุดนี้เป็นเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล และเคยถูกนำมาใช้ในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม Sherman et al. (2010) และได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามแล้วพบว่าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของเครื่องมือชุดนี้เท่ากับ .82 ซึ่งแปลว่าเครื่องมือชุดนี้มีค่าความเที่ยงอยู่ในระดับดี (DeVellis, 2012) และเมื่อพิจารณาข้อคำถามในแต่ละข้อพบว่าเข้าใจง่าย โดยผู้วิจัยได้นำ The Death Anxiety Questionnaire (DAQ) ของ Conte et al. (1982) มาแปลเป็นภาษาไทยและนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

## 6.2 ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย

แนวคิดทางศาสนานับว่ามีอิทธิพลต่อความคิดและความเชื่อของคนตั้งแต่เกิด แก่ เจ็บ ตาย โดยแต่ละศาสนาต่างมีแนวคิดและวิถีปฏิบัติที่แตกต่างกันไปตามความเชื่อและความศรัทธา ความเชื่อและความเข้าใจเกี่ยวกับความตายก็เป็นอีกเรื่องหนึ่งที่ทำให้เกิดนิยามหรือความหมายของความตายขึ้นในแต่ละศาสนา ซึ่งความหมายดังกล่าวจะเชื่อมโยงไปสู่วิถีการดำรงชีวิตในช่วงภาวะก่อนตายของบุคคลและวิถีปฏิบัติต่อความตายของคนในสังคม (กัญญฐิตา ศรีภา, 2554) ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาในประเทศไทยซึ่งมีศาสนาพุทธเป็นศาสนาประจำชาติและประชากรส่วนใหญ่ นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 94 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561) ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนและรวบรวมเกี่ยวกับความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย ดังต่อไปนี้

### 6.2.1 ความหมาย

สารภี รังษิโกศัย และคณะ (2556) กล่าวว่า ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย หมายถึง ความศรัทธา ความเลื่อมใส หรือความเชื่อถือในหลักธรรมคำสอนทางศาสนาพุทธ ในมุมมองของความตายและชีวิตหลังความตาย

ทัศนีย์ ทองประทีป (2552) กล่าวว่า ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย หมายถึง ความศรัทธา ความเลื่อมใสหรือความเชื่อถือในหลักธรรมคำสอนทางศาสนาพุทธ ในมุมมองของความตายและชีวิตหลังความตายว่า สรรพสิ่งทั้งปวงรวมทั้งชีวิตจะดำเนินไปตามกฎของธรรมชาติ หรือกฎของไตรลักษณ์ (อนิจจตา ทุกขตา และอนัตตา) และยังเชื่อในเรื่องของการเวียนว่ายตายเกิด เชื่อเรื่องนรก สวรรค์ กรรม และการให้อภัย

สรุป ในงานการศึกษาครั้งนี้ ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย หมายถึง ความความเชื่อถือในหลักธรรมคำสอนทางศาสนาพุทธที่กล่าวถึงความตาย เช่น หลักไตรลักษณ์ (อนิจจตา ทุกขตา และอนัตตา) การเวียนว่ายตายเกิด นรก สวรรค์ กรรมและการให้อภัย

### 6.2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตายกับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ความเชื่อทางศาสนาจะทำให้เกิดความเข้าใจในเรื่องของความตาย และชีวิตหลังความตายได้มากขึ้น เนื่องจากหลักธรรมคำสอนทางศาสนาจะสอนถึงความจริงของชีวิต ความเชื่อต่างๆที่เกี่ยวกับความตายและชีวิตหลังความตายจึงมีผลทำให้บุคคลเกิดการยอมรับความ (Corr et al., 2013; ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552) การที่บุคคลได้สัมผัสกับธรรมะจะทำให้เกิดกระบวนการงอกงามของจิตใจ ศาสนาทุกศาสนาให้สัจธรรมซึ่งบอกความจริงอันสูงสุดของชีวิต ศาสนาจะสอนหลักการปฏิบัติตามกฎของความเป็นจริงตามธรรมชาติเพื่อให้หลุดพ้นทุกข์ (สารภี รังษิโกศัย และคณะ, 2556)

สำหรับศาสนาคริสต์เชื่อว่าในมุมมองของศาสนาคริสต์เชื่อว่าในชีวิตที่เป็นนิรันดร์ ชาวคริสต์เห็นว่าความตายเป็นการส่งผ่านไปยังภพหน้า เป็นความสัมพันธ์ระหว่างชาวคริสต์กับพระเจ้าทั้งในช่วง

ชีวิตปัจจุบันและชีวิตหลังความตาย ความเชื่อเกี่ยวกับชีวิตที่เป็นสุขหลังความตาย การได้อยู่กับพระเจ้าจึงทำให้ผู้ป่วยมะเร็งยอมรับความตายมากขึ้น (McClain-Jacobson, Rosenfeld, Kosinski et al., 2004; Pinquart et al., 2006; สารภี รัชชโกศัย และคณะ, 2556) โดยผู้ที่มีความสัมพันธ์กับพระเจ้าและมีความเชื่อเกี่ยวกับโลกหน้าจะทำให้มีความพึงพอใจในการตายส่งผลให้ยอมรับความตายที่จะเข้ามา และมีแนวโน้มที่จะเตรียมตัวตาย (Yeun, 2005) ในบริบทของศาสนาอิสลามมองความตายว่าเป็นการเปลี่ยนสภาพหรือเปลี่ยนมิติของการดำรงอยู่เท่านั้น ไม่ได้หมายถึงการสิ้นสุดของชีวิต ศาสนาอิสลามนับว่าชีวิตมีทั้งหมดสี่ช่วง คือ ชีวิตในครรภ์ ชีวิตในโลกนี้ ชีวิตหลังความตายและชีวิตในโลกหน้า ดังนั้นความตายจึงเป็นการเริ่มต้นชีวิตที่แท้จริง ชาวมุสลิมที่มีความเชื่อและมีความศรัทธาจึงมีความพร้อมที่จะตายโดยไม่มีอาการของการเศร้าโศก (สารภี รัชชโกศัย และคณะ, 2556)

สำหรับการศึกษาคั้งนี้ศึกษาในความเชื่อทางพุทธศาสนาเกี่ยวกับความตาย ซึ่งมีความเชื่อเกี่ยวกับความตายว่าสรรพสิ่งทั้งปวงรวมทั้งชีวิตจะดำเนินไปตามกฎของธรรมชาติ หรือไตรลักษณ์ (ลักษณะ 3 ประการ) (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552; พระไพศาล วิสาโล และคณะ, 2552; สารภี รัชชโกศัย และคณะ, 2556) ซึ่งประกอบด้วย

1) อนิจจตา คือ ความไม่เที่ยง ไม่คงที่ ไม่คงตัว สิ่งทั้งหลายทั้งรูปธรรม นามธรรม เมื่อเกิดขึ้นแล้วย่อมเสื่อมและสลายไป ไม่อาจยืนยงคงอยู่ได้

2) ทุกขตา ความเป็นทุกข์ภาวะที่ถูกบีบคั้นด้วยการเกิดขึ้นและเสื่อมสลาย การจะห้ามสิ่งใดไม่ให้เปลี่ยนแปลงย่อมเป็นไปไม่ได้ การยึดมั่นในสิ่งใดสิ่งหนึ่งเป็นบ่อเกิดความทุกข์

3) อนัตตา ความไม่มีตัวตนแท้จริง สิ่งทั้งหลายถูกปรุงแต่งขึ้นและพึ่งพาอาศัยกันอยู่ตลอดเวลา มีการเปลี่ยนแปลงแตกดับอยู่ตลอดเวลา พระพุทธเจ้าทรงตรัสสอนในเรื่องอนัตตาอย่างตรงประเด็นว่า สังขารทั้งหลาย (ชั้น 5 คือ รูป เวทนา สัญญา สังขาร และ วิญญาณ) ไม่เที่ยงหนอ มีความเกิดขึ้นและเสื่อมสลายและดับไปเป็นธรรมดา การปล่อยวางสังขารนั้นจึงทำให้เป็นสุข แสดงว่าร่างกายนั้นไม่เที่ยงแท้ การปล่อยวางจากความยึดมั่นถือมั่นในชั้น 5 จะทำให้เกิดความสุขสงบได้

ดังนั้น การที่บุคคลมีความเชื่อและศรัทธาในหลักธรรมในเรื่องของกฎไตรลักษณ์จะช่วยให้บุคคลเข้าใจในความจริงของชีวิตมากขึ้นและนำไปสู่การปล่อยวางจาก นอกจากนี้ศาสนาพุทธยังมีความเชื่อในเรื่องของการเวียนว่ายตายเกิด เมื่อมนุษย์ตายไปแล้วจะต้องไปเกิดใหม่ในภพภูมิต่าง ๆ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบาปหรือบุญที่แต่ละบุคคลนั้นเคยนั้นได้ทำไว้ ซึ่งสิ่งนี้เป็นวัฏจักรของชีวิตมนุษย์ที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ สำหรับความเชื่อในทางพระพุทธศาสนาที่มีความสัมพันธ์กับความตายของคนไทย คนไทยมีความเชื่อเรื่อง นรกสวรรค์ กรรม การให้อภัย ดังนี้

นรก สวรรค์เชื่อว่าคนทำชั่วเมื่อตายไปแล้วจะไปเกิดในแหล่งที่ไม่ดี มีการลงโทษ ที่เรียกว่านรก ส่วนผู้ที่ทำความดีจะได้รับผลดีโดยไปเกิดในสวรรค์ ความเชื่อเหล่านี้จะเป็นเครื่องกระตุ้นบุคคลและเป็นกำลังใจให้ทำความดีเพื่อหวังผลเมื่อสิ้นชีวิต

กรรม เชื่อว่า คนจะดีจะชั่วขึ้นอยู่กับกรรม อันเนื่องมาจากการกระทำของบุคคลนั้นและกรรมที่ทำในชาติก่อนก็ยิ่งส่งผลถึงชาตินี้ได้

การให้อภัย การที่คนเป็นอโหสิกรรมให้คนใกล้ตายนั้น เชื่อว่าจะทำให้คนใกล้ตายได้หมดกังวล มีความสุข และไม่เป็นกรรมติดต่อกันไปในชาติหน้า และถูกผู้ใกล้ตายอโหสิกรรมให้คนอื่นก็จะถือว่าเป็นการชำระล้างกรรมชั่วให้กับตนเอง

พุทธศาสนาจึงสอนให้บุคคลเข้าใจความตาย และฝึกจิตให้คุ้นเคยกับความตาย ผู้ที่มีความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตายสูงจึงยอมรับความตายมากขึ้น (พระไพศาล วิสาโล และคณะ, 2552) มีการศึกษาพบว่าศาสนามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็ง (Pinquart et al., 2006) ดังนั้นผู้วิจัยจึงคาดว่าความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตายจะมีความสัมพันธ์กับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามโดยผู้ที่มีความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตายสูงจะยอมรับความตายมากกว่าผู้ที่มีความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตายน้อย

### 6.2.3 การประเมินความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย

การประเมินความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็ง จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปได้ดังนี้

6.2.3.1 แบบสัมภาษณ์ความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตาย ของ สารภี รังษิโกศัย และคณะ (2556) เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ พระไพศาล วิสาโล และคณะ (2552) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 3 ระดับ ได้แก่ เชื่อมาก (3 คะแนน) ไปถึง เชื่อน้อย (1 คะแนน) ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน แล้วนำมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 0.88 ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือและคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.77

6.2.3.2 แบบสอบถามความเชื่อทางศาสนาของ Rohrbaugh, and Jessor (1975) เป็นแบบสอบถามที่วัดความเชื่อทางศาสนาที่แตกต่างกันทั้ง 4 มิติ ได้แก่ การประกอบพิธีทางศาสนา วัดโดยคำถาม 2 คำถามคือ การเข้าร่วมพิธีทางศาสนา และความถี่ของการสวดมนต์ ประสบการณ์ความเชื่อทางศาสนา วัดโดยระดับความรู้สึกสุขสบายและปลอดภัยในศาสนา ผลกระทบจากความเชื่อทางศาสนา วัดจากอิทธิพลของความเชื่อทางศาสนาต่อชีวิตประจำวันและการตัดสินใจ และ มโนคติทางศาสนา วัดจากระดับความเชื่อในพระเจ้าและชีวิตหลังความตาย ตรวจสอบความเที่ยง (reliability) โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้ เท่ากับ 0.9

6.2.3.3 แบบสอบถามความเชื่อทางศาสนาของ Daaleman, and Dobbs (2010) เป็นแบบสอบถามที่ประกอบไปด้วย 2 ข้อคำถาม 1) คุณคิดว่าคุณเป็นคนกี่ครั้งครัดในศาสนา มากน้อยเพียงใด ระดับการให้คะแนนแบบมาตราส่วนประมาณค่า 1= ครึ่งครัดมาก ไปจนถึง 4 = ไม่



เครื่องคิดเลข 2) คุณรู้สึกใกล้ชิดกับพระเจ้าอย่างไร การให้คะแนนแบบมาตราส่วนประมาณค่า 1= ใกล้ชิดมาก ไปจนถึง 4 = ฉันไม่เชื่อในพระเจ้า แบบสอบถามนี้ไม่พบการตรวจสอบความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือ

สรุป ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบสัมภาษณ์ความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตายของ สารภี รัชชโกศัย และคณะ (2556) เนื่องจากมีความเหมาะสมกับบริบทคนไทยซึ่งนับถือศาสนาพุทธแตกต่างจากแบบสอบถามอื่นที่กล่าวข้างต้นที่เป็นความเชื่อของศาสนาคริสต์ และเมื่อพิจารณาคุณภาพของเครื่องมือชุดนี้พบว่ามีผลการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือชุดนี้เท่ากับ 0.88 ซึ่งเป็นค่าที่แสดงว่ามีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี (Polit, Beck, & Owen, 2007) และมีความเที่ยงของเครื่องมือมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.77 แสดงว่าเครื่องมือชุดนี้มีค่าความเที่ยงอยู่ในระดับดี (DeVellis, 2012)

### 6.3 ภาวะที่ค้างคา

#### 6.3.1 ความหมาย

ราชบัณฑิตยสถาน (2556) ให้ความหมายคำว่า ภาวะ หมายถึง หน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบ, ภาระที่หนัก, งานที่ต้องทำ และให้ความหมายคำว่า ค้างคา หมายถึง ยังไม่สิ้นไป, ยังไม่หมดไป

กัญญฐิตา ศรีภา (2554) กล่าวว่า ภาวะที่ค้างคา หมายถึง หน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบที่ยังจัดการไม่สำเร็จ ภาระหนี้สินที่ยังค้างค้ำ รวมไปถึงเป้าหมายที่ยังทำไม่สำเร็จ โดยภาวะที่ค้างคาของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจากการศึกษาของ กัญญฐิตา ศรีภา (2554) ได้แก่ ภาระการงานและทรัพย์สิน เช่น งานที่ค้าง ภาระการเงิน หนี้สิน ความเป็นอยู่ของครอบครัว ผู้ป่วยมีความต้องการจัดการกับความเป็นอยู่และฐานะการเงินของครอบครัวก่อนที่ตนเองจะจากไป รวมถึงการแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมจากญาติพี่น้องหรือแหล่งอื่น เพื่อที่จะช่วยให้ครอบครัวตนเองอยู่รอดได้ ภาวะทางจิตใจที่ค้างคาอยู่ เช่น ความรู้สึกห่วงใยคนในครอบครัว ผู้ป่วยบางคนมีความกังวลเกี่ยวกับการไม่ต้องการให้ยื้อชีวิตเมื่อเข้าสู่ภาวะวิกฤติ ไม่ต้องการให้ใส่ท่อช่วยหายใจ เป็นต้น ภาวะทางด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ เป้าหมายสำคัญในชีวิต หมายถึง ความคาดหวังของบุคคลต่อชีวิตในอนาคต เป็นสิ่งที่มุ่งหวังของชีวิตก่อนที่ตนเองจะตายจากไป เช่น การได้เห็นลูกชายบวชก่อนตาย คาดหวังว่าตนเองจะยังสามารถมีชีวิตอยู่จนกว่าจะได้เห็นความสำเร็จของบุตร หรือการได้กระทำการที่คาดหวังไว้ เช่น การตั้งใจที่จะได้เผาศพมารดาที่เก็บไว้นานมาแล้วก่อนที่ตนเองจะตาย

Pinquart et al. (2006) กล่าวว่าถึง ภาวะที่ค้างคา หมายถึง สิ่งที่คุณคาดหวังไว้แต่ยังไม่สำเร็จ

พระไพศาล วิสาโล (2554) กล่าวว่า ภารกิจที่ยังไม่เสร็จสิ้นเป็นความกังวลอีกประการหนึ่งที่มีกับผู้ใกล้ตาย สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทางจิตใจคือความรู้สึกค้างคาใจในบางสิ่งบางอย่าง สิ่งนั้นอาจได้แก่ ภารกิจการทำงานที่ยังค้างค้ำ ทรัพย์สินที่ยังแบ่งสรรไม่แล้วเสร็จ ความโกรธแค้นใครบางคน หรือความรู้สึกผิดบางอย่างที่เกาะกุมจิตใจมานาน ความปรารถนาที่จะพบคนบางคนเป็นครั้งสุดท้าย โดยเฉพาะคนที่ตนรัก หรือคนที่ตนปรารถนาจะขอโทษกรรม หากงานการทำชั่วชีวิตถูกทิ้งค้างเอาไว้โดยไม่ได้สะสางเลย ผู้ป่วยจะกระเสือกกระสนที่จะมีชีวิตและกลัวที่จะปล่อยวางและตายจากไป (พระไพศาล วิสาโล, 2552)

ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ภาวะที่ค้างคา หมายถึง ความรู้สึกค้างคาใจเกี่ยวกับภารกิจต่างๆ ที่ยังกระทำไม่แล้วเสร็จหรือยังไม่ได้กระทำ ได้แก่ ภาระการทำงานและทรัพย์สิน เช่น งานที่ยังค้างค้ำ ทรัพย์สินที่ยังไม่จัดการ ภาระหนี้สินที่ค้างค้ำ ภาระทางจิตใจ เช่น ความกังวล ความห่วงใยสมาชิกในครอบครัว ความรู้สึกผิดหรือความรู้สึกโกรธใครบางคน เป้าหมายสำคัญในชีวิต เช่น ความคาดหวังของบุคคลต่อชีวิตในอนาคต หรือการได้กระทำการที่คาดหวังไว้ก่อนตาย หรือความคาดหวังเกี่ยวกับบุตรหลาน

### 6.3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะที่ค้างคากับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

เมื่อผู้ป่วยรู้ว่าวาระสุดท้ายของชีวิตใกล้มาแล้ว สิ่งหนึ่งที่จะนำความทุกข์แก่จิตใจและทำให้ไม่อาจยอมรับความตายได้ คือความรู้สึกค้างคาใจในบางสิ่งบางอย่าง สิ่งนั้นอาจได้แก่ ภารกิจการทำงานที่ยังค้างค้ำ ทรัพย์สินที่ยังแบ่งสรรไม่แล้วเสร็จ ความน้อยเนื้อต่ำใจในคนใกล้ชิด ความโกรธแค้นใครบางคน หรือความรู้สึกผิดบางอย่าง ความปรารถนาที่จะพบคนบางคนเป็นครั้งสุดท้าย หรือคนที่ตนปรารถนาจะขอโทษกรรม เหล่านี้ล้วนทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ใจและพยายามปฏิเสธผลสักไซความตาย (พระไพศาล วิสาโล, 2554) ภาวะที่ค้างคาเป็นสิ่งที่บุคคลนั้นยังทำไม่สำเร็จ ได้แก่ หน้าที่ที่รับผิดชอบ สิ่งที่ค้างคาใจที่ยังไม่ได้สะสาง หรือวางเป้าหมายสำคัญในชีวิตไว้แต่ยังไม่บรรลุ เช่น ต้องการเห็นความสำเร็จของบุตร วางชีวิตไว้กับเป้าหมายการทำงานให้สำเร็จ หรือแม้กระทั่งความคาดหวังที่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง เช่น การได้เห็นลูกชายบวชก่อนตาย หรือการได้กระทำการที่คาดหวังไว้ เมื่อมีเหตุการณ์มาทำให้ความคาดหวังหรือเป้าหมายในชีวิตต้องปรับเปลี่ยน หรือสกัดกั้นหนทางที่จะนำไปสู่ชีวิตตามที่วางไว้ บุคคลอาจเกิดความคับข้องใจ เสียใจ ท้อใจ หรือแม้แต่สิ้นหวังกับชีวิตในอนาคต ภาวะใกล้ตายและความตายเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการมุ่งสู่การบรรลุเป้าหมายและสิ่งที่ค้างคาในชีวิตของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับว่าผู้ป่วยได้คาดหวังและวางแผนไว้ในลักษณะใด (กัญญ์ฐิตา ศรีภา, 2554; ทศนีย์ ทองประทีป, 2552; วัลภา คุณทรงเกียรติ, 2556) ผู้ป่วยที่ไม่ได้วางเป้าหมายหรือความคาดหวังในชีวิตไว้มากจะไม่เกิดภาวะที่ค้างคามาก ความตายจึงไม่มีความหมายในทิศทางที่ทำให้ตนเองรู้สึกสูญเสียหรือพลาดหวัง แต่หากผู้ป่วยมีความคาดหวังและเป้าหมายในชีวิตมากจะทำให้รู้สึก

ว่าเป็นภาระที่ค้างคาที่ต้องจัดการให้สำเร็จ ความตายจึงเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยจะปฏิเสธจนกว่าจะได้จัดการกับภาระที่ค้างคานี้สำเร็จ ดังนั้นผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มีภาระที่ค้างการรวมไปถึงความคาดหวังหรือเป้าหมายที่ยังทำไม่สำเร็จจะเกิดความค้างคาใจและต้องการที่จะมีชีวิตเพื่อทำให้สำเร็จ ผู้ที่จัดการกับภาระที่ค้างคาสำเร็จแล้วจะยอมรับความตายได้ (กัญญ์ฐิตา ศรีภา, 2554) การยอมรับความตายจะขึ้นอยู่กับภาระที่ไม่มีภาระที่ค้างคาหรือเป้าหมายที่สำคัญ (Tobin, 1996; Tomer, & Eliason, 2000) สอดคล้องกับการศึกษาของ Pinguart et al. (2006) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่มีเป้าหมายสำคัญในระยะยาวแล้วยังทำไม่สำเร็จจะต้องการที่จะมีชีวิตอยู่และไม่ยอมรับความตายหากยังไม่ได้ทำสิ่งนั้น กล่าวคือ การมีเป้าหมายที่ยังไม่บรรลุมีความสัมพันธ์ทางลบกับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็ง ดังนั้น ผู้วิจัยคาดว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มีภาระที่ค้างคาอยู่มากจะยอมรับความตายได้ในระดับน้อย

### 6.3.3 การประเมินภาระที่ค้างคา

จากการทบทวนวรรณกรรมเครื่องมือที่ใช้ในการวัดเป้าหมายที่สำคัญในอนาคต พบว่าเป็นข้อคำถามหนึ่งข้อ ของ Pinguart et al. (2006) ลักษณะเป็นคำถามแบบปลายเปิด ซึ่งคำถามลักษณะนี้จะทำให้ผู้ป่วยอาจตอบได้ยากและต้องคิดนาน

ดังนั้นในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงพัฒนาแบบประเมินภาระที่ค้างคาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมโดยเลือกใช้แนวคิดของ พระไพศาล วิสาโล (2554) และแนวคิดของกัญญ์ฐิตา ศรีภา (2554) ซึ่งแนวคิดดังกล่าวมีดังต่อไปนี้

#### การช่วยปลดเปลื้องสิ่งค้างคาใจ (พระไพศาล วิสาโล, 2554)

เมื่อผู้ป่วยรู้ว่าวาระสุดท้ายของชีวิตใกล้มาแล้ว สิ่งหนึ่งซึ่งจะทำความทุกข์แก่จิตใจ และทำให้ไม่อาจตายอย่างสงบ (หรือ “นอนตายตาหลับ”) ได้ ก็คือ ความรู้สึกค้างคาใจในบางสิ่งบางอย่างสิ่งนั้น อาจ ได้แก่ ภารกิจงานที่ยังค้างค้ำ ทรัพย์สินที่ยังแบ่งสรรไม่แล้วเสร็จ ความโกรธแค้นใครบางคน หรือความรู้สึกผิดบางอย่างที่เกาะกุมจิตใจมานาน ความปรารถนาที่จะพบคนบางคนเป็นครั้งสุดท้าย โดยเฉพาะคนที่ตนรัก หรือคนที่ตนปรารถนาจะขอโทษกรรม ความห่วงกังวลหรือความรู้สึกไม่ดีที่ค้างคาใจเป็นสิ่งที่สมควรได้รับการปลดเปลื้องอย่างเร่งด่วน หากไม่แล้วจะทำให้ผู้ป่วยทรมานทรมายพยายามปฏิเสธผลึกไสความตาย และตายอย่างไม่สงบ ซึ่งนอกจากจะหมายถึงความทุกข์อย่างมากแล้ว ในทางพุทธศาสนาเชื่อว่าจะส่งผลให้ผู้ตายไปสู่ทุกคติด้วยแทนที่จะเป็นสุคติ

ญาติมิตร ตลอดจน แพทย์ และพยาบาล ควรเปิดใจและฉับไวกับเรื่องดังกล่าว บางครั้งผู้ป่วยไม่พูดตรง ๆ ผู้ดูแลรอบข้างควรมีความละเอียดอ่อน และสอบถามด้วยความใส่ใจและมีเมตตา ไม่รู้สึกรำคาญ ในกรณีที่เป็นภารกิจที่ยังค้างค้ำ ควรหาทางช่วยเหลือให้ภารกิจนั้นเสร็จสิ้น หากเขาปรารถนาพบใคร ควรรีบตามหาเขามาพบ หากฝังใจโกรธแค้นใครบางคน ควรแนะนำให้เขาให้อภัย ไม่ถือโทษโกรธเคืองอีกต่อไป ในกรณีที่เป็นความรู้สึกผิดที่ค้างคาใจเนื่องจากทำสิ่งที่ไม่สมควร ในยามนี้ไม่ใช่เวลาที่จะประณามหรือตัดสินเขา หากควรช่วยให้เขาปลดเปลื้องความรู้สึกผิดออกไป อาทิเช่น ช่วยให้

เขาเปิดใจและรู้สึกปลอดภัยที่จะขอโทษหรือขออโหสิกรรมกับใครบางคน ขณะเดียวกันการแนะนำให้ฝ่ายหลังยอมรับคำขอโทษและให้อภัยผู้ป่วย ก็เป็นสิ่งสำคัญที่คนรอบข้างสามารถช่วยได้

การปฏิเสธความตาย ซัดขึ้นไม่ยอมรับความจริงที่อยู่เบื้องหน้า เป็นสาเหตุแห่งความทุกข์ของผู้ป่วยในระยะสุดท้าย และเหตุที่เขาซัดขึ้นดินรนก็เพราะยังติดยึดกับบางสิ่งบางอย่าง ไม่สามารถพลาจากจากสิ่งนั้นได้ อาจจะได้แก่ ลูกหลาน คนรัก พ่อแม่ ทรัพย์สินสมบัติ งานการ หรือโลกทั้งโลกที่ตนคุ้นเคย ความรู้สึกติดยึดอย่างแน่นหนานี้สามารถเกิดขึ้นได้แม้กับคนที่มิได้มีความรู้สึกผิดค้างคาใจ เมื่อเกิดขึ้นแล้วย่อมทำให้เกิดความกังวลควบคู่กับความกลัวที่จะต้องพลัดพลาจากสิ่งอันเป็นที่รักเหล่านั้น ญาติมิตรตลอดจนแพทย์และพยาบาลควรช่วยให้เขาปล่อยวางให้มากที่สุด เช่น ให้ความมั่นใจแก่เขาว่าลูกหลานสามารถดูแลตนเองได้ หรือพ่อแม่ของเขาจะได้รับการดูแลด้วยดี หรือเตือนสติแก่เขาว่าทรัพย์สินมัตินั้นเป็นของเราเพียงชั่วคราว เมื่อถึงเวลาที่ต้องให้คนอื่นดูแลต่อไป

#### เป้าหมายสำคัญในชีวิต (กัญฐิตา ศรีภา, 2554)

เป้าหมายสำคัญในชีวิตของบุคคลเป็นความคาดหวังของบุคคลต่อชีวิตในอนาคต แต่เมื่อมีสถานการณ์หรือเหตุการณ์มาทำให้เป้าหมายในชีวิตต้องปรับเปลี่ยน หรือสกัดกั้นหนทางที่จะนำไปสู่ชีวิตตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ บุคคลอาจเกิดความคับข้องใจ เสียใจ ท้อใจ หรือแม้แต่สิ้นหวังกับชีวิตในอนาคต ภาวะใกล้ตายและความตายก็เช่นกัน นับว่าเงื่อนไขซึ่งอาจเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการมุ่งสู่เป้าหมายในชีวิตตามที่ผู้ป่วยคาดหวังไว้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับว่าผู้ป่วยได้วางเป้าหมายไว้ในลักษณะใด ผู้ป่วยที่ไม่ได้วางเป้าหมายในชีวิตไว้มาก หรือไม่ได้คาดหวังกับชีวิตในอนาคตมาก ความตายจึงไม่มีความหมายในทิศทางที่ทำให้ตนเองรู้สึกสูญเสียอนาคตหรือเป้าหมายที่วางไว้

ในขณะที่ผู้ป่วยบางคนให้ความสำคัญกับการชีวิตการทำงาน โดยเฉพาะผู้ที่มีธุรกิจการทำงานที่ค่อนข้างมั่นคง ชีวิตที่ดิ้นรนต่อสู้จนสามารถมีความสำเร็จในงาน หรือจากที่ไม่มีเงินสามารถมีกิจการเป็นของตนเอง ผู้ป่วยมักวางเป้าหมายในชีวิตไว้กับการทำงาน และมองว่าความเจ็บป่วยและความตายเป็นอุปสรรคสำคัญที่จะสกัดกั้นหรือลดทอนความสามารถในการทำสิ่งที่ตั้งใจไว้ ดังเช่นผู้ป่วยหญิงคนหนึ่งที่ดินรนต่อสู้จนมีกิจการรีสอร์ทที่เป็นของตนเอง ตลอดเวลาที่อยู่ในสภาพที่เจ็บป่วย สิ่งที่กำลังกังวลและกล่าวถึงบ่อยครั้งคือเรื่องงานที่อยากกลับไปดูแล ไม่สามารถปล่อยวางกับเรื่องดังกล่าวได้ แม้สภาพร่างกายจะไม่เอื้ออำนวยก็ตาม นอกจากเป้าหมายชีวิตในเรื่องการทำงานแล้ว ยังมีผู้ป่วยอีกหลายคนด้วยกันที่เป้าหมายสำคัญของชีวิตคือครอบครัว ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ผูกพันอยู่กับครอบครัว ดังนั้นความตายจึงทำให้เกิดทั้งความเป็นห่วงเป็นใย รู้สึกถึงการพลัดพลา และสูญเสียความหวังที่จะได้ใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัว รวมถึงความคาดหวังที่จะเห็นคนใกล้ชิดที่รักประสบความสำเร็จ หรือมีชีวิตที่สุขสบาย ดังตัวอย่างของผู้ป่วยหญิงคนหนึ่ง ที่คาดหวังว่าตนเองจะยังสามารถมีชีวิตอยู่จนกว่าจะได้เห็นความสำเร็จของบุตรสาว

อย่างไรก็ตาม เป้าหมายในชีวิตมิใช่สิ่งตายตัวที่ไม่มีโอกาสปรับเปลี่ยน โดยเฉพาะเมื่อเกิดเหตุการณ์ในชีวิตที่พลิกผันกับความเป็นปกติ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับว่าแต่ละบุคคลให้ความสำคัญและจริงจังกับเป้าหมายในชีวิตนั้นมากน้อยเพียงไร มีการปรับตัวกับสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตอย่างไร และพวกเขามองว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมีความหมายในแง่ใดต่อชีวิตที่เป็นอยู่ทั้งในปัจจุบันและอนาคต

สรุปได้ว่า ภาวะที่ค้างคาตามแนวคิดของพระไพศาล วิสาโล (2554) และแนวคิดของกัญฐิตา ศรีภา (2554) ได้แก่ ภาวะการงานและทรัพย์สิน เช่น งานที่ยังค้างคั่ง ทรัพย์สินที่ยังไม่จัดการ ภาระหนี้สินที่ค้างคั่ง ภาระทางจิตใจ เช่น ความกังวล ความห่วงใยสมาชิกในครอบครัว ความรู้สึกผิดหรือความรู้สึกโกรธใครบางคน เป้าหมายสำคัญในชีวิต เช่น ความคาดหวังของบุคคลต่อชีวิตในอนาคต หรือการได้กระทำการที่คาดหวังไว้ก่อนตาย หรือความคาดหวังเกี่ยวกับบุตรหลาน ซึ่งผู้วิจัยได้นำเอาแนวคิดนี้ไปสร้างข้อคำถามในแบบสอบถามภาวะที่ค้างคาเพื่อใช้วัดภาวะที่ค้างคาของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในการวิจัยครั้งนี้

## 6.4 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy)

### 6.4.1 ความหมาย

Daaleman, and Dobbs (2010) กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง หมายถึง ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะนำไปสู่การวางแผนชีวิตและเผชิญสิ่งต่างๆ ในชีวิต

Bandura (1997) กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง หมายถึง ความเชื่อมั่นหรือความมั่นใจของบุคคลว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำการใดสิ่งหนึ่ง ผู้ที่รับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะส่งผลต่อความสำเร็จของบุคคล โดยที่บุคคลกล้าเผชิญต่อปัญหาต่างๆ แต่ผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำจะไม่มั่นใจต่อการกระทำของตนเพื่อให้เกิดผลสำเร็จได้ จะพยายามหลีกเลี่ยงการเผชิญต่อปัญหา

สรุปการรับรู้ความสามารถของตนเองในการวิจัยครั้งนี้ หมายถึง ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะจัดการกับปัญหา อุปสรรค และเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิตได้

### 6.4.2 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นความเชื่อมั่นหรือความมั่นใจของบุคคลว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำการใดสิ่งหนึ่ง ผู้ที่รับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะส่งผลต่อความสำเร็จ กล้าเผชิญต่อปัญหาต่างๆ การรับรู้ความสามารถของตนเองในแต่ละบุคคลมีโอกาสพัฒนาได้ หากได้รับแรงเสริมทำให้รับรู้ว่าคุณมีความสามารถที่จะกระทำได้ เมื่อบุคคลประเมินว่าคุณมีความสามารถสูงเกี่ยวกับพฤติกรรมหรือสถานการณ์ที่ตนเองต้องเผชิญและพฤติกรรมนั้นไม่ยากเกินกำลัง

ความสามารถของตนจะนำไปสู่การกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ด้วยความอดทนและไม่ย่อท้อต่ออุปสรรคต่าง ๆ (Bandura, 1997) นอกจากนี้การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นการส่งเสริมกระบวนการคิดเชิงบวกต่อตนเองในการตัดสินใจถึงระดับความสามารถของตนเองในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้สำเร็จ ทำให้เกิดความเชื่อมั่น เป็นแรงเสริมให้รู้สึกว่าคุณมีความสามารถในการตัดสินใจด้วยตนเอง มีความคิด และมีเป้าหมายในชีวิตในการดำเนินชีวิตและสามารถควบคุมจัดการกับสิ่งที่มีผลกระทบต่อความกลัวและความวิตกกังวลให้ลดน้อยลง (ยุพา ทองสุข, 2559) Hirai et al. (2002) กล่าวว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามต้องอยู่กับมะเร็งตลอดชีวิต ต้องเผชิญกับอาการปวดจากโรคมะเร็ง อาการต่างๆ และการยอมรับความตาย การรับมือกับความยากลำบากเหล่านี้ผู้ป่วยอาจจะต้องประเมินความสามารถของตนเองที่สูงหรือรับรู้ว่าคุณยากลำบากนี้ผู้ป่วยสามารถควบคุมได้ การรับรู้ความสามารถของตนเองสูงทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวทางจิตใจกับเหตุการณ์ที่คุกคามพร้อมที่จะเผชิญกับความยากลำบากซึ่งก็คืออาการปวดจากโรคมะเร็ง อาการต่างๆ และการยอมรับความตายได้ โดยการรับรู้ความสามารถของตนเองที่สูงมาจากการเรียนรู้จากเหตุการณ์ในอดีตและเพิ่มพูนทักษะของตนเอง จากการศึกษาพบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการยอมรับความตายของผู้ป่วยโรคระเร็ง กล่าวคือผู้ที่มีระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะมีการยอมรับความตายมากกว่า (Daaleman, & Dobbs, 2010)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงคาดว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มผู้ป่วยโรคระเร็งที่มีระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะสามารถยอมรับความตายได้มากกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ

#### 6.4.3 การประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเอง

6.4.3.1 Spirituality Index of Well-Being (SIWB) ของ Daaleman, and Frey (2005) เป็นแบบสอบถามที่ประเมินด้านจิตวิญญาณประกอบด้วย 2 มิติ คือ การวางโครงสร้างเป้าหมายชีวิตของตนเอง (Self-constructs of life scheme) และ การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ซึ่งในมิติของการรับรู้ความสามารถของตนเองประกอบด้วยคำถาม 6 ข้อ ลักษณะมาตรวัดเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert scales) โดยในแต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 1 – 5 คะแนน (1=เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไปถึง 5=ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) คะแนนรวมที่สูงจะหมายถึงมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับสูง แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองชุดนี้ได้รับการตรวจสอบความเที่ยงโดยรายงานค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .86

6.4.3.2 The general self-efficacy scale ของ Schwarzer (1997) เป็นแบบสอบถามที่ใช้วัดระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญปัญหาในชีวิตประจำวัน เป็นแบบสอบถามที่เป็นมาตรฐานและได้รับการนำไปใช้อย่างแพร่หลาย มีการแปลถึง 32 ภาษา ต้นฉบับเป็นภาษาเยอรมัน แบบสอบถามชุดนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมา

ตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เป็นความจริง (1 คะแนน) ไปถึง จริงมากที่สุด (4 คะแนน) คะแนนรวม 10-40 คะแนน คะแนนรวมที่สูงจะหมายถึงมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับสูง ความเที่ยงของแบบสอบถามชุดนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคระหว่าง 0.76 และ 0.90 และต่อมาแบบสอบถามชุดนี้ถูกแปลเป็นภาษาไทยโดย เวทีนิ สุขมาก และคณะ (2545) แบบสอบถามชุดนี้ถูกนำมาใช้กับผู้ติดสารเสพติดจำนวน 103 คน รายงานความเที่ยงของแบบสอบถามชุดนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.84

สรุปการวิจัยในครั้งนี้ใช้แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองฉบับภาษาไทย แปลโดย เวทีนิ สุขมาก และคณะ (2545) จาก General Perceived Self-Efficacy ของ Schwarzer (1997) เนื่องจากแบบสอบถามชุดนี้เป็นมาตรฐานและมีความน่าเชื่อถือของเครื่องมือในระดับสูง และยังคงนำไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งโดย Kreitler, Peleg, and Ehrenfeld (2007)

## 6.5 สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว

### 6.5.1 ความหมาย

จริญญา แก้วสกุลทอง (2552) กล่าวว่า ความสัมพันธ์ในครอบครัว หมายถึง ลักษณะความใกล้ชิด การทำกิจกรรมร่วมกันภายในครอบครัวระหว่างบิดา-มารดา บิดา-ผู้ป่วย มารดา-ผู้ป่วย บิดา-มารดา-ผู้ป่วย ประกอบด้วยพฤติลักษณะ 10 ประการ ได้แก่ การชื่นชมคุณค่าและให้กำลังใจกัน การให้ของขวัญในโอกาสต่างๆ เวลาที่มีให้กัน ความห่วงใยที่มีต่อกัน การปรึกษากัน ความสนใจในศาสนา การดูแลกัน การพึ่งพาอาศัยกัน การรับรู้ถึงความรู้สึกและความต้องการของกัน และความพึงพอใจในชีวิตครอบครัว

จิตใจ ศิริโส (2559) กล่าวว่า สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ที่มีการแสดงออกซึ่งความรักต่อกันทั้งทางกาย วาจา และใจ มีความห่วงใยซึ่งกันและกัน ปฏิบัติหน้าที่ของตนเองอย่างเหมาะสม

ทิวารินทร์ วัฒนาวัดฤ (2551) สัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง ความผูกพัน ความเกี่ยวข้องกับสถาบันพื้นฐาน ของสังคมที่ประกอบด้วย พ่อ แม่ ญาติพี่น้อง สามีภรรยาและลูกของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

สรุปในการวิจัยครั้งนี้ สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว หมายถึง การรับรู้ถึงการมีปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว ประกอบด้วย การชื่นชมคุณค่าและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน การให้ของขวัญในโอกาสต่างๆ เวลาที่มีให้กัน ความห่วงใยที่มีต่อกัน การปรึกษากันในครอบครัว ความสนใจในศาสนา การดูแลกันในครอบครัว การพึ่งพาอาศัยกัน การรับรู้ถึงความรู้สึกและความต้องการของคนครอบครัว และความพึงพอใจในชีวิตครอบครัว

## 6.5.2 ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวกับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

บริบทความสัมพันธ์ภายในครอบครัวเป็นเงื่อนไขหนึ่งอันแสดงลักษณะการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อการรับรู้และการให้ความหมายประสบการณ์ใกล้ตายของผู้ป่วยในแง่มุมต่างๆ โดยพบว่าผู้ป่วยและครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน มักพูดคุยกันได้อย่างเปิดเผย ตรงไปตรงมา ในขณะที่ครอบครัวที่ความสัมพันธ์กันอย่างห่างเหิน หรือไม่ลงรอย มักไม่ค่อยพูดคุยกันถึงเรื่องความเจ็บป่วยและการเตรียมตัวตาย (กัญญ์ฐิตา ศรีภา, 2554) การที่ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว จะทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ และมีสภาพจิตใจที่เข้มแข็งขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการต่อสู้กับภาวะเจ็บป่วยและเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณตามมา (วิลเลียมสัน ดันดิตระกูล, 2552) ตามทฤษฎีของอิริคสันเชื่อว่า ผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพที่ดีกับลูกหลานจะเป็นผู้สูงอายุที่มีชีวิต มีความรู้สึกมั่นคงในชีวิตเกิดพลังใจในการเผชิญความเจ็บป่วย ยอมรับความตาย (Erikson, 1963) สัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวจะทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจว่าจะได้รับความรักจากครอบครัวรวมถึงการเอาใจใส่ดูแลแบบแผนต่างๆในการดำเนินชีวิต ได้รับปลอบใจ ได้รับกำลังใจจากครอบครัว มีความสนใจในการซักถามอาการเจ็บป่วยตลอดจนมีส่วนช่วยในการปฏิบัติกิจกรรมที่ให้ความหมายในชีวิตทำให้ผู้ป่วยรู้สึกได้ถึงคุณค่าของตนเอง มีความสำคัญ และมีความมั่นคงในชีวิต ได้รู้ถึงความหมายของชีวิตนำไปสู่เกิดพลังใจและมีแรงจูงใจในการเผชิญความเจ็บป่วยสามารถยอมรับการเจ็บป่วยได้ (Walton, 1996; Kemp, 1995; ทิวาริณณ์ วัฒนาวิทย์ 2551) จิตใจศิริโส (2559) ศึกษาพบว่าปัจจัยด้านสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ( $r=.38, p<.05$ ) ซึ่งแนวคิดคุณภาพการตายและการยอมรับความตายมีความสอดคล้องกัน โดยหากผู้ป่วยยอมรับความตายก็จะมีคุณภาพการตายที่ดี (Zimmermann, 2012) ดังนั้นผู้วิจัยจึงคาดว่าสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

### 6.5.3 การประเมินสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว

6.5.3.1 แบบประเมินความสัมพันธ์ในครอบครัว ของจริญญา แก้วสกุลทอง (2552) เป็นแบบสอบถามที่ประกอบไปด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ มีลักษณะมาตรวัดเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ (1= ไม่เคยเลย ไปถึง 5= เสมอ) เนื้อหาเป็นการประเมินเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวที่ประกอบไปด้วยลักษณะพฤติกรรม 10 ประการ ได้แก่ การชื่นชมคุณค่าและให้กำลังใจกัน การให้ของขวัญในโอกาสต่างๆ เวลาที่มีให้กัน ความห่วงใยที่มีต่อกัน การปรึกษากัน ความสนใจในศาสนา การดูแลกัน การพึ่งพาอาศัยกัน การรับรู้ถึงความรู้สึกและความต้องการของกัน และ ความพึงพอใจในชีวิตครอบครัว แบบสอบถามชุดนี้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือและรายงานค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.84 (จิตใจ ศิริโส, 2559)



6.5.3.2 แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว ของสมพร รัตนพันธ์ (2541) ซึ่งประกอบไปด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นบวกทั้งหมด โดยคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ 1 คะแนน = ไม่เป็นจริง ไปถึง 4 คะแนน = เป็นจริงมาก คะแนนรวมทั้งหมดมีค่าต่ำสุด 15 คะแนน และค่าคะแนนสูงสุด 60 คะแนน คะแนนสูงสุดจะแสดงถึงการมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี แบบสอบถามชุดนี้ได้ถูกนำมาใช้ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยจิตวาริณณ์ วัฒนาวัตถุ (2551) และได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจำนวน 30 คน และคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.96

สรุปในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้ แบบประเมินความสัมพันธ์ในครอบครัว ของจริญญา แก้วสกุลทอง (2552) ในการวัดสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว เนื่องจากแบบสอบถามชุดนี้เคยถูกนำมาใช้ในการประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแล้ว และแบบสอบถามชุดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแล้วพบว่าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของเครื่องมือชุดนี้เท่ากับ 0.84 (จิตใจ ศิริโส, 2559) ซึ่งแปลว่าเครื่องมือชุดนี้มีค่าความเที่ยงอยู่ในระดับดี (DeVellis, 2012) และเมื่อพิจารณาข้อคำถามในแต่ละข้อพบว่ามีความหมายไม่มากเกินไป ผู้วิจัยพิจารณาว่าในการวิจัยครั้งนี้มีเครื่องมือหลายชุด ดังนั้นการเลือกเครื่องมือที่มีข้อคำถามจำนวนไม่มากเกินไปเป็นการรวบรวมกลุ่มตัวอย่างมากเกินไป

## 7. บทบาทพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

การพยาบาลที่มีคุณภาพเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นสำหรับผู้ป่วยระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี บรรเทาความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดหรืออาการของโรค บทบาทพยาบาลมีดังนี้ (จอนณะจง เห่งจาด, 2557)

### 7.1 บทบาทในการให้การพยาบาล (Providing nursing care)

7.1.1 การดูแลเพื่อบรรเทาความเจ็บป่วยทางกาย (Physical care) พยาบาลต้องมีความรู้และความสามารถในการดูแลเพื่อให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสม ควบคุมจัดการกับอาการต่างๆ ที่ทำให้เกิดความไม่สุขสบาย ช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวัน และเฝ้าติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง

7.1.2 การดูแลด้านจิตใจ (Psychological care) ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามและครอบครัวมีความต้องการการดูแลด้านจิตใจและอารมณ์มากขึ้นพยาบาลมีบทบาทในการช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจภาวะที่มีการเจ็บป่วยระยะท้ายสามารถจัดการกับความรู้สึกเศร้าเสียใจสามารถเผชิญกับความตายได้อย่างสงบ

7.1.3 การดูแลด้านจิตวิญญาณ (Spiritual care) พยาบาลอาจต้องช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในการสะท้อนคิดถึงความต้องการด้านจิตวิญญาณ โดยอาจสังเกตความรู้สึก อาการ หรือ

พฤติกรรมที่แสดงถึงความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ ความรู้สึกเจ็บปวดด้านจิตใจ กลัวกับการเผชิญกับความตาย รู้สึกชีวิตไม่มีคุณค่า รู้สึกโดดเดี่ยวขาดความมั่นใจ มีปัญหาด้านสัมพันธ์ภาพ และรู้สึกว่าไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ได้ในวาระสุดท้ายของชีวิต

## 7.2 บทบาทในการปกป้องสิทธิผู้ป่วย (Patient advocacy)

พยาบาลจะต้องทำหน้าที่เป็นผู้ให้ข้อมูล หรือเป็นผู้แทนในบางโอกาส เพื่อแสวงหาแหล่งสนับสนุน และข้อมูลสำคัญเพื่อการตัดสินใจต่างๆ ที่จะเป็นประโยชน์สูงสุดสำหรับผู้ป่วยและร่วมปกป้องการถูกละเมิดสิทธิต่างๆ

## 7.3 บทบาทเรื่องการเตรียมตัวตาย (Prepare to die)

การช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับความตายอย่างสงบได้นั้นพยาบาลควรต้องมีการเตรียมโดยการจัดการให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับทราบความจริงเกี่ยวกับสภาพการเจ็บป่วย ความรุนแรง การรักษาพยาบาล และโอกาสของการเสียชีวิต จากแพทย์ผู้ให้การรักษา ช่วยให้ผู้ป่วยได้คิดทบทวนเกี่ยวกับชีวิตตนเองในอดีตจนปัจจุบัน การยอมรับธรรมชาติของการตาย การเตรียมจัดการด้านทรัพย์สินและมรดกที่ให้กับครอบครัวและการแสดงเจตน์จำนงเกี่ยวกับการดูแลรักษาที่ต้องการและการจัดการภายหลังเสียชีวิต

## 8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 8.1 งานวิจัยในต่างประเทศ

Harding et al. (2005) ศึกษาวิจัยสำรวจหาความสัมพันธ์ของปัจจัยความทางด้านศาสนาต่อความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายและการยอมรับความตายในกลุ่มผู้นับถือศาสนาคริสต์นิกายอภิสโคปอลในเมืองนิวยอร์กจำนวน 130 คน ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยด้านมโนคติเกี่ยวกับศาสนา มีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการยอมรับความตาย โดยความเชื่อในพระเจ้าและความเชื่อในชีวิตหลังความตายมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการยอมรับความตาย นอกจากนี้ยังพบว่าความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายมีความสัมพันธ์ทางลบกับการยอมรับความตาย

Daaleman, and Dobbs (2010) ศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางศาสนา, จิตวิญญาณ, ความกลัวตายและทัศนคติการยอมรับความตายในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง โดยการศึกษาสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนจำนวน 257 คนที่มีอาการเจ็บป่วยเรื้อรังในเมืองแคนซัส ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับความตายของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ อายุ ( $r = -.23, p < .01$ ) เพศ ( $r = .24, p < .01$ ) การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง ( $r = .15, p < .05$ ) การรับรู้ความสามารถของตนเอง ( $r = .13, p < .05$ ) ความเชื่อทางศาสนา ( $r = -.47, p < .01$ ) และความใกล้ชิดกับพระเจ้า ( $r = -.42, p < .01$ ) ในงานวิจัยนี้จะพบว่ามีแตกต่างจาก

งานวิจัยอื่นคือพบว่าอายุและความเชื่อทางศาสนามีความสัมพันธ์ทางลบกับการยอมรับความตายซึ่งผู้วิจัยได้อธิบายว่าสาเหตุที่ความเชื่อทางศาสนามีความสัมพันธ์ทางลบเนื่องจากการเข้ารหัสวิเคราะห์ทางสถิติแปลผลว่า หากมีคะแนนความเชื่อทางศาสนาต่ำแสดงว่าคุณคนนั้นมีความเชื่อทางศาสนาในระดับสูง

Pinquart et al. (2006) ศึกษาหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 146 คน จากคลินิกเคมีบำบัดและโลหิตวิทยาของมหาวิทยาลัยในเยอรมัน อายุ 18-83 ร้อยละ 32.5 ของกลุ่มตัวอย่างเริ่มรับการรักษาแบบจำเพาะเพื่อให้หายขาดจากโรคและ ร้อยละ 67.5 ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็ง ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ( $r = -.13, p < .05$ ) การมีเป้าหมายในระยะยาว ( $r = -.19, p < .001$ ) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็ง ได้แก่ อายุ ( $r = .40, p < .001$ ) ความเชื่อทางศาสนา ( $r = .17, p < .05$ ) และการพยากรณ์โรค ( $r = .21, p < .001$ )

Nichols, and Riegel (2002) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับความตายของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังรวมถึงโรคมะเร็งจำนวน 76 คน อายุ 46-90 ปี ผลการวิจัยพบว่า จำนวนโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการยอมรับความตาย ( $r = .22, p = .03$ )

Hinton (1999) ได้ศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับความก้าวหน้าของการตระหนักความตายและการยอมรับความตายในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามและผู้ดูแล ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองใน St Christopher's Hospice ในช่วง 2 ปี จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 76 คน และผู้ดูแลอีก 76 คน ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างทุกสัปดาห์โดยการสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้าง ผลการวิจัยพบว่าในช่วงระยะเวลา 8 สัปดาห์ของการศึกษา ผู้ป่วยยอมรับความตายเพิ่มขึ้นถึงระดับมากประมาณร้อยละ 51 และมีการยอมรับความตายในระดับน้อยร้อยละ 49 นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 18 ผู้วิจัยได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตระหนักความตายและการยอมรับความตายของผู้ป่วยพบว่า ระดับการตระหนักความตายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ( $r = 0.46$ ) และผู้ป่วยเพศหญิงยอมรับความตายมากกว่าเพศชาย

Lehto, and Therrien (2010) ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับความกังวลเกี่ยวกับความตายในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งปอดระยะใหม่ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 73 คน โดย 33 คน เป็นมะเร็งปอดระยะที่ 1 33 คน เป็นมะเร็งปอดระยะที่ 2 และ 7 คน เป็นมะเร็งปอดระยะที่ 3 ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างแบบกึ่งมีโครงสร้าง ผลการศึกษาพบว่า มีการระบุหมวดความกังวลที่เกี่ยวกับความตาย 7 หมวด ได้แก่ 1) การเตรียมจิตใจ 2) ระยะเวลาที่เหลือ 3) ผลกระทบของความตายต่อคน

ที่รัก 4) พฤติกรรมการเตรียมตัว 5) การยอมรับความตาย 6) ประสบการณ์การเสียชีวิตของผู้อื่นด้วยโรคมะเร็ง 7) ชีวิตหลังความตาย

Neimeyer et al. (2004) ทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษารายงานความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางระหว่างการยอมรับความตายและความพึงพอใจในชีวิต ในทางตรงกันข้ามงานวิจัยอื่นไม่สามารถยืนยันความสัมพันธ์ได้และบางการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลาง การยอมรับความตายและความเชื่อทางศาสนาพบว่ามีความสัมพันธ์ตั้งแต่ระดับต่ำถึงปานกลาง นักวิจัยหลายคนให้ความสนใจเป็นพิเศษกับความสัมพันธ์ทางลบระหว่างการยอมรับความตายและความกลัวต่อความตาย ในวรรณกรรมขนาดของความสัมพันธ์นี้มีตั้งแต่ระดับต่ำถึงปานกลาง การยอมรับความตายที่สูงขึ้นทำให้ความกลัวตายลดลง ดังนั้นจึงอาจสันนิษฐานได้ว่าบุคคลที่ยอมรับทั้งกระบวนการที่กำลังจะตายและโอกาสที่จะเสียชีวิตในวันหนึ่งแสดงความกลัวความตายน้อยลงและตรงกันข้ามผู้ป่วยที่ไม่ยอมรับความตายแสดงให้เห็นถึงความกลัวการตายที่สูงขึ้น ผลการวิจัยพบว่าการยอมรับความตายเป็นกลางมีความสัมพันธ์กับความกลัวการตาย การยอมรับความตายที่เข้ามาใกล้และการยอมรับการหลบหนีมีความสัมพันธ์ทางลบกับความกลัวตายและความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย

Gall (2004) ได้ศึกษาทดสอบว่าความเชื่อทางศาสนา (ความเชื่อในชีวิตหลังความตายและพระเจ้า) มีผลต่อการปรับตัวให้เข้ากับความคิดในผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากอย่างไร ผลการวิจัยพบว่า ผู้ที่เชื่อในชีวิตหลังความตายและใกล้ชิดกับพระเจ้านี้มีปฏิริยาทางอารมณ์ที่ดีขึ้น และสามารถปรับตัวให้เข้ากับโรคมะเร็งได้ดีขึ้น ความรู้สึกเป็นอยู่ที่ดีขึ้นและการยอมรับความตายได้ดีขึ้น

## 8.2 งานวิจัยในประเทศไทย

สำหรับในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการยอมรับความตายแต่พบว่ามีการศึกษาที่ใกล้เคียงคือการเผชิญภาวะใกล้ตายโดยมีทั้งการศึกษาในผู้สูงอายุและในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามดังต่อไปนี้

กัญญ์ฐิตา ศรีภา (2554) ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์ใกล้ตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจำนวน 6 ราย และกลุ่มผู้ให้ข้อมูลรองซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ครอบครัวผู้ป่วยจำนวน 5 ราย และทีมสุขภาพจำนวน 3 ราย รวมถึงใช้การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ การสังเกตและการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง ผลการศึกษาวิจัย พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายรับรู้ภาวะใกล้ตายใน 2 ลักษณะคือ รับรู้ตามจริง และรับรู้เพียงบางส่วนซึ่งมีผลต่อให้ความหมายชีวิตในภาวะใกล้ตายของผู้ป่วยใน 5 ลักษณะได้แก่ เป็นมะเร็งหนักไม่พ้นความตาย ภาวะใกล้ตายท่ามกลางความทุกข์ทรมาน ภาวะ ใกล้ตายกับภาระที่ต้องดูแล ภาวะที่ไม่ปกติหรือแปลกแยก และความทุกข์ใจกับภาวะใกล้ตาย และ ให้ความหมายความตายใน 5 ลักษณะ ได้แก่ ความตายทำให้พลัดพราก ความตายทำให้

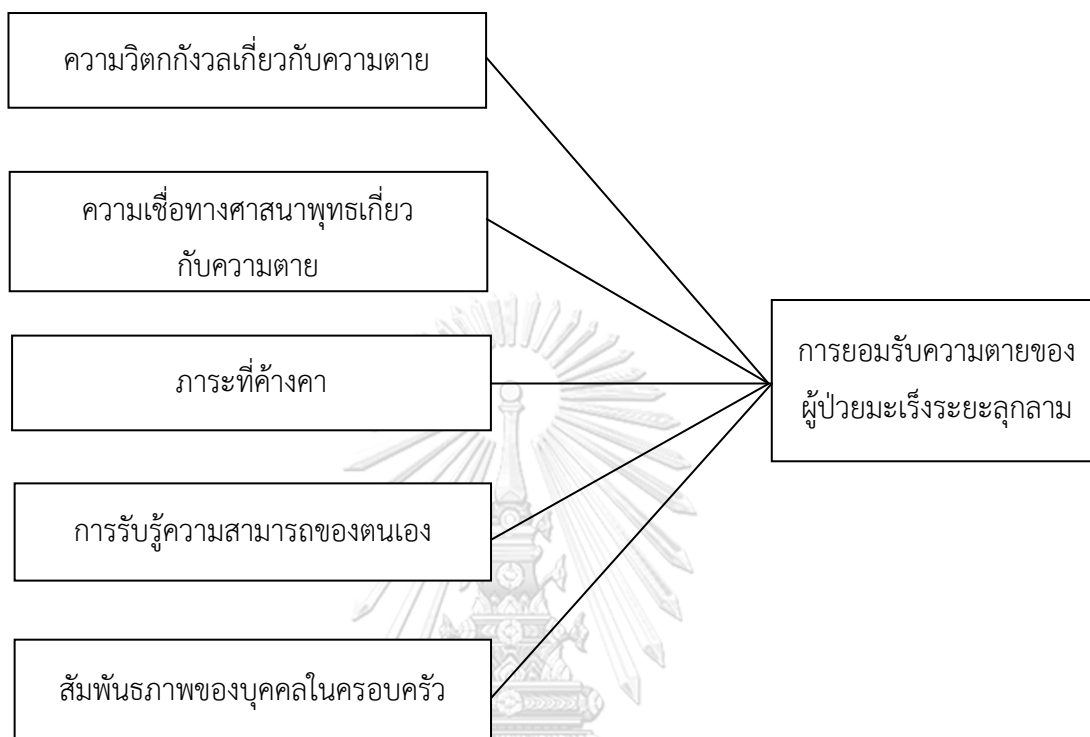
ต้องพลาดหวัง ความตายทำให้หลุดพ้นจากความทุกข์ทรมาน ความตายเป็นเรื่องปกติธรรมดา และความตายเป็นเรื่องไม่แน่นอน

สารภี รัชชโกศัย และคณะ (2556) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อเผชิญกับความตายและภาวะใกล้ตาย ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดปัตตานี กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุจำนวน 236 คน จาก ชมรมผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยด้านความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายมีความสัมพันธ์ทางลบอยู่ในระดับปานกลาง ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตายและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบอยู่ในระดับต่ำ อายุและประสบการณ์เกี่ยวกับความตายมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับต่ำ ส่วนเพศ การศึกษาและสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อเผชิญกับความตายและภาวะใกล้ตายของผู้สูงอายุ

## 9. กรอบแนวคิดการวิจัย

การยอมรับความตายในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีผลต่อการเตรียมความพร้อมสำหรับการตายของตนเอง ได้จัดการกับสิ่งต่างๆได้ตามสิ่งที่ตัวเองต้องการก่อนตาย และใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่านำไปสู่การตายอย่างสงบ (McLeod-Sordjan, 2014; Payne et al., 1996) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งยอมรับความตายน้อยถึงปานกลาง (Pinquart et al., 2006) โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับความตายจากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ 1) ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย จากการศึกษาของ Harding et al. (2005) และ Durlak, and Kass (1982) พบว่า ผู้ที่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายนำไปสู่การปิดกั้นการเรียนรู้ที่จะเข้าใจถึงความตายจึงส่งผลให้ไม่สามารถยอมรับความตายได้ 2) ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย จากการศึกษาของ Pinquart et al. (2006) และ Harding et al. (2005) พบว่าปัจจัยด้านศาสนามีผลต่อความคิดและความเชื่อในเรื่องของความตายในทางบวกส่งผลให้สามารถยอมรับความตายได้ 3) ภาระที่ค้างคา จากการศึกษาของ Pinquart et al. (2006) และ กัญญ์ฐิตา ศรีภา (2554) พบว่าการที่ผู้ป่วยมีการวางแผนไว้ในชีวิตอนาคต หรือ มีภาระที่ยังจัดการไม่แล้วเสร็จส่งผลต่อการไม่ปล่อยวางและยอมรับกับความตายไม่ได้จนกว่าจะสามารถจัดการภาระที่ค้างคาอยู่ให้แล้วเสร็จตามเป้าหมายที่วางแผนไว้ 4) การรับรู้ความสามารถของตนเอง จากการศึกษาของ Daaleman, and Dobbbs (2010) พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวทางจิตใจกับเหตุการณ์ที่คุกคามพร้อมที่จะเผชิญกับความยากลำบากต่างๆ และยอมรับความตายได้ 5) สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว จากการศึกษาของ จิตใจ ศิริโส (2559) พบว่าปัจจัยด้านสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวมีผลให้ผู้ป่วยรู้สึกได้รับความรัก ความอบอุ่น ทำให้พร้อมที่จะเผชิญกับความตายและยอมรับความตายได้

ผู้วิจัยได้สรุปกรอบแนวคิดปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรม โดยนำเสนอในแผนภาพที่ 1 ดังต่อไปนี้



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

### บทที่ 3

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยสหสัมพันธ์เชิงบรรยาย (Descriptive correlational research) เพื่อศึกษาการยอมรับการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามและความสัมพันธ์ระหว่าง ความวิตกกังวล เกี่ยวกับการตาย ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย ภาระที่ค้างคา การรับรู้ความสามารถ ของตนเอง สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว กับการยอมรับการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร คือ** ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามทุกชนิด ที่มีอายุระหว่าง 18-59 ปี ทั้งเพศชายและ เพศหญิง และมารับการรักษาที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร

**กลุ่มตัวอย่าง คือ** ผู้ป่วยมะเร็งทุกชนิด มีอายุระหว่าง 18-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคมะเร็งในระยะที่ 3 หรือระยะที่ 4 หรือมีการแพร่กระจาย ของโรคไปยังระบบต่างๆ ของร่างกาย ที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ที่เข้ารับบริการในแผนก ผู้ป่วยนอกโรคมะเร็งของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ โดยมีเป้าหมายการรักษาเพื่อการ ประคับประคอง

#### คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. อายุระหว่าง 18-59 ปี
2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยมะเร็ง ระยะ 3 หรือระยะที่ 4
3. รู้ถึงภาวะของโรคในระยะลุกลามไม่น้อยกว่า 3 เดือน
4. ได้รับการรักษาโดยมีเป้าหมายเพื่อการประคับประคอง
5. มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย
6. นับถือศาสนาพุทธ
7. ไม่มีอาการแทรกซ้อนจากโรคที่อยู่ในระยะลุกลาม จนทำให้เกิดอาการที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษ ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวลดลง ปวด (Pain score  $\geq$  4) เหนื่อยหอบ
8. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย
9. มีปฏิริยาการตอบสนองต่อความเศร้าโศกอยู่ในขั้นต่อรอง หรือขั้นยอมรับ โดยใช้แนวทางการประเมินปฏิริยาทางจิตใจต่อความเศร้าโศกทั้ง 5 ขั้น ตามแนวคิดของ Kubler-Ross ด้วยวิธีการสอบถามจากญาติและการสังเกตการแสดงออกพฤติกรรมของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

## วิธีการดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

### 1. การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการวิเคราะห์อำนาจทดสอบโดยใช้โปรแกรม Power Analysis and Sample Size: PASS กำหนดขนาดของความสัมพันธ์โดยใช้ค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรความเชื่อทางศาสนากับการยอมรับความตาย  $r = 0.2$  จากงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งศึกษาโดย Pinquart et al. (2006) กำหนดอำนาจทดสอบ 80% ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ต้องใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 193 คน และเพื่อเป็นการป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 (Polit, & Hungler, 1999) รวมทั้งสิ้น 212 คน

### 2. ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทำโดยการเลือกแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1 ผู้วิจัยเลือกสังกัดของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิของหน่วยงานรัฐในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีจำนวนผู้ป่วยเข้ารับบริการจำนวนมาก ประชากรมีขนาดใหญ่ซึ่งจะได้ตัวแทนที่ดีของประชากร โดยมีจำนวน 6 สังกัด คือ

2.1.1 สังกัดองค์กรอิสระ

2.1.2 สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

2.1.3 สังกัดกรุงเทพมหานคร

2.1.4 สังกัดกระทรวงกลาโหม

2.1.5 สังกัดกระทรวงศึกษาธิการ

2.1.6 สังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ

2.2 สุ่มมา 3 สังกัดจาก 6 สังกัด โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ (Sampling without replacement) ผู้วิจัยสุ่มได้ ดังนี้ 1) สังกัดกระทรวงศึกษาธิการ 2) สังกัดองค์กรอิสระ และ 3) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

2.3 ผู้วิจัยสุ่มเลือกโรงพยาบาล 1 โรงพยาบาลในแต่ละสังกัด โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ (Sampling without replacement) ดังนี้ 1) สังกัดกระทรวงศึกษาธิการ ได้แก่ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล 2) สังกัดองค์กรอิสระ ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และ 3) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

2.4 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience Sampling) โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างทุกรายที่พบและมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ (Inclusion criteria) จากการแนะนำ



ของพยาบาลประจำแผนกแต่ละโรงพยาบาล ผู้วิจัยแบ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาลในจำนวนเท่าๆกัน เนื่องจากไม่ทราบสัดส่วนของจำนวนผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามทั้งหมดทั้ง 3 โรงพยาบาล และจำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละโรงพยาบาลมีดังนี้ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 72 คน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล จำนวน 70 คน และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวน 70 คน รวม 212 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 7 ชุด ดังต่อไปนี้

**ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล** ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เป็นแบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะของโรค โรคประจำตัว ระยะเวลาในการเจ็บป่วย และการรักษาโรคมะเร็งที่ได้รับในปัจจุบัน

**ชุดที่ 2 แบบสอบถามการยอมรับความตาย** ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการยอมรับความตายในด้านการยอมรับความตายแบบเป็นกลาง (Neutral Acceptance) ใน Death attitude profile revised ของ Wong et al. (1994) ซึ่งผู้วิจัยนำไปแปลเป็นฉบับภาษาไทยด้วยวิธีการแปลแบบย้อนกลับ (back-translation) จากสถาบันภาษาของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แบบสอบถามชุดนี้ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ เป็นแบบสอบถามการยอมรับความตายที่มีลักษณะเป็นกลางเป็นเรื่องธรรมชาติ

**เกณฑ์การให้คะแนน** ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท 7 ระดับ ในแต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 1-7 คะแนน ดังนี้

- 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย
- 3 หมายถึง ค่อนข้างไม่เห็นด้วย
- 4 หมายถึง ไม่แน่ใจ
- 5 หมายถึง ค่อนข้างเห็นด้วย
- 6 หมายถึง เห็นด้วย
- 7 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง

**การแปลผลคะแนน** แปลผลคะแนนโดยรวมคะแนน คะแนนรวมมีคะแนนระหว่าง 5-35 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีการยอมรับความตายในระดับสูง เพื่อให้สามารถแบ่งระดับการยอมรับความตายในการวิจัยครั้งนี้ให้มีความชัดเจน ผู้วิจัยจึงแบ่งระดับการยอมรับความตายออกเป็น

3 ระดับ โดยใช้หลักสถิติการหาพิสัยของคะแนน คือ คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด แล้วหารด้วยจำนวนชั้น (ประคอง กรรณสูต, 2542) ได้เท่ากับ 10 สามารถแบ่งระดับการยอมรับความตาย ได้ดังนี้

#### การแปลผลระดับการยอมรับความตาย

ช่วงคะแนน	ระดับการยอมรับความตาย
5-15 คะแนน	การยอมรับความตายอยู่ในระดับต่ำ
16-26 คะแนน	การยอมรับความตายอยู่ในระดับปานกลาง
27-35 คะแนน	การยอมรับความตายอยู่ในระดับสูง

#### การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามการยอมรับความตาย

##### การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยขออนุญาตใช้แบบสอบถามการยอมรับความตายจาก Wong et al. (1994) จากนั้นนำแบบสอบถามการยอมรับความตายฉบับภาษาอังกฤษไปแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลแบบย้อนกลับ (back-translation) จากสถาบันภาษาของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หลังจากนั้นจึงนำแบบสอบถามการยอมรับความตายปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ก่อนนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็ง 2 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติงานและผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็ง 1 ท่าน และพระสงฆ์ผู้มีความเชี่ยวชาญและปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 1 ท่าน

จากนั้นผู้วิจัยร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ปรับแก้แบบสอบถามการยอมรับความตายตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index for item: I-CVI) โดยใช้เกณฑ์ I-CVI มากกว่าหรือเท่ากับ 0.8 (Polit et al., 2007) จึงถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี โดยคำนวณจาก

$$I-CVI = \frac{\text{จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ประเมินข้อคำถามนั้นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด}}$$

จากการคำนวณพบว่าในแต่ละข้อคำถามมีค่า I-CVI  $\geq$  .8 ทุกข้อคำถาม จากนั้นนำคะแนนรวมที่ได้จากการรวมคะแนนทุกข้อคำถามหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด ผลการคำนวณได้ค่า CVI = .96 โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน ได้ให้ข้อเสนอแนะในการปรับแก้ข้อคำถามจำนวน 1 ข้อ จากทั้งหมด 5 ข้อ ดังนี้

ปรับแก้ข้อความเพื่อความเหมาะสมของภาษา

ข้อ 1 “ความตายควรถูกมองว่าเป็นเหตุการณ์ตามธรรมชาติที่หลีกเลี่ยงไม่ได้” เป็น “ความตายเป็นเหตุการณ์ที่หลีกเลี่ยงไม่ได้”

**ชุดที่ 3 แบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย (The Death Anxiety Questionnaire (DAQ))** สร้างโดย Conte et al. (1982) ซึ่งผู้วิจัยนำไปแปลเป็นฉบับภาษาไทยด้วยวิธีการแปลแบบย้อนกลับ (back-translation) จากสถาบันภาษาของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แบบสอบถามชุดนี้ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่ถามถึงความกังวลเกี่ยวกับความตาย โดยแบบสอบถามชุดนี้ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ

**เกณฑ์การให้คะแนน** แบบสอบถามชุดนี้มีลักษณะเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 3 ระดับ (Rating scales) ในแต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 – 2 คะแนน ดังนี้

0 คะแนน หมายถึง ไม่เป็นกังวล

1 คะแนน หมายถึง เป็นกังวล

2 คะแนน หมายถึง เป็นกังวลมากที่สุด

**การแปลผลคะแนน** คิดคะแนนรวมทั้ง 15 ข้อ โดยคะแนนรวมมีค่าคะแนน 0 –30 คะแนน โดยคะแนนรวมน้อย หมายถึง มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในระดับน้อย และคะแนนรวมมาก หมายถึง มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในระดับสูง เพื่อให้สามารถแบ่งระดับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในการวิจัยครั้งนี้ให้มีความชัดเจน ผู้วิจัยจึงแบ่งความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้หลักสถิติการหาพิสัยของคะแนน คือ คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด แล้วหารด้วยจำนวนขั้น (ประคอง กรรณสูต, 2542) ได้เท่ากับ 10 จึงสามารถแบ่งระดับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ได้ดังนี้

#### การแปลผลระดับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย

ช่วงคะแนน	ระดับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย
0-10 คะแนน	ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายระดับต่ำ
11-21 คะแนน	ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายระดับปานกลาง
22-30 คะแนน	ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายระดับสูง

#### การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย

##### การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยขออนุญาตใช้แบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของ Conte et al. (1982) โดยการขออนุญาตผ่านคณบดีคณะจิตเวชศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ของ Albert Einstein College of Medicine จากนั้นนำแบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายฉบับ

ภาษาอังกฤษไปแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลแบบย้อนกลับ (back-translation) จากสถาบันภาษาของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หลังจากนั้นจึงนำแบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ก่อนนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็ง 2 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติงานและเชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็ง 1 ท่านและพระสงฆ์ผู้มีความเชี่ยวชาญและปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 1 ท่าน

จากนั้นผู้วิจัยร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ปรับแก้แบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาตามข้อ (Content Validity Index for item: I-CVI) โดยใช้เกณฑ์ I-CVI มากกว่าหรือเท่ากับ 0.8 (Polit et al., 2007) จึงถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี โดยคำนวณจาก

$$I-CVI = \frac{\text{จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ประเมินข้อคำถามนั้นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด}}$$

จากการคำนวณพบว่าในแต่ละข้อคำถามมีค่า I-CVI  $\geq$  .8 ทุกข้อคำถาม จากนั้นนำคะแนนรวมที่ได้จากการรวมคะแนนทุกข้อคำถามหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด ผลการคำนวณได้ค่า CVI = .96 โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ได้ให้ข้อเสนอแนะในการปรับแก้ข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ จากทั้งหมด 15 ข้อ ดังนี้

ปรับแก้ข้อความเพื่อความเหมาะสมของภาษา

ข้อ 1 “ท่านวิตกกังวลเกี่ยวกับกระบวนการเสียชีวิต” เป็น “ท่านกังวลเมื่อนึกถึงความตาย”

ข้อ 2 “ท่านรู้สึกไม่สบายใจเมื่อรู้ว่าอาจเสียชีวิตก่อนที่จะยังไม่ได้ทำตามสิ่งที่ต้องการ” เป็น “ท่านไม่สบายใจเมื่อรู้ว่าท่านอาจเสียชีวิตก่อนที่จะได้ทำในสิ่งที่อยากทำ”

ข้อ 3 “ท่านวิตกกังวลว่าจะทุกข์ทรมานเป็นเวลานานก่อนเสียชีวิต” เป็น “ท่านกังวลว่าจะทุกข์ทรมานเป็นเวลานานก่อนเสียชีวิต”

ข้อ 5 “ท่านวิตกกังวลว่าจะเจ็บปวดอย่างมากในกระบวนการเสียชีวิต” เป็น “ท่านกังวลว่าการเสียชีวิตอาจทำให้ท่านเจ็บปวดอย่างมาก”

ข้อ 10 “ท่านกังวลว่าทรัพย์สินสมบัติ หรือพินัยกรรม หรือมรดกจะไม่สามารถจัดการได้หลังจากท่านเสียชีวิต” เป็น “ท่านกังวลว่าหากท่านเสียชีวิตอาจมีปัญหาในเรื่องของการจัดการทรัพย์สินสมบัติหรือพินัยกรรม”

**ชุดที่ 4 แบบสอบถามความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตาย** ใช้แบบสัมภาษณ์ความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตาย ของ สารณี รังษิโกศัย และคณะ (2556) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ สอบถามเกี่ยวกับความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย

**เกณฑ์การให้คะแนน** ลักษณะคำตอบของแบบสอบถามชุดนี้เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ 1-3 คะแนน ดังนี้

- 1 คะแนน หมายถึง เชื่อน้อย
- 2 คะแนน หมายถึง ไม่แน่ใจ
- 3 คะแนน หมายถึง เชื่อมาก

**การแปลผลคะแนน** การแปลผลคะแนนโดยนำคะแนนของแบบสอบถามทั้ง 13 ข้อรวมกันได้คะแนนรวมอยู่ในช่วง 13 - 39 คะแนน โดยคะแนนรวมน้อย หมายถึง มีความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตายในระดับต่ำ และคะแนนรวมมาก หมายถึง มีความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตายในระดับสูง ผู้สร้างเครื่องมือชุดนี้ได้แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้หลักสถิติการหาพิสัยของคะแนน และได้แบ่งระดับความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตายไว้ ดังนี้

#### การแปลผลระดับความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตาย

ช่วงคะแนน	ระดับความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตาย
13-21 คะแนน	มีระดับความเชื่ออยู่ในระดับต่ำ
22-30 คะแนน	มีระดับความเชื่ออยู่ในระดับปานกลาง
31-39 คะแนน	มีระดับความเชื่ออยู่ในระดับสูง

#### การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตาย

##### การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยขออนุญาตใช้แบบสอบถามความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตายของ สารณี รังษิโกศัย และคณะ (2556) โดยการขออนุญาตผ่านคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา นำแบบสอบถามความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตายปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ก่อนนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็ง 2 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติงานและผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็ง 1 ท่านและพระสงฆ์ผู้เชี่ยวชาญและปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 1 ท่าน

จากนั้นผู้วิจัยร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ปรับแก้แบบสอบถามความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตายตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความ

ตรงตามเนื้อหาหรือข้อ (Content Validity Index for item: I-CVI) โดยใช้เกณฑ์ I-CVI มากกว่าหรือเท่ากับ 0.8 (Polit et al., 2007) จึงถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี โดยคำนวณจาก

$$I-CVI = \frac{\text{จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ประเมินข้อคำถามนั้นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด}}$$

จากการคำนวณพบว่าในแต่ละข้อคำถามมีค่า I-CVI  $\geq$  .8 ทุกข้อคำถาม จากนั้นนำคะแนนรวมที่ได้จากการรวมคะแนนทุกข้อคำถามหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด ผลการคำนวณได้ค่า CVI = 1 โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน ได้ให้ข้อเสนอแนะในการปรับแก้ข้อคำถามจำนวน 2 ข้อ จากทั้งหมด 13 ข้อ ดังนี้

ปรับแก้ข้อความเพื่อความเหมาะสมของภาษา

ข้อ 5 “ท่านเชื่อว่าบุญกุศลที่ท่านสามารถทำให้จากไปอย่างสงบ” เป็น “ท่านเชื่อว่าบุญกุศลที่ท่านทำจะส่งผลให้จากไปอย่างสงบ”

ข้อ 6 “ท่านเชื่อว่าการทำบุญตักบาตรเป็นการได้อุทิศส่วนกุศลให้กับผู้ตาย” เป็น “ท่านเชื่อว่าการทำบุญตักบาตรเป็นการได้อุทิศส่วนกุศลแก่ผู้ที่ล่วงลับไปแล้ว”

**ชุดที่ 5 แบบสอบถามภาระที่ค้างคา** เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ของพระไพศาล วิสาโล (2554) และ กัญจिता ศรีภา (2554) โดยผู้วิจัยศึกษาข้อมูลจากบทความและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย กำหนดนิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการจากนั้นออกแบบสร้างแบบสอบถามให้สอดคล้องกับนิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ และออกแบบมาตรวัดของเครื่องมือแบบสอบถามชุดนี้ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ สอบถามถึงภารกิจที่ยังค้างคาหรือยังไม่ได้จัดการ ได้แก่ ภาระการงานและทรัพย์สิน ภาระทางจิตใจที่ค้างคา และเป้าหมายสำคัญในชีวิต

**เกณฑ์การให้คะแนน** ลักษณะคำตอบของแบบสอบถามชุดนี้เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ 4 คะแนน ดังนี้

- 1 คะแนน หมายถึง ไม่เป็นความจริง
- 2 คะแนน หมายถึง จริงเล็กน้อย
- 3 คะแนน หมายถึง จริงพอสมควร
- 4 คะแนน หมายถึง จริงมากที่สุด

**การแปลผลคะแนน** การแปลผลคะแนนโดยนำคะแนนของแบบสอบถามทั้ง 6 ข้อรวมกัน ได้คะแนนรวมอยู่ในช่วง 6 - 24 คะแนน โดยคะแนนรวมน้อย หมายถึง มีภาระที่ค้างคาน้อย และคะแนนมาก หมายถึง มีภาระที่ค้างคามาก เพื่อให้สามารถแบ่งระดับภาระที่ค้างคาในการวิจัยครั้งนี้ให้มีความชัดเจน ผู้วิจัยจึงแบ่งระดับภาระที่ค้างคาออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้หลักสถิติการหาพิสัยของ

คะแนน คือ คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด แล้วหารด้วยจำนวนข้อ (ประกอบ กรรมสูตร, 2542) ได้เท่ากับ 6 จึงสามารถแบ่งระดับภาระที่ค้างคา ได้ดังนี้

#### การแปลผลระดับภาระที่ค้างคา

ช่วงคะแนน	ระดับภาระที่ค้างคา
6-12 คะแนน	มีระดับภาระที่ค้างคาอยู่ในระดับน้อย
13-19 คะแนน	มีระดับภาระที่ค้างคาอยู่ในระดับปานกลาง
20-24 คะแนน	มีระดับภาระที่ค้างคาอยู่ในระดับมาก

#### การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามภาระที่ค้างคา

##### การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามภาระที่ค้างคาปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ก่อนนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็ง 2 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติงานและเชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็ง 1 ท่านและพระสงฆ์ผู้มีความเชี่ยวชาญและปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 1 ท่าน

จากนั้นผู้วิจัยร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ปรับแก้แบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา รายข้อ (Content Validity Index for item: I-CVI) โดยใช้เกณฑ์ I-CVI มากกว่าหรือเท่ากับ 0.8 (Polit et al., 2007) จึงถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี โดยคำนวณจาก

$$I-CVI = \frac{\text{จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ประเมินข้อคำถามนั้นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด}}$$

จากการคำนวณพบว่าในแต่ละข้อคำถามมีค่า  $I-CVI \geq .8$  ทุกข้อคำถาม จากนั้นนำคะแนนรวมที่ได้จากการรวมคะแนนทุกข้อคำถามหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด ผลการคำนวณได้ค่า  $CVI = 1$  โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน ได้ให้ข้อเสนอแนะในการปรับแก้ข้อคำถามจำนวน 2 ข้อ จากทั้งหมด 6 ข้อ ดังนี้

ปรับแก้ข้อความเพื่อความเหมาะสมของภาษา

ข้อ 2 “ท่านยังคงมีงานที่ยังทำไม่แล้วเสร็จ” เป็น “ท่านยังคงมีภาระงานในหน้าที่ ที่ท่านยังทำไม่เสร็จ”

ข้อ 4 “ท่านรู้สึกผิดกับใครบางคน” เป็น “ท่านรู้สึกผิดกับใครบางคนและอยากขออโหสิกรรม”

**ชุดที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้ในความสามารถของตนเอง** ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการรับรู้ในความสามารถของตนเอง ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย เวทีนี้ สุขมาก และคณะ (2545) โดยแปลมาจาก General Perceived Self-Efficacy ของ Schwarzer (1997) ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ที่สอบถามถึงการรับรู้ในความสามารถของตนเองในการจัดการกับปัญหาทั่วไป

**เกณฑ์การให้คะแนน** ลักษณะคำตอบของแบบสอบถามชุดนี้เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ 4 คะแนน ดังนี้

- 1 คะแนน หมายถึง ไม่เป็นความจริง
- 2 คะแนน หมายถึง จริงเล็กน้อย
- 3 คะแนน หมายถึง จริงพอสมควร
- 4 คะแนน หมายถึง จริงมากที่สุด

**การแปลผลคะแนน** การแปลผลคะแนนนำคะแนนของแบบสอบถามรวมกันทั้ง 10 ข้อ ได้คะแนนอยู่ในช่วง 10 - 40 คะแนน โดยคะแนนมาก หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับสูง เพื่อให้สามารถแบ่งระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการวิจัยครั้งนี้ให้มีความชัดเจน ผู้วิจัยจึงแบ่งระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้หลักสถิติการหาพิสัยของคะแนน คือ คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด แล้วหารด้วยจำนวนชั้น (ประคอง กรรณสูต, 2542) ได้เท่ากับ 10 จึงสามารถแบ่งระดับการรับรู้ความสามารถของตนเอง ได้ดังนี้

#### การแปลผลระดับการรับรู้ความสามารถของตนเอง

ช่วงคะแนน	ระดับการรับรู้ความสามารถของตนเอง
10-20 คะแนน	มีการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับต่ำ
21-31 คะแนน	มีการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง
32-40 คะแนน	มีการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับสูง

#### การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามการรับรู้ในความสามารถของตนเอง

##### การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยได้ขออนุญาต เวทีนี้ สุขมาก พร้อมทั้งได้ขออนุญาต Schwarzer เพื่อใช้แบบสอบถามการรับรู้ในความสามารถของตนเองฉบับแปลเป็นภาษาไทย ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้ในความสามารถของตนเองปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ก่อนนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 1 ท่าน อาจารย์



พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็ง 2 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติงานและเชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็ง 1 ท่าน และพระสงฆ์ผู้มีความเชี่ยวชาญและปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 1 ท่าน

จากนั้นผู้วิจัยร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ปรับแก้แบบสอบถามการรับรู้ในความสามารถของตนเองตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหารายข้อ (Content Validity Index for item: I-CVI) โดยใช้เกณฑ์ I-CVI มากกว่าหรือเท่ากับ 0.8 (Polit et al., 2007) จึงถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี โดยคำนวณจาก

$$I-CVI = \frac{\text{จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ประเมินข้อคำถามนั้นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด}}$$

จากการคำนวณพบว่าในแต่ละข้อคำถามมีค่า I-CVI  $\geq$  .8 ทุกข้อคำถาม จากนั้นนำคะแนนรวมที่ได้จากการรวมคะแนนทุกข้อคำถามหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด ผลการคำนวณได้ค่า CVI = .9 โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน ได้ให้ข้อเสนอแนะในการปรับแก้ข้อคำถามในการเปลี่ยนสรรพนามจาก “ฉัน” เป็น “ท่าน” ให้เหมือนกันทุกข้อ

**ชุดที่ 7 แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว** ผู้วิจัยใช้แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวของ จริณญา แก้วสกุลทอง (2552) ข้อคำถามมีทั้งหมด 10 ข้อ เป็นการประเมินเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวที่ประกอบไปด้วยลักษณะพฤติกรรม 10 ประการ ได้แก่ การชื่นชมคุณค่าและให้ กำลังใจกัน การให้ของขวัญในโอกาสต่างๆ เวลาที่มีให้กัน ความห่วงใยที่มีต่อกัน การปรึกษากัน ความสนใจในศาสนา การดูแลกัน การพึ่งพาอาศัยกัน การรับรู้ถึงความรู้สึกและความต้องการของกัน และ ความพึงพอใจในชีวิตครอบครัว

**เกณฑ์การให้คะแนน** ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ ประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้

- 1 หมายถึง ไม่เคยเลย
- 2 หมายถึง นานๆครั้ง
- 3 หมายถึง บางครั้ง
- 4 หมายถึง บ่อยครั้ง
- 5 หมายถึง สม่ำเสมอ

**การแปลผลคะแนน** การแปลผลโดยคิดคะแนนทุกข้อคำถามแล้วนำคะแนนมาวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยและจัดระดับคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัว โดย กำหนดคะแนนเฉลี่ยในการพิจารณาแบบอิงเกณฑ์ของ ชูศักดิ์ จรุงสวัสดิ์ (2551) ดังนี้

### การแปลผลระดับสัมพันธภาพในครอบครัว

ช่วงคะแนนเฉลี่ย	ระดับสัมพันธภาพในครอบครัว
1.00-2.33 คะแนน	สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับไม่ดี
2.34-3.67 คะแนน	สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง
3.68-5.00 คะแนน	สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี

### การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว

#### การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัวของ จริญญา แก้วสกุลทอง ผ่านคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้วิจัยนำแบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัวที่ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ก่อนนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็ง 2 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติงานและเชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็ง 1 ท่าน และพระสงฆ์ผู้มีความเชี่ยวชาญและปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 1 ท่าน

จากนั้นผู้วิจัยร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ปรับแก้สัมพันธภาพในครอบครัวตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index for item: I-CVI) โดยใช้เกณฑ์ I-CVI มากกว่าหรือเท่ากับ 0.8 (Polit et al., 2007) จึงถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี โดยคำนวณจาก

$$I-CVI = \frac{\text{จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ประเมินข้อคำถามนั้นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด}}$$

จากการคำนวณพบว่าในแต่ละข้อคำถามมีค่า  $I-CVI \geq .8$  ทุกข้อคำถาม จากนั้นนำคะแนนรวมที่ได้จากการรวมคะแนนทุกข้อคำถามหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด ผลการคำนวณได้ค่า  $CVI = .92$  โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน ได้ให้ข้อเสนอแนะในการปรับแก้ข้อคำถามจำนวน 2 ข้อ จากทั้งหมด 10 ข้อ ดังนี้

ปรับแก้ข้อความเพื่อความเหมาะสมของภาษา

ข้อ 2 “สมาชิกในครอบครัวมีการให้ของขวัญกันและกันเนื่องในโอกาสพิเศษต่างๆ เช่น วันเกิด วันขึ้นปีใหม่ วันแห่งความรัก วันครบรอบแต่งงาน” เป็น “สมาชิกในครอบครัวของท่านมีการให้ของขวัญกันและกันเนื่องในโอกาสพิเศษต่างๆ เช่น วันขึ้นปีใหม่ วันคล้ายวันเกิด วันสงกรานต์”

ข้อ 6 “สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาร่วมกัน” เป็น “สมาชิกในครอบครัวของท่านปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาร่วมกัน เช่น ไปวัด ตักบาตร นั่งสมาธิ”

### การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 คน ที่แผนกผู้ป่วยนอกโรคมะเร็งของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถามโดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ คือ .70 -.90 จึงจะถือว่าค่าความเที่ยงอยู่ในระดับดี (DeVellis, 2012) จากการคำนวณ พบว่าแบบสอบถามแต่ละชุด มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค (Cronbach's alpha coefficient) อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Reliability) จากกลุ่มตัวอย่างที่ทดลองใช้ (n=30)

แบบสอบถาม	Cronbach's alpha coefficient
แบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย	.86
แบบสอบถามความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตาย	.72
แบบสอบถามภาระที่ค้างคา	.74
แบบสอบถามการรับรู้ในความสามารถของตนเอง	.74
แบบสอบถามสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว	.89
แบบสอบถามการยอมรับความตาย	.70

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

#### ขั้นเตรียมการ

1. การเตรียมตัวผู้วิจัย การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยดำเนินการเตรียมตัวผู้วิจัยก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการอบรมฝึกการปฏิบัติในการดูแลเยียวยาจิตใจผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ณ อโรคยศาล วัดคำประมง เป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ เพื่อเพิ่มสมรรถนะในการประเมินสภาพจิตใจของผู้ป่วยและสามารถจัดการกับสถานการณ์ในกรณีผู้ป่วยเกิดความไม่สบายใจระหว่างให้ข้อมูลโดยการให้คำปรึกษาเบื้องต้นและส่งต่อแก่ทีมสุขภาพในโรงพยาบาล เพื่อให้การดูแลต่อได้

2. ภายหลังจากที่มีมติอนุมัติหัวข้อวิทยานิพนธ์จากคณะกรรมการเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

แล้ว ผู้วิจัยขออนุมัติการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาด ไทย และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ และผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อขออนุมัติเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ภายหลังจากได้รับอนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการและประธาน คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของแต่ละโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบและติดต่อ ประสานงานกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกโรคมะเร็งของโรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัย มหิดลและ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินงานพร้อมทั้งขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

#### **ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล**

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยภายหลังได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของแต่ละโรงพยาบาลและได้รับอนุญาตในการเก็บ รวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบและติดต่อประสานงานกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนก ผู้ป่วยนอกโรคมะเร็งของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลและสถาบันมะเร็งแห่งชาติ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอน การดำเนินงานพร้อมทั้งขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล ในช่วงวันที่ 30 พฤษภาคม - 10 สิงหาคม พ.ศ. 2561 ซึ่งทั้ง 3 โรงพยาบาลมีผู้ป่วยมะเร็งระยะ ลุกลามมารับบริการในทุกวันจันทร์-ศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์) ผู้วิจัยจึงเข้าเก็บข้อมูลที่ละ โรงพยาบาลในทุกวันจันทร์-ศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์) โดยมีวิธีการและขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. 1วันก่อนเข้าเก็บข้อมูลแต่ละครั้ง ผู้วิจัยเข้าไปติดต่อเข้าพบแพทย์เจ้าของไข้และ พยาบาลประจำแผนกในช่วงบ่ายเนื่องจากเป็นช่วงที่ผู้มารับบริการเริ่มน้อยลงและเป็นช่วงที่ เวชระเบียนส่งรายชื่อและแฟ้มประวัติของผู้ป่วยที่จะมารับการตรวจติดตามในวันถัดไป ในกรณีเข้า เก็บข้อมูลวันจันทร์ ผู้วิจัยเข้าพบในช่วงบ่ายของวันศุกร์ ทั้งนี้เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งขอความร่วมมือจากแพทย์เจ้าของไข้ พยาบาล ประจำแผนกเป็นผู้แนะนำผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดให้กับผู้วิจัย โดยพยาบาลประจำแผนกเป็นผู้ให้รายชื่อผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดที่จะมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรคมะเร็งในวันถัดไป แก่ผู้วิจัยในช่วงบ่ายทุกวันภายหลังจากแพทย์ตรวจเสร็จ โดยในแต่ละวันผู้วิจัยได้รายชื่อผู้ป่วยที่มี คุณสมบัติตามที่กำหนดจากพยาบาลประจำแผนกของแต่ละโรงพยาบาลประมาณ 20-30 ราย

2. ในวันเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเริ่มเข้าเก็บข้อมูลตั้งแต่เวลา 06.30 น.- 15.00 น. โดยใน

ช่วงเข้าผู้ป่วยและญาติจะรอเรียกชื่อชกประวัติและวัดความดันโลหิตอยู่บริเวณหน้าเคาน์เตอร์พยาบาลและหลังจากนั้นจะรอเรียกพบแพทย์บริเวณหน้าห้องตรวจ ผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำแผนกในการประชาสัมพันธ์โครงการ แนะนำผู้วิจัยและแจ้งให้ผู้ป่วยและญาติที่มีรายชื่อทราบเบื้องต้นเกี่ยวกับการวิจัย พร้อมกับเรียกชื่อผู้ป่วยและญาติให้กับผู้วิจัย

3. ภายหลังพยาบาลแนะนำผู้ป่วยและญาติให้ผู้วิจัยรู้จักแล้ว ผู้วิจัยเริ่มแนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ ในระหว่างที่ผู้ป่วยกำลังชกประวัติและวัดความดันโลหิตหรือระหว่างรอเรียกพบแพทย์ ผู้วิจัยขออนุญาตเชิญญาติผู้ป่วยเข้ามาซักถาม ชี้แจงเกี่ยวกับการวิจัยและขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยพร้อมกับแจ้งว่าจะขอความยินยอมจากผู้ป่วยอีกครั้ง หากญาติยินยอมแต่ผู้ป่วยไม่ยินยอมหรือไม่พร้อม ผู้วิจัยจะไม่เก็บข้อมูลกับผู้ป่วย

ในกรณีญาติผู้ป่วยไม่อนุญาตให้เก็บข้อมูลกับผู้ป่วย ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณและจบสัมพันธภาพ ในการวิจัยครั้งนี้ได้รับการปฏิเสธจากญาติไม่ให้เข้าพบผู้ป่วยประมาณ 5-10 รายต่อวัน

ในกรณีญาติผู้ป่วยอนุญาตให้เก็บข้อมูลกับผู้ป่วยได้ ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากญาติช่วยประเมินปฏิกิริยาการตอบสนองต่อความเศร้าโศกของผู้ป่วยและความพร้อมในการตอบแบบสอบถามโดยการซักถามญาติผู้ป่วยว่า ผู้ป่วยทราบหรือไม่ว่าป่วยด้วยโรคอะไร ระยะที่เท่าไร และเคยพูดถึงความตายกับญาติในเชิงของการทำใจได้ ไม่กลัว ไม่เครียด และมีการเตรียมตัวสำหรับการตายของตนเอง หากญาติแจ้งว่าผู้ป่วยยังไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคอะไร หรือไม่ทราบระยะของโรค หรือมีลักษณะกลัวความตาย เครียด วิตกกังวล ผู้วิจัยไม่เข้าเก็บข้อมูลต่อและกล่าวขอบคุณญาติ หากญาติแจ้งว่าผู้ป่วยรับทราบโรคและระยะ พร้อมกับมีลักษณะดังกล่าวผู้วิจัยจะขออนุญาตเข้าพบผู้ป่วยในขั้นต่อไป

สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีญาติมาด้วยผู้วิจัยใช้วิธีการสอบถามจากพยาบาลประจำแผนกที่ดูแลและรู้จักผู้ป่วยเป็นอย่างดี เนื่องจากเป็นผู้ป่วยประจำ พยาบาลประจำแผนกเคยให้คำปรึกษาและพูดคุยกับผู้ป่วยมาบ้างจึงทราบว่าผู้ป่วยยอมรับการเจ็บป่วยและมีความพร้อมในการตอบแบบสอบถามการวิจัยหรือไม่

4. ภายหลังได้รับอนุญาตจากญาติผู้ป่วย ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเองสร้างสัมพันธภาพเพื่อประเมินปฏิกิริยาการตอบสนองต่อความเศร้าโศกอีกครั้ง โดยใช้แนวทางการประเมินปฏิกิริยาทางจิตใจต่อความเศร้าโศกทั้ง 5 ขั้น ตามแนวคิดของ Kubler-Ross ด้วยวิธีการสังเกตการแสดงออกพฤติกรรมและคำพูด โดยการซักถามผู้ป่วยอีกครั้งว่า “วันนี้มาตรวจอะไร” หรือ “ทราบหรือไม่ว่าเจ็บป่วยด้วยโรคอะไร” และซักถามว่า “ถ้าพูดถึงเรื่องความตายจะกลัวไหมหรือเครียดไหม”

ในกรณีผู้ป่วยอยู่ในระยะปฏิเสธหรือโกรธ ผู้ป่วยจะแสดงออกด้วยการพูดว่า “ตนเองไม่ได้เป็นอะไร” หรือ “ตนเองเป็นแค่เนื้องอกตอนนี้ออกตรวจรักษาหายแล้ว” หรือ “ตนเองหายแล้วแค่มาพบ

แพทย์เฉยๆ” หรือบางรายอยู่ในระยะโกรธจะแสดงออกด้วยการต่อว่าผู้วิจัย หรือบางรายไม่พร้อมตอบแบบสอบถามจะมีสีหน้ากังวลและบอกว่า “ยังไม่พร้อมพูดถึงเรื่องความตาย” ซึ่งในแต่ละวันพบว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะปฏิเสธและโกรธประมาณ 7-10 รายต่อวัน โดยผู้วิจัยไม่ได้ทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มนี้ ผู้วิจัยได้พูดคุยและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับโรคและตอบข้อซักถามผู้ป่วยที่ยังอยู่ในระยะปฏิเสธและโกรธก่อนจับสัมพันธ์ภาพและส่งต่อข้อมูลให้กับพยาบาลประจำแผนกรับทราบและดูแลต่อไป อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าผู้ป่วยบางรายภายหลังจากผู้วิจัยซักถามแล้วมีสีหน้ากังวลและไม่พร้อมพูดถึงเรื่องความตายหรืออยู่ในระยะโกรธ เมื่อผู้วิจัยได้พูดคุยให้คำปรึกษาเบื้องต้นแล้วผู้ป่วยก็คลายความวิตกกังวลได้ สีหน้าแจ่มใสขึ้น ไม่มีอาการของความเศร้าโศกเสียใจหรือโวยวายแต่อย่างใด

ในกรณีผู้ป่วยอยู่ในขั้นต่อรองหรือยอมรับและพร้อมตอบแบบสอบถาม ผู้ป่วยจะแสดงออกด้วยสีหน้าแจ่มใสและด้วยคำพูดว่า “ถามได้เลยไม่เครียดหรอก” หรือ “เป็นมะเร็งมานานแล้ว ระยะสุดท้ายแล้ว ทำใจได้ตั้งนานแล้ว” หรือ “ทำใจได้แล้ว คนเราเกิดมาทุกคนต้องตาย” หรือ “เขาให้มาแค่ไหนแค่นั้น บุญเรามีแค่นั้นแค่นั้น” หรือ “เตรียมตัวไว้แล้ว บอกลูกหลาน จัดการทุกอย่างไว้หมดแล้ว” หรือ “ไม่กลัวเพราะความตายเป็นเรื่องธรรมชาติ” หรือ “ฉัน/ผม บอกญาติไว้แล้วว่าถ้าถึงวันนั้นก็ปล่อยนะ ไม่ต้องยื้อ ไม่ต้องใส่ท่อ” โดยในแต่ละวันจะมีผู้ป่วยที่อยู่ในระยะนี้และพร้อมตอบแบบสอบถามประมาณ 8-10 รายต่อวัน ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในขั้นต่อไป

5. ภายหลังจากประเมินและได้กลุ่มตัวอย่างที่พร้อมตอบแบบสอบถามแล้วผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รายละเอียดขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย ภายหลังจากชี้แจงผู้วิจัยขอความร่วมมือเข้าร่วมวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารการพิทักษ์สิทธิเสรีของกลุ่มตัวอย่างและยินยอมเข้าร่วมวิจัยจนเข้าใจและให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กรณีที่กลุ่มตัวอย่างปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยผู้วิจัยกล่าวขอบคุณและจับสัมพันธ์ภาพ

6. ภายหลังจากกลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยแล้ว ผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับรายละเอียดของแบบสอบถาม พร้อมทั้งอธิบายวิธีตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ ผู้วิจัยจัดหาสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัวสำหรับการตอบแบบสอบถามโดยเป็นมุมใดมุมหนึ่งในห้องตรวจที่สามารถได้ยินการเรียกชื่อเข้าตรวจได้หรือห้องตรวจที่ไม่มีแพทย์เข้าตรวจโดยได้รับอนุญาตให้เข้าไปใช้โดยพยาบาลหัวหน้าแผนก เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถตอบแบบสอบถามได้อย่างอิสระ ลดความไม่สบายใจ หรือลดความอึดอัดใจที่อาจเกิดขึ้นระหว่างตอบแบบสอบถาม

จากนั้นให้เวลากลุ่มตัวอย่างในการทำแบบสอบถามด้วยตนเองประมาณ 15-20 นาที หรือจนกว่ากลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จ โดยระหว่างที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามผู้วิจัยจะอยู่ในบริเวณที่กลุ่มตัวอย่างมองเห็นได้ตลอดเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามข้อสงสัยกับผู้วิจัยได้ตลอด และประเมินจิตใจและอารมณ์ที่เปลี่ยนของกลุ่มตัวอย่างขณะตอบแบบสอบถามและให้การ

ช่วยเหลือกลุ่มตัวอย่างได้หากกลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกไม่สบายใจในการตอบแบบสอบถามหรือมีอาการผิดปกติ

ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านข้อคำถามให้กลุ่มตัวอย่าง ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านให้กลุ่มตัวอย่างตอบจำนวน 103 คน และกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองจำนวน 109 คน

ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีกิจกรรมอื่น เช่น พบแพทย์ ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำกิจกรรมให้เสร็จสิ้นก่อน แล้วจึงขอความร่วมมือตอบแบบสอบถามต่อจนเสร็จสมบูรณ์

7. ผู้วิจัยยุติการสอบถามและประเมินอาการเมื่อกลุ่มตัวอย่างแสดงอาการเหนื่อย หอบหรือ ปวด เพื่อให้การช่วยเหลือตามอาการ โดยผู้วิจัยประสานกับพยาบาลประจำแผนก ให้การพยาบาลเบื้องต้นและรายงานแพทย์ ในกรณีที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างเกิดความไม่สบายใจ เครียด วิตกกังวล ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ระบายความรู้สึก ประเมินปัญหาและให้คำปรึกษาเบื้องต้น จากนั้นประสานงานส่งต่อกับทีมผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อให้คำปรึกษาเยียวยาและให้การพยาบาลต่อไป

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีความเครียดหรือแสดงอาการเศร้าโศก ภายหลังจากตอบแบบสอบถามจนต้องยุติการตอบแบบสอบถามเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ได้ประเมินปฏิกิริยาทางจิตใจต่อความเศร้าโศกทั้ง 5 ชั้น ตามแนวคิดของ Kubler-Ross และคัดเลือกเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในขั้นต่อรองหรือยอมรับซึ่งมีการยอมรับการเจ็บป่วยและเริ่มพูดคุยเรื่องความตายได้แล้ว แต่พบว่ากลุ่มตัวอย่างบางส่วนยังมีความวิตกกังวลในเรื่องการรักษาและอาการของโรค ผู้วิจัยจึงให้คำปรึกษาเบื้องต้นและส่งต่อพยาบาลประจำแผนกเพื่อให้ข้อมูลและการดูแลต่อไป จำนวน 20 คน

8. เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จแล้วผู้วิจัยทำการตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างตอบไม่ครบถ้วนจะแจ้งให้ทราบและซักถามเพิ่มเติม จากนั้นผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

9. ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนดังกล่าวจนได้กลุ่มตัวอย่างครบในแต่ละโรงพยาบาลรวมทั้งหมด 212 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยนำโครงร่างวิทยานิพนธ์พร้อมทั้งเครื่องมือการวิจัยเสนอขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ และได้ผ่านการพิจารณาและได้รับการรับรองจากคณะกรรมการ

พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของทั้ง 3 โรงพยาบาล เลขที่ COA No. 319/2018, IRB No. 081/61 ลงวันที่ 3 เมษายน 2561, เลขที่ 230\_2018T\_OUT560 ลงวันที่ 9 เมษายน 2561 และ เลขที่ 2561/201 รหัสโครงการ ID 03-61-29ย ลงวันที่ 20 เมษายน 2561

ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และชี้แจงให้ทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างหรือต่อการรักษาของแพทย์ โรงพยาบาล

เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านรายละเอียดและลงนามเข้าร่วมการวิจัยในหนังสือยินยอมด้วยความสมัครใจ และให้ความมั่นใจแก่กลุ่มตัวอย่างว่าข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้ถูกเก็บเป็นความลับ ไม่ระบุชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งออกจากการศึกษาได้ก่อนที่การดำเนินการวิจัยครั้งนี้จะสิ้นสุดลง โดยมีต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ซึ่งการกระทำดังกล่าวไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด

ผู้วิจัยหยุดการเก็บข้อมูลทันทีเมื่อเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างปฏิเสธ พูดในลักษณะป่วยเป็ยง และหากกลุ่มตัวอย่างแสดงอาการเหนื่อยหอบหรือปวด ผู้วิจัยช่วยเหลือตามอาการโดยประสานกับพยาบาลประจำแผนกให้การพยาบาลเบื้องต้นและรายงานแพทย์หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างเกิดความไม่สบายใจ เครียด วิตกกังวล ผู้วิจัยพูดให้กำลังใจและรับฟังปัญหาหรือความในใจด้วยความเต็มใจโดยไม่เร่งเร้าให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม และใช้เวลาในการปรับอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่าง เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ระบายความรู้สึกและซักถามถึงข้อมูลต่างๆที่เกี่ยวกับโรคมะเร็ง โดยผู้วิจัยสามารถให้ข้อมูลได้ในขอบเขตของวิชาชีพเพื่อให้เกิดประโยชน์กลุ่มตัวอย่างให้มากที่สุด

ในระหว่างที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามผู้วิจัยอยู่กับกลุ่มตัวอย่างตลอดเวลาเพื่อประเมินอารมณ์ที่เปลี่ยนของกลุ่มตัวอย่าง สำหรับกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านแบบสอบถามได้ด้วยตนเองผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านข้อคำถามให้

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อคำถามแต่ละฉบับ พร้อมทั้งกำหนดรหัสของข้อมูลแต่ละข้อเพื่อนำไปวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS เวอร์ชัน 17 โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการทดสอบทั้งหมดที่ระดับ .05 โดยแยกวิเคราะห์ตามลำดับ ดังนี้



1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์คะแนนการยอมรับความตาย คะแนนความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย คะแนนความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย คะแนนภาระที่ค้างคา คะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองและคะแนนสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว โดยการหาค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย ภาระที่ค้างคา การรับรู้ความสามารถของตนเอง สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว กับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โดยใช้สถิติวิเคราะห์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

โดยข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน คือ ข้อมูลของตัวแปรทุกตัวที่ศึกษามีการกระจายแบบโค้งปกติ (normal distribution)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแปลผลสถิติวิเคราะห์สหสัมพันธ์ของ Taylor (Taylor, 1990) ดังนี้

ค่า r ระดับความสัมพันธ์ $\leq \pm 0.35$	มีความสัมพันธ์กันต่ำ
$\pm .36 - .68$	มีความสัมพันธ์กันปานกลาง
$\pm .69 - 1.00$	มีความสัมพันธ์กันสูง

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลของการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกมะเร็งของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และสถาบันมะเร็งแห่งชาติจำนวน 212 คน ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ตารางประกอบคำบรรยายโดยจำแนกเป็น 3 ตอน ตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

**ตอนที่ 1** ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามแสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 2

**ตอนที่ 2** ผลการวิเคราะห์ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ การยอมรับความตาย ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย ภาระที่ค้างคา การรับรู้ความสามารถของตนเองและสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว แสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 3

**ตอนที่ 3** ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย ภาระที่ค้างคา การรับรู้ความสามารถของตนเองและสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว กับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม แสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 4

**ตอนที่ 1** ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม  
**ตารางที่ 2** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม จำแนกตามอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะของโรคมะเร็ง โรคประจำตัวอื่นๆ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน (n= 212)

ข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>อายุ</b>		
20-29ปี	2	.90
30-39ปี	15	7.10
40-49ปี	53	25.00
50-59ปี	142	67.00
(Mean =50.86 , S.D.= 6.97)		
<b>เพศ</b>		
หญิง	144	67.90
ชาย	68	32.10
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	42	19.80
คู่	147	69.30
แยกกันอยู่	4	1.90
หย่า	6	2.80
หม้าย	13	6.10
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้รับการศึกษา	4	1.90
ประถมศึกษา	86	40.60
มัธยมศึกษาตอนต้น	25	11.80
มัธยมศึกษาตอนปลาย	16	7.50
ปวช.-ปวส.	28	13.20
ปริญญาตรี	45	21.20
สูงกว่าปริญญาตรี	8	3.80
<b>อาชีพ</b>		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	49	23.10

## ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>อาชีพ (ต่อ)</b>		
รับจ้าง	51	24.10
ค้าขาย	31	14.60
รับราชการ	28	13.20
เกษตรกรรม	16	7.50
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	11	5.20
อื่นๆ (แม่บ้าน, ธุรกิจส่วนตัว)	26	12.30
<b>ชนิดของโรคมะเร็ง (3อันดับแรก)</b>		
มะเร็งเต้านม	83	39.20
มะเร็งปอด	32	15.10
มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	29	13.70
อื่นๆ	68	32.00
<b>ระยะของโรคมะเร็ง</b>		
ระยะที่ 3	158	74.50
ระยะที่ 4	54	25.50
<b>โรคประจำตัว</b>		
ไม่มีโรคประจำตัว	136	64.20
มีโรคประจำตัว	76	35.80
<b>1โรค</b>		
HT	35	16.50
DM	5	2.40
DLP	4	1.90
Heart	1	.50
อื่นๆ (ไทรอยด์, หอบหืด)	2	.90
<b>2 โรค</b>		
DM+HT	12	5.70
HT+DLP	11	5.20
DM+DLP	1	.50

## ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>โรคประจำตัว (ต่อ)</b>		
<b>2 โรค</b>		
Heart+DLP	1	.50
HT+Heart	1	.50
<b>3 โรค</b>		
DM+HT+DLP	2	.90
DM+HT+Heart	1	.50
<b>ระยะเวลาในการเจ็บป่วย</b>		
น้อยกว่า6เดือน	31	14.60
6เดือน-1ปี	60	28.30
1-2ปี	42	19.80
ตั้งแต่2ปีขึ้นไป	79	37.30
<b>การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน</b>		
เคมีบำบัด	78	36.80
รังสีรักษา	40	18.90
ฮอร์โมนบำบัด	4	1.90
การผ่าตัด	1	.50
เคมีบำบัด+รังสีรักษา	54	25.50
เคมีบำบัด+การผ่าตัด	2	.90
รังสีรักษา+ฮอร์โมนบำบัด	1	.50
เคมีบำบัด+รังสีรักษา+การผ่าตัด+สมุนไพร	2	.90
อื่นๆ (ตรวจติดตามอาการหลังให้เคมีบำบัด,ฉายแสง/ รักษาตามอาการ)	30	14.20

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจำนวนทั้งสิ้น 212 คน ส่วนมากอายุอยู่ในช่วง 50-59ปี คิดเป็นร้อยละ 67 มีอายุเฉลี่ย 50.86 ปี (S.D.= 6.97) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.90 มีสถานภาพสมรสคู่เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ69.30โดยส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาร้อยละ40.60 และมีอาชีพรับจ้างร้อยละ 24.10 ชนิดของโรคมะเร็งที่พบมากที่สุด ได้แก่ มะเร็งเต้านม ร้อยละ 39.20 ซึ่งพบว่าเจ็บป่วยในระยะที่ 3 มากที่สุด ร้อยละ 74.50 กลุ่มตัวอย่าง

ส่วนมากไม่มีโรคร่วม ร้อยละ 64.20 และโรคร่วมที่พบส่วนใหญ่ คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 16.50 ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งนับตั้งแต่ทราบผลวินิจฉัยโรคร่วมใหญ่อยู่ในช่วง ตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป ร้อยละ 37.30 และการรักษาที่ได้รับปัจจุบันมากที่สุด คือ การรักษาด้วยเคมีบำบัดเพียงอย่างเดียว ร้อยละ 36.80

**ตอนที่ 2** ผลการวิเคราะห์ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ การยอมรับความตาย ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย ภาระที่ค้างคา การรับรู้ความสามารถของตนเองและสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว

**ตารางที่ 3** พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ การยอมรับความตาย ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย ภาระที่ค้างคา การรับรู้ความสามารถของตนเองและสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว (n=212)

ตัวแปร	Possible range	Actual range	$\bar{x}$	SD	การแปลผล
การยอมรับความตาย	5-35	20-35	31.37	3.47	สูง
ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย	0-30	0-26	8.14	6.20	ต่ำ
ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย	13-39	15-39	32.71	4.94	สูง
ภาระที่ค้างคา	6-24	6-24	13.42	4.95	ปานกลาง
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	10-40	15-40	29.14	6.04	ปานกลาง
สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว	1-5	1-5	4.07	.70	ดี

หมายเหตุ: รายละเอียดรายข้อ ในภาคผนวก

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีการยอมรับความตายในระดับสูง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 31.37 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.47 มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 8.14 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.20 ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตายในระดับสูง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 32.71 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.94 มีภาระที่ค้างคาในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 13.42 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.95 มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 29.14 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.04 และมีสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวในระดับดี คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.07 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .70

**ตอนที่ 3** ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย ภาระที่ค้างคา การรับรู้ความสามารถของตนเองและสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว กับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

**ตารางที่ 4** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย ภาระที่ค้างคา การรับรู้ความสามารถของตนเอง สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวกับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ( n=212 )

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6
1. ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย	1					
2. ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย	-.40*	1				
3. ภาระที่ค้างคา	.64*	-.23*	1			
4. การรับรู้ความสามารถของตนเอง	-.43*	.30*	-.26*	1		
5. สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว	-.15*	.16*	-.09	.39*	1	
6. การยอมรับความตาย	-.61*	.41*	-.39*	.38*	.20*	1

\*p < .05

จากตารางที่ 4 พบว่า ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ภาระที่ค้างคามีความสัมพันธ์ทางลบกับการยอมรับความตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายมีความสัมพันธ์ทางลบกับการยอมรับความตายในระดับปานกลาง ( $r = -.61$ ) ภาระที่ค้างคามีความสัมพันธ์ทางลบกับการยอมรับความตายในระดับปานกลาง ( $r = -.39$ )

ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย การรับรู้ความสามารถของตนเอง สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการยอมรับความตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการยอมรับความตายในระดับปานกลาง ( $r = .41$ ) การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการยอมรับความตายในระดับปานกลาง ( $r = .38$ ) และสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการยอมรับความตายในระดับต่ำ ( $r = .20$ )

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายสูงและมีภาระที่ค้างคามากมีแนวโน้มที่จะยอมรับความตายความตายต่ำ และผู้ป่วยที่มีความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย การรับรู้ความสามารถของตนเองสูงและมีสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวดี มีแนวโน้มการยอมรับความตายสูง

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

#### สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยสหสัมพันธ์เชิงบรรยาย (Descriptive correlational research) เพื่อศึกษาการยอมรับการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามและความสัมพันธ์ระหว่าง ความวิตกกังวล เกี่ยวกับการตาย ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย ภาระที่ค้างคา การรับรู้ความสามารถ ของตนเอง สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว กับการยอมรับการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เพื่อศึกษาการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ความเชื่อทางศาสนา พุทธเกี่ยวกับความตาย ภาระที่ค้างคา การรับรู้ความสามารถของตนเอง สัมพันธภาพของบุคคลใน ครอบครัวกับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยมะเร็งทุกชนิด มีอายุระหว่าง 18-59 ปี ทั้งเพศชาย และหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคมะเร็งในระยะที่ 3 หรือระยะที่ 4 หรือมีการแพร่กระจายของโรคไปยังระบบต่างๆ ของร่างกาย ที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ที่เข้ามารับ บริการในแผนกผู้ป่วยนอกมะเร็งของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ โดยมีเป้าหมายการรักษาเพื่อ การประคับประคอง

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. อายุระหว่าง 18-59 ปี
2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยมะเร็ง ระยะ 3 หรือระยะที่ 4
3. รู้ถึงภาวะของโรคในระยะลุกลามไม่น้อยกว่า 3 เดือน
4. ได้รับการรักษาโดยมีเป้าหมายเพื่อการประคับประคอง
5. มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย
6. นับถือศาสนาพุทธ
7. ไม่มีอาการแทรกซ้อนจากโรคที่อยู่ในระยะลุกลาม จนทำให้เกิดอาการที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษ ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวลดลง ปวด (Pain score  $\geq$  4) เหนื่อยหอบ
8. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย
9. มีปฏิริยาการตอบสนองต่อความเศร้าโศกอยู่ในขั้นต่อรอง หรือขั้นยอมรับ โดยใช้แนว



ทางการประเมินปฏิกริยาทางจิตใจต่อความเศร้าโศกทั้ง 5 ชั้น ตามแนวคิดของ Kubler-Ross ด้วยวิธีการสอบถามจากญาติและการสังเกตการแสดงออกพฤติกรรมของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการวิเคราะห์อำนาจทดสอบโดยใช้โปรแกรม Power Analysis and Sample Size: PASS กำหนดขนาดของความสัมพันธ์โดยใช้ค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรความเชื่อทางศาสนากับการยอมรับความตาย  $r = 0.2$  จากงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งศึกษาโดย Pinquart et al. (2006) กำหนดอำนาจทดสอบ 80% ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ต้องใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 193 คน และเพื่อเป็นการป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 (Polit, & Hungler, 1999) รวมทั้งสิ้น 212 คน โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงวันที่ 30 พฤษภาคม- 10 สิงหาคม พ.ศ.2561

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 7 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย แบบสอบถามความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตาย แบบสอบถามภาระที่ค้างคา แบบสอบถามการรับรู้ในความสามารถของตนเอง แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว และแบบสอบถามการยอมรับความตาย ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามทั้งหมดตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน แล้วนำแบบสอบถามมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) ได้ค่าเท่ากับ .96, 1, 1, .90, .92 และ .96 ตามลำดับ จากนั้นนำแบบสอบถามทั้งหมดไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถามโดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ .86, .72, .74, .74, .89 และ .70 ตามลำดับ

ผู้วิจัยวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จ รูป SPSS เวอร์ชัน 17 โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการทดสอบทั้งหมดที่ระดับ .05 โดยแยกวิเคราะห์ตามลำดับ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์คะแนนการยอมรับความตาย คะแนนความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย คะแนนความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย คะแนนภาระที่ค้างคา คะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองและคะแนนสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว โดยการหาพิสัย ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย ภาระที่ค้างคา การรับรู้ความสามารถของตนเอง สัมพันธภาพของบุคคลใน

ครอบครัว กับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โดยใช้สถิติวิเคราะห์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

### ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีการยอมรับความตายในระดับสูง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 31.37 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.47
2. ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ภาระที่ค้างคา มีความสัมพันธ์ทางลบกับการยอมรับความตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.61$ ,  $r = -.39$ ) ตามลำดับ
3. ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย การรับรู้ความสามารถของตนเอง และสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการยอมรับความตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .41$ ,  $r = .38$ ,  $r = .20$ ) ตามลำดับ

### การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามครั้งนี้สามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัยและประเด็นที่พบได้ดังนี้

#### 1. ศึกษาการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีการยอมรับความตายในระดับสูง ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Pinquart et al. (2006) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งมีระดับการยอมรับความตายในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งที่แตกต่างกันโดยการศึกษาครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่รับทราบการวินิจฉัยโรคและได้รับการรักษามาแล้วตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไปและได้รับการรักษาแบบประคับประคองเท่านั้น แตกต่างจากการศึกษาของ Pinquart et al. (2006) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งทุกระยะที่ได้รับการวินิจฉัยไม่นานและเริ่มต้นการรักษา โดยมีเป้าหมายทั้งเพื่อรักษาบำบัดและแบบประคับประคอง

จากผลการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีระดับการยอมรับความตายในระดับสูงสามารถอธิบายได้ว่า การศึกษาครั้งนี้ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งระยะ 3, 4 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป ข้อมูลนี้แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในการศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านช่วงเวลาในการเรียนรู้และทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษารวมถึงได้รับข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์มาเป็นเวลานาน การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินของโรคจากบุคลากรทางการแพทย์จะช่วยหล่อหลอมการมีมุมมองเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยที่ดี (วรธรรมน บุรณรัช, 2556) จึงส่งผลให้สามารถยอมรับความตายได้สูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Pinquart et al. (2006) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ทราบการวินิจฉัยโรคมะเร็งในระยะแรกจะมีการยอมรับ

ความตายได้น้อยกว่าทั้งนี้เพราะผู้ป่วยในกลุ่มนี้ยังต้องการเวลาในการปรับตัวและเรียนรู้ในการเผชิญความกับความตายที่เข้ามาใกล้แต่ภายหลังผู้ป่วยได้รับการรักษาไปแล้วประมาณ 9 เดือนการยอมรับความตายจะสูงขึ้น นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้เป็นผู้ป่วยมะเร็งในระยะ 3, 4 ซึ่งจากการศึกษาของ Pinquart et al. (2006) และ Hinton (1999) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งในระยะท้ายและมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดีจะมีการยอมรับความตายสูงกว่าผู้ป่วยมะเร็งในระยะแรก ดังนั้นในการศึกษาคั้งนี้จึงพบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีระดับการยอมรับความตายสูง

นอกจากนี้การศึกษาคั้งนี้ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่นับถือศาสนาพุทธซึ่งมีความแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาที่ศึกษาในประเทศตะวันตกซึ่งส่วนใหญ่เน้นนับถือศาสนาคริสต์ที่มีความเชื่อเกี่ยวกับชีวิตที่เป็นสุขหลังความตาย การใกล้ชิดกับพระเจ้า โดยผู้ที่มีความสัมพันธ์กับพระเจ้าและมีความเชื่อเกี่ยวกับโลกหน้าจะทำให้มีความพึงพอใจในการตายส่งผลให้ยอมรับความตายที่จะเข้ามาและมีแนวโน้มที่จะเตรียมตัวตาย (Yeun, 2005) ในขณะที่บริบทคนไทยที่มีความเชื่อทางศาสนาพุทธเริ่มตั้งแต่การเกิด แก่ เจ็บ ตาย พระพุทธเจ้าสอนให้รู้จักความตายว่าเป็นเรื่องธรรมชาติที่ทุกคนต้องเจอ ผู้ป่วยจึงเรียนรู้เกี่ยวกับธรรมชาติของชีวิตมาตลอดจึงทำให้ผู้ป่วยสามารถฝึกจิตให้คุ้นเคยกับความตายและสามารถปล่อยวางได้ จะเห็นได้ว่าเมื่อพิจารณาข้อคำถามการยอมรับความตายรายพบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีคะแนนเฉลี่ยในรายข้อ “ความตายเป็นธรรมชาติของชีวิต” สูงสุดซึ่งสอดคล้องไปกับหลักศาสนาพุทธที่พระพุทธเจ้าสอนไว้ อีกทั้งในมุมมองพุทธศาสนาชีวิตกับความตายนั้นหากมองเพียงลมหายใจเข้าออกหรือที่เรียกว่า แขนงอยู่บนเส้นด้ายของความไม่แน่นอน (กัญญฐิตา ศรีภา, 2554) พระพุทธเจ้าจึงตรัสสอนถึงการเจริญมรณสติเพื่อที่ว่าเมื่อเรารำลึกถึงความตายอยู่ทุกขณะเป็นประจำ จนกระทั่งคุ้นชินกับความตายนี่จะเกิดขึ้นกับเราหรือกับคนที่เรารัก ก็จะสามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุขและไม่กลัวความตาย (พระไพศาล วิสาโล, 2554; สารภี รั้งชีโกศัย และคณะ, 2556) และสามารถยอมรับความตายได้

อย่างไรก็ตามจากผลการศึกษาคั้งนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามร้อยละ 6.60 ที่ยังมีการยอมรับความตายอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้การศึกษาคั้งนี้ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง อาการต่างอยู่ในช่วงที่สงบ หากเวลาเปลี่ยนไปหรือมีสิ่งอื่นที่มากระทบไม่ว่าจะเป็นทั้งทางกายและจิตใจอาจจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของมุมมองเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยทำให้การยอมรับความตายมีการเปลี่ยนแปลงได้ (Hinton, 1999; วรรณมน บุรณรัช, 2556)

**2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย ภาระที่ค้างคา การรับรู้ความสามารถของตนเอง สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวกับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม**

2.1 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายกับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ผลการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายมีความสัมพันธ์ทางลบกับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ซึ่งมีความสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายอยู่ในระดับต่ำและระดับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามอยู่ในระดับสูงสามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมะเร็งระยะลุกลามส่วนใหญ่ได้รับการรักษามาเป็นระยะเวลาช้านานตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป ซึ่งผู้ป่วยได้รับข้อมูลโรคและการรักษามาแล้วในระยะเวลาหนึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและเรียนรู้ในการเผชิญความกับความตายที่เข้ามาใกล้ได้ดี อีกทั้งปัจจุบันผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคอย่างต่อเนื่อง อาการของผู้ป่วยยังอยู่ในช่วงที่สงบ การได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมบนพื้นฐานของการรักษาทางการแพทย์ที่ได้มาตรฐาน นั่นคือได้รับการดูแลแบบองค์รวมทั้ง 4 มิติ คือทั้งมิติทางกายภาพ จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณควบคู่กันไป ในลักษณะประคับประคอง (Palliative care) ที่ถึงแม้ว่าโรคร้ายแรงจะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่ก็สามารถช่วยผ่อนหนักเป็นเบา ช่วยทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี เจ็บปวดทรมานน้อยลงผู้ป่วยจึงไม่เกิดความทุกข์จึงสามารถปรับจิตใจให้ยอมรับกับสภาพการเจ็บป่วยจึงไม่เกิดความวิตกกังวลหรือหมกมุ่นกับความกลัวความตายที่อาจเข้ามาใกล้ (วรรณชน บวรณรัช, 2556) เมื่อผู้ป่วยไม่มีความวิตกกังวลต่อความตายที่อาจเกิดขึ้นจึงส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้และทำความเข้าใจความหมายของการเกิด การมีชีวิตและการตายของตนเองได้ ทำให้ผู้ป่วยมีทัศนคติต่อความตายในทางที่ดี การเรียนรู้เกี่ยวกับความตายได้ดีขึ้นทำให้สามารถยอมรับกับความตายที่อาจเกิดขึ้นได้ (กัญญ์ฐิตา ศรีภา, 2554; วรรณชน บวรณรัช, 2556; สารภี รังษิโกศัย และคณะ, 2556)

ดังนั้นผลการวิจัยครั้งนี้จึงพบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายต่ำและมีการยอมรับความตายสูง ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Harding et al. (2005) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายต่อการยอมรับความตายในกลุ่มผู้นับถือศาสนาคริสต์นิกายอปีสโคปอลในเมืองนิวยอร์ก พบว่าผู้ที่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายสูงจะมีการยอมรับความตายน้อย กล่าวคือความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายมีความสัมพันธ์ทางลบกับการยอมรับความตายและสอดคล้องกับการศึกษาของ Durlak and Kass (1982) ที่พบว่าความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายมีความสัมพันธ์ทางลบกับการยอมรับความตาย

อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายรายข้อพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามยังมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในเรื่องของความทุกข์ทรมานก่อนการตายและความเจ็บปวดก่อนการตายอยู่ในระดับปานกลาง จึงอาจเป็นไปได้ว่าหากผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมานเข้ามากระทบในช่วงระยะเวลาหนึ่งของการเจ็บป่วย อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายมากขึ้นทำให้มีการเปลี่ยนแปลงมุมมองต่อความตาย

(วรรณชน บวรณรัช, 2556; สารภี รังษีโกศัย และคณะ, 2556) จึงอาจทำให้การยอมรับความตายของผู้ป่วยอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้

2.2 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตายกับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการยอมรับความตาย ซึ่งมีความสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามส่วนใหญ่มีระดับความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตายในระดับสูงและมีระดับการยอมรับความตายในระดับสูงเช่นกัน สามารถอธิบายได้ว่าจากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ในศาสนาพุทธมีความเชื่อในเรื่องของการเวียนว่าย ตาย เกิด ตามกรรมที่กระทำไว้ และเชื่อว่าสรรพสิ่งทั้งปวงรวมทั้งชีวิตจะดำเนินไปตามกฎของธรรมชาติ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552; พระไพศาล วิสาโล และคณะ, 2552; สารภี รังษีโกศัย และคณะ, 2556) ซึ่งเมื่อพิจารณาความเชื่อทางศาสนา rays ข้อจะพบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเชื่อว่าชีวิตมีการเกิด แก่ เจ็บ และตายเป็นเรื่องธรรมดาและเชื่อในเรื่องของการสร้างบุญกุศลก่อนตายมากที่สุด เมื่อพิจารณาหลักธรรมจะพบว่าเป็นไปตามกฎธรรมชาติหรือไตรลักษณ์ (ลักษณะ 3 ประการ) เป็นธรรมะที่กล่าวถึงกฎธรรมดาของสรรพสิ่งทั้งปวงช่วยให้เข้าใจชีวิตและปล่อยวางได้มากขึ้น (พระไพศาล วิสาโล และคณะ, 2552) ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยจึงสามารถทำความเข้าใจในความเป็นจริงของชีวิตได้มากขึ้นและสามารถปล่อยวางจากสิ่งต่างๆ และสามารถฝึกจิตให้คุ้นเคยกับความตายจึงยอมรับความตายได้ว่าเป็นเรื่องธรรมดาไม่ใช่สิ่งที่น่ากลัว รวมถึงมีความเชื่อว่าการทำดีและน้อมจิตให้เป็นกุศลก่อนตายเป็นการสั่งสมบุญกุศลเพื่อให้ได้ไปสู่สุคติ ผู้ป่วยจึงสามารถยอมรับต่อภาวะใกล้ตายและความตายได้ด้วยใจที่สงบตลอดจนสามารถปรับตัวและใช้ชีวิตในช่วงวาระสุดท้ายไปกับการเตรียมตัวให้พร้อมสำหรับความตายได้ด้วยดี (วรรณชน บวรณรัช, 2556)

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ Pinquart et al. (2006) ที่พบว่า ความเชื่อทางศาสนามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งและสามารถทำนายการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งได้ โดยสามารถร่วมทำนายการยอมรับความตายได้ร้อยละ 21 เช่นเดียวกับการศึกษาของ Harding et al. (2005) พบว่า ปัจจัยด้านมโนคติเกี่ยวกับศาสนา (Theological religiosity) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการยอมรับความตาย โดยความเชื่อในพระเจ้า (Belief in God) และความเชื่อในชีวิตหลังความตาย (Belief in an afterlife) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการยอมรับความตายและสามารถร่วมทำนายการยอมรับความตายได้ร้อยละ 7.10 นอกจากนี้ การศึกษาของ Daaleman and Dobbbs (2010) พบว่าความเชื่อทางศาสนา (Religiosity) และความเชื่อเกี่ยวกับการได้ใกล้ชิดพระเจ้าภายหลังการตาย (Closeness to God) ในระดับสูงเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการยอมรับความตายได้มากขึ้น

2.3 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะที่ค้างคากับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ผลการศึกษาพบว่า ภาวะที่ค้างคา มีความสัมพันธ์ทางลบกับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ซึ่งมีความสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีระดับภาวะที่ค้างคาอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าผู้ป่วยมีความค้างคาในเรื่องของความเป็นห่วงคนในครอบครัวเมื่อจากไป ความคาดหวังเกี่ยวกับลูกหลาน เช่น ความหวังได้เห็นลูกชายบวช และยังมีสิ่งที่ยากทำในอนาคตมากที่สุด ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในการศึกษาครั้งนี้มีภาวะที่ยังค้างคาที่อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ไม่ได้วางแผนเป้าหมายหรือความคาดหวังในชีวิตไว้มากนั้นจะไม่มองความตายไปในทิศทางที่ทำให้ตนเองรู้สึกสูญเสียหรือพลาดหวัง จึงส่งผลให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกซับซ้อนใจ เสียใจ หดหู่และพยายามปฏิเสธความตาย (กัญญ์ฐิตา ศรีภา, 2554; ทศนีย์ ทองประทีป, 2552; วัลภา คุณทรงเกียรติ, 2556) อีกทั้งผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามส่วนมากมีความเชื่อทางศาสนาในระดับสูงจึงส่งผลให้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะปล่อยวางไม่ยึดติดยึดติดกับสถานภาพทางสังคม ภาระหน้าที่ทางการทำงานและกลัวที่จะพลัดพรากจากสิ่งที่ตนรัก นอกจากนี้การศึกษาในครั้งนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยและได้รับการรักษามาตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลบุคลากรทางการแพทย์มาช่วงระยะเวลาหนึ่ง จนทำให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับสภาพและปล่อยวางได้ (วรรณชน บวรณรัช, 2556) ส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเกิดการยอมรับความตายได้ แต่หากผู้ป่วยมีความคาดหวังและเป้าหมายในชีวิตมากจะทำให้รู้สึกว่าเป็นภาวะที่ค้างคาที่ต้องจัดการให้สำเร็จ ความตายจึงเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยจะปฏิเสธจนกว่าจะได้จัดการกับภาวะที่ค้างคานี้สำเร็จ (กัญญ์ฐิตา ศรีภา, 2554)

สอดคล้องกับการศึกษาของ Piquart et al. (2006) ที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่มีเป้าหมายสำคัญในระยะยาวแล้วยังทำไม่สำเร็จจะต้องการที่จะมีชีวิตอยู่และไม่ยอมรับความตายหากยังไม่ได้ทำสิ่งนั้น กล่าวคือ การมีเป้าหมายที่ยังไม่บรรลุมีความสัมพันธ์ทางลบกับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็ง

2.4 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการยอมรับความตาย ซึ่งมีความสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นสิ่งที่สามารถส่งเสริมกระบวนการคิดเชิงบวกต่อตนเองในการตัดสินใจถึงระดับความสามารถของตนเองในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้สำเร็จ ทำให้เกิดความเชื่อมั่นเป็นแรงเสริมให้รู้สึกว่าคุณมีความสามารถในการตัดสินใจด้วยตนเอง มีความคิด และมีเป้าหมายในชีวิตในการดำเนินชีวิตและสามารถควบคุมจัดการกับสิ่งที่มีผลกระทบต่อความกลัวและความวิตกกังวลให้ลดน้อยลง (ยุพา ทองสุข, 2559) ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มีระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับสูงจะสามารถจะสามารถประเมินและรับรู้ได้ว่าตนเองสามารถควบคุมและจัดการ

ความยากลำบาก ความกังวลและความกลัวต่างๆที่ตนเองต้องเผชิญได้ ได้แก่ อาการปวดจากโรคเมเร็ง อาการต่างๆ หรือแม้แต่สามารถยอมรับความตายที่เข้ามาใกล้ได้ (Hirai et al., 2002) ดังนั้นผู้ป่วยที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงจึงส่งผลให้ผู้ป่วยเมเร็งระยะลุกลามสามารถปรับตัวทางจิตใจกับเหตุการณ์ที่คุกคามพร้อมที่จะเผชิญกับความตายที่เข้ามาใกล้และยอมรับความตายได้สูง

ผลการศึกษาที่สอดคล้องนี้กับการศึกษาของ Daaleman and Dobbs (2010) ที่ศึกษาพบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการยอมรับความตายของผู้ป่วยโรครีอรั้ง กล่าวคือผู้ที่มีระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะมีการยอมรับความตายสูง

2.5 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวกับการยอมรับความตายของผู้ป่วยเมเร็งระยะลุกลาม ผลการศึกษาพบว่า สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการยอมรับความตาย ซึ่งมีความสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่าบริบทความสัมพันธ์ภายในครอบครัวเป็นเงื่อนไขหนึ่งอันแสดงลักษณะการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อการรับรู้และการให้ความหมายประสบการณ์ใกล้ตายของผู้ป่วยในแง่มุมต่างๆ ผู้ป่วยและครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน มักพูดคุยกันได้อย่างเปิดเผย ตรงไปตรงมา ในขณะที่ครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กันอย่างห่างเหิน หรือไม่ลงรอย มักไม่ค่อยพูดคุยกันถึงเรื่องความเจ็บป่วยและการเตรียมตัวตาย (กัญญฐิตา ศรีภา, 2554) การที่ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว จะทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ และมีสภาพจิตใจที่เข้มแข็งขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการต่อสู้กับภาวะเจ็บป่วยและเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณตามมา (วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล, 2552) ดังนั้นสัมพันธภาพระดับดีในครอบครัวจะทำให้ผู้ป่วยได้รับความมั่นใจว่าจะได้รับความรัก การเอาใจใส่ ดูแลแบบแผนการดำเนินชีวิต ได้รับการปลอบใจให้กำลังใจจากครอบครัว สนใจซักถามอาการเจ็บป่วย ตลอดจนมีส่วนช่วยในการปฏิบัติกิจกรรมที่ให้ความหมายในชีวิต ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกได้ถึงควมมีคุณค่าแห่งตน มีความสำคัญ มีความมั่นคงในชีวิต ชีวิตมีความหมาย เกิดพลังใจและแรงจูงใจในการเผชิญความตายที่เข้ามาใกล้ ส่งผลให้และสามารถยอมรับกับความตายได้สูง

ผลการศึกษาที่สอดคล้องกับ การศึกษาของ จิตใจ ศิริโส (2559) ที่ศึกษาพบว่าปัจจัยด้านสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการตายของผู้ป่วยเมเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งแนวคิดคุณภาพการตายและการยอมรับความตายมีความสอดคล้องกัน โดยหากผู้ป่วยยอมรับความตายก็จะมีคุณภาพการตายที่ดี (Zimmermann, 2012) นอกจากนี้จากการศึกษาของ วรธรรมัน บุรณรัช (2556) พบว่าผู้ป่วยโรคร้ายแรงที่ได้รับความรักความอบอุ่น ตลอดจนความเอาใจใส่ใจดูแลจากครอบครัว ญาติพี่น้องจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ถึงภาวะใกล้ตายและความตายไปในทางบวก และสามารถปรับจิตใจให้ยอมรับกับความตาย สภาพการสูญเสียหรือการพลัดพรากที่จะเกิดขึ้นได้

และส่งผลต่อปรับตัวในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีจนลมหายใจสุดท้ายและจากไปอย่างสมศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการยอมรับความตาย ได้แก่ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายและภาระที่ค้าง หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายสูงและมีภาระที่ค้างคามากจะมีแนวโน้มการยอมรับความตายต่ำ

ดังนั้น ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะให้นำปัจจัยนี้ไปเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม เพื่อนำไปสู่การเตรียมพร้อมสำหรับการเผชิญกับความตายที่เข้ามาใกล้ได้เป็นอย่างดี นำไปสู่การตายที่ดี โดยการลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย โดยเน้นในเรื่องของการลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานและความเจ็บปวดก่อนการตายเนื่องจากพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคะแนนความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในเรื่องของความวิตกกังวลเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานและความเจ็บปวดก่อนการตายมากที่สุด

ช่วยลดเปลื้องภาระที่ยังค้างคาให้กับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามยังมีระดับภาระที่ค้างคาอยู่ในระดับปานกลาง จึงควรมีการช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในการปลดเปลื้องภาระที่ค้างคา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปล่อยวางและยอมรับกับสิ่งที้อาจจะเกิดขึ้นได้โดยไม่จมอยู่กับภาระต่างๆที่ติดค้างอยู่จนทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทางจิตใจจนไม่ได้มีเวลาสำหรับการเตรียมตัวสำหรับการเผชิญกับความตายที่ดี

2. ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการยอมรับความตาย ได้แก่ ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย การรับรู้ความสามารถของตนเอง และสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์ หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตายสูง มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงและมีสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวที่ดีจะมีแนวโน้มยอมรับความตายสูง

ดังนั้น ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะให้นำผลการวิจัยนี้ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามสามารถยอมรับความตาย เพื่อนำไปสู่การเตรียมพร้อมสำหรับการเผชิญกับความตายที่เข้ามาใกล้ได้เป็นอย่างดี นำไปสู่การตายที่ดี ดังนั้นพยาบาลควรส่งเสริมหรือสนับสนุนความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย เช่น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับหลักธรรมทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย เพื่อให้เกิดความเชื่อและสามารถฝึกจิตใจให้คุ้นเคยกับความตายและทำใจยอมรับกับความตายได้ว่าเป็นไปตามธรรมชาติของชีวิต

ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง ด้วยการสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้ป่วยว่าสามารถเผชิญกับความตายที่เข้ามาใกล้ได้ไม่ทุกข์ได้ และเกิดการตายที่ดี



ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยในการเตรียมความพร้อมสำหรับวาระสุดท้ายของชีวิต ด้วยการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้พูดคุยและร่วมวางแผนการเผชิญกับความตายที่เข้ามาใกล้ ได้เตรียมความพร้อมร่วมกับครอบครัว ส่งเสริมกิจกรรมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมเพื่อใช้เวลาช่วงสุดท้ายของชีวิตในการอยู่กับครอบครัว ให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงการได้รับความรัก ความอบอุ่นจากครอบครัว อย่างเต็มที่นำไปสู่การปล่อยวางและยอมรับนำไปสู่การตายดีได้

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ภาระที่ค้าง ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย การรับรู้ความสามารถของตนเอง และสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับความตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติผู้วิจัยเสนอแนะให้มีการศึกษาปัจจัยทำนายการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามต่อไป



## บรรณานุกรม

### ภาษาไทย

- เวทินี สุขมาก, อัจฉรี ศิริสุนทร, และ ประภาพร มีนา. (2545). ความเที่ยงตรงของแบบสอบถามการรับรู้  
ในความสามารถตนเอง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 47(1), 36.
- แพทยสภา. (2555). *ประกาศแพทยสภาที่ 7 /2555 เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการวินิจฉัยสมองตาย*.  
เข้าถึงจาก [https://www.tmc.or.th/service\\_law03\\_2.php](https://www.tmc.or.th/service_law03_2.php)
- กรมการแพทย์. (2557). *แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2557*. กรมการแพทย์ กระทรวง  
สาธารณสุข.
- กัญญ์ฐิตา ศรีภา. (2554). ประสบการณ์ใกล้ตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย: การศึกษาเชิง  
ปรากฏการณ์วิทยา. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 19(4), 83-94.
- จริญญา แก้วสกุลทอง. (2552). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว พฤติกรรม  
การสูบบุหรี่ และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จอนพะจง เพ็งจาด. (2557). บทบาทพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคอง. *วารสารวิทยาลัย  
พยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*, 30(1), 100-109.
- จิตใจ ศิริโส. (2559). *ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการ  
รับรู้ของผู้ดูแล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชูศักดิ์ จรุงสวัสดิ์. (2551). *การวิเคราะห์ข้อมูลและการใช้สถิติในการวิจัย*. กรุงเทพฯ: ส.เจริญมิตรการ  
พิมพ์.
- ฉิวาริณณ์ วัฒนาวัตถุ. (2551). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็ง  
ระยะสุดท้าย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาล  
ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ณฤดี กิจทวี. (2552). *ประสบการณ์ด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม*. วิทยานิพนธ์ปริญญา  
โทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2552). *พยาบาล : เพื่อนร่วมทุกข์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ:  
บริษัท วี.พี.พี. (1991) จำกัด.

- นงลักษณ์ สรรสม. (2552). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นภา ทวีรทรงกุล, สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม, และ บัณฑิต สำแดงฤทธิ์. (2558). ประสบการณ์อาการและการจัดการในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง *Rama Nurs J* 21(1), 82-95.
- บงกช พิงพุทธารักษ์. (2521). ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์เกี่ยวกับการตายกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์มหาสารคาม.
- ประคอง กรรณสูตร. (2542). สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พระไพศาล วิสาโล. (2552). ชีวิตและความตายในมิติวัฒนธรรม. เข้าถึงจาก <https://www.visalo.org/article/kumue.html>
- พระไพศาล วิสาโล. (2554). ยอมรับความตายด้วยใจสงบ: ฝึกจิต รักษาใจ ให้พร้อมสำหรับการเดินทางครั้งสุดท้ายของชีวิต. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์เนชั่นบุ๊ค.
- พระไพศาล วิสาโล และคณะ. (2552). เฝ้ามองความตายอย่างสงบ เล่ม 2: ข้อคิดจากประสบการณ์. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนสามลดา.
- ยุพา ทองสุข. (2559). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- รจนา ทองดำ, วราภรณ์ คงสุวรรณ, และ กิตติกร นิลมานันต์. (2558). การตายอย่างสงบตามมุมมองของพยาบาลไทยมุสลิม. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 35(2), 21-34.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2556). พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2554. กรุงเทพฯ: ราชบัณฑิตยสถาน.
- วรรณมน บุณรัช. (2556). มุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยโรคร้ายแรง ภายใต้การดูแลรักษาแบบประคับประคอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาสังคมวิทยา ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา, คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- วัลภา คุณทรงเกียรติ. (2556). การตายดีตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็ง. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 21(4), 25-36.

วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล. (2552). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศรีรัตน์ มากมาย ฉัตรชัย สิริชยานุกุล, และธราณี สิริชยานุกุล. (2556). อาการที่พบบ่อยและความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามก่อนได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล: กรณีศึกษา ณ โรงพยาบาลแพริ. *วารสารโรคมะเร็ง*, 33(4), 132-145.

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2559). *ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2557*. กรุงเทพฯ: พรทรีพีการพิมพ์ จำกัด.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2559). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2559: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข*.

สารภี รังษิโกศัย, นัยนา พิพัฒน์วณิชชา, & รวีวรรณ เผ่ากัณหา. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อ เผชิญกับภาวะใกล้ตายและความตายของผู้สูงอายุใน ชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดปัตตานี. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 33(1), 43-56.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2554). *คู่มือผู้ให้บริการสาธารณสุข กฎหมายและแนวทางการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. กรุงเทพฯ: ทีคิวพี.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2561). *รายงานสถิติรายปี ประเทศไทย 2561* เข้าถึงจาก <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/pubs/e-book/SYB-2561/files/assets/basic-html/index.html#4>

## ภาษาอังกฤษ

American Cancer Society. (2014). *Cancer Facts & Figures 2014*. Atlanta: American Cancer Society.

Ardelt, M. (2008). Wisdom, religiosity, purpose in life, and death attitudes of aging adults. In A. Tomer, G. T. Eliason, & P. T. Wong (Eds.), *Existential and Spiritual Issues in Death Attitudes* (pp. 139-158): Psychology Press.

Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*: Worth Publishers.

Barry V. Fortner, Robert A. Neimeyer. (1999). Death anxiety in older adults: A quantitative review. *Death studies*, 23(5), 387-411.

Brandstädter, J., Wentura, D., & Schmitz, U. (1997). Veränderungen der zeit-und zukunfts-perspektive im übergang zum höheren alter: Quer-und längsschnittliche befunde. *Zeitschrift für Psychologie mit Zeitschrift für angewandte Psychologie*.

- Bruce, A. (2007). Time(lessness): Buddhist perspectives and end-of-life. *Nurs Philos*, 8(3), 151-157.
- Cancer Council Australia. (2016). *Living with Advanced Cancer*: Cancer Council Australia.
- Cancer Council Australia. (2017). *Facing End of Life A guide for people dying with cancer, their families and friends*: Cancer Council Australia.
- Carwein, V. (1986). Home hospice care in Britain and the United States. *Caring: National Association for Home Care magazine*, 5(10), 54-57.
- Cicirelli, V. G. (2006). Fear of death in mid-old age. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 61(2), 75-81.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, N.J.: L. Erlbaum Associates.
- Conte, H. R., Weiner, M. B., & Plutchik, R. (1982). Measuring death anxiety: conceptual, psychometric, and factor-analytic aspects. *Journal of personality and social psychology*, 43(4), 775.
- Corr, C. A., Corr, D. M., & Bordere, T. C. (2013). *Death & dying, life & living*. Belmont, CA: Wadsworth, Cengage Learning.
- Daaleman, T. P., & Dobbs, D. (2010). Religiosity, spirituality, and death attitudes in chronically ill older adults. *Research on Aging*, 32(2), 224-243.
- Davies, D. (1997). *Death, ritual, and belief*: Bloomsbury Publishing.
- DeVellis, R. F. (2012). *Scale development: Theory and applications*: Sage publications.
- Durlak, J. A., & Kass, R. A. (1982). Clarifying the Measurement of Death Attitudes: A Factor Analytic Evaluation of Fifteen Self-Report Death Scales. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 12(2), 129-141.
- Elahi, F. (2007). *Death anxiety, afterlife belief, and patients with terminal cancer*: Walden University.
- Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society*. New York Norton.
- Falkenhain, M., & Handal, P. J. (2003). Religion, death attitudes, and belief in afterlife in the elderly: Untangling the relationships. *Journal of Religion and Health*, 42(1), 67-76.
- Gall, T. L. (2004). Relationship with God and the Quality of Life of Prostate Cancer Survivors. *Quality of Life Research*, 13(8), 1357-1368.

- Gesser, G., Wong, P. T., & Reker, G. T. (1987-1988). Death attitudes across the life-span: The development and validation of the Death Attitude Profile (DAP). *Omega-Journal of Death and Dying*, 18(2), 113-128.
- Greenberg, J., Pyszczynski, T., Solomon, S., Simon, L., & Breus, M. (1994). Role of consciousness and accessibility of death-related thoughts in mortality salience effects. *Journal of personality and social psychology*, 67(4), 627.
- Güler Boyraz, Sharon G. Horne, & Waits, J. B. (2015). Accepting Death as Part of Life: Meaning in Life as a Means for Dealing With Loss Among Bereaved Individuals. *Death Studies*, 39(1), 1-11.
- Harding, S. R., Flannelly, K. J., Weaver, A. J., & Costa, K. G. (2005). The influence of religion on death anxiety and death acceptance. *Mental Health, Religion & Culture*, 8(4), 253-261.
- Hinton, J. (1999). The progress of awareness and acceptance of dying assessed in cancer patients and their caring relatives. *Palliative medicine*, 13(1), 19-35.
- Hirai, K., Suzuki, Y., Tsuneto, S., Ikenaga, M., Hosaka, T., & Kashiwagi, T. (2002). A structural model of the relationships among self-efficacy, psychological adjustment, and physical condition in Japanese advanced cancer patients. *Psycho-Oncology*, 11(3), 221-229.
- Imai, H. (2013). *Death acceptance and ultimate relationship*. (Master of Arts), Miami University, Ohio.
- Kirchhoff, K. T., & Beckstrand, R. L. (2000). Critical care nurses' perceptions of obstacles and helpful behaviors in providing end-of-life care to dying patients. *American Journal of Critical Care*, 9(2), 96.
- Klug, L., & Sinha, A. (1987-1988). Death acceptance: A two-component formulation and scale. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 18(3), 229-235.
- Kongsuwan, W. (2011). Thai nurses' experience of caring for persons who had a peaceful death in intensive care units. *Nursing science quarterly*, 24(4), 377-384.
- Kongsuwan, W., Keller, K., Touhy, T., & Schoenhofer, S. (2010). Thai Buddhist intensive care unit nurses' perspective of a peaceful death: an empirical study. *International journal of palliative nursing*, 16(5), 241.

- Kongsuwan, W., & Touhy, T. (2009). Promoting Peaceful Death for Thai Buddhists: Implications for Holistic End-of-Life Care. *Holistic nursing practice, 23*(5), 289-296.
- Kreitler, S., Peleg, D., & Ehrenfeld, M. (2007). Stress, self-efficacy and quality of life in cancer patients. *Psycho-Oncology, 16*(4), 329-341.
- Kubler-Ross, E. (1997). *On Death and Dying: What the dying have to teach doctors, nurses, clergy and their own families*. New York: Simon & Schuster.
- Kumabe, C. (2006). Factors influencing contemporary Japanese attitudes regarding life and death subtitle\_in\_Japanese. *The Japanese Journal of Health Psychology, 19*(1), 10-24.
- Kwon, Y. C., Yun, Y. H., Lee, K. H., Son, K. Y., Park, S. M., Chang, Y. J., . . . Cleeland, C. S. (2006). Symptoms in the Lives of Terminal Cancer Patients: Which Is the Most Important? *Oncology, 71*(1-2), 69-76.
- Lehto, R., & Therrien, B. (2010). Death concerns among individuals newly diagnosed with lung cancer. *Death studies, 34*(10), 931-946.
- Lehto, R. H., & Stein, K. F. (2009). Death anxiety: an analysis of an evolving concept. *Research and theory for nursing practice, 23*(1), 23-41.
- Lester, D. (1994). The Collett-Lester Fear of Death Scale. In R. A. Neimeyer (Ed.), *Death anxiety handbook* (pp. 45-60). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Lonetto, R., & Templer, D. I. (1986). *Death anxiety*: Hemisphere Publishing Corp.
- Long, S. O. (2004). Cultural scripts for a good death in Japan and the United States: similarities and differences. *Social Science & Medicine, 58*(5), 913-928.
- MacDougall, E. E., & Farreras, I. G. (2016). The Multidimensional Orientation Toward Dying and Death Inventory (MODDI-F): Factorial Validity and Reliability in a US Sample. *Journal of pain and symptom management, 51*(6), 1062-1069.
- Maeda, Y., Hagihara, A., Kobori, E., & Nakayama, T. (2006). Psychological process from hospitalization to death among uninformed terminal liver cancer patients in Japan. *BMC Palliative Care, 5*, 6-6.

- McClain-Jacobson, C., Rosenfeld, B., Kosinski, A., Pessin, H., Cimino, J. E., & Breitbart, W. (2004). Belief in an afterlife, spiritual well-being and end-of-life despair in patients with advanced cancer. *General Hospital Psychiatry, 26*(6), 484-486.
- McLeod-Sordjan, R. (2014). Death preparedness: a concept analysis. *Journal of advanced nursing, 70*(5), 1008-1019.
- McNamara, B. (2004). Good enough death: autonomy and choice in Australian palliative care. *Social science & medicine, 58*(5), 929-938.
- Mercadante, S., Gebbia, V., Marrazzo, A., & Filosto, S. (2000). Anaemia in cancer: pathophysiology and treatment. *Cancer Treatment Reviews, 26*(4), 303-311. doi:<http://dx.doi.org/10.1053/ctrv.2000.0181>
- Miller, A. S., & Nakamura, T. (1996). On the stability of church attendance patterns during a time of demographic change: 1965-1988. *Journal for the Scientific Study of Religion, 27*5-284.
- Nakagi, S., & Tada, T. (2014). Relationship between identity and attitude toward death in Japanese senior citizens. *The Journal of Medical Investigation, 61*(1.2), 103-117. doi:10.2152/jmi.61.103
- National Cancer Institute. (2014). *Coping With Advanced Cancer*: National Cancer Institute (NCI).
- Neimeyer, R. A., Wittkowski, J., & Moser, R. P. (2004). Psychological research on death attitudes: An overview and evaluation. *Death studies, 28*(4), 309-340.
- Nichols, J., & Riegel, B. (2002). The contribution of chronic illness to acceptance of death in hospitalized patients. *Clinical nursing research, 11*(1), 103-115.
- Owen, C., Tennant, C., Levi, J., & Jones, M. (1994). Cancer patients' attitudes to final events in life: wish for death, attitudes to cessation of treatment, suicide and euthanasia. *Psycho-Oncology, 3*(1), 1-9.
- Payne, S., Langley-Evans, A., & Hillier, R. (1996). Perceptions of a 'good' death: a comparative study of the views of hospice staff and patients. *Palliative medicine, 10*(4), 307-312.
- Pinquart, M., Fröhlich, C., Silbereisen, R. K., & Wedding, U. (2006). Death acceptance in cancer patients. *OMEGA-Journal of Death and Dying, 52*(3), 217-235.



- Polit, D. F., Beck, C. T., & Owen, S. V. (2007). Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Research in nursing & health, 30*(4), 459-467.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing Research: Principles and Methods*: Lippincott.
- Ray, J. J., & Najman, J. (1974). Death Anxiety and Death Acceptance: A Preliminary Approach. *OMEGA - Journal of Death and Dying, 5*(4), 311-315.  
doi:10.2190/MHEL-88YD-UHKF-E98C
- Reeves, N. C. (2011). Death acceptance through ritual. *Death studies, 35*(5), 408-419.
- Rohrbaugh, J., & Jessor, R. (1975). Religiosity in youth: A personal control against deviant behavior1. *Journal of Personality, 43*(1), 136-155. doi:10.1111/j.1467-6494.1975.tb00577.x
- Royal, K. D., & Elahi, F. (2011). Psychometric properties of the Death Anxiety Scale (DAS) among terminally ill cancer patients. *Journal of psychosocial oncology, 29*(4), 359-371.
- Schwarzer, R. (1997). General perceived self-efficacy in 14 cultures. Retrieved from <http://userpage.fu-berlin.de/~health/engscal.htm>
- Sherman, D. W., Norman, R., & McSherry, C. B. (2010). A Comparison of Death Anxiety and Quality of Life of Patients With Advanced Cancer or AIDS and Their Family Caregivers. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, 21*(2), 99-112.  
doi:10.1016/j.jana.2009.07.007
- Soleimani, M. A., Lehto, R. H., Negarandeh, R., Bahrami, N., & Chan, Y. H. (2016). Death Anxiety and Quality of Life in Iranian Caregivers of Patients With Cancer. *Cancer Nursing, 0*(0), 1-10.
- Taylor, R. (1990). Interpretation of the Correlation Coefficient: A Basic Review. *Journal of Diagnostic Medical Sonography, 6*(1), 35-39.
- Telford, K., Kralik, D., & Koch, T. (2006). Acceptance and denial: implications for people adapting to chronic illness: literature review. *Journal of advanced nursing, 55*(4), 457-464.
- Templer, D. I. (1970). The construction and validation of a death anxiety scale. *The Journal of general psychology, 82*(2), 165-177.

- Teunissen, S. C., Wesker, W., Kruitwagen, C., de Haes, H. C., Voest, E. E., & de Graeff, A. (2007). Symptom prevalence in patients with incurable cancer: a systematic review. *Journal of pain and symptom management*, 34(1), 94-104.
- The National Council for Palliative Care (2006). *End of Life Care Strategy*. London: NCPC.
- Tobin, S. S. (1996). A non-normative old age contrast: Elderly parents caring for offspring with mental retardation.
- Tomer, A., & Eliason, G. (2000). Beliefs about self, life, and death: Testing aspects of a comprehensive model of death anxiety and death attitudes.
- Tu, M. S., & Chiou, C. P. (2007). Perceptual consistency of pain and quality of life between hospice cancer patients and family caregivers: a pilot study. *International journal of clinical practice*, 61(10), 1686-1691.
- Wittkowski, J. (2001). The construction of the multidimensional orientation toward dying and death inventory (MODDI-F). *Death Studies*, 25(6), 479-495.
- Wong, P. T., Reker, G. T., & Gesser, G. (1994). Death Attitude Profile-Revised: A multidimensional measure of attitudes toward death. In R. A. Neimeyer (Ed.), *Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application* (pp. 121-148). Washington, DC: Taylor & Francis.
- World Health Organization. (2002). *National cancer control programmes : policies and managerial guidelines* (2 ed.). Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2014a). Cancer Country Profiles. Retrieved from [http://www.who.int/cancer/country-profiles/tha\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/cancer/country-profiles/tha_en.pdf?ua=1)
- World Health Organization. (2014b). Cancer mortality and morbidity. Retrieved from [http://www.who.int/gho/ncd/mortality\\_morbidity/cancer\\_text/en/index.html](http://www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/cancer_text/en/index.html).
- World Health Organization. (2017). Fact sheet: Cancer. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>
- Yang, H., Zhang, J., Lu, Y., & Li, M. (2016). A Chinese version of a Likert-type death anxiety scale for colorectal cancer patients. *International Journal of Nursing Sciences*, 3(4), 337-341.

- Yeun, E. (2005). Attitudes of elderly Korean patients toward death and dying: an application of Q-methodology. *International Journal of Nursing Studies*, 42(8), 871-880.
- Zimmermann, C. (2012). Acceptance of dying: A discourse analysis of palliative care literature. *Social science & medicine*, 75(1), 217-224.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
**CHULALONGKORN UNIVERSITY**



### รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเครื่องมือวิจัย

- |  |  |
|--|--|
| 1. พระอาจารย์ปพนพัชร จิรธัมโม          | เจ้าอาวาสวัดคำประมง  |
| 2. นางสาววิไลลักษณ์ ตันติตระกูล        | ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง                                  |
| 3. นาวาโทหญิง ดร. กนกเลขา สุวรรณพงษ์   | อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ         |
| 4. อ.นพ. ลัญฉน์ศักดิ์ อรรถขยายกร       | แพทย์ประจำศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย                         |
| 4. รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ คงสุวรรณ | อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |





## จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

ที่ ศธ 0512.11/ ๒137



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

( ๗ ธันวาคม 2560

เรื่อง ขอนิมนต์เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

กราบหม้สการ พระอาจารย์ปพนพัทธ์ จิรธัมโม

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวมะลิวรรณ กระโพธิ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุวิพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ อาจารย์ ดร. จรรยา อิมหลวง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในกรณีจึงขอนิมนต์ท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอนิมนต์ท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอนิมนต์ด้วยความเคารพ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วารรัตน์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษาพร้อม

ชื่อ นิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ดร. สุวิพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-1155

อาจารย์ ดร. จรรยา อิมหลวง โทร. 0-2218-1137

นางสาวมะลิวรรณ กระโพธิ์ โทร. 09-7078-0999





ที่ ศธ 0512.11/ 2193

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๑๖ ธันวาคม 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวมะลิวรรณ กระโพธิ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. จรรยา ฉิมหลวง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นาวาโทหญิง ดร.กนกเลขา สุวรรณพงษ์ หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ชื่อนิสิต

นาวาโทหญิง ดร.กนกเลขา สุวรรณพงษ์

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-1155

อาจารย์ ดร. จรรยา ฉิมหลวง โทร. 0-2218-1137

นางสาวมะลิวรรณ กระโพธิ์ โทร. 09-7078-0999

ที่ ศธ 0512.11/ 2132



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

1๕ ธันวาคม 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวมะลิวรรณ กระโพธิ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. จรรยา ฉิมหลวง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ นายแพทย์ สัจฉรินทร์ อรรถยากร แพทย์ประจำศูนย์ชีวภบาล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษาพร้อม

ชื่อนิสิต

อาจารย์ นายแพทย์ สัจฉรินทร์ อรรถยากร

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-1155

อาจารย์ ดร. จรรยา ฉิมหลวง โทร. 0-2218-1137

นางสาวมะลิวรรณ กระโพธิ์ โทร. 09-7078-0999

ที่ ศธ 0512.11/ จ131



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศุภพรช ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๒ ธันวาคม 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวมะลิวรรณ กระโพธิ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. จรรยา ฉิมหลวง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ คงสุวรรณ รองคณบดีฝ่ายวิจัย บัณฑิตศึกษาและวิเทศสัมพันธ์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษาช่วย

ชื่อนิสิต

รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ คงสุวรรณ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-1155

อาจารย์ ดร. จรรยา ฉิมหลวง โทร. 0-2218-1137

นางสาวมะลิวรรณ กระโพธิ์ โทร. 09-7078-0999



ที่ ศธ 0512.11/ ๒1๖๔

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรฯ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

12 ธันวาคม 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานด้านมะเร็ง (อโรคยศาล วัดคำปรเม้ง)

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เมื่อด้วย นางสาวมะลิวรรณ กระโพธิ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. จรรยา ฉิมหลวง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาววิไลลักษณ์ ตันติตระกูล ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิตสร้างชิ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ส่วนาเรียน

นางสาววิไลลักษณ์ ตันติตระกูล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-1155

อาจารย์ที่ปรึกษาช่วย

อาจารย์ ดร. จรรยา ฉิมหลวง โทร. 0-2218-1137

ชื่อนิสิต

นางสาวมะลิวรรณ กระโพธิ์ โทร. 09-7078-0999

## จดหมายขอความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บข้อมูลการวิจัย

ที่ ศช 0512.11/00๖7



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๒ มกราคม 2561

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวมะลิวรรณ กระโพธิ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุวิพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. จรรยา อิมหลวง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยที่มีอายุ 18-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคมะเร็งในระยะที่ 3 หรือระยะที่ 4 หรือมีการแพร่กระจายของโรคไปยังระบบต่างๆ ของร่างกาย ที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ที่เข้ามารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกรังสีรักษาและมะเร็งวิทยาของโรงพยาบาล โดยมีเป้าหมายการรักษาเพื่อประคับประคอง จำนวน 105 คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย แบบสอบถามความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตาย แบบสอบถามภาวะที่ค้างคาแบบสอบถามการรับรู้ในความสามารถของตนเอง แบบประเมินสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว และแบบสอบถามการยอมรับความตาย ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย อีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวมะลิวรรณ กระโพธิ์ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วารกรณ์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ส่วนเวเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ดร. สุวิพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-1155

อาจารย์ ดร. จรรยา อิมหลวง โทร. 0-2218-1137

นางสาวมะลิวรรณ กระโพธิ์ โทร. 09-7078-0999

ที่ จพ.นท. 2662 / 2561



โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์  
1873 ถนนพระรามที่ 4  
แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

23 พฤษภาคม 2561

**เรื่อง** ยินดีให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย  
**เรียน** คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
**อ้างถึง** หนังสือที่ ศช 0512.11 /0067 ลงวันที่ 16 มกราคม 2561

ตามหนังสือที่อ้างถึง คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แจ้งว่า นางสาวฉวีวรรณ กระโพธิ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม" และในการนี้ ได้ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยที่มีอายุ 18-59 ปี ที่แพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งในระยะที่ 3 หรือระยะที่ 4 หรือมีการแพร่กระจายของโรคไปยังระบบต่างๆ ของร่างกาย ที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ในแผนกผู้ป่วยนอก รังสีรักษาและมะเร็งวิทยาของโรงพยาบาล จำนวน 105 คน ดังรายละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์พิจารณาแล้ว **ไม่ขัดข้อง** ยินดีให้ดำเนินการตามที่ขอมาโดยติดต่อประสานงานได้ที่ อำนวยการพยาบาล โทรศัพท์ 0-2256-4360 อนึ่ง ก่อนเข้าเก็บข้อมูล ขอให้นำบัตรประจำตัวนิสิตหรือบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมจดหมายฉบับนี้ มาติดต่อขอรับบัตรประจำตัวผู้เก็บข้อมูล ณ กลุ่มอำนวยการประสานงาน ฝ่ายเลขานุการศึกษาศูนย์กรุงเทพ ชั้นล่าง (ห้องเลขที่ 105)

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

( ศาสตราจารย์นายแพทย์สุเทพ กงศาอุทิวธิ์ )

รองผู้อำนวยการฯ ฝ่ายการแพทย์และวิจัย

ปฏิบัติกรแทน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

งานเลขานุการกิจ ฝ่ายเลขานุการ

ติดต่อประสานงาน : บุญจพร กระจำพจน์ โทรศัพท์ : 0-2256-4999 ต่อ 603 โทรสาร : 0-2256-4588



ที่ ศธ 0512.11/ 0084



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

17 มกราคม 2561

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวมะลิวรรณ กระโพธิ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. จรรยา ฉิมหลวง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยที่มีอายุ 18-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคมะเร็งในระยะเวลาที่ 3 หรือระยะที่ 4 หรือมีการแพร่กระจายของโรคไปยังระบบต่างๆ ของร่างกาย ที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ที่เข้ามาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกรังสีรักษาและมะเร็งวิทยาของโรงพยาบาล โดยมีเป้าหมายการรักษาเพื่อประคับประคอง จำนวน 75 คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย แบบสอบถามความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตาย แบบสอบถามการรับรู้ในความสามารถของตนเอง แบบประเมินสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว และแบบสอบถามการยอมรับความตาย ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวมะลิวรรณ กระโพธิ์ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมชื่อนิสิต

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-1155

อาจารย์ ดร. จรรยา ฉิมหลวง โทร. 0-2218-1137

นางสาวมะลิวรรณ กระโพธิ์ โทร. 09-7078-0999



สำนักงานวิจัย วิชาการและนวัตกรรม  
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี  
มหาวิทยาลัยมหิดล  
๒๗๐ ถนนพระราม ๖ ราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐  
โทรศัพท์และโทรสาร ๐๒ ๒๐๑๑๗๐๑

ที่ ศช ๐๕๑๗.๐๖/๖๖๗๔  
วันที่ ๑๑ มิถุนายน ๒๕๖๑  
เรื่อง อนุญาตให้เก็บข้อมูลเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์  
เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อ้างถึง หนังสือคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ ศช ๐๕๑๒.๑๑/๐๐๘๔  
ลงวันที่ ๑๗ มกราคม ๒๕๖๑

ตามหนังสือที่อ้างถึงแจ้งว่า นางสาวมะลิวรรณ กระโพธิ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาล  
ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีความประสงค์เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยเพื่อการพัฒนาวิทยานิพนธ์  
เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม” โดยมี รองศาสตราจารย์  
ดร.สุรพร อนุศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร.จรรยา ฉิมหลวง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา  
วิทยานิพนธ์ร่วม ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง  
ยินดีให้เข้าเก็บรวบรวมข้อมูลและสามารถติดต่อขอข้อมูลได้ที่ ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลรามาธิบดี  
โทรศัพท์ ๐๒-๒๐๑-๑๒๓๔

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์บุญส่ง องค์กรพัฒน์กุล)

รองคณบดีฝ่ายวิจัย ปฏิบัติหน้าที่แทน

คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

**มุ่งเรียนรู้ คู่คุณธรรม ใฝ่คุณภาพ ร่วมสานภารกิจ คิดนอกกรอบ รับผิดชอบสังคม**





สำนักงานวิจัย วิชาการและนวัตกรรม  
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี  
มหาวิทยาลัยมหิดล  
๒๗๐ ถนนพระราม ๖ ราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐  
โทรศัพท์และโทรสาร ๐๒ ๒๐๑๓๖๐๓

ที่ ศธ ๐๕๑๓๓.๐๖/๒๕๖๔๓

วันที่ ๒๐ มิถุนายน ๒๕๖๔

เรื่อง อนุญาตให้เก็บข้อมูลเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ ศธ ๐๕๑๒.๑๑/๐๐๘๔

ลงวันที่ ๑๗ มกราคม ๒๕๖๓

ตามหนังสือที่อ้างถึงแจ้งว่า นางสาวมะลิวรรณ กระโพธิ์ บัณฑิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีความประสงค์เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยเพื่อการพัฒนาวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุวิพร ชนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร.จรรยา นิมหลาง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล พิจารณาแล้วไม่ขัดข้องยินดีให้เข้าเก็บรวบรวมข้อมูลและสามารถติดต่อขอข้อมูลได้ที่ ภาควิชาศัลยศาสตร์ โทรศัพท์ ๐๒-๒๐๑-๓๓๑๕

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์บุญลู่ องค์พิพัฒนกุล)

รองคณบดีฝ่ายวิจัย ปฏิบัติหน้าที่แทน

คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

สำนักงานวิจัย วิชาการและนวัตกรรม

**มุ่งเรียนรู้ คู่คุณธรรม ใฝ่คุณภาพ ร่วมสานภารกิจ ถิ่นเอกภพ สืบผืนขอบเอื้อม**

ที่ ศธ 0512.11/0085



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศรียศ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๑๗ มกราคม 2561

เรื่อง ขออนุญาตเคราะหฺให้ผลิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวมะลิวรรณ กระโพธิ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. จรรยา ฉิมหลวง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในกรณีนี้ใคร่ขอขออนุญาตเคราะหฺให้ผลิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยที่มีอายุ 18-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคมะเร็งในระยะเวลาที่ 3 หรือระยะที่ 4 หรือมีการแพร่กระจายของโรคไปยังระบบต่างๆ ของร่างกาย ที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ที่เข้ามาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกรังสีรักษาและมะเร็งวิทยาของโรงพยาบาล โดยมีเป้าหมายการรักษาเพื่อประคับประคอง จำนวน 70 คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย แบบสอบถามความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตาย แบบสอบถามภาวะที่ค้างคา แบบสอบถามการรับรู้ในความสามารถของตนเอง แบบประเมินสัมพันธ์สภาพของบุคคลในครอบครัว และแบบสอบถามการยอมรับความตาย ทั้งนี้ผลิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตเคราะหฺให้ นางสาวมะลิวรรณ กระโพธิ์ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

  
(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน  
ฝ่ายวิชาการ  
อาจารย์ที่ปรึกษา  
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม  
ข้อบิต

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล  
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130  
รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-1155  
อาจารย์ ดร. จรรยา ฉิมหลวง โทร. 0-2218-1137  
นางสาวมะลิวรรณ กระโพธิ์ โทร. 09-7078-0999

## เอกสารอนุมัติใช้เครื่องมือวิจัย

FON-CU-THESIS11

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เลขที่รับ	074
วันที่	30 11 60
เวลา	09:00 น.
ผู้รับ	Dr. S. S.

เรื่อง ขอมหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย  
เรียน รองคณบดี

ข้าพเจ้า.....นางสาวมะลิวรรณ กระโพธิ์.....รหัสประจำตัว..... 5877189936.....  
นิสิตสาขาวิชา...พยาบาลศาสตร์ แขนงวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่.....ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ ..1/16...ซอย .....  
ถนน .....พหลโยธิน..... ตำบล/แขวง .....สามเสนใน..... อำเภอ/เขต..... พญาไท.....  
จังหวัด.....กรุงเทพฯ.....รหัสไปรษณีย์.....10400.....โทรศัพท์..... 097-0780999...Email ..one\_sk2@hotmail.com...  
หัวข้อวิทยานิพนธ์/โครงการศึกษาอิสระที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ (เฉพาะภาษาไทย)  
.....ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม.....

มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

1. ชื่อเครื่องมือ.....แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว.....
2. ชื่อวิทยานิพนธ์.....ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น.....
3. ชื่อเจ้าของเครื่องมือ .....จริญญา แก้วสกุลทอง.....
4. ปีของวิทยานิพนธ์.....พ.ศ.2552.....

ลงนาม ..... พะทิพพรรณ กระโพธิ์ ..... ผู้ยื่นคำร้อง  
(นางสาวมะลิวรรณ กระโพธิ์)  
30 / 11.4. / 2560

<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เห็นสมควรให้ดำเนินการต่อไป</p> <p>ลงนาม ..... ศิวิน วัฒนศิริ ..... (.....) 30 / พ.ย. / 2560</p>	<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ</p> <p>07/11/60</p> <p>ลงนาม ..... รุ่งสกลวรรณศิริวัชร. ดิเรกานันท์ ชูวิวัฒน์ ..... 7 / 11. 60</p>
--	---

อนุญาต  
.....  
(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

12 DEC 2017

.....  
12.11.60  
.....  
12.11.60

ที่ ศธ ๖๒๐๖/๒๕๖๑



คณะกรรมการ สมเด็จพระเทพรัตน วรมหาราชินี
เลขที่หนังสือรับ ๐๐๑๖
ว.ค.ป. ๕ ขต ๒๑
เวลา ๑๒.๒๖

มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์  
๑๖๙ ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข  
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

๒๖ ธันวาคม ๒๕๖๐

มหาวิทยาลัยบูรพา คณบดี
๐๐๐/๖
๕ ขต ๒๑
๐๙ ๕๘ ๕

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือที่ ศธ ๐๕๑๒.๑๓/ ๒๑๓๕ ลงวันที่ ๑๒ ธันวาคม ๒๕๖๐

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบฟอร์มหนังสือรับรองการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

ตามหนังสือดังกล่าว ท่านได้ขออนุญาตให้ นางสาวมะลิวรรณ กระโพธิ์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ใช้เครื่องมือวิจัย คือ แบบสอบถามความเชื่อทางศาสนา เกี่ยวกับความตาย เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมตัว เพื่อเผชิญกับความตายและภาวะใกล้ตาย ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดปัตตานี" ของ คุณสารภี รังสีโกสัย หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา พ.ศ. ๒๕๕๖ เพื่อใช้ประกอบการทำวิทยานิพนธ์ ตามความทราบแล้วนั้น

คณะฯ พิจารณาแล้ว อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ โดยขอให้อ้างอิงผู้จัดทำเครื่องมือตาม กฎหมายลิขสิทธิ์ด้วย ทั้งนี้ขอให้ผู้ใช้เครื่องมือวิจัยรายงานผลการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ ตาม แบบฟอร์มหนังสือรับรองการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ ส่งกลับมาถึง งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา รายละเอียดดังเอกสารสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติการแทน  
ผู้ปฏิบัติหน้าที่อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา) กลุ่มงานบริการการศึกษาและวิเทศสัมพันธ์  
โทรศัพท์ (๐๓๘) ๕๐๒๕๒๖, ๕๐๒๕๐๘  
โทรสาร (๐๓๘) ๕๐๒๕๖๖



Freie Universität Berlin, Gesundheitspsychologie (PF 10),  
Habelschwerdter Allee 45, 14195 Berlin, Germany

Fachbereich Erziehungs-  
wissenschaft und Psychologie  
- Gesundheitspsychologie -  
Professor Dr. Ralf Schwarzer  
Habelschwerdter Allee 45  
14195 Berlin, Germany

Fax +49 30 838 55634  
health@zedat.fu-berlin.de  
www.fu-berlin.de/gesund

#### Permission granted

to use the General Self-Efficacy Scale for non-commercial research and development purposes. The scale may be shortened and/or modified to meet the particular requirements of the research context.

<http://userpage.fu-berlin.de/~health/selfscal.htm>

You may print an unlimited number of copies on paper for distribution to research participants. Or the scale may be used in online survey research if the user group is limited to certified users who enter the website with a password.

There is no permission to publish the scale in the Internet, or to print it in publications (except 1 sample item).

The source needs to be cited, the URL mentioned above as well as the book publication:

Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston, *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (pp.35-37). Windsor, UK: NFER-NELSON.

Professor Dr. Ralf Schwarzer  
[www.ralfschwarzer.de](http://www.ralfschwarzer.de)

2/13/2018

Mail - One\_Sk2@hotmail.com

## Re: ขออนุญาตใช้เครื่องมือ

sukmak vatinee &lt;vsukmak@yahoo.com&gt;

Wed 12/13/2017 8:58 AM

To: Maliwan Krapo &lt;One\_Sk2@hotmail.com&gt;;

เรียน คุณมะลิวรรณ

ดิฉันเป็นเจ้าของเครื่องมือฉบับดังกล่าวคะ เนื่องจากดิฉันได้เปลี่ยนชื่อภายหลังการตีพิมพ์เครื่องมือฉบับนั้น จึงทำให้ชื่อไม่ตรงกันคะ ในการที่ดิฉันมีความยินดีที่คุณสามารถนำเครื่องมือดังกล่าวไปใช้ให้เป็นประโยชน์ได้ ขอให้ท่านส่งหนังสือในนามของ รศ.ดร.วาทินี สุขมากคะ

นับถือ

วาทินี สุขมาก

On Tuesday, December 12, 2017 6:09 PM, Maliwan Krapo &lt;One\_Sk2@hotmail.com&gt; wrote:

เรียน รศ.ดร. วาทินี สุขมาก

เนื่องด้วยนิสิตชื่อ นางสาวมะลิวรรณ กระโพธิ์ นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ มีความสนใจเครื่องมือ แบบสอบถามการรับรู้ในความสามารถของตนเอง ฉบับแปล จากบทความวิจัย เรื่อง ความเที่ยงตรงของแบบสอบถามการรับรู้ในความสามารถของตนเอง (พ.ศ. 2545 วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ปีที่ 47 ฉบับที่ 1 หน้า 31-36) ขณะนี้นิสิตได้ทำหนังสือถึงมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อขอใช้เครื่องมือฉบับนี้ โดยระบุชื่อเจ้าของเครื่องมือคือ รศ.ดร. วาทินี สุขมาก ตามที่ระบุในวารสาร แต่เมื่อนิสิตได้ทำหนังสือออกเรียบร้อยแล้วและกำลังจะส่งไปที่มหาวิทยาลัย กลับพบว่าในฐานข้อมูลของมหาวิทยาลัย ไม่มีชื่อ รศ.ดร. วาทินี สุขมาก แต่พบชื่อ รศ.ดร. วาทินี สุขมาก นิสิตจึงขอความอนุเคราะห์จากอาจารย์ ขออนุญาตสอบถามเพื่อความถูกต้องว่าอาจารย์เป็นเจ้าของเครื่องมือและใช้ชื่อที่ถูกต้องว่าอย่างไรคะและหากอาจารย์เป็นเจ้าของเครื่องมือนี้ นิสิตขออนุญาตส่งหนังสือขอใช้เครื่องมืออย่างถูกต้องภายหลังแก้ไขข้อมูลชื่อเจ้าของเครื่องแล้วไปที่คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้หรือไม่คะ ทั้งนี้ นิสิตได้แนบเอกสารวารสารที่ตีพิมพ์มาด้วยคะ

ด้วยความเคารพอย่างสูง  
นางสาวมะลิวรรณ กระโพธิ์

2/13/2018

Mail - One\_Sk2@hotmail.com

## Re: Request for your permission to use you' re Death Attitude Profile – Revised

Paul TP Wong <dr.paul.wong@gmail.com>

Wed 10/18/2017 1:04 PM

To: Maliwan Krapo <one\_sk2@hotmail.com>;

I hereby grant you permission. You can find my article on [drpaulwong.com](http://drpaulwong.com)

Paul T. P. Wong, Ph.D., C.Psych. ([www.drpaulwong.com](http://www.drpaulwong.com))

President, [International Network on Personal Meaning](#)

President, [Meaning-Centered Counselling Institute Inc.](#)

★★★★★ [Rate MCCI's services!](#)



On Wed, Oct 18, 2017 at 1:47 AM, Maliwan Krapo <[one\\_sk2@hotmail.com](mailto:one_sk2@hotmail.com)> wrote:

Dear Dr. Paul T. P. Wong

My name is Ms. Maliwan Krapo, a graduate student from Faculty of Nursing Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand. I am now working on the thesis with the topic of "Factors related to death acceptance of advance cancer patients"

I am very interested your article "Death Attitude Profile – Revised: A multidimensional measure of attitudes toward death" which was published earlier in Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application page 121-148.

As your article is related to my studies, I would like to request for your permission to use the Death Attitude Profile – Revised about Neutral acceptance and to translate form English into Thai language.

Meanwhile, I would like to request for your full paper of Death Attitude Profile – Revised Scale and request for permission to appropriately modify into Thai cultural context.

Thank you very much and look forward your response.

Best regard,  
Ms. Maliwan Krapo

2/13/2018

Mail - One\_Sk2@hotmail.com

## RE: Hope Conte PhD DAS

Jonathan Alpert &lt;jonathan.alpert@einstein.yu.edu&gt;

Fri 10/20/2017 4:26 AM

To: Maliwan Krapo &lt;One\_Sk2@hotmail.com&gt;;

Dear Ms. Krapo,

Thank you again for your thoughtful note. I have not been able to trace a close enough family connection to be meaningful. However, to the best I understand from people who worked with Dr. Conte, she was a generous individual and thoughtful clinical researcher.

It sounds like, if she were still alive, she would have wanted to give permission to use her Death Anxiety Scale scale. In that context, as chair of the department in which she worked and having now spoken with colleagues who knew Dr. Conte, I recommend that you proceed with your work as you had hoped.

Please feel free to retain my note on file as evidence that you made a good faith effort to secure permission and I made a good faith effort to ascertain what might have been Dr. Conte's desires for use and dissemination of her scale.

My very best wishes with your work. I will be interested to hear about your research if you wish to be in touch in the future.

Yours sincerely,  
Jon

**Jonathan E. Alpert MD PhD**

*Dorothy and Marty Silverman University Professor and Chair  
Department of Psychiatry and Behavioral Science  
Professor of Psychiatry, Neuroscience and Pediatrics  
Psychiatrist-in-Chief  
Montefiore Medical Center  
Albert Einstein College of Medicine  
Executive Assistant: Tina Marie Bonanno  
Tina-marie.bonanno@einstein.yu.edu  
Tel: 718-430-2730 Fax: 718-430-8723  
Cell: 617-448-9792*

---

**From:** Maliwan Krapo [mailto:One\_Sk2@hotmail.com]  
**Sent:** Thursday, October 19, 2017 10:12 AM  
**To:** Jonathan Alpert  
**Subject:**

Dear Professor, Jonathan E. Alpert, M.D., Ph.D.

I would like to express my deep gratitude to have received your suggestions.

I am looking forward to hearing from you.

Best regard,

<https://outlook.live.com/owa/?mkt=th-TH&path=/mail/inbox/rp>

1/2





ภาคผนวก ค  
เอกสารพิจารณาจริยธรรมการวิจัยและเอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง



เอกสารรับรอง

จาก

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

เลขที่ 026/ 2561

ชื่อโครงการ	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม
ชื่อหัวหน้าโครงการ	นางสาวมลิวรรณ กระโพธิ์
หน่วยงานที่สังกัด	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รหัสโครงการ	230_2018T_OUT560
สถานที่ทำวิจัย	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
เอกสารที่รับรอง	1. แบบโครงร่างวิจัย 2. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย 3. ใบยินยอมด้วยความสมัครใจ 4. แบบสอบถาม
วันที่รับรอง	9 เมษายน 2561

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ได้พิจารณาและมีมติ รับรองเอกสาร ดังที่ระบุไว้ข้างต้น โดยยึดหลักการจริยธรรมแห่งคำประกาศเฮลซิงกิ และการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี

ลงชื่อ.....

(นายอาคม ชัยวิระวัฒนะ)

ประธานคณะกรรมการทบทวนวิจัย จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงชื่อ.....

(นายวิรุฒิ อิมสารานู)

ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

## หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

**เลขที่** ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ชื่อผู้วิจัย นางสาวมะลิวรรณ กระโพธิ์

ที่อยู่ติดต่อ 1/16 ฉัตรมณีแมนชั่น ถนนพหลโยธิน แขวงสามเสนใน เขตพญาไท กทม. 10400

โทรศัพท์ 097-078-0999

ข้าพเจ้า **ได้รับทราบ**รายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียด ขั้นตอนต่างๆ ที่ต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยงอันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจาก/ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และ การวิจัยเรื่องนี้**ได้รับคำอธิบายน** จากผู้วิจัย **จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว**

ข้าพเจ้า**จึงสมัครใจ**เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอม ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย แบบสอบถามความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตาย แบบสอบถามภาระที่ค้างคา แบบสอบถาม การรับรู้ความสามารถของตนเอง แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว แบบสอบถามการยอมรับความตาย และเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยจะมีการบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น

ข้าพเจ้า**มีสิทธิถอนตัว**ออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ **โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล** ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้นจะไม่มีผลกระทบในทางใดๆต่อคุณภาพการบริการที่พึงได้รับตาม สิทธิของข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะ**เก็บรักษาเป็นความลับ** โดยจะ นำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

**หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย** ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ตึกดำรงนิราธร ชั้น 4 สถาบันมะเร็งแห่งชาติ เบอร์โทร. 0 2202 6800 ต่อ 1414

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง  
 ผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(นางสาวมะลิวรรณ กระโพธิ์)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน



COA No. 319/2018

IRB No. 081/61

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย  
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
1873 ถ.พระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0-2256-4493

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP


ชื่อโครงการ : บัญชีที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับกับความตายของผู้ป่วยระยะเรื้อรัง  
เลขที่โครงการวิจัย : -  
ผู้วิจัยหลัก : นางสาวมะลิวรรณ กระโพธิ์  
สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
วิธีทบทวน : คณะกรรมการเดิมชุด  
รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง :

1. โครงร่างการวิจัย Version 2 Date 20/03/2561
2. โครงการวิจัยฉบับย่อ Version 2 Date 20/03/2561
3. เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย Version 2 Date 20/03/2561
4. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการสำหรับอาสาสมัคร Version 1 Date 10/02/2561
5. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล Version 1 Date 10/02/2561

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการสำหรับอาสาสมัคร	AF 09-05/5.0 หน้า 1/2

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับความตายของผู้ป่วยระยะเรื้อรังระยะสุดท้าย  
รับให้คำยินยอม วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....  
ที่อยู่..... ได้อ่านรายละเอียดจาก  
เอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่..... และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วม  
โครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่ พร้อมด้วย  
เอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจาก  
ผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือ  
จากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และแนวทางการรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาส  
เพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างเต็มที่แล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้น  
จนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้า  
ร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจาก  
ข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัทยุติสนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงาน  
คณะกรรมการอาหารและยาอาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจและประมวลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อ  
วัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษาที่ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะ  
ให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าได้

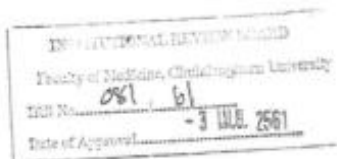
ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากนี้ที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการ  
ให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้สิทธิใน  
การใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่าน  
กระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และ  
การรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งมีการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตหรือการวิจัยทางด้านเภสัชภัณฑ์  
เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้อลง  
นามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม  
(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง  
วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....



Version 1.1, Date 10/02/2561...

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแจ้งข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 09-04/5.0 หน้า 2/4

### เหตุผลความเป็นมา

การยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งนับเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยได้มีการเตรียมตัวก่อนเสียชีวิตและนำไปสู่การเสียชีวิตอย่างสงบ ผู้ป่วยมะเร็งมีความจำเป็นต้องเรียนรู้เพื่อที่จะยอมรับว่าการเสียชีวิตของตนเองเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตและเป็นธรรมชาติที่ทุกคนต้องพบเจอ ผู้ป่วยที่ยอมรับได้จะรับรู้และเข้าใจ มีการเตรียมตัวสำหรับการเสียชีวิตของตนเอง เตรียมความพร้อมให้ครอบครัวและพูดคุยร่วมกับครอบครัวเพื่อวางแผนการเผชิญกับการเสียชีวิตของตนเองได้อย่างเหมาะสม สำหรับผู้ป่วยที่ไม่ยอมรับจะส่งผลกระทบต่อให้เกิดการเสียชีวิตที่ไม่ดีเนื่องจากไม่ได้เตรียมตัวสำหรับการเสียชีวิตของตนเอง ทำให้เกิดความทุกข์ทางจิตใจเมื่อถึงเวลา เช่น ความกลัว ความตื่นตระหนก กระวนกระวาย ไม่มีความสุข ไม่สามารถจัดการกับชีวิตของตนเองก่อนเสียชีวิตได้ เกิดเป็นความทุกข์ ความเครียด และวิตกกังวลตลอดเวลา จากการพบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไทย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งเพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งให้เกิดการยอมรับความตายนำไปสู่การตายอย่างสงบของผู้ป่วยมะเร็ง และเป็นแนวทางในการพัฒนางานวิจัยต่อเนื่องเกี่ยวกับการยอมรับความตายในผู้ป่วยมะเร็ง

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา

วัตถุประสงค์หลักจากการศึกษาในครั้งนี้คือ เพื่อศึกษาการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งและความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตาย ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ภาวะที่ค้างคา การรับรู้ความสามารถของตนเองกับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็ง ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยคือผู้ป่วยมะเร็ง ทำการศึกษาวิจัยในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิชั้นสูงในกรุงเทพมหานครที่หน่วยมะเร็งวิทยา โดยทำการสุ่มด้วยวิธีการจับสลากแบบไม่แทนที่ ได้โรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โรงพยาบาลรามกษิณี และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวนทั้งหมด 212 คน กลุ่มตัวอย่าง 3 โรงพยาบาลนี้จะใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 75 คน โรงพยาบาลรามกษิณี จำนวน 75 คน และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวน 62 คน

### วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

ผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยจะแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย รายละเอียดขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะขอเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง 1 ครั้งในวันที่กลุ่มตัวอย่างมาตรวจรักษาตามนัดหมายปกติและไม่มีการนัดหมายเพื่อเข้าร่วมวิจัยเพิ่มเติม ภายหลังจากที่แจ้งผู้วิจัยขอความร่วมมือในการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

ผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับรายละเอียดของแบบสอบถามพร้อมทั้งอธิบายวิธีตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ ดังนี้ แบบสอบถามมี 7 ชุด มีคำถามทั้งหมด 69 ข้อ มีรายละเอียด ดังนี้ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ แบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย จำนวน 15 ข้อ แบบสอบถามความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตาย จำนวน 13 ข้อ แบบสอบถามภาวะที่ค้างคา จำนวน 6 ข้อ แบบสอบถามการรับรู้ในความสามารถของตนเอง จำนวน 10 ข้อ แบบประเมินสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว จำนวน 10 ข้อ แบบสอบถามการยอมรับความตาย จำนวน 5 ข้อ ชนิดแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ ใช้เวลาในการตอบ 30 - 45 นาที หรือจนกว่ากลุ่มตัวอย่างจะสำเร็จ โดยมีสิทธิ์ไม่ตอบคำถามข้อใดข้อหนึ่งและสามารถสอบถามข้อสงสัยกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลาที่ทำแบบสอบถาม

### ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย


เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใคร่ขอความความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัยอย่างเคร่งครัดรวมทั้งแจ้งอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับท่านระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัยให้ผู้ทำวิจัยได้รับทราบ



INSTITUTIONAL REVIEW OFFICE Faculty of Medicine, Chulalongkorn University IRB No. 651.61 Date of Approval: 3 มี.ค. 2561
--

Version 2 Date: 20/03/2561



	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 09-04/5.0 หน้า 3/4

#### ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในงานวิจัยค่อนข้างมีความเสี่ยงเล็กน้อย เนื่องจากโครงการวิจัยนี้เป็นเพื่อการออกแบบ สอดตามเท่านั้น โดยอาจจะทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกเสียเวลาไม่สบายใจ อึดอัดใจ หรือเกิดความเครียดจากการตอบ แบบสอบถามบางข้อ ผู้วิจัยมีการป้องกันและแก้ไขกรณีดังกล่าว โดยผู้วิจัยประเมินความพร้อมของกลุ่มตัวอย่างจากการสังเกต และสอบถามท่านก่อนการตอบแบบสอบถาม และจัดหาสถานที่ที่เหมาะสมมีความเป็นส่วนตัวในการตอบแบบสอบถาม เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถตอบแบบสอบถามได้อย่างอิสระ อดความไม่สบายใจ หรือลดความอึดอัดใจที่อาจเกิดขึ้นระหว่าง ตอบแบบสอบถาม

#### ประโยชน์ที่อาจได้รับ

ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์ใดๆจากการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้โดยตรง แต่ผลการศึกษาที่ได้จะสามารถใช้เป็นข้อมูล สำหรับเป็นแนวทางในการการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งเกิดการยอมรับการจากไปและพัฒนางานวิจัยต่อเนื่องในการ พัฒนาการพยาบาลเกี่ยวกับการยอมรับการจากไปในผู้ป่วยมะเร็ง

#### วิธีการและรูปแบบการวิจัยอื่น ๆ ซึ่งมีอยู่สำหรับอาสาสมัคร

ท่านไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพื่อประโยชน์ในการรักษาโรคของท่านเนื่องจากมีแนวทางการรักษาอื่น ๆ สำหรับการรักษาโรคของท่านได้ ดังนั้นจึงควรปรึกษาแนวทางการรักษาวิธีอื่นๆ กับแพทย์ผู้ให้การรักษาก่อนตัดสินใจเข้าร่วม ในการวิจัย

#### ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลทางการแพทย์ของท่านทั้งในอดีต และปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย

#### อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัย

หากท่านมีอาการผิดปกติต่างๆเกิดขึ้น เช่น รู้สึกเวียนศีรษะ ปวดศีรษะ ผู้วิจัยจะให้ท่านได้พัก ถ้าพบว่าท่านมีอาการดีขึ้น และสมรรถภาพจึงเก็บข้อมูลต่อไป แต่ถ้าท่านมีอาการไม่ดีขึ้นจะยุติการตอบแบบสอบถามและผู้วิจัยจะรายงานพยาบาลประจำ แผนกทราบทันทีเพื่อให้ท่านได้รับการดูแลรักษาต่อไป

#### ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ไม่มี

#### การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลที่จะนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกป้องและไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัย

ได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้ทำวิจัย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้ตรวจสอบการวิจัย และหน่วยงาน ควบคุมระเบียบกฎหมาย สามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม โดยไม่ละเมิดสิทธิของท่านในการรักษาความลับเป็นขอบเขตที่กฎหมายและระเบียบกฎหมายอนุญาตไว้

จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้ทำวิจัยสามารถบอกรายละเอียดเกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ของท่าน ให้แก่แพทย์ผู้รักษาผู้ป่วยได้

#### การยกเลิกการให้ความยินยอม


หากท่านต้องการยกเลิกการให้ความยินยอมดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอเลิกการให้คำยินยอม

โดยส่งไปที่ นางสาวมะลิวรรณ กระโพธิ์ ที่อยู่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนี



INTERNATIONAL HUMANITY BOARD  
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University  
HS No. 081-61  
REV. 7661

Version 2 Date 20/03/2561

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ	AF 09-04/5.0
		ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	หน้า 4/4

ศรีศกทรวย ชั้น 11 ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

**สิทธิของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย**

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการวิจัยในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสียและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
6. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอลงมือออกจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอลงมือออกจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
7. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
8. ท่านมีสิทธิ์ในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอำนวยการ ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์/โทรสาร 0-2256-4493 ในเวลาราชการ หรือ e-mail : medchulairb@chula.ac.th

การลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้ละสิทธิ์ทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี ขอขอบคุณในการให้ความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้



Faculty of Medicine, Chulalongkorn University	
Form No. 087	6
Date of Approval: 3 MAR 2561	

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม	AF 09-05/5.0
	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	โครงการสำหรับอาสาสมัคร	หน้า 1/2

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับความตายของผู้ป่วยระยะเฝ้าระอุกลาม  
วันที่ดำเนินการ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่.....ได้อ่านรายละเอียดจาก  
เอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่..... และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วม  
โครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่ พร้อมด้วย  
เอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจาก  
ผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือ  
จากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และแนวทางการรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาส  
เพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างถี่ถ้วน โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่บิดบังซ่อนเร้น  
จนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้า  
ร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจาก  
ข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงาน  
คณะกรรมการอาหารและยาอาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจสอบและประมวลผลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อ  
วัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะ  
ให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการ  
ให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้สิทธิใน  
การใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ


ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่าน  
กระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และ  
การรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตหรือการวิจัยทางพันธุศาสตร์  
เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลง  
นามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม  
(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....



INSTITUTIONAL REVIEW BOARD  
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University  
IRB No. 081.61  
Date of Approval: - 3 MAR. 2561

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการสำหรับอาสาสมัคร	AF 09-05/5.0
			หน้า 2/2

## การจัดการกับตัวอย่างชีวภาพ

- ไม่มีตัวอย่างชีวภาพ  
 มีแต่ไม่มีการซอมเก็บ  
 มีและซอมเก็บตัวอย่างชีวภาพที่เหลือไว้เพื่อการวิจัยในอนาคต

ข้าพเจ้า  ยินยอม ไม่ยินยอม

ให้กับตัวอย่างชีวภาพที่เหลือไว้เพื่อการวิจัยในอนาคต

..... ลงนามผู้ให้ความยินยอม

(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

..... ลงนามผู้ทำวิจัย

(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

..... ลงนามพยาน

(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....



INSTITUTIONAL REVIEW BOARD Faculty of Medicine, Chulalongkorn University IRB No. <u>081. 61</u> Date of Approval: <u>- 3 JUL 2561</u>	Version: 1. Date: 10/02/2561
--	------------------------------



คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล  
๒๗๐ ถนนพระราม ๖ แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กทม. ๑๐๔๐๐  
โทร. (๐๒) ๒๐๑-๑๐๐๐

Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.  
270 Rama VI Road, Ratchathewi, Bangkok 10400, Thailand  
Tel. (662) 201-1000

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน  
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี  
มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ ๒๕๖๑/๒๐๑

ชื่อโครงการ	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม
เลขที่โครงการ/รหัส	ID ๐๓ - ๖๑ - ๒๕ ๒
ชื่อหัวหน้าโครงการ	นางสาวมะลิวรรณ กระโพธิ์
สถานศึกษา	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฏิบัติ  
เฮลซิงกิ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ลงนาม  
ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ชูศักดิ์ โอภาสเจริญ)

วันที่รับรอง ๒๐ เมษายน ๒๕๖๑  
ระยะเวลาในการศึกษา ๑ ปี



ID 03-61-29 ๒  
COA NO. MURA2018/201  
วันที่รับรศฯ 20 เมษายน 2561

เอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย  
(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการ บัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ชื่อผู้วิจัย นางสาวมะลิวรรณ กระโพธิ์

สถานที่วิจัย แผนกผู้ป่วยนอกรังสีรักษาและมะเร็งวิทยา-โรงพยาบาลรามารามาศี.

บุคคลและวิธีการติดต่อเมื่อมีเหตุฉุกเฉินหรือความผิดปกติที่เกี่ยวกับการวิจัย

นางสาวมะลิวรรณ กระโพธิ์ 1/16 ฉัตรเกษียรชัย ถนนพหลโยธิน แขวงสามเสนใน เขต  
พญาไท กทม:10400 โทรศัพท์มือถือ 097-078-0999

พว. ศิริพร เสนุสาทร ศูนย์รามารามาศีตติงภบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามารามาศี ถนน  
พระราม6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์มือถือ 091-774-5644

ผู้สนับสนุนการวิจัย - ไม่มี -

ความเป็นมาของโครงการ การยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งนับเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้  
ผู้ป่วยได้มีการเตรียมตัวก่อนเสียชีวิตและนำไปสู่การเสียชีวิตอย่างสงบ ผู้ป่วยมะเร็งมีความจำเป็นที่  
ต้องเรียนรู้เพื่อที่จะยอมรับว่าความตายของตนเองเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตและเป็นธรรมชาติที่ทุกคน  
ต้องพบเจอ ผู้ป่วยที่ยอมรับได้จะรับรู้และเข้าใจ มีการเตรียมตัวสำหรับการเสียชีวิตของตนเอง เตรียม  
ความพร้อมให้ครอบครัวและพูดคุยร่วมกับครอบครัวเพื่อวางแผนการเผชิญกับความตายของตนเองได้  
อย่างเหมาะสม สำหรับผู้ป่วยที่ไม่ยอมรับจะส่งผลกระทบต่อให้เกิดการเสียชีวิตที่ไม่ดีเนื่องจากไม่ได้  
เตรียมตัวสำหรับการเสียชีวิตของตนเอง ทำให้เกิดความทุกข์ทางจิตใจเมื่อถึงเวลา เช่น อึดอัดกับ  
ความตื่นตระหนก กระวนกระวาย ไม่มีความสุข ไม่สามารถจัดการกับชีวิตของตนเองก่อนเสียชีวิตได้  
เกิดเป็นความทุกข์ ความเครียด และวิตกกังวลตลอดระยะเวลาจากการทบทวนวรรณกรรมที่มีนิพนธ์นั้นยัง  
ไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับบัจจัยที่สัมพันธ์กับการยอมรับการความตายของผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไทย  
ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาหาบัจจัยที่สัมพันธ์กับยอมรับการความตายของผู้ป่วยมะเร็งเพื่อใช้เป็น  
แนวทางสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งให้เกิดการยอมรับความตายนำไปสู่การเสียชีวิตอย่างสงบของ  
ผู้ป่วยมะเร็ง และเป็นแนวทางในการพัฒนางานวิจัยต่อเนื่องเกี่ยวกับการยอมรับความตายในผู้ป่วย  
มะเร็ง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตาย ความวิตกกังวล

เกี่ยวกับความตาย ภาระที่ค้างคา การรับรู้ความสามารถของตนเอง สัมพันธภาพของบุคคลใน  
ครอบครัวกับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม



รายละเอียดที่จะปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยแนะนำตัวกับผู้เข้าร่วมวิจัยที่เป็นซึ่งเป็นผู้ป่วย มะเร็ง อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และชี้แจงให้ทราบถึง สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการร่วมวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยให้ ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามทั้งหมด 7 ชุด คือ ดังนี้ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ แบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย จำนวน 15 ข้อ แบบสอบถามความเชื่อทางศาสนา เกี่ยวกับความตาย จำนวน 13 ข้อ แบบสอบถามภาวะที่ค้างคา จำนวน 6 ข้อ แบบสอบถามการรับรู้ ในความสามารถของตนเอง จำนวน 10 ข้อ แบบสอบถามสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว จำนวน 10 ข้อ แบบสอบถามการยอมรับความตาย จำนวน 5 ข้อ ชนิดแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ ใช้ เวลาในการตอบ 30 - 45 นาที หรือจนกว่ากลุ่มตัวอย่างจะทำเสร็จ หากผู้เข้าร่วมการวิจัยมีข้อสงสัย หรือไม่เข้าใจในกรทำแบบสอบถาม สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

ประโยชน์ที่จะเกิดแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์ใดๆจากการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้โดยตรง แต่ผลการศึกษาที่ได้จะสามารถใช้เป็นข้อมูลสำหรับเป็นแนวทางในการการพยาบาลเพื่อให้ ผู้ป่วยมะเร็งเกิดการยอมรับความตายและพัฒนางานวิจัยต่อเนื่องในการพัฒนาการพยาบาลเกี่ยวกับการ ยอมรับความตายในผู้ป่วยมะเร็ง

ผลข้างเคียงที่จะเกิดแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย เนื่องจากโครงการวิจัยนี้เป็นเพียงการตอบแบบสอบถาม เท่านั้น โดยอาจจะทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกเสียเวลาไม่สบายใจ อึดอัดใจ หรือเกิดความเครียด จากการตอบ แบบสอบถามบางข้อ ผู้วิจัยมีการป้องกันและแก้ไขกรณีดังกล่าว โดยผู้วิจัยประเมิน ความพร้อมของกลุ่มตัวอย่างจากการสังเกตและสอบถามกลุ่มตัวอย่างก่อนการตอบแบบสอบถาม และจัดหาสถานที่ที่เหมาะสมมีความเป็นส่วนตัวในการตอบแบบสอบถาม เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถ ตอบแบบสอบถามได้อย่างอิสระ ลดความไม่สบายใจ หรือลดความอึดอัดใจที่อาจเกิดขึ้นระหว่างตอบ แบบสอบถาม

การเก็บข้อมูลเป็นความลับ ข้อมูลทั้งหมดของผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการปกปิดเป็นความลับ ผลการศึกษาจะนำเสนอเป็นภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อผู้เข้าร่วมวิจัยแต่อย่างใด

รับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน  
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลสรามหาชัย

ถ้าท่านมีปัญหาข้อสงสัยหรือรู้สึกกังวลใจกับการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถปรึกษากับประธานกรรมการ  
จริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานวิจัยคณะฯ อาคารวิจัยและสวัสดิการ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลสรามหาชัย  
เบอร์ โทร 02-201-1544



ID 03-61-29 ๒  
COA NO. MURA2018.201  
วันที่รับรอง 20 เมษายน 2561

## หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับความตายของผู้ป่วยระยะวิกฤตตาม

ชื่อผู้วิจัย นางสาวมะลิวรรณ กระโพธิ์

\*ชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

อายุ

เลขที่บัตรประชาชน

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า นายอนุพงษ์สาร ได้ทราบรายละเอียดของโครงการวิจัยตลอดจนประโยชน์ และข้อเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นต่อข้าพเจ้าจากผู้วิจัยแล้วอย่างชัดเจน ไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้นและยินยอมให้ทำการวิจัยในโครงการที่มีข้อข้างต้น และข้าพเจ้ารู้ว่ายังมีปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้น ข้าพเจ้าสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ข้าพเจ้าพึงได้รับ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ลงชื่อ.....(ผู้เข้าร่วมการวิจัย)

.....(พยาน)

.....(พยาน)

วันที่ .....

คำอธิบายของแพทย์หรือผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ ศสยุติชนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งข้อเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบแล้วอย่างชัดเจน โดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ลงชื่อ ..... (ผู้วิจัย)

วันที่ .....

หมายเหตุ: กรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในหนังสือยินยอมฯ นี้ให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยฟังจนเข้าใจดีแล้ว และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามหรือพิมพ์ลงหน้าหัวแม่มือรับทราบ ในการให้ความยินยอมดังกล่าวข้างต้นไว้ด้วย

\*ผู้เข้าร่วมการวิจัย หมายถึง ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย





### เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

**คำชี้แจง:** เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลนี้เป็นส่วนหนึ่งของเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย เพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม” เป็นแบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย 7 ชุด คือ

- ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
- ชุดที่ 2 แบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย
- ชุดที่ 3 แบบสอบถามความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย
- ชุดที่ 4 แบบสอบถามภาระที่ค้างคา
- ชุดที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ในความสามารถของตนเอง
- ชุดที่ 6 แบบประเมินสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว
- ชุดที่ 7 แบบสอบถามการยอมรับความตาย

เพื่อให้การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จและมีความสมบูรณ์ จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้ในการการพยาบาลเพื่อตอบสนองความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายให้มี ประสิทธิภาพต่อไป การเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวมคำตอบของท่านจะถือว่าเป็นความลับและไม่มีผลใด ๆ ต่อท่าน

ขอขอบพระคุณที่กรุณาให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเพื่อการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่าง  
ยิ่ง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY  
นางสาวมะลิวรรณ กระโพธิ์

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

**คำชี้แจง** กรุณาเติมคำลงในช่องว่าง และใส่เครื่องหมาย (✓) หน้าข้อความที่เป็นจริงมากที่สุด โดยแต่ละข้อขอให้ท่านเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว และโปรดตอบคำถามทุกข้อ

1. อายุ ..... ปี
2. เพศ  ชาย  หญิง
3. สถานภาพสมรส  
 โสด  คู่  แยกกันอยู่  หย่า  หม้าย
4. ระดับการศึกษา  
 ไม่ได้รับการศึกษา  ประถมศึกษา  มัธยมศึกษาระดับต้น  
 มัธยมศึกษาระดับปลาย  ปวช.-ปวส. ปริญญาตรี  สูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพ  
 ไม่ได้ประกอบอาชีพ  นักเรียน / นักศึกษา  รับราชการ  
 พนักงานรัฐวิสาหกิจ  ค้าขาย  เกษตรกรรม  รับจ้าง  
 อื่นๆ (ระบุ).....
6. ชนิดของโรคมะเร็ง.....
7. ระยะของโรค.....
8. โรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)  
 ไม่มี  โรคเบาหวาน  โรคความดันโลหิตสูง  โรคหัวใจ  
 อื่นๆ.....
9. ระยะเวลาในการเจ็บป่วย  
 น้อยกว่า 6 เดือน  6 เดือน - 1 ปี  1 - 2 ปี  ตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป
10. การรักษาโรคมะเร็งที่ได้รับปัจจุบัน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)  
 เคมีบำบัด  รังสีรักษา  การผ่าตัด  
 ฮอโมนบำบัด  สมุนไพร / การแพทย์ทางเลือก  
 อื่นๆ (ระบุ).....

## ชุดที่ 2 แบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย

**คำชี้แจง** : กรุณาใส่เครื่องหมาย (✓) ในช่องว่างที่ตรงกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นจริงของท่านในขณะนี้ โดยเลือกเพียงข้อเดียว ซึ่งมีความหมายดังต่อไปนี้

0	หมายถึง	ไม่กังวล
1	หมายถึง	กังวล
2	หมายถึง	กังวลมากที่สุด

ข้อความ	0	1	2
1. ท่านกังวลเมื่อนึกถึงความตาย			
2. ท่านไม่สบายใจเมื่อรู้ว่าท่านอาจเสียชีวิตก่อนที่จะได้ทำในสิ่งที่อยากทำ			
3. ท่านกังวลว่าจะทุกข์ทรมานเป็นเวลานานก่อนเสียชีวิต . . . . .			
14. ท่านกังวลว่าการเสียชีวิตทำให้พลัดพรากตลอดกาล			
15. ท่านกังวลเกี่ยวกับสิ่งที่ไม่รู้ภายหลังการเสียชีวิต			

### ชุดที่ 3 แบบสอบถามความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย

**คำชี้แจง:** กรุณาใส่เครื่องหมาย (✓) ในช่องว่างที่ตรงตามความเชื่อของท่าน โดยเลือกเพียงข้อเดียว โดยแต่ละคำตอบมีความหมายดังนี้

เชื่อมาก หมายถึง มีความเชื่อในเรื่องที่ระบุไว้ในข้อความมาก

ไม่แน่ใจ หมายถึง ไม่แน่ใจว่ามีความเชื่อในเรื่องที่ระบุไว้ในข้อความหรือไม่

เชื่อน้อย หมายถึง มีความเชื่อในเรื่องที่ระบุไว้ในข้อความน้อย

ข้อความ	เชื่อมาก	ไม่แน่ใจ	เชื่อ น้อย
1. ท่านเชื่อว่าชีวิตจะดำเนินไปตามกฎของธรรมชาติ คือมีการเกิดขึ้นดำรงอยู่และดับไป			
2. ท่านเชื่อว่าชีวิตมีเกิด แก่ เจ็บและตายเป็นเรื่องธรรมดา			
3. ท่านเชื่อว่ามนุษย์ทุกคนเมื่อตายไปแล้วจะไปเกิดใหม่ในภพภูมิต่าง ๆ ตามแรงบาปหรือแรงบุญที่บุคคลนั้นได้กระทำ			
13. ท่านเชื่อว่าเมื่อเราใกล้เสียชีวิต การนึกถึงสิ่งดีงามจะทำให้สามารถจากไปอย่างสงบและไปสู่สุคติ			

### ชุดที่ 4 แบบสอบถามภาวะที่ค้างคา

**คำชี้แจง:** กรุณาใส่เครื่องหมาย (✓) ในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านในขณะนี้ โดยเลือกเพียงข้อเดียว ซึ่งมีความหมายดังต่อไปนี้

ข้อความ	จริงมากที่สุด	จริงพอสมควร	จริงเล็กน้อย	ไม่เป็นความจริง
1. ท่านยังคงมีภาระหนี้สินที่ท่านต้องจัดการ				
2. ท่านยังคงมีภาระงานในหน้าที่ ที่ท่านยังทำไม่เสร็จ				
6. ท่านมีสิ่งที่ท่านยังอยากทำในอนาคต เช่น ทำงานหาเงินเลี้ยงครอบครัว ขยายธุรกิจ สร้างบ้าน เป็นต้น				

ชุดที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ในความสามารถของตนเอง

คำชี้แจง: กรุณาใส่เครื่องหมาย (✓) ในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านในขณะนี้ โดยเลือกเพียงข้อเดียว

ข้อความ	จริงมากที่สุด	จริงพอสมควร	จริงเล็กน้อย	ไม่เป็นความจริง
1. ท่านสามารถแก้ปัญหาใดๆได้เสมอ				
2. ท่านสามารถจัดการกับสิ่งที่ต้องการได้ถึงแม้ผู้อื่นไม่เห็นด้วย . . .				
9. เมื่อมีอุปสรรค ท่านสามารถคิดวิธีการแก้ปัญหาได้เสมอ				
10. ท่านสามารถจัดการสิ่งต่างๆได้เป็นประจำไม่ว่าปัญหานั้นจะมาในรูปแบบไหน				

### ชุดที่ 6 แบบประเมินสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว

คำชี้แจง : กรุณาทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงตามความเห็นของท่านมากที่สุด

สม่ำเสมอ หมายถึง	สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติตามกิจกรรมดังกล่าวสม่ำเสมอ
บ่อยครั้ง หมายถึง	สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติตามกิจกรรมดังกล่าวบ่อยครั้ง
บางครั้ง หมายถึง	สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติตามกิจกรรมดังกล่าวบางครั้ง
นานๆครั้ง หมายถึง	สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติตามกิจกรรมดังกล่าวนานๆครั้ง
ไม่เคยเลย หมายถึง	สมาชิกในครอบครัวไม่เคยปฏิบัติตามกิจกรรมดังกล่าวเลย

ข้อความ	สม่ำเสมอ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เคยเลย
1. สมาชิกในครอบครัวของท่านเคยมีการชื่นชมและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน แม้ในสิ่งเล็กๆน้อยๆ					
2. สมาชิกในครอบครัวของท่านมีการให้ของขวัญกันและกันเนื่องในโอกาสพิเศษต่างๆ เช่น วันขึ้นปีใหม่ วันคล้ายวันเกิด วันสงกรานต์					
7. สมาชิกในครอบครัวของท่านให้การดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน					
8. ท่านได้รับความรัก ความอบอุ่น จากสมาชิกในครอบครัวอย่างเพียงพอ					
9. ท่านให้ความรักความอบอุ่นแก่สมาชิกในครอบครัวอย่างเพียงพอ					
10. ท่านพึงพอใจในชีวิตครอบครัวปัจจุบันของท่าน					

### ชุดที่ 7 แบบสอบถามการยอมรับความตาย

คำชี้แจง: กรุณาใส่เครื่องหมาย (✓) ในช่องว่างที่ตรงกับความเห็นของท่านในขณะนี้ โดยเลือกเพียงข้อเดียว ซึ่งมีความหมายดังต่อไปนี้

7	หมายถึง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
6	หมายถึง	เห็นด้วย
5	หมายถึง	ค่อนข้างเห็นด้วย
4	หมายถึง	ไม่แน่ใจ
3	หมายถึง	ค่อนข้างไม่เห็นด้วย
2	หมายถึง	ไม่เห็นด้วย
1	หมายถึง	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ข้อความ	7	6	5	4	3	2	1
1. ความตายเป็นเหตุการณ์ที่หลีกเลี่ยงไม่ได้							
5. ความตายไม่ใช่สิ่งที่ดีแต่ก็ไม่เลวร้าย							



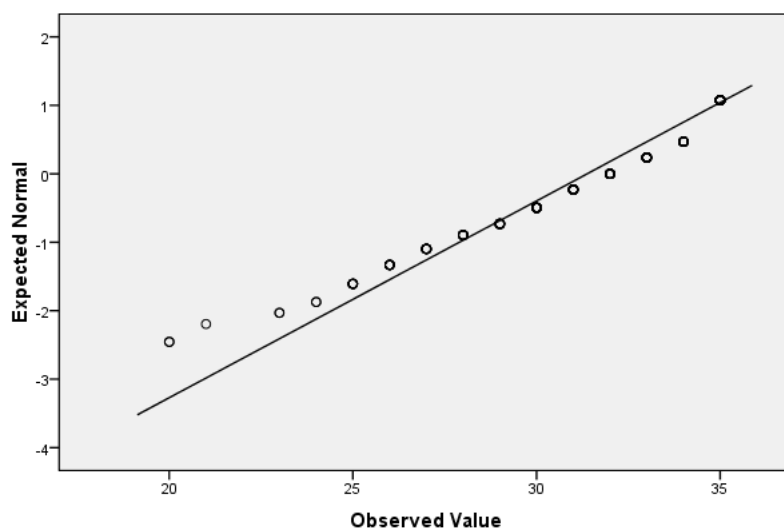


การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน มีรายละเอียดดังนี้

ข้อมูลของตัวแปรที่ศึกษาทุกตัวมีการกระจายแบบโค้งปกติ (normal distribution) โดยสามารถทำการทดสอบด้วยวิธี ดังต่อไปนี้

**แผนภาพที่ 2** การทดสอบการกระจายของข้อมูล (Testing of Normal distribution) การยอมรับความตาย ด้วยการพิจารณา Normal Q-Q Plot

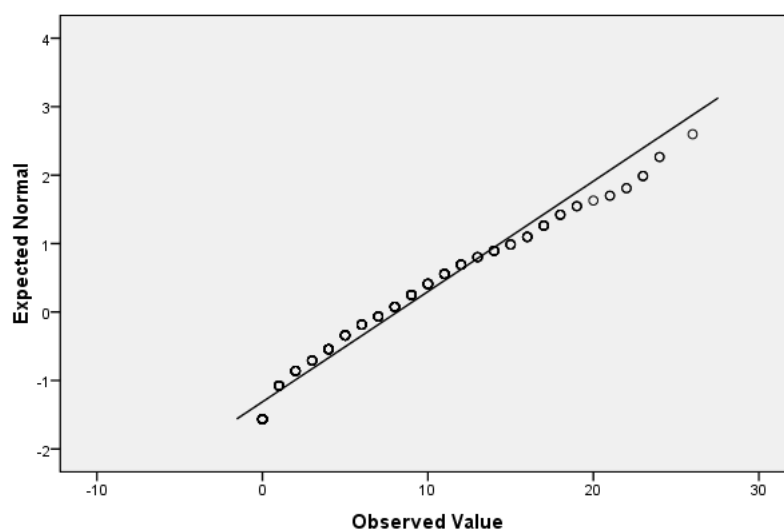
Normal Q-Q Plot of SumDAW



จากการทดสอบการกระจายพบว่า การยอมรับความตายมีการกระจายเข้าใกล้โค้งปกติ โดยดูจากกราฟพบว่าข้อมูลตกอยู่ในแนวเส้นตรง

**แผนภาพที่ 3** การทดสอบการกระจายของข้อมูล (Testing of Normal distribution) ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ด้วยการพิจารณา Normal Q-Q Plot

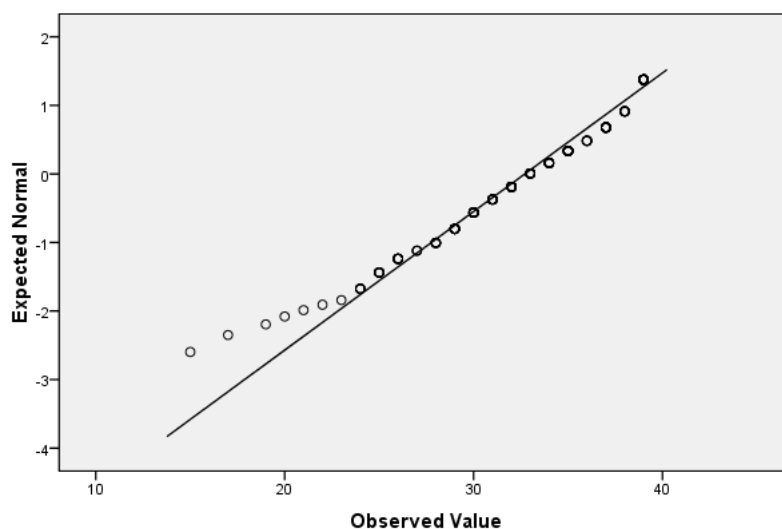
Normal Q-Q Plot of SumDAn



จากการทดสอบการกระจายพบว่าความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายมีการกระจายแบบโค้งปกติ โดยดูจากกราฟพบว่าข้อมูลตกอยู่ในแนวเส้นตรง

**แผนภาพที่ 4** การทดสอบการกระจายของข้อมูล (Testing of Normal distribution) ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย ด้วยการพิจารณา Normal Q-Q Plot

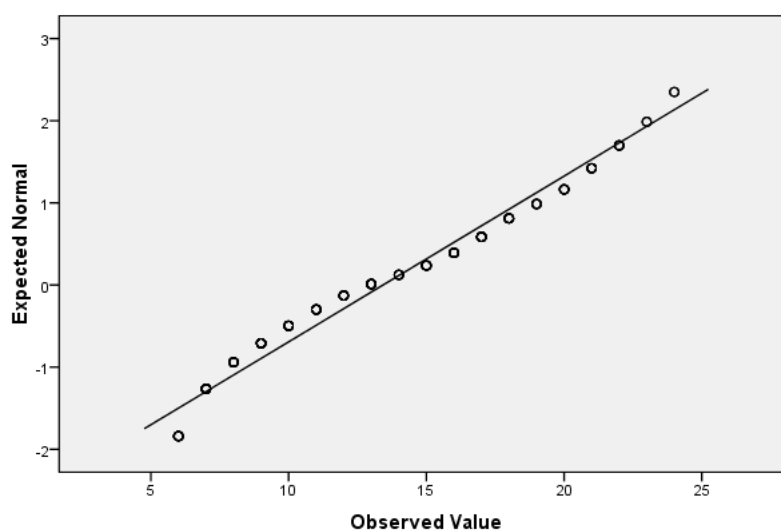
**Normal Q-Q Plot of SumBelive**



จากการทดสอบการกระจายพบว่าความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตายมีการกระจายเข้าใกล้โค้งปกติ โดยดูจากกราฟพบว่าข้อมูลตกอยู่ในแนวเส้นตรง

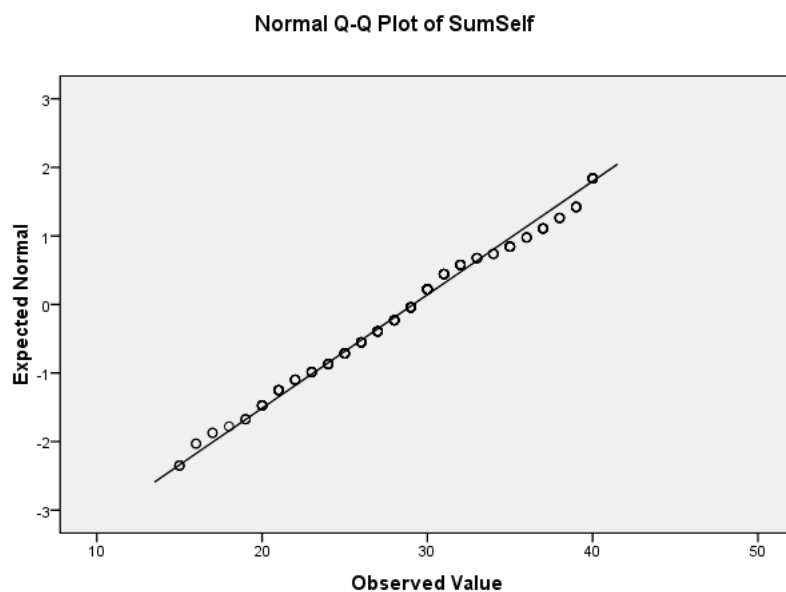
**แผนภาพที่ 5** การทดสอบการกระจายของข้อมูล (Testing of Normal distribution) ภาระที่ค้างคา ด้วยการพิจารณา Normal Q-Q Plot

**Normal Q-Q Plot of SumBerdan**



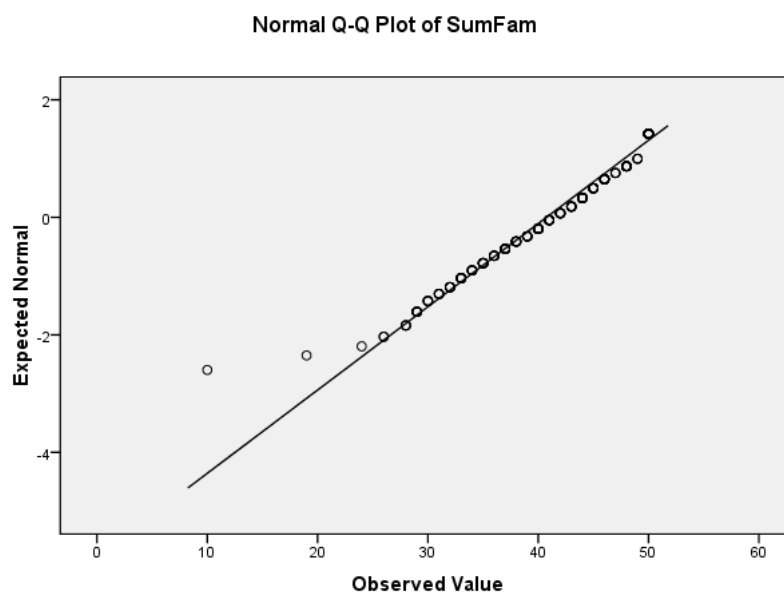
จากการทดสอบการกระจายพบว่าภาวะที่ค้างคามีการกระจายแบบโค้งปกติ โดยดูจากกราฟพบว่าข้อมูลตกอยู่ในแนวเส้นตรง

**แผนภาพที่ 6** การทดสอบการกระจายของข้อมูล (Testing of Normal distribution) การรับรู้ความสามารถของตนเอง ด้วยการพิจารณา Normal Q-Q Plot



จากการทดสอบการกระจายพบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีการกระจายแบบโค้งปกติ โดยดูจากกราฟพบว่าข้อมูลตกอยู่ในแนวเส้นตรง

**แผนภาพที่ 7** การทดสอบการกระจายของข้อมูล (Testing of Normal distribution) สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว ด้วยการพิจารณา Normal Q-Q Plot



จากการทดสอบการกระจายพบว่าสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวมีการกระจายเข้าใกล้ โคนึงปกติ โดยดูจากกราฟพบว่าข้อมูลตกอยู่ในแนวเส้นตรง

**ผลการวิเคราะห์สถิติเชิงบรรยายของตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ การยอมรับความตาย ความวิตกกังวล เกี่ยวกับความตาย ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย ภาระที่ค้างคา การรับรู้ความสามารถของตนเองและสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว**

**ตารางที่ 5** จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม จำแนกตามการยอมรับความตาย (n= 212)

การยอมรับความตาย	จำนวน	ร้อยละ
การยอมรับความตายในระดับต่ำ	0	0
การยอมรับความตายในระดับปานกลาง	14	6.60
การยอมรับความตายในระดับสูง	198	93.40
<b>รวม</b>	<b>212</b>	<b>100</b>

จากตารางที่ 5 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามส่วนใหญ่มีการยอมรับความตายในระดับสูง ร้อยละ 93.40 รองลงมาคือ มีการยอมรับความตายในระดับปานกลางร้อยละ 6.60 และไม่พบกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มีการยอมรับความตายในระดับต่ำ

**ตารางที่ 6** จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม จำแนกตามความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย (n= 212)

ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย	จำนวน	ร้อยละ
ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ในระดับต่ำ	146	68.90
ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ในระดับปานกลาง	58	27.40
ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ในระดับสูง	8	3.80
<b>รวม</b>	<b>212</b>	<b>100</b>

จากตารางที่ 6 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในระดับต่ำ ร้อยละ 68.90 รองลงมาคือ มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในระดับปานกลาง ร้อยละ 27.40 และมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในระดับสูง ร้อยละ 3.80

**ตารางที่ 7** จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม จำแนกตามความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย (n= 212)

ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย	จำนวน	ร้อยละ
ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย ในระดับต่ำ	5	2.40
ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย ในระดับปานกลาง	61	28.80
ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย ในระดับสูง	146	68.90
<b>รวม</b>	<b>212</b>	<b>100</b>

จากตารางที่ 7 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามส่วนใหญ่มีความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตายในระดับสูง ร้อยละ 68.90 รองลงมาคือมีความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย ในระดับปานกลาง ร้อยละ 28.80 และมีความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตายในระดับต่ำ ร้อยละ 2.40

**ตารางที่ 8** จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม จำแนกตามภาระที่ค้างคา (n= 212)

ภาระที่ค้างคา	จำนวน	ร้อยละ
ภาระที่ค้างคาในระดับน้อย	101	47.60
ภาระที่ค้างคาในระดับปานกลาง	80	37.70
ภาระที่ค้างคาในระดับมาก	31	14.60
<b>รวม</b>	<b>212</b>	<b>100</b>

จากตารางที่ 8 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามส่วนใหญ่มีภาระที่ค้างคาในระดับน้อย ร้อยละ 47.60 รองลงมาคือ มีมีภาระที่ค้างคาในระดับปานกลาง ร้อยละ 37.70 และมีภาระที่ค้างคาในระดับมาก ร้อยละ 14.60

**ตารางที่ 9** จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม จำแนกตามการรับรู้ความสามารถของตนเอง (n= 212)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับต่ำ	18	8.50
การรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับปานกลาง	130	61.30
การรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับสูง	64	30.20
<b>รวม</b>	<b>212</b>	<b>100</b>

จากตารางที่ 9 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.30 รองลงมาคือ มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับสูง ร้อยละ 30.20 และมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับต่ำ ร้อยละ 8.50

**ตารางที่ 10** จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม จำแนกตามสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว (n= 212)

สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ
สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวในระดับไม่ดี	2	.90
สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวในระดับปานกลาง	54	25.50
สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวในระดับดี	156	73.60
<b>รวม</b>	<b>212</b>	<b>100</b>

จากตารางที่ 10 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวในระดับดี ร้อยละ 73.60 รองลงมาคือ มีสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวในระดับปานกลาง ร้อยละ 25.50 และมีสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวในระดับไม่ดี ร้อยละ .90

**ตารางที่ 11** พิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม จำแนกตามการยอมรับความตายรายข้อ (n=212)

ข้อความ	พิสัย		$\bar{X}$	SD
	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่ได้จริง		
-ความตายเป็นธรรมชาติของชีวิต	1-7	5-7	6.79	.48
-ความตายเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการชีวิต	1-7	4-7	6.66	.61
-ความตายเป็นเหตุการณ์ที่หลีกเลี่ยงไม่ได้	1-7	3-7	6.43	.94
-ความตายไม่ใช่สิ่งที่ดีแต่ก็ไม่เลวร้าย	1-7	2-7	5.89	1.12
-ท่านไม่กลัวความตายแต่ก็ไม่ได้เรียกหา	1-7	1-7	5.58	1.56

**ตารางที่ 12** พิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม จำแนกตามความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายรายข้อ (n=212)

ข้อความ	พิสัย		$\bar{X}$	SD
	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่ได้จริง		
-ท่านกังวลว่าการเสียชีวิตอาจทำให้ท่านเจ็บปวดอย่างมาก	0-2	0-2	1.05	.81
-ท่านกังวลว่าจะทุกข์ทรมานเป็นเวลานานก่อนเสียชีวิต	0-2	0-2	.97	.80
-ท่านคิดว่าคนอื่นอาจกังวลเมื่อเห็นท่านทุกข์ทรมานขณะเสียชีวิต	0-2	0-2	.86	.80
-ท่านไม่สบายใจเมื่อรู้ว่าท่านอาจเสียชีวิตก่อนที่จะได้ทำในสิ่งที่อยากทำ	0-2	0-2	.78	.80
-ท่านกังวลว่าจะเป็นการแก่ผู้อื่นเรื่องค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตของท่าน	0-2	0-2	.68	.74
-ท่านกังวลว่าการเสียชีวิตทำให้พลัดพรากตลอดกาล	0-2	0-2	.65	.77
-ท่านกังวลว่าท่านจะไม่สามารถควบคุมจิตใจของตนเองได้ก่อนเสียชีวิต	0-2	0-2	.56	.63
-ท่านคิดว่าการที่ท่านเสียชีวิตจะเป็นการทิ้งคนรักไว้เบื้องหลัง	0-2	0-2	.49	.69
-ท่านกังวลเกี่ยวกับสิ่งที่ไม่รู้ภายหลังการเสียชีวิต	0-2	0-2	.48	.68
-ท่านกังวลเมื่อนึกถึงความตาย	0-2	0-2	.47	.73
-ท่านกังวลว่าคนใกล้ชิดของท่านจะไม่อยู่เคียงข้างท่านขณะที่ท่านกำลังจะเสียชีวิต	0-2	0-2	.31	.52
-ท่านกังวลว่าหากท่านเสียชีวิตอาจมีปัญหาในเรื่องของการจัดการทรัพย์สินสมบัติหรือพินัยกรรม	0-2	0-2	.24	.50
-ท่านกังวลว่าท่านจะเสียชีวิตอย่างเดียวดาย	0-2	0-2	.19	.44



ตารางที่ 12 (ต่อ)

ข้อความ	พิสัย		$\bar{X}$	SD
	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่ได้จริง		
-ท่านกังวลว่าคนรอบข้างจะลืมท่านเมื่อท่านเสียชีวิต	0-2	0-2	.18	.43
-ท่านกลัวว่าจะได้รับการฉีดยาทุกครั้งที่ไม่ได้เสียชีวิตจริงๆ	0-2	0-2	.17	.41

ตารางที่ 13 พิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม จำแนกตามความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตายรายข้อ (n=212)

ข้อความ	พิสัย		$\bar{X}$	SD
	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่ได้จริง		
-ท่านเชื่อว่าชีวิตมีเกิด แก่ เจ็บและตายเป็นเรื่องธรรมดา	1-3	1-3	2.92	.28
-ท่านเชื่อว่าชีวิตจะดำเนินไปตามกฎของธรรมชาติ คือมีการเกิดขึ้นดำรงอยู่และดับไป	1-3	1-3	2.79	.47
-ท่านเชื่อว่าการทำความดีจะเป็นการสร้างบุญสร้างกุศลก่อนตาย	1-3	1-3	2.73	.57
-ท่านเชื่อว่ามนุษย์ทุกคนเมื่อตายไปแล้วจะไปเกิดใหม่ในภพภูมิต่าง ๆ ตามแรงบาปหรือแรงบุญที่บุคคลนั้นได้กระทำ	1-3	1-3	2.21	.81
-ท่านเชื่อว่าการทำบุญตักบาตรเป็นการได้อุทิศส่วนกุศลแก่ผู้ที่ล่วงลับไปแล้ว	1-3	1-3	2.64	.66
-ท่านเชื่อว่าบุญกุศลที่ท่านทำจะส่งผลให้จากไปอย่างสงบ	1-3	1-3	2.58	.61

ตารางที่ 13 (ต่อ)

ข้อความ	พิสัย		$\bar{X}$	SD
	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่ได้จริง		
-ท่านเชื่อว่าการที่คนใกล้ตายได้อิทธิกรรมให้กับคนอื่นหรือเจ้ากรรมนายเวรจะถือว่าเป็นการชำระล้างกรรมเก่าให้กับตนเอง	1-3	1-3	2.56	.70
-ท่านเชื่อว่าการได้ระลึกถึงความตายอย่างสม่าเสมอ ช่วยให้ปล่อยวางจากสิ่งต่าง ๆ	1-3	1-3	2.51	.69
-ท่านเชื่อว่เมื่อเราใกล้เสียชีวิต การนึกถึงสิ่งดีงามจะทำให้สามารถจากไปอย่างสงบและไปสู่สุคติ	1-3	1-3	2.50	.68
-ท่านเชื่อว่าการเจริญสติและสมาธิภาวนา จะช่วยให้ลดความเจ็บปวดทุกข์ทรมานเมื่ออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตได้	1-3	1-3	2.42	.75
-ท่านเชื่อว่าการทำบุญตักบาตรก็เพื่อสะสมบุญกุศลไว้ในชาติหน้า	1-3	1-3	2.40	.78
-ท่านเชื่อว่าการได้ระลึกถึงความตายอย่างสม่าเสมอ จะช่วยทำให้ท่านคุ้นเคยกับความตายได้	1-3	1-3	2.24	.75
-ท่านเชื่อว่าการได้ระลึกถึงความตายอย่างสม่าเสมอ จะช่วยทำให้ ความรู้สึกหวาดกลัวต่อความตายน้อยลง	1-3	1-3	2.17	.80

ตารางที่ 14 พิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม จำแนกตามภาระที่ค้างการยข้อ (n=212)

ข้อความ	พิสัย		$\bar{X}$	SD
	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่ได้จริง		
-ท่านรู้สึกเป็นกังวลกับคนในครอบครัวหากท่านจากไปแล้ว	1-4	1-4	2.66	1.16

ตารางที่ 14 (ต่อ)

ข้อความ	พิสัย		$\bar{X}$	SD
	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่ได้จริง		
-ท่านมีความคาดหวังเกี่ยวกับลูกหลาน เช่น คาดหวังได้เห็นลูกชายบวช คาดหวังได้เห็นลูกแต่งงาน เป็นต้น	1-4	1-4	2.51	1.21
-ท่านมีสิ่งที่ท่านยังอยากทำในอนาคต เช่น ทำงานหาเงินเลี้ยงครอบครัว ขยายธุรกิจ สร้างบ้าน เป็นต้น	1-4	1-4	2.35	1.21
-ท่านยังคงมีภาระหนี้สินที่ท่านต้องจัดการ	1-4	1-4	2.15	1.19
-ท่านยังคงมีภาระงานในหน้าที่ ที่ท่านยังทำไม่เสร็จ	1-4	1-4	1.95	1.12
-ท่านรู้สึกผิดกับใครบางคนและอยากขอโทษกรรม	1-4	1-4	1.78	.90

ตารางที่ 15 พิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม จำแนกตามการรับรู้ความสามารถของตนเองรายข้อ (n=212)

ข้อความ	พิสัย		$\bar{X}$	SD
	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่ได้จริง		
-ท่านสามารถแก้ปัญหาส่วนใหญ่ได้ หากใช้ความพยายาม	1-4	1-4	3.33	.67
-เมื่อท่านเผชิญปัญหา ท่านจะหาทางแก้ปัญหาไว้หลายๆทาง	1-4	1-4	3.22	.74
-เมื่อมีอุปสรรค ท่านสามารถคิดวิธีการแก้ปัญหาได้เสมอ	1-4	1-4	3.06	.71
-ท่านสามารถแก้ปัญหาต่างๆได้เสมอ	1-4	1-4	2.99	.76
-ท่านสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่คาดไม่ถึงได้เป็นอย่างดี	1-4	1-4	2.86	.80
-ท่านสามารถเผชิญปัญหาได้โดยไม่มีท่าทีลุกลี้ลุกลน	1-4	1-4	2.77	.85
-ท่านแก้ไขเหตุการณ์ที่คาดไม่ถึงได้เสมอ	1-4	1-4	2.76	.80

ตารางที่ 15 (ต่อ)

ข้อความ	พิสัย		$\bar{X}$	SD
	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่ได้จริง		
-ท่านสามารถทำสิ่งที่ต้องการได้เสมอ	1-4	1-4	2.75	.80
-ท่านสามารถจัดการสิ่งต่างๆได้เป็นประจำไม่ว่าปัญหานั้นจะมาในรูปแบบไหน	1-4	1-4	2.71	.85
-ท่านสามารถจัดการกับสิ่งที่ต้องการได้ถึงแม้ผู้อื่นไม่เห็นด้วย	1-4	1-4	2.63	.85

ตารางที่ 16 พิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม จำแนกตามสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวรายข้อ (n=212)

ข้อความ	พิสัย		$\bar{X}$	SD
	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่ได้จริง		
-ท่านพึงพอใจในชีวิตครอบครัวปัจจุบันของท่าน	1-5	1-5	4.54	.68
-ท่านได้รับความรัก ความอบอุ่น จากสมาชิกในครอบครัวอย่างเพียงพอ	1-5	1-5	4.46	.75
-ท่านให้ความรักความอบอุ่นแก่สมาชิกในครอบครัวอย่างเพียงพอ	1-5	1-5	4.39	.79
-สมาชิกในครอบครัวของท่านให้การดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน	1-5	1-5	4.37	.75
-สมาชิกในครอบครัวของท่านมีการแสดงความรักใคร่ห่วงใยเอื้ออาทรต่อกัน	1-5	1-5	4.25	.86
-สมาชิกในครอบครัวของท่านมีการปรึกษากันในเรื่องต่างๆ ร่วมกัน	1-5	1-5	4.11	.95
-สมาชิกในครอบครัวของท่านเคยมีการชื่นชมและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน แม้ในสิ่งเล็กๆน้อยๆ	1-5	1-5	4.00	1.0

ตารางที่ 16 (ต่อ)

ข้อความ	พิสัย		$\bar{X}$	SD
	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่ได้จริง		
-สมาชิกในครอบครัวของท่านใช้เวลาในการทำกิจกรรมต่างๆร่วมกัน เช่น การรับประทานอาหาร การซื้อของ การท่องเที่ยว	1-5	1-5	3.76	1.02
-สมาชิกในครอบครัวของท่านมีการให้ของขวัญกันและกันเนื่องในโอกาสพิเศษต่างๆ เช่น วันขึ้นปีใหม่ วันคล้ายวันเกิด วันสงกรานต์	1-5	1-5	3.75	1.17
-สมาชิกในครอบครัวของท่านปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาด้วยกัน เช่น ไปวัด ตักบาตร นั่งสมาธิ	1-5	1-5	3.07	1.42

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นางสาวมะลิวรรณ กระโพธิ์
วัน เดือน ปี เกิด	30 มิถุนายน 2531
สถานที่เกิด	จังหวัดศรีสะเกษ
วุฒิการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต
ที่อยู่ปัจจุบัน	88/556 ถนนเพชรเกษม แขวง บางด้วน เขตภาษีเจริญ กรุงเทพฯ 10160



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY