

ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2566

SELECTED FACTORS RELATED TO DEATH ANXIETY OF PERSONS WITH CANCER



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science in Adult and Gerontological Nursing
Faculty Of Nursing
Chulalongkorn University
Academic Year 2023

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง
โดย	น.ส.พนิดา ตึกหิน
สาขาวิชา	การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ชนศิลป์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นพมาศ พัดทอง

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

.....	คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(ศาสตราจารย์ ดร.รัตน์ศิริ ทาโต)	
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์	ประธานกรรมการ
.....	
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์)	อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
.....	หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ชนศิลป์)	อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
.....	ร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นพมาศ พัดทอง)	กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
.....	
(ศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์)	

พินิตา ตึกหิน : ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง. (SELECTED FACTORS RELATED TO DEATH ANXIETY OF PERSONS WITH CANCER) อ.ที่ปรึกษาหลัก : รศ. ดร.สุริพร ธนศิลป์, อ.ที่ปรึกษาร่วม : ผศ. ดร.นพมาศ พัดทอง

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง และความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ ระยะของโรค ชนิดของโรคมะเร็ง สัมพันธภาพในครอบครัว ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย สมรรถนะแห่งตน ภาวะค้ำคา ความรุนแรงของอาการกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของ ผู้ที่เป็นมะเร็ง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เป็นมะเร็งทุกระยะและทุกชนิดที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่เข้า รับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกมะเร็งของโรงพยาบาลตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร 2 แห่ง จำนวน 181 คน เครื่องมือที่ใช้งานวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว แบบสอบถามภาวะค้ำคา แบบสอบถามความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตน และแบบประเมิน ความรุนแรงของอาการ เครื่องมือดังกล่าวมีคุณภาพทั้งทางตรงและความเที่ยง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาเพียร์สัน และอิต้า

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ที่เป็นมะเร็งมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในระดับสูง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 46.11 (SD = 10.80) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ได้แก่ ระยะของโรคมะเร็ง ภาวะค้ำคา ความรุนแรงของอาการ และชนิดของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .77, r = .86, r = .55; \text{Eta} = .34, p < .05$ ตามลำดับ) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย และสมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.80, r = -.59$ และ $r = -.34, p < .05$ ตามลำดับ) ส่วนอายุและเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สาขาวิชา	การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ	ลายมือชื่อนิสิต
ปีการศึกษา	2566	ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก
		ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาร่วม

6370034336 : MAJOR ADULT AND GERONTOLOGICAL NURSING

KEYWORD: DEATH ANXIETY, PERSONS WITH CANCER

Panida Tukhin : SELECTED FACTORS RELATED TO DEATH ANXIETY OF PERSONS WITH CANCER.

Advisor: Assoc. Prof. SUREEPORN THANASILP, Ph.D. Co-advisor: Asst. Prof. NOPPAMAT PUDTONG, Ph.D.

The research was a descriptive and correlational study with the objective of exploring anxiety about death in cancer persons and the relationships between age, gender, disease stage, cancer type, family relationships, Buddhist religious beliefs about death, self-efficacy, unfinished business, symptom severity, and death anxiety in cancer persons. The sample group included cancer persons at all stages and types aged 18 and above, who received treatment at the outpatient cancer department of two tertiary hospitals in Bangkok, totaling 181 individuals. The research tools used included personal information questionnaires, death anxiety questionnaires, family relationship assessments, unfinished business questionnaires, Buddhist religious beliefs about death questionnaires, self-efficacy questionnaires, and symptom severity assessments. These tools demonstrated good quality in terms of the content validity and reliability. Data were analyzed using Descriptive, Pearson correlation and Eta statistics.

The research findings revealed that the sample group of cancer persons exhibited high levels of anxiety about death, with an average score of 46.11 (SD = 10.80). Factors significantly positively correlated with death anxiety included disease stage, unfinished business, symptom severity, and cancer type ($r = .77$, $r = .86$, $r = .55$; $\text{Eta} = .34$, $p < .05$, respectively). Factors significantly negatively correlated with death anxiety included family relationships, Buddhist religious beliefs about death, and self-efficacy ($r = -.80$, $r = -.59$, and $r = -.34$, $p < .05$, respectively). Age and gender showed no significant correlation with death anxiety.

CHULALONGKORN UNIVERSITY

Field of Study: Adult and Gerontological Nursing Student's Signature

Academic Year: 2023 Advisor's Signature

Co-advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดีเนื่องจาก นิสิตได้รับความกรุณาและการช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.สุริพร ธนศิลป์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นพมาศ พัดทอง อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้สละเวลาในการให้คำปรึกษา ข้อคิดเห็น เสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องด้วยความห่วงใย เอาใจใส่ พร้อมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจกับผู้วิจัยมาโดยตลอด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และศาสตราจารย์ ดร. ธีระ สิ้นเดชาธิกรัษ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำชี้แนะรวมทั้งแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์อันเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ตลอดจนคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชา และมอบประสบการณ์การเรียนรู้ที่มีค่ายิ่งตลอดแก่ผู้วิจัย

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้สละเวลาอันมีค่าในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม รวมทั้งขอเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงเครื่องมือวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอกโรคมะเร็งทุกท่านตลอดจนคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ที่อำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งในการดำเนินการวิจัย และขอขอบพระคุณผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์จนทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี

ท้ายที่สุดขอขอบพระคุณบิดา(อดีตผู้อำนวยการสิทธิศักดิ์ ตึกหิน) และมารดาผู้ล่วงลับ(นางไสพิศ ตึกหิน) ที่เป็นผู้ให้กำเนิดและเลี้ยงดูข้าพเจ้ามาจนเติบโต และขอขอบพระคุณคุณพ่อและคุณแม่บุญธรรม (นายธนาวุฒิ - ผศ.ดร.ปิยาณี ณ นคร) ที่คอยให้กำลังใจและให้การสนับสนุนผู้วิจัยในทุกๆ ด้านด้วยดีเสมอมา และขอขอบคุณญาติสนิท น้องๆ ที่หอผู้ป่วย 3NW โรงพยาบาลรามาธิบดี และกัลยาณมิตรทุกคนที่มีได้เอื้อนามไว้ในที่นี้ที่ช่วยเหลือการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี สำหรับประโยชน์ใดๆ อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกคนให้มีความสุขสวัสดิ์ตลอดไป

พนิดา ตึกหิน

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	6
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	6
ขอบเขตการวิจัย	10
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	12
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	13
1. ผู้ที่เป็นมะเร็ง.....	15
2. แนวคิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง	23
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง	33
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	45
5. กรอบแนวคิดวิจัย	49
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	50
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	50
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	52

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	63
การเก็บรวบรวมข้อมูล	64
การวิเคราะห์ข้อมูล	66
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	67
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	77
สรุปผลการวิจัย.....	77
การอภิปรายผลการวิจัย.....	79
ข้อเสนอแนะ	85
บรรณานุกรม.....	87
ภาคผนวก.....	97
ภาคผนวก ก ประกาศนุมติหัวข้อวิทยานิพนธ์	98
ภาคผนวก ข รายงานผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย และจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ	102
ภาคผนวก ค เอกสารขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย	109
ภาคผนวก ง จดหมายขอรับพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จดหมายขอทดลองใช้เครื่องมือและเก็บ ข้อมูล และเอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน	120
ภาคผนวก จ ข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และหนังสือแสดงความยินยอม เข้าร่วมการวิจัย	131
ภาคผนวก ฉ ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	148
ภาคผนวก ช ตารางวิเคราะห์ข้อมูลสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร	157
ภาคผนวก ซ ตารางแสดงพิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยมะเร็ง จำแนกตาม ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายรายด้าน (n=181).....	160
ภาคผนวก ฌ ตารางทดสอบหาค่า Reliability	163
ประวัติผู้เขียน.....	170

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 ความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Reliability) จากกลุ่มตัวอย่างที่ทดลองใช้ (n=30).....	63
ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างผู้ที่เป็นมะเร็ง (n = 181).....	68
ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็ง จำแนกตามระดับความวิตกกังวล เกี่ยวกับความตาย (n=181).....	72
ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็ง จำแนกตามระดับสัมพันธภาพใน ครอบครัว (n=181).....	72
ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็ง จำแนกตามระดับภาวะค้ำคาคา (n=181)	73
ตารางที่ 6 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็ง จำแนกตามระดับความเชื่อทางศาสนา เกี่ยวกับความตาย (n=181).....	73
ตารางที่ 7 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็ง จำแนกตามระดับสมรรถนะแห่งตน (n=181).....	74
ตารางที่ 8 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็ง จำแนกตามระดับความรุนแรงของ อาการ (n=181).....	74
ตารางที่ 9 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยมะเร็ง จำแนกตาม ความวิตกกังวล เกี่ยวกับความตาย สัมพันธภาพในครอบครัว ภาวะที่ค้ำคาคา ความเชื่อทางศาสนาพุทธ เกี่ยวกับความตาย สมรรถนะแห่งตน และความรุนแรงของอาการ (n=181).....	75
ตารางที่ 10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ(แปลงเป็นตัวแปรหุ่น) ระยะของโรคมะเร็ง ชนิดของโรคมะเร็ง สัมพันธภาพในครอบครัว ภาวะค้ำคาคา ความเชื่อทางศาสนาพุทธ เกี่ยวกับความตาย สมรรถนะแห่งตน และ ความรุนแรงของอาการ กับความวิตกกังวล เกี่ยวกับความตาย (n=181).....	76

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของคนทั่วโลกและยังคงมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนขึ้นทุกปี (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) สถิติปี 2020 พบว่ามีผู้ที่เป็นมะเร็งรายใหม่มากถึง 19 ล้านคน และพบว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งถึง 9.9 ล้านคน (World Health Organization, 2020) ในปี 2561 มีผู้ที่เป็นมะเร็งรายใหม่ 18.1 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง 9.6 ล้านคน (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) สถิติปี 2564 ประเทศไทยพบผู้ที่เป็นมะเร็งรายใหม่ 122,757 ราย/ปี และเป็นประเทศที่พบผู้ที่เป็นมะเร็งเป็นอันดับที่ 93 ของโลก (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2564) ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประชากรไทย (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, 2562) ผลที่ตามมาทางกายภาพของโรคมะเร็งทำให้ผู้ที่เป็นมะเร็งรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตอยู่ในภาวะใกล้เสียชีวิต (Razban, Mehdipour-Rabori, Rayyani, & Mangolian Shahrababaki, 2022) รู้สึกเป็นทุกข์ เศร้าใจและคิดวิตกกังวลเกี่ยวกับเรื่องความตายซ้ำๆ (Mavrogiorgou, Haller, & Juckel, 2020)

โรคมะเร็งนั้นเกิดจากภาวะที่เซลล์ในร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงในระดับพันธุกรรมทำให้มีการเจริญเติบโตที่ผิดปกติ โดยเกิดเป็นก้อนเนื้อที่มีการลุกลามไปยังอวัยวะอื่นๆในร่างกาย เช่น ปอด ตับ สมอง กระดูก เป็นต้น ความผิดปกติของเซลล์นี้สามารถเกิดได้ทุกอวัยวะ ซึ่งสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดมะเร็งแต่ละที่มีความแตกต่างกันไป โรคมะเร็งมีหลากหลายชนิดขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่เป็นจุดกำเนิดโรคและชนิดของ เซลล์มะเร็ง (พระวี วิจารณ์, 2566) มะเร็งแบ่งออกเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ได้ดังนี้ 1) Carcinoma คือ มะเร็งที่มีจุดกำเนิดมาจากผิวหนัง หรือเนื้อเยื่ออวัยวะ 2) Sarcoma คือ มะเร็งที่มีจุดกำเนิดมาจากกระดูก กระดูกอ่อน ไขมัน กล้ามเนื้อ หรือเส้นเลือด 3) Leukemia คือ มะเร็งที่มีจุดกำเนิดมาจากเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดในไขกระดูก ทำให้มีความผิดปกติของเม็ดเลือด 4) Lymphoma and myeloma คือ มะเร็งที่มีจุดกำเนิดมาจากเซลล์ของระบบภูมิคุ้มกัน 5) Central nervous system cancers ระบบสมองและไขสันหลัง (ศูนย์มะเร็งศิริราชปิยมหาราชการุณย์, 2565) โรคมะเร็งที่พบ 5 อันดับแรกของโลก ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งต่อมลูกหมาก และมะเร็งกระเพาะอาหาร (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) ในประเทศไทยมะเร็งที่พบบ่อยมากที่สุดเป็นอันดับ 1 คือมะเร็งตับ ซึ่งพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงถึง 3 เท่า ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 30 – 70 ซึ่งมะเร็งตับมีสาเหตุหลักคือ การได้รับเชื้อไวรัส

ตับอักเสบ การดื่มแอลกอฮอล์ การรับสารพิษอะฟลาท็อกซิน (Aflatoxin) การรับยาบางชนิด และ พันธุกรรม เป็นต้น (พระระวี วิจารณ์, 2566)

ความตายเป็นปรากฏการณ์ที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ในชีวิตของทุกคน ซึ่งผู้ที่เป็นโรคร้ายแรง อย่างโรคมะเร็งนั้นมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายมากกว่าผู้ป่วยเรื้อรังอื่นๆ (Bibi & Khalid, 2020) ผู้ที่เป็นมะเร็งต้องเผชิญกับกระบวนการของโรคและการรักษา ก่อให้เกิดความวิตกกังวล เกี่ยวกับความตายเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากไม่สามารถรักษาหรือควบคุมโรคได้ (Pei-Ling Tang, Chiou, Lin, Wang, & Liand, 2011) ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง มักจะรับรู้ว่าเป็นโรคมะเร็ง รักษาไม่หาย และต้องพบกับความเจ็บปวดจากตัวโรคและการรักษาที่ทำให้ทุกข์ทรมาน ผู้ที่เป็นมะเร็ง จะเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่ท้าทายชีวิตในหลากหลายรูปแบบซึ่งจะแปรเปลี่ยนไปตาม ความก้าวหน้าของโรค ส่งผลให้ผู้ที่เป็นมะเร็งเกิดความรู้สึกหดหู่ เศร้าโศก เกิดความกลัวอาการต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้น กลัวการพลัดพราก และอื่น ๆ จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต (พระไพศาล วิสาโล, 2550) การวินิจฉัยโรคมะเร็ง มีผลทางจิตสังคมของผู้ที่เป็นมะเร็ง นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงมากมายในชีวิตของ บุคคล และผู้ที่เป็นมะเร็งแต่ละรายพยายามที่จะรับมือกับสถานการณ์ที่น่าผิดหวังนี้ด้วยวิธีที่แตกต่างกันไป (Hales, Zimmermann, & Rodin, 2010) มะเร็งไม่เพียงนำไปสู่ความทุกข์ทรมานทางร่างกาย เท่านั้น แต่ยังนำไปสู่ความทุกข์ทรมานทางจิตวิญญาณอย่างมีนัยสำคัญในผู้ที่เป็นมะเร็งด้วย ผู้ที่เป็น มะเร็งจึงต้องได้รับการดูแลทางจิตวิญญาณควบคู่ไปกับการดูแลทางกายภาพ (ชุนกร แก้วมณี, 2562) และโรคมะเร็งก่อให้เกิดความสูญเสียชีวิต รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างมาก (วิภาดา ตรงเที่ยง และคณะ, 2564) ถึงแม้ว่าความก้าวหน้าของเทคนิคทางการแพทย์สมัยใหม่ช่วยยืดอายุขัย ของผู้ที่เป็นมะเร็งได้ แต่มะเร็งเป็นภัยคุกคามและในระหว่างเจ็บป่วยจนถึงวันสุดท้ายของชีวิต ทำให้ผู้ ที่เป็นมะเร็งเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย (Pei-Ling Tang et al., 2011)

ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย หมายถึง ปฏิกริยาทางอารมณ์เชิงลบที่กระตุ้นโดยการ คาดการณ์ถึงสถานะที่ไม่มีตัวตน (Tomer & Eliason, 1996) เป็นสภาวะทางจิตอันเนื่องมาจากการ รับรู้ถึงความตายเป็นสิ่งใกล้ชิดตนมาก ไม่สามารถหลบหลีกได้ องค์ประกอบของความวิตกกังวล เกี่ยวกับความตายของ Conte, Weiner, and Plutchik (1982) มี 4 ด้าน ดังนี้ 1) กลัวความไม่รู้ (Fear of unknown) 2) กลัวความทรมาน (Fear of suffering) 3) กลัวความเดียวดาย (Fear of loneliness) และ 4) กลัวการดับสิ้นชีวิต (Fear of extinction)

อย่างไรก็ตามจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการศึกษาของ Cherny and Portenoy (1994) ผู้ ที่เป็นมะเร็งระยะลุกลามมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายสูงถึงร้อยละ 80 และ Vehling et al. (2017) พบว่า ผู้ที่เป็นมะเร็งระยะสุดท้ายมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายอยู่ในระดับมาก และ พบว่าร้อยละ 22-55 ของผู้ที่เป็นมะเร็งมีความทุกข์เกี่ยวกับ “เวลาชีวิตที่กำลังจะหมดลง” และพบว่า

ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายเป็นเรื่องที่พบได้ปกติในผู้ที่เป็นมะเร็งระยะสุดท้ายแต่เป็นประเด็นที่
ยากต่อการให้คำปรึกษาของผู้ที่เป็นมะเร็ง

ผลกระทบจากความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย โรคมะเร็งที่เป็นต้นเหตุไม่สามารถรักษาให้
หายขาดได้ ทำให้ผู้ที่เป็นมะเร็งเกิดความรู้สึกว่าตนเองหมดหนทาง ถูกทอดทิ้ง เกิดความไม่มั่นใจ รู้ว่า
ตนจะมีอันตราย เกิดความวิตกกังวลขึ้น และไม่สามารถแยกออกจากความกลัวได้ ความวิตกกังวล
เกี่ยวกับความตายเป็นรากของความวิตกกังวลทั้งหมด ผลของการเผชิญนั้นไม่ว่าจะเป็นเกิดขึ้นจริง
หรือจากจินตนาการ ส่งผลต่อผู้ที่เป็นมะเร็งทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และพฤติกรรม
โดยสัญญาณของมนุษย์ทุกคนที่ปฏิเสธความตาย แสดงออกโดยการหลีกเลี่ยงที่จะพูดถึงความตาย
ความรู้สึกต่อสภาพความตาย เช่น ความเจ็บปวด ความทรมาน ความว้าเหว่ การถูกทอดทิ้ง ความรู้สึก
ผิด ซึ่งความรู้สึกในด้านลบต่อความตายนี้ทำให้บุคคลพยายามที่จะหนีภาวะใกล้ตาย นอกจากนี้ยัง
พบว่า ผลของความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็งระยะสุดท้ายที่เผชิญนั้น ไม่ว่าจะ
เกิดขึ้นจริงหรือจากจินตนาการก็ตาม จะส่งผลต่อผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและ
พฤติกรรม (วริทธิ์ตา จารุจินดา, 2561) ส่วนบุคคลที่มีความรู้สึกด้านลบต่อความตายจะสามารถ
ยอมรับความตายโดยสงบ (Lonetto, 1986; วริทธิ์ตา จารุจินดา, 2561) และจากการศึกษาของ มะ
ลิวรรณ กระโพธิ์ (2561) พบว่า ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็งมีความสัมพันธ์
ทางลบกับการยอมรับความตาย ดังนั้นถ้ามีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายจะส่งผลกระทบทางลบ
ต่อการยอมรับความตาย และเกิดอุปสรรคอันจะนำไปสู่การตายดี

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความ
ตายมีหลายปัจจัย จากการทบทวนวรรณกรรมจากต่างประเทศ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส
ระยะของโรค ชนิดของโรค ระดับการศึกษา สถานที่อยู่ รายได้ ระบบประกันชีวิต ระดับความปวด
ภาระค้ำคาน การมีเป้าหมายในชีวิต สมรรถนะแห่งตน (Drolet, 1990; Madnawat & Kachhawa,
2007; Neel, Lo, Rydall, Hales, & Rodin, 2015; Susan Adelbratt & Peter Strang, 2000; Tsai,
Wu, Chiu, Hu, & Chen, 2005; Uslu-Sahan, Terzioglu, & Koc, 2019; Zana, 2009) โดยพบว่า
จากการศึกษาของ Tsai et al. (2005) และ Zana (2009) ในผู้ที่เป็นมะเร็งพบผู้สูงอายุมีความวิตก
กัังวลเกี่ยวกับความตายสูง คะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายอยู่ในระดับ 6.85 และ
ยังพบว่าเพศหญิงมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายมากกว่าเพศชาย การศึกษาของ Mohammad
A Soleimani, Lehto, Negarandeh, Bahrami, and Nia (2016) ในผู้ที่เป็นมะเร็งพบว่าเพศมี
ความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลต่อความตาย ($r = 0.54, P < 0.005$) Neel et al. (2015) พบความ
รุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ($r = 0.16, p < 0.01$)
นอกจากนี้ Neel et al. (2015) ยังพบว่า ชนิดของมะเร็งแต่ละชนิดมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล
เกี่ยวกับความตาย ผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านม ต่อมไร้ท่อ ทางเดินอาหาร ทางนรีเวช ทางเดินปัสสาวะ และ

ปอด พบว่าร้อยละ 32 มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายอยู่ระดับปานกลาง และ (Uslu-Sahan et al., 2019) พบว่าผู้ที่เป็นมะเร็งทางนรีเวช คะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็งเท่ากับ 17.70 Vehling et al. (2017) พบว่าระยะของโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย โดยผู้ที่เป็นมะเร็งระยะลุกลามมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในระดับที่ต่ำกว่าผู้ที่เป็นมะเร็งระยะสุดท้าย Madnawat and Kachhawa (2007) ปัจจัยผู้ที่อาศัยอยู่กับครอบครัวจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายน้อยกว่าผู้ที่อยู่คนเดียว และ Drolet (1990) ผู้ที่มีบุตรมีความกังวลต่อความตายมากขึ้นกว่าครอบครัวที่ไม่มีบุตร Gonen et al. (2012) พบว่าจากการศึกษาปัจจัยทางศาสนามีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง Mohammad A Soleimani et al. (2016) พบว่าความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายเป็นความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ที่เป็นมะเร็ง ($r = -0.30, p < 0.01$) ปองพล คงสมาน (2560) พบว่าความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวก คือการรับรู้อาการ ($r=0.45, p < 0.05$) ปัจจัยที่สัมพันธ์ทางลบ คือการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวกับความตาย ($r=-0.49, p < 0.05$) ทศนคติต่อความตาย ($r=-0.26, p < 0.05$) และความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งระยะลุกลาม ($r=-0.23, p < 0.05$) ในขณะที่ Harding, Flannelly, Weaver, and Costa (2005) พบว่าปัจจัยด้านมโนคติเกี่ยวกับศาสนา มีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ($r = -0.27, p < 0.01$) และความเชื่อในชีวิตหลังความตาย ($r = -0.25, p < 0.01$) ด้านสมรรถนะแห่งตน Gong et al. (2022) พบว่าผู้ที่มีสมรรถนะแห่งตนต่ำส่งผลต่อความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในระดับสูง ซึ่งสมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ($r = -0.426, p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Hong et al. (2022) ที่พบว่าการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ที่เป็นมะเร็งมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ($r = -0.396, p < 0.01$) การศึกษาของ Gong et al. (2022) ด้านภาระค่าคงคา พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ($r = 0.549, p < 0.05$) และ Neel et al. (2015) พบความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ($r = 0.16, p < 0.01$)

องค์ความรู้ที่ได้มานั้นอาจไม่สามารถนำมาอ้างอิงกับบริบทของสังคมไทยได้ เนื่องจากความแตกต่างทางวัฒนธรรม ความเชื่อทางศาสนา อีกทั้งจากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศพบว่ามีการศึกษาในเรื่องความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็งค่อนข้างน้อย กล่าวคือ มีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม (ปองพล คงสมาน, 2560) มีการศึกษาวัดระดับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในกลุ่มประชาชนทั่วไป กลุ่มผู้สูงอายุและที่เป็นกลุ่มโรคเรื้อรัง แต่ยังไม่ครอบคลุมถึงกลุ่มผู้ที่เป็นมะเร็ง และ

พบการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็งระยะลุกลาม (มะลิวรรณ กระโพธิ์, 2561) แต่ยังไม่พบการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง ซึ่งผู้ที่เป็นมะเร็งนั้นต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงอย่างมากภายในชีวิต ตั้งแต่การรับรู้ข่าวร้ายว่าป่วยเป็นมะเร็ง และตลอดระยะเวลาการเจ็บป่วยต้องผ่านกระบวนการรักษาที่หลากหลาย ได้รับความเจ็บปวด ความไม่แน่นอนของโรค และอาการที่รุนแรงมากขึ้น ผู้ที่เป็นมะเร็งย่อมมีความวิตกกังวลอย่างมากมายรวมถึงความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ สำหรับผู้ที่เป็นมะเร็งระยะสุดท้ายสามารถปฏิบัติตนให้ถึงซึ่งการตายที่ดีนั้น จำเป็นต้องได้รับการเตรียมตัวหรือฝึกฝนจิตใจจนสามารถปล่อยวางได้ โดยกระบวนการปรับความคิด ความเข้าใจเกี่ยวกับ ชีวิตให้ถูกต้อง มีแนวทางที่ถูกต้องของการแก้ปัญหาและสามารถเลือกทางแก้ไขด้วยตัวของผู้ที่เป็นมะเร็งเองได้ พยาบาลเป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งอย่างใกล้ชิดมากที่สุดควรมีบทบาทในการช่วยเหลือเป็นผู้ให้การปรึกษาแก่ผู้ที่เป็นมะเร็งและญาติ เพื่อให้วาระสุดท้ายของชีวิตเป็นไป อย่างสงบ (วานิดา เสมประวัตติ, 2561) บทบาทของพยาบาลในการเป็นผู้ให้การพยาบาลแบบองค์รวม นอกจากมิติด้าน กาย สังคมแล้ว การพยาบาลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ สำหรับผู้ที่เป็นมะเร็งนั้นกลับเป็นมิติที่สำคัญเป็นอย่างยิ่ง เพราะจะช่วยให้ผู้ที่เป็นมะเร็งเผชิญกับความทุกข์ จากการเจ็บป่วย และอยู่กับความเป็นจริง เผชิญทุกระยะของโรคได้ด้วยจิตใจที่สงบ มีสติ ลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายที่เป็นเรื่องธรรมชาติของชีวิตได้อย่างสง่างาม ด้วยใจอันเป็นสุข การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในผู้ที่เป็นมะเร็งในบริบทของสังคมไทยนั้นจึงมีความน่าสนใจและควรค่าทำการศึกษา

ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง โดยปัจจัยที่ผู้วิจัยเลือกนั้นมาจากการทบทวนวรรณกรรม และพบว่าปัจจัยดังกล่าวมีผลต่อความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ซึ่งเป็นการพัฒนาองค์ความรู้ทางการพยาบาลเพื่อใช้เป็นรากฐานในการทำความเข้าใจความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง เพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง และเป็นประโยชน์แก่ผู้ที่ต้องการศึกษาค้นคว้าเรื่องความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย เพื่อเป็นแนวทางที่จะนำไปสู่ปัจจัยทำนายที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง โดยรูปแบบการวิจัยในครั้งนี้จะช่วยให้ได้ข้อสรุปของตัวแปรคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็งที่ชัดเจน เพื่อนำองค์ความรู้จากปัจจัยที่ได้ไปใช้เป็นประโยชน์แก่ผู้ที่เป็นมะเร็งในการลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ ระยะของโรค ชนิดของโรคมะเร็ง สัมพันธภาพในครอบครัว ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย สมรรถนะแห่งตน ภาวะค้ำคา ความรุนแรงของอาการกับ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

มะเร็งไม่เพียงแต่ทำให้เกิดความทุกข์ทางกายเท่านั้น แต่ยังทำให้เกิดความทุกข์ทางจิตใจอย่างมากด้วย ผู้ที่เป็นมะเร็งจึงต้องการการดูแลทางจิตวิญญาณสูงควบคู่ไปกับการดูแลร่างกาย นอกจากนี้การดูแลควรรวมถึงมิติทางร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อช่วยเหลือผู้ที่เป็นโรคมะเร็งที่ต้องเผชิญกับความทุกข์ทางวิญญาณและวิกฤต หรือเพื่อให้ผู้ที่เป็นมะเร็งสงบสุขในช่วงสุดท้ายของชีวิต (ชุนกร แก้วมณี 2563) การเผชิญกับความตาย ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกหวาดกลัว เนื่องจากไม่ทราบว่าจะความตายที่แท้จริงคืออะไร ในขณะที่กำลังจะตาย ตนเองจะต้องพบกับอะไร จะเกิดความรู้สึกอย่างไรเมื่อตายแล้วตนเองจะเป็นอย่างไร จะต้องไปอยู่ ณ ที่ใด ความสงสัยความหวาดกลัวเหล่านี้ ส่งผลให้บุคคลแสดงปฏิกิริยาต่าง ๆ ออกมาทั้งทางด้านความคิดและการกระทำ (Ross, 1971) ซึ่งความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายเป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งที่ไม่เห็นชัดเจน เป็นนามธรรมบางครั้งเกิดความกังวลล่วงหน้าก่อนสิ่งนั้นจะเกิดขึ้น ซึ่งเป็นปฏิกิริยาทางธรรมชาติที่บุคคลตั้งใจ หรือคาดการณ์ต่อความตายของตนเอง ความคิดเรื่องการไม่มีชีวิตอยู่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล และประกอบด้วยความกลัวหลาย ๆ อย่าง เช่น กลัวความไม่สุขสบาย กลัวความเจ็บปวด กลัวความไม่มีตัวตนอยู่ กลัวผลลัพธ์ของความตาย กลัวการพลัดพราก และการสูญเสียคนรัก (วรวิธิตา จารุจินดา, 2561)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง กรอบแนวคิดในการศึกษาในครั้งนี้มาจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งปัจจัยที่ศึกษาในครั้งนี้ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม โดยผู้วิจัยเลือกศึกษาตัวแปรที่มีความสำคัญเหมาะสมกับบริบทประเทศไทย ได้แก่ 1) อายุ 2) เพศ 3) ระยะของโรคมะเร็ง 4) ชนิดของโรค 5) สัมพันธภาพในครอบครัว 6) ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย 7) สมรรถนะแห่งตน และ 8) ภาวะค้ำคา 9) ความรุนแรงของอาการ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

อายุ หมายถึง ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมะเร็งมีชีวิตอยู่นับตั้งแต่เกิดจนถึงปัจจุบัน โดยนับเป็นจำนวนปีเต็ม พบว่าอายุมีความสัมพันธ์แบบผกผันกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ($r = -0.19, P < .05$) ผู้ที่เป็นมะเร็งพบผู้สูงอายุมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายสูงคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายอยู่ในระดับ 6.85 พบว่าอายุเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และอายุมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับ

ความตาย (Madhawat & Kachhawa, 2007) Yang และคณะ(2016) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในผู้ที่เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของชาวจีน มีอายุเฉลี่ย 56.71 และมีระดับความวิตกกังวลต่อความตายสูงที่ระดับ 36.16 ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันของ Sahan (2018) ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งทุกชนิดของชาวตุรกี มีอายุเฉลี่ย 56.5 และมีระดับความวิตกกังวลต่อความตายที่ระดับ 37.10 และSoleimani และคณะ(2016) ทำการศึกษาในผู้ที่เป็นมะเร็งชาวอิหร่าน มีอายุเฉลี่ย 52.9 และมีระดับความวิตกกังวลต่อความตายที่ระดับ 45.1 ดังนั้นอายุจึงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย

เพศ เป็นปัจจัยที่ศึกษาในหลายการศึกษา ดังนี้ Mohammad A Soleimani et al. (2016) พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลต่อความตาย ($r = 0.54, P < 0.005$) และการศึกษาของ Tang (2011) พบว่า เพศมีความสัมพันธ์ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็งได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า เพศหญิงมีความสามารถทำนายความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายได้มากกว่าเพศชาย ($\beta = -.16, P < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ (Abdel-Khalek, 2004; Madhawat & Kachhawa, 2007) ที่พบว่า เพศหญิงมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายมากกว่าเพศชาย และจากการศึกษาผู้ที่เป็นโรคมะเร็ง 101 รายของโรงพยาบาลอิหม่ามเรซา พบว่า ร้อยละ 64.35 เป็นเพศหญิง และมีคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายเท่ากับ 9.71 ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 81.18 ของผู้ที่เป็นมะเร็งที่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในระดับสูง (Salehi, Mohsenzade, Arefi, Salehi Zahabi, & Amirifard, 2020) ดังนั้น เพศจึงมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย

ระยะของโรค ผู้ที่เป็นมะเร็งระยะลุกลาม ร้อยละ 32 มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายระดับปานกลาง (Neel et al., 2015) และมะเร็งระยะสุดท้ายอยู่ในระดับมาก (Vehling et al., 2017) และการศึกษาของ Gong et al. (2022) พบว่าระยะของโรคมมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ดังนั้นจะเห็นได้ว่าระยะของโรคมสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย

ชนิดของโรคมะเร็ง จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในผู้ที่เป็นมะเร็ง โดยทำการศึกษาเป็นผู้ที่เป็นมะเร็งวัยผู้ใหญ่ 60 ราย โดยประกอบด้วยผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมต่อมไร้ท่อ ทางเดินอาหาร ทางนรีเวช ทางเดินปัสสาวะ และปอด ผลการศึกษาพบ ร้อยละ 32 มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายอยู่ระดับปานกลาง (Neel et al., 2015) ซึ่งการศึกษาในทำนองเดียวกัน Curran ทำการศึกษาในประเทศออสเตรเลียที่เป็นมะเร็งทุกชนิดแบบผสม คะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยเท่ากับ 6.25 อยู่ในระดับปานกลาง (Curran, Sharpe, MacCann, & Butow, 2020) Uslu-Sahan (2019) พบว่าความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็งทางนรีเวช 200 คนจากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในประเทศตุรกี คะแนนเฉลี่ยของ

ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็งเท่ากับ 17.70 (Uslu-Sahan et al., 2019) Lau ศึกษาความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในผู้ที่เป็นมะเร็งปอดของประเทศฮ่องกง คะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็งเพียง 3.30 (Lau et al., 2018) ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ชนิดของมะเร็งแต่ละชนิดมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย

ความรุนแรงของอาการ ความรุนแรงของอาการเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ที่เป็นมะเร็งมีความทุกข์ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ โดยอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานของผู้ที่เป็นมะเร็ง อาการสำคัญที่ส่งผลให้ผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองเกิดความทุกข์ทรมาน ได้แก่ อาการปวด หายใจลำบาก เบื่ออาหาร ท้องผูก อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า อาการผิดปกติในการนอน สับสน ซึมเศร้า วิตกกังวล และหมดหวังในชีวิต (Bruera, Kuehn, Miller, Selmsler, & Macmillan, 1991; National Comprehensive Cancer Network, 2003; กิตติกร นิลมนันต์, 2555) จากการศึกษาของ Neel et al. (2015) พบความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ($r = 0.16, p < 0.01$)

สัมพันธ์ภายในครอบครัว ผู้ที่อาศัยอยู่กับครอบครัวจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายน้อยกว่าผู้ที่อยู่คนเดียว (Madnawat & Kachhawa, 2007) และผู้ที่มีบุตรมีความกังวลต่อความตายน่าจะมากกว่าครอบครัวที่ไม่มีบุตร (Drolet, 1990) Christopher Lo และคณะ (2018) ศึกษาพบว่าความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในผู้ที่เป็นมะเร็งระยะลุกลามมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความสัมพันธ์บริบททางสังคมและครอบครัว ($\beta = -0.74$) ดังนั้นสัมพันธ์ภายในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย

ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย มีการศึกษาทางด้านศาสนาที่หลากหลายพบว่าผู้นับถือศาสนาคริสต์ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย (Harding et al., 2005) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาศาสนาที่เมืองชัยปุระ (อินเดีย) มีความสัมพันธ์ทางบวก (Madnawat & Kachhawa, 2007) ดังนั้นความเชื่อทางศาสนามีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย แต่ในงานวิจัยนี้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย เนื่องจากศาสนาพุทธสำคัญสำหรับคนไทย คนไทยส่วนใหญ่เป็นชาวพุทธ (94.6%) ที่เหลือเป็นชาวมุสลิม (4.6%) คริสเตียน (0.7%) และศาสนาอื่นๆ รวมทั้งนักคิดอิสระ (0.1%) (ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ, ประเทศไทย, 2554) ในวัฒนธรรมประเพณีไทย สมาชิกในสังคมเกือบทั้งหมดได้รับการศึกษาเกี่ยวกับหลักคำสอนทางพุทธศาสนาขั้นพื้นฐานมาเป็นเวลาหลายศตวรรษ คนไทยส่วนใหญ่ นับถือศาสนาพุทธ ศาสนาพุทธฝังแน่นและเป็นรากฐานในทุกด้านของสังคมไทยและชีวิตประจำวัน ตั้งแต่วัยทารกจนถึงวัยเด็ก ผู้ปกครองพาลูกๆ ไปที่วัดเพื่อฟังคำสอนของพระพุทธเจ้า และเข้าร่วมในกิจกรรมทางศาสนา คนไทยเรียนรู้คำสอนของพระพุทธเจ้าจากพระสงฆ์และ

ครอบครัว นอกจากนี้ คำสอนของพระพุทธศาสนายังแทรกซึมอยู่ในระบบการศึกษาของไทยและนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันในด้านอื่นๆ ตัวอย่างเช่น ในประเทศไทย วันหยุดส่วนใหญ่มีต้นกำเนิดจากศาสนาพุทธ หลักการทางพุทธศาสนาที่สำคัญที่สุดประการหนึ่งคือ ทุกคนต้องตาย จึงไม่น่าแปลกใจที่การจากไปในวัยชราเป็นที่ยอมรับของคนไทย(มะลิวรรณ กระโพธิ์, 2561) จากการศึกษาของ Gonen et al. (2012) พบว่าปัจจัยทางศาสนามีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง ($\beta = .30, p = .024$) ดังนั้นความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตายน่าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง

สมรรถนะแห่งตน ผู้ที่สมรรถนะแห่งตนต่ำส่งผลต่อความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในระดับสูง (Wu, Tang, & Kwok, 2002) จากการศึกษาของ Yang Hong (2022) พบว่าสมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ($r = -0.396, p < 0.01$) ซึ่งในทิศทางเดียวกันจากผลการศึกษาของ Jiaxi Zhang et al. (2019) ผลการศึกษาความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายด้านสมรรถนะแห่งตนและการค้นหาความหมาย พบว่ามีความสัมพันธ์กัน ดังนี้ มิติของความหมายในชีวิต ($r = -0.43, p < 0.01$) การค้นหาความหมาย ($r = -0.31, p < 0.01$) และสมรรถนะแห่งตน ($r = -0.54, p < 0.01$) แต่ละอย่างมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย (Zhang et al., 2019) ดังนั้นสมรรถนะแห่งตนจึงมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย

ภาระค้ำคาน ภาวะใกล้ตายและความตายเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการมุ่งบรรลุเป้าหมายและสิ่งทีค้ำคานในชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งขึ้นอยู่กับว่าผู้ป่วยได้คาดหวังและวางแผนในลักษณะใด (กัญญ์รัฐดา ศรีภา , 2554) จากการศึกษาของ Gong et al. (2022) พบว่าภาระค้ำคานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ($r = 0.549, p < 0.05$) ดังนั้นภาระค้ำคาน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง

สมมติฐานการวิจัย

- 1) เพศ ชนิดของโรค มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง
- 2) สัมพันธภาพในครอบครัว ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย และสมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง
- 3) อายุ ระยะของโรคมะเร็ง ภาระค้ำคาน ความรุนแรงของอาการ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาประเภทหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง และความสัมพันธ์ระหว่างอายุ เพศ ระยะของโรค ชนิดของโรคมะเร็ง สัมพันธภาพในครอบครัว ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย สมรรถนะแห่งตน ภาระค้ำคา ความรุนแรงของอาการกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง

ประชากร คือ ผู้ที่เป็นมะเร็ง ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เป็นมะเร็งทุกระยะและทุกชนิดที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกมะเร็งของโรงพยาบาลรามธิบดี และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ตัวแปรที่ศึกษา คือ อายุ เพศ ระยะของโรค ชนิดของโรคมะเร็ง สัมพันธภาพในครอบครัว ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย สมรรถนะแห่งตน ภาระค้ำคา ความรุนแรงของอาการ และความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย หมายถึง การรับรู้ถึงความรู้สึกกังวลหวาดกลัวของผู้ที่เป็นมะเร็ง เมื่อนึกถึงความตาย โดยแบ่งความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายออกเป็น 4 ด้านตามแนวคิดของ Conte et al. (1982) ได้แก่ 1) ด้านความหวาดกลัวความไม่รู้ 2) ด้านความหวาดกลัวความทรมาน 3) ด้านความหวาดกลัวความเดียวดาย และ 4) ด้านความหวาดกลัวการดับสิ้นชีวิต วัดโดยแบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย (The Death Anxiety Questionnaire (DAQ)) ของ Conte et al. (1982) โดยคะแนนมาก หมายถึง มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายมาก ซึ่งใช้ฉบับแปลเป็นฉบับภาษาไทย แปลโดย มะลิวรรณ กระโพธิ์ (2561)

อายุ หมายถึง จำนวน ช่วงเวลาที่ผู้ที่เป็นมะเร็งมีชีวิตอยู่นับตั้งแต่เกิดจนถึงปัจจุบัน โดยนับเป็นจำนวนปีเต็ม ประเมินด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลออกแบบโดยผู้วิจัย

เพศ หมายถึง ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ที่เป็นมะเร็งที่แสดงให้เห็นว่าหญิงหรือชายตามสภาพเพศแต่กำเนิด โดยเพศของผู้ที่เป็นมะเร็งแบ่งออกเป็น เพศชาย เพศหญิง ประเมินด้วยแบบบันทึกที่ผู้ป่วยบันทึกข้อมูลด้วยตัวเองออกแบบโดยผู้วิจัย

ระยะของโรค หมายถึง ตัวเลขที่บ่งบอกถึงความรุนแรงและการลุกลามของโรคมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ได้แก่ ระยะที่ 1 ระยะที่ 2 ระยะที่ 3 และระยะที่ 4 ประเมินโดยแบบบันทึกที่ผู้ที่เป็นมะเร็งบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลออกแบบโดยผู้วิจัย

ชนิดของโรคมะเร็ง หมายถึง การจำแนกชนิดของโรคมะเร็งตามที่แพทย์ได้วินิจฉัย เป็น ข้อมูลที่ได้จากแพทย์ประวัติของผู้ที่เป็นมะเร็ง เป็นแบบบันทึกที่ผู้ที่เป็นมะเร็งบันทึกข้อมูลด้วยตัวเอง ออกแบบโดยผู้วิจัย โดยการระบุชนิดของมะเร็งที่ผู้ที่เป็นมะเร็งได้รับการวินิจฉัย

ความรุนแรงของอาการ หมายถึง การรับรู้ถึงความทุกข์ทรมานของผู้ที่เป็นมะเร็ง ได้แก่ อาการปวด หายใจลำบาก เบื่ออาหาร ท้องผูก อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า อาการผิดปกติในการนอน สับสน ซึมเศร้า วิดกกังวล และหมดหวังในชีวิต และอาการอื่นๆ (กิตติกร นิลมานัต, 2555) โดยใช้แบบ ประเมิน ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) Selby et al. (2010) ซึ่งแปลเป็น ภาษาไทย โดย Montarat Chinda, Darin Jaturapatporn, Albert J Kirshen, and Umaporn Udomsubpayakul (2011) คะแนนมากหมายถึงความรุนแรงของอาการมาก

สัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง การรับรู้ถึงความผูกพันระหว่างสมาชิกในครอบครัว พ่อ แม่ ลูก ญาติพี่น้อง ปู่ ย่า ตา ยาย หรือบุคคลอื่น ๆ ที่อาศัยรวมอยู่ในครัวเรือนเดียวกันกับผู้ที่เป็น มะเร็ง โดยมีการปฏิสัมพันธ์ และปฏิบัติตามหน้าที่ของตนเองอย่างเหมาะสม วัดโดยแบบประเมิน สัมพันธภาพในครอบครัว ของจริญญา แก้วสกุลทอง (2552)

ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย หมายถึงการรับรู้ถึงความเชื่อเจตคติที่มีต่อ เรื่องของความตายตามหลักคำสอนทางศาสนาพุทธ เป็นการดับของกายและจิต ตามกฎของธรรมชาติ หรือกฎของไตรลักษณ์ และความเชื่อในเรื่องของการเวียนว่ายตายเกิด เชื่อเรื่องนรก สวรรค์ กรรม และการให้อภัยของผู้ที่เป็นมะเร็ง วัดโดยแบบสัมภาษณ์ความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตายของ สารณี รังสิโกสัย และคณะ (2556)

สมรรถนะแห่งตน หมายถึง การรับรู้ถึงความเชื่อมั่นในความสามารถของผู้ที่เป็นมะเร็งที่จะ จัดการกับปัญหา อุปสรรค และเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตได้ วัดโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะ แห่งตนของ เวทีนี สุขมาก และคณะ (2545)

ภาวะค้ำคา หมายถึง การรับรู้ถึงภาวะความรับผิดชอบในตัวของผู้ที่เป็นมะเร็งที่ยังไม่ สามารถทำให้เสร็จสิ้นได้ตามวาระที่ตนเองต้องการ โดยจะส่งผลถึงความรู้สึกที่มีอยู่ในจิตใจของคุณคน ซึ่งความรู้สึกนี้จะส่งผลให้คุณคนนั้นๆเกิดความทุกข์ เกิดความวิตกกังวลและมีความรู้สึกว่าเป็นภาระที่ ติดค้างอยู่ในจิตใจ วัดโดยแบบสอบถามภาระที่ค้ำคาของ มะลิวรรณ กระโพธิ์ (2561) โดยคะแนน มากหมายถึงภาระค้ำคามาก

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1) ผลการศึกษาจะทำให้ทราบว่าปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง เพื่อสร้างความเข้าใจต่อปัจจัยเหล่านั้น และต่อยอดนำไปสู่การจัดการกระทำกับปัจจัยเพื่อพัฒนาแนวทางลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง

2) ผลการศึกษาช่วยทำให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็งมากยิ่งขึ้นและผลการศึกษาสามารถเป็นแนวทางที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าด้านความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาประเภทหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation Research) เพื่อศึกษาความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง และความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ ระยะของโรค ชนิดของโรคมะเร็ง สัมพันธภาพในครอบครัว ความเชื่อ ด้านศาสนา สมรรถนะแห่งตน ภาวะค้ำค้ำ ความรุนแรงของอาการ กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและได้สรุปเนื้อหาสาระสำคัญ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย ดังต่อไปนี้

1. ผู้ที่เป็นมะเร็ง
 - 1.1 ความหมาย
 - 1.2 อุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็ง
 - 1.3 สาเหตุของโรคมะเร็ง
 - 1.4 ระยะของโรคมะเร็ง
 - 1.5 อาการ และอาการแสดงในผู้ที่เป็นมะเร็ง
 - 1.6 แนวทางการรักษาผู้ที่เป็นมะเร็ง
 - 1.7 ผลกระทบจากการรักษาผู้ที่เป็นมะเร็ง
 - 1.8 การพยาบาลผู้ที่เป็นมะเร็ง
2. ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง
 - 2.1 ความหมายของความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย
 - 2.2 มิติของความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย
 - 2.3 ผลกระทบของความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย
 - 2.4 การประเมินความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย
 - 2.5 ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง
 - 2.6 บทบาทพยาบาลกับการจัดการความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในผู้ที่เป็นมะเร็ง
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง
 - 3.1 อายุ
 - 3.1.1 ความหมาย
 - 3.1.2 ความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย

- 3.2 เพศ
 - 3.2.1 ความหมาย
 - 3.2.2 ความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย
- 3.3 ระยะของโรค
 - 3.3.1 ความหมาย
 - 3.3.2 ความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย
- 3.4 ชนิดของโรค
 - 3.4.1 ความหมาย
 - 3.4.1 ความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย
- 3.5 สัมพันธภาพในครอบครัว
 - 3.5.1 ความหมาย
 - 3.5.2 มิติ/องค์ประกอบ
 - 3.5.3 ความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย
- 3.6 ความเชื่อด้านศาสนา
 - 3.6.1 ความหมาย
 - 3.6.2 มิติ/องค์ประกอบ
 - 3.6.3 ความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย
- 3.7 สมรรถนะแห่งตน
 - 3.7.1 ความหมาย
 - 3.7.2 มิติ/องค์ประกอบ
 - 3.7.3 ความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย
- 3.8 ภาวะค้ำคา
 - 3.8.1 ความหมาย
 - 3.8.2 มิติ/องค์ประกอบ
 - 3.8.3 ความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย
- 3.9 ความรุนแรงของอาการ
 - 3.8.1 ความหมาย
 - 3.8.2 มิติ/องค์ประกอบ
 - 3.8.3 ความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย
- 4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 5. กรอบแนวคิดวิจัย

1. ผู้ที่เป็นมะเร็ง

1.1 ความหมายของโรคมะเร็ง

โรคมะเร็ง คือ โรคที่มีความผิดปกติของเซลล์ในอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย โดยเกิดการเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรมของเซลล์ ก่อให้เกิดเป็นเซลล์มะเร็งที่มีการเจริญเติบโตโดยไม่อยู่ภายใต้การควบคุมที่เหมาะสม ผลลัพธ์คือ การเกิดเป็นก้อนเนื้อมะเร็งที่เติบโตรบกวนการทำงานของเซลล์ปกติในอวัยวะ นอกจากนี้ยังสามารถลุกลามแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นได้ด้วย มะเร็งอาจมีความแตกต่างกันได้มากมาย ตามตำแหน่งของอวัยวะที่เป็นจุดกำเนิดของมะเร็ง และชนิดของเนื้อเยื่อที่อยู่ภายในอวัยวะนั้นๆ (มะเร็งวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย, 2552)

การที่เซลล์จะทำงานอย่างเป็นปกติ ส่วนหนึ่งเกิดจากการกำหนดหน้าที่ของเซลล์ด้วยสารพันธุกรรมที่เรียกว่าดีเอ็นเอ (DNA) ภายในเซลล์ หากเกิดการเปลี่ยนแปลงข้อมูลของ DNA เซลล์นั้นอาจมีความผิดปกติในการแบ่งตัวเจริญเติบโต ถ้ามีการสะสมความเปลี่ยนแปลงมากพอ เซลล์จะกลายไปเป็นเซลล์ก่อกำเนิดมะเร็ง และพัฒนามาจนกลายเป็นเนื้อเยื่อมะเร็งในที่สุด (มะเร็งวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย, 2552)

การเปลี่ยนแปลงของ DNA หรือการกลายพันธุ์ อาจเกิดจากการที่เซลล์ได้รับสารกระตุ้นให้เกิดการกลายพันธุ์ เช่น สารเคมีบางอย่าง ควันบุหรี่ เชื้อไวรัสบางชนิด ในเซลล์ปกติจะมี กลไกการควบคุมการกลายพันธุ์โดยการซ่อมแซมสาย DNA หรือทำให้เซลล์ที่มี DNA ผิดปกติตายไป แต่เซลล์ที่จะกำเนิดเป็นเซลล์มะเร็งจะเล็ดลอดกระบวนการตรวจสอบนี้ได้ (มะเร็งวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย, 2552)

โรคมะเร็ง หมายถึง โรคเกิดจากภาวะที่เซลล์ในร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงในระดับพันธุกรรม ทำให้มีการเจริญเติบโตที่ผิดปกติ โดยเกิดเป็นก้อนเนื้อที่มีการลุกลามไปยังอวัยวะอื่นๆ ในร่างกาย เช่น ปอด ตับ สมอง กระดูก เป็นต้น ความผิดปกติของเซลล์นี้สามารถเกิดได้ทุกอวัยวะ ซึ่งสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดมะเร็งแต่ละที่มีความแตกต่างกันไป โรคมะเร็งมีหลากหลายชนิดขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่เป็นจุดกำเนิดโรคและชนิดของ **เซลล์มะเร็ง** (พระระวี วิจารณ์, 2566)

ผู้ที่เป็นมะเร็ง หมายถึงผู้ที่มีความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโตของเซลล์ที่ผิดปกติ คือ เซลล์จะแบ่งตัวและเจริญอย่างควบคุมไม่ได้ ก่อเป็นเนื้อร้าย ซึ่งความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโตของเซลล์ที่ผิดปกติ มีศักยภาพในการรุกรานร่างกายส่วนข้างเคียงและตามอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย (World Health Organization, 2022)

โดยสรุป มะเร็งคือโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรมของเซลล์ ทำให้เซลล์มีการเจริญเติบโต อาจเกิดการแบ่งตัวที่ผิดปกติ ทำให้เซลล์กลายพันธุ์ ก่อกำเนิดเป็นเซลล์มะเร็ง และสามารถมีการแพร่กระจายได้

1.2 อุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็ง

มะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก สถิติปี 2020 พบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่มากถึง 19 ล้านคน และพบว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งถึง 9.9 ล้านคน (World Health Organization, 2020) สำหรับประเทศไทยจากสถิติสถาบันมะเร็งแห่งชาติพบว่าในปี 2020 ประเทศไทยมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่มากถึง 58,723 ราย (National Cancer Institute of Thailand, 2021) และจากสถิติของกระทรวงสาธารณสุขในปี 2018 พบว่ามะเร็งนั้นเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประชากรไทย โดยพบผู้เสียชีวิตถึง 84,073 ราย (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, 2562) นับว่าโรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ และก่อให้เกิดความสูญเสียชีวิต รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างมาก (วิภาดา ตรงเที่ยง และคณะ, 2564) เมื่อผู้ป่วยมะเร็งเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้าย จะก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยจากความเจ็บปวด อาการแสดงต่างๆ ผลข้างเคียงจากการรักษาตลอดจนวาระสุดท้ายของชีวิต (เกศินี พุทธรณต์, 2562)

1.3 สาเหตุการเกิดโรคมะเร็ง

ปัจจุบันนี้เชื่อกันว่ามะเร็งส่วนใหญ่เกิดจากสาเหตุ ได้แก่

1.3.1 เกิดจากสิ่งแวดล้อมหรือภายนอกร่างกาย

1.3.1.1 สารก่อมะเร็งที่ปนเปื้อนในอาหารและเครื่องดื่ม เช่น สารพิษจาก เชื้อราที่มีชื่อ อัลฟาทอกซิน (Aflatoxin) สารก่อมะเร็งที่เกิดจากการปิ้งย่าง พวกไฮโดรคาร์บอน (Hydrocarbon) สารเคมีที่ใช้ในขบวนการถนอมอาหาร ชื่อไนโตรซามีน (Nitrosamine) สีสผสมอาหารที่มาจากสีข้อมผ้า

1.3.1.2 รังสีเอ็กซ์เรย์ อุลตราไวโอเล็ตจากแสงแดด

1.3.1.3 เชื้อไวรัส ไวรัสตับอักเสบบี ไวรัสฮิวแมนแพพพิลโลมา

1.3.1.4 การติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับ

1.3.1.5 จากพฤติกรรมบางอย่าง เช่น การสูบบุหรี่และดื่มสุรา เป็นต้น (สุตปริดา ชัยนิธิกรรณ, 2563)

1.3.2 เกิดจากความผิดปกติภายในร่างกาย ซึ่งมีเป็นส่วนน้อย เช่น เด็กที่มีความพิการ มาแต่กำเนิดมีโอกาสเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาว เป็นต้น การมีภูมิคุ้มกันที่บกพร่องและภาวะทุพโภชนาการ เช่น การขาดวิตามินบางชนิด เช่น วิตามินเอ ซี เป็นต้น จะเห็นว่า มะเร็งส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากสิ่งแวดล้อม ดังนั้น มะเร็งก็น่าจะเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้เช่นเดียวกับโรคติดเชื้ออื่นๆ (สุตปริดา ชัยนิธิกรรณ, 2563)

1.4 ระยะของโรคมะเร็ง

การแบ่งระยะของโรค โดยการพิจารณาองค์ประกอบหลัก 3 ส่วน คือขนาดและขอบเขตของก้อนมะเร็งปฐมภูมิ (Primary tumor size : T) การกระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง (Node involvement : N) และการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ (Metastasis : M) เรียกว่า "ระบบ ที-เอ็น-เอ็ม" (TNM : Tumor-Node-Metastasis system) ซึ่งการแบ่งระยะด้วยระบบ TNM มีรายละเอียดดังนี้ (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554)

T ขนาดและขอบเขตของก้อนมะเร็งปฐมภูมิ (Primary Tumor) แบ่งเป็น

Tx ไม่สามารถประเมินก้อนได้

T0 ไม่มีหลักฐานของก้อน

Tis มะเร็งระยะต้นๆ ที่อยู่บนชั้นของเซลล์ปกติยังไม่แทรกเข้าไปในเนื้อเยื่อปกติ (Carcinoma in situ)

T1,2,3,4 ขนาดต่างๆ ขนาดก้อนจากเล็กไปใหญ่

N การแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง (Regional Lymph nodes) แบ่งเป็น

Nx ไม่สามารถประเมินต่อมน้ำเหลืองได้

N0 ไม่พบมะเร็งในต่อมน้ำเหลือง

N1,2,3 มะเร็งเข้าไปในต่อมน้ำเหลือง (จำนวนและขอบเขตที่แพร่ไปในต่อมน้ำเหลืองจากน้อยไปถึงจำนวนมาก)

M การแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น (Distant Metastasis)

Mx ไม่สามารถประเมินการแพร่กระจายได้

M0 ไม่พบการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น

M1 แพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554)

1.5 อาการ และอาการแสดงในผู้ป่วยมะเร็ง

ผู้ที่เป็มะเร็งมักเผชิญกับอาการมากมาย อาการที่พบบ่อย ได้แก่ อาการปวด อาการหายใจลำบาก อาการอ่อนล้า-ไม่มีแรง อาการแน่นอึดอัดท้อง อาการนอนไม่หลับ และอาการวิตกกังวล (สุรีพร ธนศิลป์และคณะ, 2560)

1.5.1 อาการปวด ความปวดจากโรคมะเร็งเป็นความรู้สึกปวดจากการที่ก้อนมะเร็งที่ขยายใหญ่ขึ้นแล้วไปกดเบียด ทับเนื้อเยื่อ ทำให้เนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ หรืออาจเกิดจากการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกส่วนปลาย หรือกระตุ้นเส้นประสาทในสมองหรือเนื้อเยื่อในอวัยวะภายในร่างกาย ทำให้ผู้ที่เป็นมะเร็งเกิดความรู้สึกปวด ซึ่งลักษณะของความเจ็บปวดจะมีลักษณะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับตำแหน่งของเนื้อเยื่อหรือเส้นประสาทที่ถูกทำลาย และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บปวดที่ต่างกัน ก็ขึ้นอยู่กับรับรู้ของผู้ที่เป็นมะเร็งแต่ละคน (สุรีพร ธนศิลป์และคณะ, 2560)

1.5.2 อาการหายใจลำบากมักพบได้บ่อยในผู้ที่เป็นมะเร็งระยะลุกลาม ความรุนแรงของอาการหายใจลำบากนั้นขึ้นอยู่กับชนิดของโรคและระยะของโรคมะเร็ง ผู้ที่เป็นมะเร็งที่มีอาการหายใจลำบากจะมีความรู้สึกว่าตนเองหายใจไม่โล่ง หายใจไม่เต็มปอด หายใจไม่อิ่ม หายใจลำบาก หรือรู้สึกว่าจะต้องพยายามใช้แรงในการหายใจเพิ่มขึ้น ซึ่งอาการหายใจลำบากมักเกี่ยวข้องกับอาการไอ และเสมหะที่มากขึ้นเรื่อยๆ ในกรณีที่ก้อนมะเร็งเกิดในตำแหน่งหลอดลมใหญ่ทำให้ก้อนไปอุดกั้นหลอดลม เกิดหลอดลมตีบ หดเกร็ง ผู้ที่เป็นมะเร็งอาจมีอาการหายใจไม่ออกหรืออาจเกิดจากสาเหตุที่มีการแพร่กระจายของมะเร็งเข้าทางเดินน้ำเหลืองในปอด โรคมดเรื้อรัง โรคหัวใจ หรือสูญเสียเนื้อปอดจากการลุกลามของมะเร็ง ปอดแฟบหรือมีหลอดลมอุดกั้น มีน้ำในเยื่อหุ้มปอด น้ำในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ ปอดอักเสบ (สุรียพร ธนศิลป์และคณะ, 2560)

1.5.3 อาการอ่อนล้า ไม่มีแรง เป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ที่เป็นมะเร็ง ซึ่งเกิดจากตัวโรคเองและผลข้างเคียงจากการรักษาที่เคยได้รับ เช่นยาเคมีบำบัดที่เข้าไปทำลายเซลล์มะเร็ง ทำให้เกิดของเสียในร่างกาย ความสามารถในการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง มีของเสียคั่งอยู่ในกล้ามเนื้อ นอกจากนี้ยังอาจเกิดจากร่างกายขาดพลังงาน เนื่องจากเซลล์มะเร็งมีการแย่งสารอาหารจากร่างกายหรือร่างกายได้รับสารอาหารเข้าสู่ร่างกายไม่เพียงพอกับความ ต้องการ ทำให้ร่างกายนำพลังงานที่เก็บสะสมไว้มาใช้ กล้ามเนื้อสลายไกลโคเจน โปรตีน ไขมันมาใช้สร้างพลังงาน นอกจากนี้การที่ทำการกิจกรรมน้อยลง นั่งหรือนอนอยู่กับที่นานๆ ทำให้กล้ามเนื้อไม่ได้ทำงาน ความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลง รวมทั้งคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีพักผ่อนไม่เพียงพอ อาการอื่นๆ ที่เกิดขึ้น เช่น ความเจ็บปวด คลื่นไส้ อาเจียน ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ซึ่งก็นำไปสู่ความอ่อนล้า ไม่มีแรงได้ (สุรียพร ธนศิลป์และคณะ, 2560)

1.5.4 อาการแน่น อึดอัดท้องมักเกิดขึ้นได้ในผู้ที่เป็นมะเร็งระบบทางเดินอาหาร จากการที่มีก้อนเนื้อในทางเดินอาหาร และเกิดจากการที่ระบบทางเดินอาหารมีการทำงานผิดปกติจากตัวโรคมะเร็ง ผลข้างเคียงจากการรักษาและยา อาหารบางอย่างที่รับประทาน ซึ่งส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบาย มีลักษณะอาการแน่นท้อง ท้องอืด อาหารไม่ย่อย (สุรียพร ธนศิลป์และคณะ, 2560)

1.5.5 อาการนอนไม่หลับคือ อาการเริ่มต้นนอนหลับยาก หรือนอนหลับไม่ต่อเนื่องหรือตื่นเช้ากว่าปกติ โดยสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับนั้นเกิดได้จาก 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยนำ เช่น ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ปัจจัยกระตุ้น เช่น อาการต่างๆ ที่เกิดจากปัญหาสุขภาพ ปัจจัยที่ทำให้อาการนอนไม่หลับคงอยู่อย่างถาวร เช่น การขยายเวลานอนหลังจากที่คืนก่อนหน้านอนหลับได้ไม่ดีเพื่อให้นอนหลับได้มากขึ้น การงีบหลับตอนกลางวัน การใช้ยานอนหลับ ความคิดความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับการนอน หากมีอาการนอนไม่หลับแล้วจะทำให้หน้าที่ต่างๆ ของร่างกายไม่ดี จะรู้สึกง่วงเหนื่อยล้า ไม่มีแรง ความจำไม่ดี สมาธิไม่ดีและยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและความผาสุก (สุรียพร ธนศิลป์และคณะ, 2560)

1.6 แนวทางการรักษาโรคมะเร็ง

การรักษาหลักของโรคมะเร็งประกอบด้วย การผ่าตัด รังสีรักษา และการให้เคมีบำบัด

1.6.1 การผ่าตัดเป็นการรักษาก่อนหรือมะเร็งโดยตัดเนื้อเยื่อหรือก้อนที่เกิดขึ้นออกไปจากร่างกายซึ่งวิธีการผ่าตัดจะขึ้นอยู่กับผู้ป่วยและประเภทของมะเร็งเนื่องจากร้อยละ 70 ของมะเร็งชนิด solid tumor จะมีการแพร่กระจายไมโคร (Micrometastasis) ไปยังอวัยวะอื่น ดังนั้นการเลือกวิธีการผ่าตัด แพทย์จะต้องเข้าใจแนวโน้มการรักษาและชนิดของมะเร็งเป็นอย่างดีก่อนตัดสินใจผ่าตัด (ประทุม สร้อยวงค์, 2564)

1.6.2 รังสีรักษา เป็นการใช้คลื่นประเภทที่เรียกว่า “คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า” หรือใช้อนุภาค (Particles) ตัวอย่างคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า เช่น คลื่นวิทยุ ไมโครเวฟ แสงที่มองเห็นรังสีเอกซ์ และรังสีแกมมา เป็นต้น ตัวอย่างอนุภาค เช่น อิเล็กตรอน โปรตอน นิวตรอนเนกาทีฟไพ-มีซอน (Negative pi-mesons) ไอออนหนัก (heavy ion) โดยที่ใช้กันแพร่หลายคือรังสีเอกซ์ รังสีแกมมา และอิเล็กตรอน ซึ่งรังสีเอกซ์จะผลิตจากเครื่อง ส่วนรังสีแกมมาจะผลิตจากกัมมันตรังสี โดยสรุป รังสีรักษาคือการใช้พลังงานต่าง ๆ ทั้งโปรตอน (รังสีเอกซ์ รังสีแกมมา) หรืออนุภาค (อิเล็กตรอน) (ประทุม สร้อยวงค์, 2564)

1.6.3 เคมีบำบัด หลักการรักษาด้วยเคมีบำบัดคือการที่ยาเคมีเข้าไปทำลาย DNA ของเซลล์ด้วยกลไกต่างๆ เช่นทำลาย DNA โดยตรง หรือยับยั้งเอนไซม์ที่เกี่ยวกับการสังเคราะห์ RNA หรือ DNA หรือทั้งสอง และทำลายโครงสร้างของโปรตีนที่จำเป็นของเซลล์ ยาเคมีจะมีผลกับทุกระยะในวงจรเซลล์ ดังนั้นเซลล์ที่แบ่งตัวเร็วจะได้รับผลกระทบมาก ได้แก่ เซลล์มะเร็ง หรือเซลล์ปกติที่แบ่งตัวเร็ว ได้แก่ ไชกระดูก (เกล็ดเลือด เม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว) เซลล์เส้นผม เซลล์เยื่อทางเดินอาหาร เซลล์ผิวหนัง และเซลล์สืบพันธุ์ (ไข่, สเปิร์ม) การที่เซลล์ปกติได้รับผลกระทบจากเคมีบำบัดจะแสดงเป็นการเกิดอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด อย่างไรก็ตามการให้เคมีบำบัดจะมีการวางแผนอย่างดี โดยแบ่งการให้เคมีบำบัดเป็นช่วง (Course หรือ Fractionation) เพื่อให้มีการทำลายเซลล์มะเร็งอย่างมีประสิทธิภาพ และขณะเดียวกันก็ให้โอกาสเซลล์ปกติได้ฟื้นตัว การคำนึงถึงประสิทธิภาพในการทำลายเซลล์มะเร็งจะใช้หลักการให้เคมีบำบัดหลายตัวร่วมกัน (Combination Chemotherapy) ซึ่งจะเห็นว่าในการรักษาโรคมะเร็งแต่ละชนิดจะมีสูตรยาเคมีบำบัดเป็นชุด และการคำนวณปริมาณยาจะมีความเฉพาะในแต่ละบุคคล (ประทุม สร้อยวงค์, 2564)

1.7 ผลกระทบจากโรคมะเร็ง

โรคมะเร็งส่งผลกระทบมากมายต่อผู้ที่เป็นมะเร็งทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตอารมณ์ ด้านจิตวิญญาณ และด้านจิตสังคม การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งยังมีผลกระทบต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวการทำงาน การครองชีวิตคู่ การเข้าสังคม ภาวะเศรษฐกิจ รวมทั้งศักยภาพการดำรงชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้มีผลต่อผู้ที่เป็นมะเร็งทั้งด้าน

ร่างกายและจิตใจก่อให้เกิดความวิตกกังวลรู้สึกท้อแท้และสิ้นหวัง ขาดขวัญและหมดกำลังใจที่จะรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง (เข้มทอง ตรีเนตร ไพบูลย์ และคณะ, 2566) ผลกระทบเหล่านี้ส่งผลต่อผู้ป่วยตั้งแต่แรกที่ได้รับการวินิจฉัยจนกระทั่งเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค ซึ่งผลกระทบมีความแตกต่างกันทั้งจากระยะของโรค ชนิดของโรค การรักษาที่ได้รับ ความเชื่อความศรัทธาที่มี และสภาพแวดล้อม (เข้มทอง ตรีเนตร ไพบูลย์ และคณะ, 2566; สุรีพร ธนศิลป์, 2563)

1.7.1 ผลกระทบด้านร่างกาย

ระบบร่างกายจะถูกกระทบและปรวนแปรจากโรคมะเร็งและจากอาการข้างเคียงของการรักษา เช่น ยาเคมีบำบัด หรือรังสีรักษา ทำให้เกิดความไม่สบายและความทุกข์ทรมานจากอาการต่าง ๆ รุนแรงมากขึ้น และการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง รวมถึงการนอนไม่หลับ และคุณภาพชีวิตลดลง และอาการปวดในระหว่างวันโดยพบอาการทางร่างกายขึ้นกับชนิดของมะเร็ง และการแพร่กระจายของโลกว่าไปยังอวัยวะใด ซึ่งอาการที่พบได้เกือบทุกราย ได้แก่ อาการอ่อนล้า นอกจากนี้ยังพบอาการปวด อาการหายใจลำบาก ความอยากอาหารลดลง น้ำหนักลด คลื่นไส้ อาเจียน ปัญหาเกี่ยวกับช่องปากและอาการท้องผูก เป็นต้น (เข้มทอง ตรีเนตร ไพบูลย์ และคณะ, 2566; สุรีพร ธนศิลป์, 2563)

1.7.2 ผลกระทบด้านจิตอารมณ์และสังคม

ผู้ที่เป็นมะเร็งทุกคนเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าตนเองเป็นโรคนั้นจะทำทุกวิถีทางเพื่อให้ตนเองได้รับการรักษาที่ดี มีความหวังในการหายจากโรค หรือหวังให้มีชีวิตอยู่ได้นานที่สุด โดยยอมใช้จ่ายเงินเป็นจำนวนมหาศาล เพื่อการรักษาเพื่อยืดชีวิตให้นานที่สุด

เมื่อบุคคลเกิดเจ็บป่วยก็จะส่งผลกระทบต่อบทบาททางสังคมของบุคคลนั้น โดยเฉพาะบทบาทในครอบครัวและบทบาทในที่ทำงาน ต้องเปลี่ยนเป็นภาวะพึ่งพาสมาชิกในครอบครัว ทำให้ผู้ป่วย รู้สึกหงุดหงิดได้ง่าย ดังนั้นผู้ดูแลส่วนใหญ่มักเป็นผู้ดูแลในครอบครัวก็จะรับภาระทั้งการดูแลผู้ป่วยและรับบทบาทในครอบครัวแทน หากผู้ที่เป็นมะเร็งมีอาการรุนแรงจะยิ่งส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดได้ง่ายยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังมีผลกระทบด้านการเงินเนื่องจากผู้ที่เป็นมะเร็งและครอบครัวใช้จ่ายเงินมากมายสำหรับการรักษาในช่วงที่เริ่มเป็นโรคและช่วงรับการรักษา ร่วมกับการไม่สามารถหารายได้เพิ่มจากอาการของโรค และค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ รวมถึงค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่โรงพยาบาลหรือพาผู้ป่วยไปพบแพทย์อีกด้วย (เข้มทอง ตรีเนตร ไพบูลย์ และคณะ, 2566; สุรีพร ธนศิลป์, 2563)

1.7.3 ผลกระทบด้านจิตวิญญาณ

จิตวิญญาณ หมายถึงสิ่งยึดเหนี่ยวของชีวิตที่ครอบคลุมในเรื่องการให้ความหมายของชีวิต และความเชื่อในสิ่งที่ไม่มีชีวิต เช่นความเชื่อในพระเจ้า ซึ่งแต่ละบุคคลให้ความสำคัญไม่เหมือนกัน บางคนอาจให้ความสำคัญกับครอบครัว บางคนอาจยึดเอาศาสนา บางคน

อาจยึดถือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ บางคนอาจยึดถือสิ่งดั่งามอื่นเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ เช่น บุคคลสำคัญ ๆ ของชาติ หรือของโลก หรือความดี โดยภาวะจิตวิญญาณถือเป็นปัจจัยทางบวกที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ที่เป็นมะเร็งกับโลกเพื่อลดความทุกข์ทรมานของผู้ที่เป็นมะเร็งหรือพวกเพื่อช่วยสร้างความหวังของผู้ที่เป็นมะเร็งกับการรักษา

ผู้ที่เป็นมะเร็งเกิดความทุกข์ทรมานทางจิตวิญญาณหรือภาวะกดดันทางจิตวิญญาณตั้งแต่ระยะแรกของการวินิจฉัย การเจ็บป่วยด้วย โรคมะเร็งเป็นปัญหาที่นำความทุกข์ทรมานทั้งทางด้าน ร่างกายและจิตใจมาสู่ผู้ที่เป็นมะเร็งและครอบครัวเนื่องจากผู้ที่เป็นมะเร็งจะต้องทุกข์ทรมานกับความเจ็บปวดของโรคมะเร็ง ที่มีความรุนแรงมากขึ้น ทั้งจากอาการและอาการแสดง ของโรครที่มีความก้าวหน้าอย่างรวดเร็วความรู้สึกดังกล่าวจะมากขึ้นเมื่ออาการของโรคมะเร็งรุนแรงหรือลุกลาม ดังนั้นการดูแลด้านจิตวิญญาณจึงเป็นเรื่องสำคัญเนื่องจากความทุกข์ทรมานทางด้านจิตวิญญาณที่ผู้ที่เป็นมะเร็งต้องเผชิญเป็นเรื่องยิ่งใหญ่สำหรับผู้ที่เป็นมะเร็งและความผาสุกด้านจิตวิญญาณจะช่วยป้องกันความสิ้นหวังในชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็ง (เข็มทอง ตรีเนตร ไพบูลย์ และคณะ, 2566; สุรีพร ธนศิลป์, 2563)

1.8 การพยาบาลผู้ที่เป็นมะเร็ง

บทบาทพยาบาลต่อการดูแลผู้ที่เป็นโรคมะเร็ง มีอยู่ 6 ระยะหลักตามลำดับ (ประทุม สร้อยวงค์, 2564) ดังนี้

1.8.1 ระยะป้องกันโรคมะเร็ง ทำได้ด้วยการให้ความรู้กับประชาชนและกลุ่มเสี่ยงเพื่อเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็ง เช่น เลี่ยงบุหรี่ เลี่ยงอาหารที่ส่งเสริมโรคมะเร็ง เช่นอาหารปิ้งย่าง อาหารที่มีอัลฟาที่อกซิน-ถั่วลิสงเก่าที่มีเชื้อราชนิดนี้ เป็นต้น การออกกำลังกายสม่ำเสมอ เลี่ยงแสงแดดจัด เลี่ยงสัมผัสไวรัส เลี่ยงแอลกอฮอล์ รวมทั้งการให้เคมีบำบัดเพื่อป้องกัน (Chemoprevention) CHULALONGKORN UNIVERSITY

1.8.2 ระยะตรวจพบความผิดปกติตั้งแต่ระยะแรก (Early Detection) โดยการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การให้ข้อมูลอาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งในระยะเริ่มต้น มีความสำคัญเพื่อจะให้ประชาชนมาพบแพทย์เพื่อยืนยันตั้งแต่ระยะแรก

1.8.3 ระยะวินิจฉัยโรค ระยะนี้การให้คำปรึกษามีความจำเป็น ผู้ที่เป็นมะเร็งและครอบครัวควรจะทราบระยะของโรคมะเร็ง และควรมีการให้คำปรึกษาเพื่อการตัดสินใจเกี่ยวกับวิธีการรักษา

1.8.4 ระยะรักษา ในช่วงนี้ผู้ที่เป็นมะเร็งต้องเผชิญรูปแบบการรักษา เช่นการผ่าตัด การให้เคมีบำบัด รังสีรักษาและอื่นๆ ซึ่งต้องเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ผู้ที่เป็นมะเร็งจะได้รับก่อนการรักษา รวมทั้งได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงจากการรักษาที่อาจเกิดขึ้น และการดูแลตนเอง

เมื่อเกิดอาการข้างเคียงต่างๆ หรือมีความรู้ว่าอาการใดต้องรีบมาพบแพทย์ ระยะเวลาที่พยาบาลควรวางแผนและสนับสนุนด้านจิตใจกับผู้ป่วยและครอบครัว

1.8.5 ระยะเวลาชีวิต ในการรอดชีวิตระยะยาวควรมีการวางแผนให้ผู้ที่ เป็นมะเร็งมาตรวจตามนัดหลังการรักษาครบ ผู้ที่เป็นมะเร็งควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นในระยะยาว พยาบาลควรวางแผนการฟื้นฟูสภาพให้สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามความสามารถ ส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัว และส่งเสริมสุขภาพให้ถึงขีดสูงสุดตามศักยภาพของผู้ที่เป็นมะเร็ง

1.8.6 ระยะเวลาสุดท้ายของชีวิต ในระยะสุดท้ายของชีวิตเมื่อโรคมะเร็งมีความก้าวหน้าและแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นๆ จำเป็นที่ผู้ที่ เป็นมะเร็งจะต้องได้รับการดูแล ผู้ที่เป็นมะเร็งมักจะมีคุณภาพชีวิตที่ลดลงจากการลุกลามโรค จึงจำเป็นที่ จะได้รับการดูแลในระยะท้ายของชีวิต โดยมุ่งเน้นการบรรเทาอาการทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยและมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็งและครอบครัวผู้ดูแลในช่วงเวลาที่เหลืออยู่อย่างมีคุณภาพที่สุด โดยเฉพาะผู้ที่ เป็นมะเร็งที่เข้าสู่ระยะท้าย พยาบาลจึงมีบทบาทให้การพยาบาลแบบประคับประคอง วางแผนและจัดการกับประเด็นทางจิตวิญญาณ (เข้มทอง ตรีเนตร ไพบูลย์ และคณะ, 2566; ประทุม สร้อยวงค์, 2564)

1.8.7 การพยาบาลผู้ที่ เป็นมะเร็งที่มีภาวะขาดสารอาหารและพลังงานเพื่อให้ผู้ที่ เป็นมะเร็งมีภาวะโภชนาการที่ดี มีรายละเอียดดังนี้

1.8.7.1 ประเมินภาวะโภชนาการผู้ที่ เป็นมะเร็งเพื่อประเมินภาวะขาดสารอาหาร อาการ อาการแสดงของภาวะขาดสารอาหารและพลังงานทุกวันอย่างสม่ำเสมอโดยพยาบาลจะต้องคัดกรองภาวะโภชนาการ โดยการสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานอาหารจากผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติที่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคมะเร็ง รวมทั้งใช้เครื่องมือคัดกรองภาวะทุพโภชนาการการดูแลผู้ที่ เป็นมะเร็งด้านโภชนาการซึ่งมีด้วยกันหลากหลายวิธี วิธีที่พยาบาลสามารถทำได้ เช่น การให้คำแนะนำหรือคำปรึกษาทางโภชนาการ การส่งตัวผู้ที่ เป็นมะเร็งให้นักโภชนาการดูแลทางด้านโภชนาการ (จินตนา สุวิทวัส, 2564; อาทิตย์ กระจุกฤทธิ์, 2563)

1.8.7.2 พยาบาลควรดูแลให้ผู้ที่ เป็นมะเร็งได้รับสารอาหารโปรตีนสูงพลังงานสูง และน้ำอย่างเพียงพอ โดยคำนวณความต้องการพลังงานที่ควรได้รับจริงของผู้ที่เป็นมะเร็งต่อวัน ซึ่งเป็นพลังงานที่ร่างกายผู้ที่ เป็นมะเร็งต้องการใช้ต่อวัน ผู้ที่เป็นมะเร็งจะมีความต้องการโปรตีนเพิ่มมากกว่าคนปกติ จึงควรหมั่นดูแลให้รับประทานอาหารจำพวกเนื้อสัตว์อย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากเนื้อสัตว์มักเต็มไปด้วยโปรตีน โดยเฉพาะในกลุ่มจำพวกเนื้อปลา เนื้อไก่ เนื้อหมู ไข่ นมชนิดต่าง ๆ และถั่วเมล็ดแห้ง เป็นต้น (Rock et al., 2022; จินตนา สุวิทวัส, 2564)

1.8.7.3 พยาบาลดูแลให้ผู้ที่ เป็นมะเร็งได้รับพลังงานและสารอาหารเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย โดยแบ่งอาหารที่จะจัดให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งรับประทานออกเป็น

หลายมือ ได้แก่ มือเช้า มือว่างเช้า มือเที่ยง มือว่างบ่าย มือเย็น และมือก่อนนอน อาหารที่จัดให้ผู้ที่ เป็นมะเร็งรับประทานต้องไม่มีกลิ่นฉุน และพยาบาลควรดูแลให้ผู้ที่ เป็นมะเร็งทำความสะอาดช่องปาก ก่อนรับประทานอาหาร ผู้ที่เป็นมะเร็งจำเป็นต้องได้พลังงานจากอาหารต่อวันมากขึ้นกว่าคนทั่วไป พลังงานที่แนะนำสำหรับผู้ที่เป็นมะเร็งขึ้นอยู่กับน้ำหนักและภาวะอาการของผู้ที่เป็นมะเร็งเป็นใน ขณะนั้น หากจะกล่าวโดยรวมควรได้รับพลังงานประมาณ 1600-2000 กิโลแคลอรีต่อวัน จากอาหาร หลักรวมตัวต่างๆ เพื่อให้ได้สารอาหาร ได้แก่ โปรตีน คาร์โบไฮเดรต และไขมัน โดยมีการกระจาย สัดส่วนที่เหมาะสม (Rock et al., 2022; จินตนา สุวิทวัส, 2564)

1.8.7.4 พยาบาลดูแลให้ผู้ที่ เป็นมะเร็งหลังผ่าตัดได้เริ่มรับประทานอาหาร ให้เร็วที่สุด โดยการกระตุ้นให้ผู้ที่ เป็นมะเร็งหลังผ่าตัดเคลื่อนไหวร่างกาย โดยการลุกนั่งและเดินให้เร็ว ที่สุด เพื่อกระตุ้นให้ระบบทางเดินอาหารผู้ป่วยโรคมะเร็งกลับมาทำงาน และประเมินการกลับมา ทำงานของระบบทางเดินอาหารของผู้ที่เป็นมะเร็งเพราะหลังผ่าตัดร่างกายจำเป็นต้องการพลังงาน และโปรตีนสูง เพื่อการสมานของแผลและการฟื้นตัว (Rock et al., 2022; จินตนา สุวิทวัส, 2564)

1.8.7.5 พยาบาลควรคำนึงถึงความเชื่อในเรื่องการบริโภคเนื้อสัตว์ของผู้ที่ เป็นมะเร็ง โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคเนื้อสัตว์ที่ถูกต้องแก่ผู้ที่ เป็นมะเร็ง อาหารเป็นสิ่ง สำคัญสำหรับทุกคน แต่สำหรับผู้ที่เป็นมะเร็งอาหารมีความจำเป็นอย่างมาก ดังนั้นเพื่อให้ผู้ที่ เป็น มะเร็งมีภาวะโภชนาการที่ดีพยาบาลจึงต้องส่งเสริมให้ได้รับสารอาหารที่เพียงพอโดยคำนึงถึงความเชื่อ ในเรื่องการบริโภค และส่งเสริมความเชื่อที่เหมาะสมด้านโภชนาการของผู้ที่เป็นมะเร็ง (Rock et al., 2022; จินตนา สุวิทวัส, 2564)

กล่าวโดยสรุป โรคมะเร็งส่งผลกระทบต่อมากมายกับผู้ที่เป็นมะเร็ง ทั้งทางด้านร่างกาย ด้าน จิตใจ ด้านจิตวิญญาณและสังคม ซึ่งผลกระทบดังกล่าวนี้จะทำให้ผู้ที่ เป็นมะเร็งเกิดความทุกข์ทรมาน ทั้งกายและใจ การดำเนินชีวิตประจำวันเปลี่ยนแปลง และคุณภาพชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป และสิ่ง สำคัญที่เกิดทางด้านจิตใจนั้น คือความวิตกกังวลในเรื่องต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของตนเอง ครอบครัว ภาระหน้าที่การงาน รวมไปถึงโรคที่เป็น ซึ่งผู้ที่ เป็นมะเร็งอาจมีการจินตนาการหวาดกลัวต่อโรคมะเร็ง ที่รักษาไม่หายขาด นำไปสู่ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ดังนั้นพยาบาลมีบทบาทสำคัญที่จะช่วย ให้ผู้ที่ เป็นมะเร็งลดความทุกข์ทรมานทางกายและใจต่างๆเหล่านี้

2. แนวคิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง

2.1 ความหมายของความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย

จิตใจของมนุษย์คนเต็มไปด้วยความกลัว แต่ความกลัวได้ก็ตามที่มนุษย์ทุกคนเผชิญอยู่ ก็ยังไม่ มีอะไรที่มนุษย์กลัวเท่ากับความตายไปได้ เหตุที่มนุษย์กลัวตายมากที่สุดนั้นเป็นเพราะว่า ความตาย ทำลายสิ่งที่มนุษย์หวงแหนและรักมากที่สุด นั่นคือการมีชีวิต มีอัตภาพ มีตัวตน ซึ่งการได้มีชีวิต มี

ตัวตนจะนำไปสู่ความสุขอย่างอื่นมากมายไม่รู้จบ เช่น ได้อยู่กับคนรัก เสพสุขในสิ่งที่ชอบ ได้กินอาหารดี ๆ ได้ดูหนังที่อยากดู ได้ครอบครองสิ่งที่ต้องการ ได้เป็นที่ยอมรับ เป็นที่รักใคร่ เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้ต้องสูญเสียหายไปเมื่อความตายมาถึง มนุษย์มีความยึดมั่นถือมั่นกับสิ่งต่าง ๆ ที่กล่าวมานี้ และต้องการที่จะยึดไว้กับตนเองให้นานที่สุด ไม่อยากพรากจากไป เพราะมนุษย์มองความตายเป็นสิ่งที่ทำลายชีวิต ทำลายความสุข ทุกคนจึงพยายามดิ้นรนหนีความตายและเห็นความตายเป็นสิ่งที่น่ากลัว (ศักดิ์สิทธิ์ พันธ์สุตย์, 2556)

Conte et al. (1982) กล่าวถึงความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายว่าเป็นความรู้สึกกังวลหวาดกลัว เมื่อนึกถึงความตาย โดยแบ่งความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความหวาดกลัวความไม่รู้ 2) ด้านความหวาดกลัวความทรمان 3) ด้านความหวาดกลัวความเดียวดาย และ 4) ด้านความหวาดกลัวการดับสิ้นชีวิต

Cicirelli (2006) กล่าวว่าความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย หมายถึง ความหวาดกลัวในจุดเริ่มต้นของการสูญเสียในจิตวิญญาณแห่งความเป็นมนุษย์

Jani, Molaee, JANGI, and Pouresmali (2014) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายคือความกลัวตายที่คงอยู่ ไร้เหตุผล และผิดปกติ

Dadfar, Lester, Abdel-Khalek, and Ron (2021) กล่าวว่า คือการตระหนักรู้ถึงความ เป็นจริงที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ของความตายและความขัดแย้งกับความปรารถนาอย่างแรงกล้าในการเอาชีวิตรอดอาจทำให้เกิดความกลัวอย่างรุนแรงในบุคคล

วรสิทธิ์ดา จารุจินดา (2561) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายเป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งที่ไม่เห็นชัดเจน เป็นนามธรรมบางครั้งเกิดความกังวลล่วงหน้าก่อนสิ่งนั้นจะเกิดขึ้น ซึ่งเป็นปฏิกิริยาทางธรรมชาติที่บุคคลตั้งใจ หรือคาดการณ์ต่อความตายของตนเอง ความคิดเรื่องการไม่มีชีวิตอยู่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล และประกอบด้วยความกลัวหลาย ๆ เช่น กลัวความไม่สุขสบาย กลัวความเจ็บปวด กลัวความไม่มีตัวตนอยู่ กลัวผลลัพธ์ของความตาย กลัวการพลัดพราก และการสูญเสียคนรัก สภาพจิตสังคมที่ปรากฏในกระบวนการภาวะใกล้ตาย

โดยสรุป ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายหมายถึงความรู้สึกกังวลหวาดกลัว เมื่อนึกถึงความตาย โดยแบ่งความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความหวาดกลัวความไม่รู้ 2) ด้านความหวาดกลัวความทรมาน 3) ด้านความหวาดกลัวความเดียวดาย และ 4) ด้านความหวาดกลัวการดับสิ้นชีวิต

2.2 มิติของความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย

จากทฤษฎีการจัดการความหวาดกลัว (TMT) ซึ่งให้เห็นว่าความวิตกกังวลความตายเป็นความกลัวพื้นฐานของมนุษย์ที่เกี่ยวข้องกับความตาย (โดยตระหนักรู้ว่าการเสียชีวิตเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้) ซึ่งแตกต่างจากความวิตกกังวลทั่วไปที่เกิดจากความวิตกกังวลมากเกินไปเกี่ยวกับ

ปัญหาในทางปฏิบัติในชีวิตประจำวัน (Burke, Martens, & Faucher, 2010) ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายเริ่มต้นขึ้นเมื่อบุคคลเสียชีวิตหรือคนใกล้ชิดเสียชีวิต ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นที่ก่อให้เกิดประเด็นสำคัญ หรือเมื่อได้พบกับการตายกะทันหันของบุคคลอื่น ๆ ซึ่งองค์ประกอบต่อความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย คือ ความเสียใจในอดีต ความเสียใจที่เกี่ยวข้องกับอนาคต และวิธีคิดเกี่ยวกับความตายส่วนบุคคล (Wong, 2013)

Conte et al. (1982) แบ่งองค์ประกอบความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายด้วยความกลัวเกี่ยวกับความตาย เป็น 4 ด้าน ดังต่อไปนี้

1. กลัวความไม่รู้ (Fear of unknown) หมายถึง การกลัวที่เกิดจากความไม่คุ้นเคยกับการเผชิญหน้ากับความตาย ทำให้รู้สึกไม่สุขสบายใจ กลัวการพลัดพราก กลัวการสูญเสียชีวิต กลัวภาระหลังความตาย

2. กลัวความทรมาน (Fear of suffering) หมายถึง การกลัวการเจ็บปวด กลัวความทุกข์ทรมานที่ต้องเผชิญกับกระบวนการตาย จากระยะเวลาเผชิญกระบวนการตายที่ยาวนาน

3. กลัวความเดียวดาย (Fear of loneliness) หมายถึง การกลัวการต้องอยู่เพียงลำพังในขณะที่กำลังเสียชีวิต โดยไม่มีบุคคลใกล้ชิด หรือคนรู้จักอยู่รายรอบ

4. กลัวการดับสิ้นชีวิต (Fear of extinction) หมายถึง การกลัวว่าความตายที่เกิดขึ้นไม่ใช่ความตายที่เป็นจริง การตายนั้นทำให้ตนเองไม่สามารถทำในสิ่งที่ยังติดค้างอยู่ได้ และตายโดยปราศจากการจดจำ (Conte et al., 1982)

Lonetto (1986) กล่าวว่าความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายมักมีองค์ประกอบของการถูกทำลายล้างความกลัวการพลัดพราก องค์ประกอบความกลัวตายของมนุษย์ 4 ประการ โดยมีหลักพิจารณาที่กระบวนการใกล้ตาย ความตายที่แท้จริงของตนเอง ความคิดเกี่ยวกับชีวิตหลังความตายและการถูกห้อมล้อมด้วยบรรยากาศของความตาย สามารถแยกองค์ประกอบของความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายได้ 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านความคิด ความรู้สึก (cognitive affective) การมีความคิดและความรู้สึกวิตกกังวลต่อความตาย ภาวะใกล้ตาย ความรู้สึกหวาดกลัว เมื่อมีการพูดถึงการตาย กลัวความตาย และผลของความตายเกิดความหวั่นวิตก เมื่อคิดถึงชีวิตภายหลังความตายและอนาคต (Lonetto, 1986; วรวิธิตา จารุจินดา, 2561)

2. ด้านการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (physical alterations) มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่อาจเกิดขึ้นจริงหรือคาดว่าจะเกิดขึ้น อันเนื่องมาจากภาวะใกล้ตายและการตาย เช่น การผ่าตัด ภาวะสุขภาพ กลัวการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายเนื่องจากอาการเจ็บหนัก หรือการเข้าสู่ภาวะใกล้ตาย (Lonetto, 1986; วรวิธิตา จารุจินดา, 2561)

3. ด้านการตระหนักรู้เรื่องเวลา (awareness of time) การตระหนักรู้

เรื่องเวลาที่ผ่านไปของช่วงระหว่างการเกิดจนกระทั่งเข้าสู่ความตาย กลัวเวลาจะผ่านไปอย่างรวดเร็ว กลัวอายุสั้น (Lonetto, 1986; วรวิฑิตา จารุจินดา, 2561)

4. ด้านสภาพการณ์ก่อให้เกิดความเครียดและความเจ็บปวด (stressors and pain) ความวิตกกังวลอันเนื่องมาจากความเจ็บปวดและสภาพที่ถูกบีบคั้นที่ก่อให้เกิดความเครียดที่เกิดขึ้นจริงหรือคาดว่าจะเกิด เนื่องมาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง กลัวจะมีอาการหัวใจวายกะทันหัน รู้สึกหวาดกลัว (Lonetto, 1986; วรวิฑิตา จารุจินดา, 2561)

โดยสรุป ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายมีองค์ประกอบแบ่งเป็น 4 ด้านได้แก่ ด้านความหวาดกลัวความไม่รู้ 2) ด้านความหวาดกลัวความทรมาณ 3) ด้านความหวาดกลัวความเดียวดาย และ 4) ด้านความหวาดกลัวการดับสิ้นชีวิต

2.3 ผลกระทบของความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย

การที่ต้องเผชิญกับความตายที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ โดยเฉพาะในผู้ที่เป็นมะเร็งทำให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ซึ่งเป็นกลไกพื้นฐานทางจิตใจของมนุษย์ เป็นตัวการสำคัญที่ทำให้เกิดการแสดงออกด้านอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยแสดงการปฏิเสธความตาย กลัวความตายของตนเองและบุคคลอื่น หลีกเลี่ยงความตายและความลำบากใจในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลที่ใกล้เสียชีวิต (Conte et al., 1982)

ผลกระทบความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง คือบุคคลที่เป็นมะเร็งส่วนใหญ่มักไม่ยอมรับความตาย และเมื่อถึงวาระใกล้เสียชีวิตจะยังทำใจไม่ได้ อันเนื่องมาจากความหวาดกลัวต่อความตาย กลัวที่จะเสียชีวิตอย่างโดดเดี่ยวอ้างว้าง มีความรู้สึกพลัดพรากจากสิ่งที่รัก กลัวความเจ็บปวดในขณะที่กำลังเสียชีวิต รวมไปถึงรู้สึกกลัวสิ่งที่รออยู่เบื้องหน้าหลังจากเสียชีวิต ซึ่งเมื่อเกิดความคิดหรือความรู้สึกดังกล่าวปฏิกิริยาที่ตอบสนองคือ การไม่ยอมรับ พยายามหลีกเลี่ยงหรือผลักไส ไม่สนใจใฝ่รู้เกี่ยวกับเรื่องความตาย และเมื่อใดก็ตามที่ความตายก้าวเข้ามาใกล้ตัวก็จะเกิดความทุกข์ใจมากยิ่งขึ้น (ชมพูนุท พงษ์ศิริ, 2561) ซึ่งความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย นั้นเป็นสภาวะทางจิตที่มีลักษณะวิตกกังวลต่อความตาย อันเนื่องมาจากการรับรู้ว่าคุณค่าความตายเป็นสิ่งใกล้ชิดตนมาก ไม่สามารถหลบหลีกได้ ซึ่งประกอบไปด้วยความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย กลัวการสูญเสียร่างกาย ความวิตกกังวลเกี่ยวกับเวลาที่ผ่านมาอย่างรวดเร็ว กลัวความเจ็บปวดทุกข์ทรมาณ กลัวความตายอย่างโดดเดี่ยว ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายนั่นถือเป็นพื้นฐานของความวิตกกังวลทั้งปวงของ มนุษย์ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายสามารถแยกได้อย่างชัดเจนจากความวิตกกังวลทั่ว ๆ ไป (วรวิฑิตา จารุจินดา, 2561)

มะลิวรรณ กระโพธิ์ (2561) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็งระยะลุกลาม จำนวน 212 ราย ผลการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับการยอมรับความตายอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.61$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Durlak and Kass (1982) และ Harding et al. (2005) ที่พบว่า ผู้ที่มีระดับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายสูงจะมีการยอมรับความตายน้อย กล่าวคือความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายนี้อาจมีความสัมพันธ์ทางลบกับการยอมรับความตายนั่นหมายความว่า ผู้ที่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายสูงจะยอมรับความตายได้น้อย

2.4 การประเมินความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย

การประเมินความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย การประเมินความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องสามารถสรุปได้ดังนี้

2.4.1 Templer Death Anxiety Scale (TDAS) (Templer, 1970) เป็น เครื่องมือวัดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายที่นิยมนำมาใช้มากที่สุด และได้รับการแปลมากกว่า 15 ภาษา (Royal & Elahi, 2011) แบบสอบถามนี้ได้ถูกนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างหลากหลาย รวมถึง ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม 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, and Li (2016) ได้นำแบบสอบถามชุดนี้มาแปลเป็นภาษาจีนและนำไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่จำนวน 50 คนและได้ตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถามนี้โดยรายงานค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .81 และตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Validity) พบว่าอยู่ในระดับสูง

2.4.2 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 แบบสอบถามนี้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยหาค่าความเที่ยงภายนอกรายงานค่า สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคด้านการรับรู้ความตายของตนเองเท่ากับ .91 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคด้านการรับรู้ความตายของผู้อื่นเท่ากับ .89 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคด้านการรับรู้ภาวะใกล้ตายของตนเองเท่ากับ .72 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคด้านการรับรู้ ภาวะใกล้ตายของผู้อื่นเท่ากับ .87 และได้ทำการหาความเที่ยงด้วยวิธีการสอบซ้ำ (Test-retest) ภายในระยะเวลาห่างกัน 2 วัน รายงานค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคด้านการรับรู้ความตายของตนเองเท่ากับ .85 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคด้านการรับรู้ความตายของผู้อื่น เท่ากับ .79 ค่าสัมประสิทธิ์

แอลฟาของครอนบาคด้านการรับรู้ภาวะใกล้ตายของตนเองเท่ากับ .86 และ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคด้านการรับรู้ภาวะใกล้ตายของผู้อื่นเท่ากับ .83 (Lester, 1994)

2.4.3 The Death Anxiety Questionnaire (DAQ) Conte et al. (1982)

แบบสอบถามชุดนี้ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความหวาดกลัว ความไม่รู้ 2) ด้านความหวาดกลัวความทรมาณ 3) ด้านความหวาดกลัวความเดียวดาย และ 4) ด้านความหวาดกลัวการดับสิ้นชีวิต มีลักษณะเป็นแบบมาตราวัด 3 ระดับ (Rating scales) ในแต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 – 2 คะแนน ไม่กังวล (0) ถึง กังวลมาก (2) รวมมีค่าคะแนน 0 – 30 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายมาก แบบสอบถามชุดนี้ผ่านการตรวจสอบ คุณภาพของเครื่องมือโดยการนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างในระยะแรกเป็นนักศึกษาของวิทยาลัยจำนวน 100 คน โดยรายงานค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยวิธี Split-half เท่ากับ .76 และในระยะที่ 2 ศึกษาความสอดคล้องภายในของเครื่องมือโดยทดลองใช้กับนักศึกษาของวิทยาลัยจำนวน 230 คน รายงานความค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ .83 และได้ทำการหาความเที่ยงด้วยวิธีการสอบซ้ำ (Test-retest) ภายในระยะเวลาห่างกัน 2 สัปดาห์ โดยนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ เท่ากับ .87 แบบสอบถามชุดนี้ถูกนำไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามโดย Sherman, Norman, and McSherry (2010) โดยนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจำนวน 38 คน และได้ตรวจสอบความตรงตาม เนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และหาความเที่ยงโดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของค่าครอนบาคได้ เท่ากับ .82

สรุป ในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำ The Death Anxiety Questionnaire (DAQ) ของ Conte et al. (1982) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยของคุณ มะลิวรรณ กระโพธิ์ (2561a) มาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากเป็นฉบับที่ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม โดยการหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหารายข้อ (Content Validity Index for item: I-CVI) เท่ากับ .96 ซึ่ง I-CVI มากกว่าหรือเท่ากับ 0.8 (Polit, Beck, & Owen, 2007) ถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี อีกทั้งผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามซึ่งคุณสมบัติตรงกับการศึกษาในครั้งนี้คือกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้เท่ากับ .86 (มะลิวรรณ กระโพธิ์, 2561a)

2.5 ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง

ความจริงที่ว่ามนุษย์ทุกคนต้องเผชิญกับความตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้อาจทำให้เกิดความกลัวและความวิตกกังวลอย่างมาก (Valikhani, Sarafraz, & Moghimi, 2018) ความรู้สึกวิตกกังวลต่อความตายเกิดขึ้นกับเมื่อคนเราเกิดความเจ็บป่วยโดยเฉพาะผู้ที่เป็นมะเร็งระยะสุดท้าย (The end of life patients) (Bahrami, Moradi, Soleimani, Kalantari, & Hosseini, 2013) ซึ่งมี

ภาวะเจ็บป่วยอยู่ในระยะลุกลาม ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ มีเวลาของการมีชีวิตอยู่อย่างจำกัด (ประมาณ 6 เดือน) หรืออยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต นั้นเป็นสถานการณ์ที่คุกคามต่อผู้ป่วยอย่างยิ่ง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าตนเองหมดหนทาง ถูกทอดทิ้ง เกิดความไม่มั่นใจ รู้ว่าตนเองจะมีอันตราย เกิดความวิตกกังวลขึ้น และไม่สามารถแยกออกจากความกลัวได้ ความรู้สึกเช่นนี้ จะทำให้ระบบประสาทและร่างกายตื่นตัว ระบบประสาทอัตโนมัติถูกกระตุ้นมีปฏิกิริยาเตรียมพร้อมที่จะต่อสู้ (fight) หรือถอยหนี (flight) ซึ่งเป็นปฏิกิริยาตอบสนองทางสรีระต่อภาวะวิตกกังวล รวมทั้งความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายด้วย เพราะความวิตกกังวลต่อความตายเป็นรากของความวิตกกังวลทั้งหมด และในผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้น ผลของความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายที่เผชิญนั้นไม่ว่าจะเป็นเกิดขึ้นจริงหรือจากจินตนาการก็ตาม จะส่งผลต่อผู้ที่เป็นมะเร็งทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และพฤติกรรม จากที่กล่าวมาจะเห็นว่าได้สัณฐานของมนุษย์ทุกคนที่ปฏิเสธความตาย แสดงออกโดยการหลีกเลี่ยงที่จะพูดถึงความตาย ความรู้สึกต่อสภาพความตาย เช่น ความเจ็บปวด ความทรมาน ความว้าเหว การถูกทอดทิ้ง ความรู้สึกผิด ซึ่งความรู้สึกในด้านลบต่อความตายนี้ทำให้บุคคลพยายามที่จะหนีภาวะใกล้ตาย ส่วนบุคคลที่มีความรู้สึกด้านบวกต่อความตายจะสามารถยอมรับความตายโดยสงบ อย่างไรก็ตามความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของบุคคลจะมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับ เพศ อายุ ความเชื่อด้านศาสนา ระดับการศึกษา ภาวะสุขภาพ ประสบการณ์เกี่ยวกับความตาย ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล (วริทธิ์ตา จารุจินดา, 2561)

2.6 บทบาทพยาบาลกับการจัดการความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในผู้ที่เป็นมะเร็ง

ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในผู้ที่เป็นมะเร็งมีหลายปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้อง ดังนั้นการจัดการกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย พยาบาลต้องใช้กระบวนการพยาบาลในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อประเมินปัญหา และวางแผนดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งเพื่อจัดการความวิตกกังวลให้ได้ อย่างครอบคลุมทุกปัจจัย ได้แก่

2.6.1 การดูแลด้านร่างกาย

ปัญหาทางกายที่พบบ่อยและต้องการการดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง ได้แก่ ความปวด หายใจ ลำบาก อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก นอนไม่หลับ และอาการสับสน ผู้ป่วยบางคนอาจมีปัญหทางกายหลายอย่างร่วมกัน (สุวรรณ กุรัตน และคณะ, 2556) ซึ่งหากผู้ที่เป็นมะเร็งมีอาการทางกายที่รุนแรงมากจะยิ่งส่งผลต่อความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายได้ พยาบาลมีความเกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือผู้ที่เป็นมะเร็งและญาติในการตัดสินใจ ถึงแนวทางการดูแลและบำบัดอาการทางกายต่างๆ ซึ่งผู้ที่เป็นมะเร็งและญาติควรได้รับการอธิบายให้เข้าใจ มีความเห็นและยอมรับร่วมกันโดยมีความเชื่อมโยงกับลักษณะทางวัฒนธรรม ศีลธรรม และจริยธรรมของผู้ที่เป็นมะเร็งและผู้ให้การรักษานบนพื้นฐานของสังคมและกฎหมายของระบบสาธารณสุขที่มี ทั้งนี้แนวทางปฏิบัติเป็นไปในลักษณะที่จริงใจและมั่นใจเป็นที่ยอมรับของสังคม และเป็นการตัดสินใจ

ร่วมกันบนความสัมพันธ์ที่ตระหนักรู้ระหว่างแพทย์หรือผู้ให้การดูแลกับผู้ที่เป็นมะเร็งหรือญาติ เพื่อให้มีการใช้เทคโนโลยีหรือเครื่องมือทางการแพทย์ในการช่วยเหลืออย่างเหมาะสม (สุวคนธ์ กุรัตน และคณะ, 2556)

2.6.2 การดูแลด้านจิตใจ (Psychological) สิ่งสำหรับผู้ที่เป็นมะเร็งต้องเผชิญคือ ความกลัวต่อสิ่งต่างๆ ดังนี้ ความกลัวต่อความเจ็บปวด กลัวความตายจากบุคคลอันเป็นที่รัก เกิดความท้อแท้ หมดหวัง สิ้นหวัง หมดกำลังใจในการมีชีวิตอยู่ต่อ มีสิ่งที่ค้างคาใจบางสิ่ง ยังไม่หมดหวัง บางสิ่งยังไม่ได้ทำให้สำเร็จ ผู้ป่วยบางรายอยู่ในช่วงวันทำงาน การเจ็บป่วยในภาวะวิกฤติ ทำให้ต้องขาดงานลางาน หรือต้องออกจากงาน ต้องอยู่ในสภาวะที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น บางอย่างที่เคยทำได้ด้วยตัวเองกลับทำไม่ได้อีกต่อไป เกิดมุมมองต่อตนเองที่ไม่ดีที่ไม่กลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ซึ่งการให้การดูแลด้านจิตใจเพื่อลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายควรครอบคลุมในประเด็นต่อไปนี้

2.6.2.1 การช่วยพัฒนาความรักและความสัมพันธ์ในผู้ที่เป็นมะเร็งกับบุคคลที่รัก (love and connectedness) โดยการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบาย พูดคุยถึงความรู้สึกในใจ ความรู้สึกที่ยังติดค้างอยู่ หรือแม้กระทั่งเรื่องราวบางอย่างที่ไม่สามารถเล่าให้บุคคลสนิทหรือญาติฟังได้ ซึ่งพยาบาลและแพทย์จะทำหน้าที่เป็นคนกลางได้ดีในการรับรู้ความรู้สึกดังกล่าว การได้พูดคุยกับญาติสนิทมิตรสหายของตัวผู้ที่เป็นมะเร็งเองจะช่วยบรรเทาทุกข์และช่วยเสริมความเจ็บปวดได้ชั่วขณะหนึ่ง (สุวคนธ์ กุรัตน และคณะ, 2556)

2.6.2.2 การช่วยผู้ที่เป็นมะเร็งค้นหาความหมายของชีวิตและการเจ็บป่วย (meaning of life and illness) ผู้ที่เป็นมะเร็งหลายรายมีความท้อแท้ ความสิ้นหวังและความเศร้า พร้อมกับมีคำถามวนเวียนในจิตใจตลอดเวลา ว่าทำไมคนที่โรคร้ายต้องเป็นตนเอง บางรายอาจจะไม่เลือกที่จะเชื่อแพทย์ว่าตนเองเป็นโรคที่รักษาไม่หายและกำลังจะตาย ดังนั้นการช่วยผู้ที่เป็นมะเร็งค้นหาความหมายของชีวิตและการเจ็บป่วยย่อมเป็นสิ่งจำเป็นที่จะทำให้ผู้ที่เป็นมะเร็งยอมรับในชะตาชีวิตและตัวโรคของผู้ที่เป็นมะเร็งได้มากขึ้น ควรใช้เทคนิคการสะท้อนความคิดของผู้ที่เป็นมะเร็งระหว่างการสนทนาเพราะคำถามที่เกี่ยวกับความหมายของชีวิตและการเจ็บป่วยเป็นประสบการณ์เฉพาะตัวของผู้ที่เป็นมะเร็ง ประกอบกับความเชื่อตามศาสนา ดังนั้นการรับฟังและตั้งคำถามสะท้อนความคิด จะช่วยให้ผู้ที่เป็นมะเร็งเรียนรู้และค้นหาคำตอบได้ด้วยตนเอง นอกจากนี้พยาบาลควรค้นหาแหล่งของกำลังใจ ความหวัง หรือแหล่งสนับสนุนด้านจิตวิญญาณของผู้ที่เป็นมะเร็ง ทั้งหมดนี้เพื่อให้ผู้ที่เป็นมะเร็งสามารถค้นหาคำตอบให้กับตนเองว่าจะใช้เวลาที่เหลืออยู่ของชีวิตอย่างไรจึงจะมีความหมายมากที่สุด (สุวคนธ์ กุรัตน และคณะ, 2556)

2.6.2.3 การช่วยผู้ที่เป็นมะเร็งขออโหสิกรรมหรือการให้อภัย (forgiveness) พยาบาลต่างมีบทบาทสำคัญในการเป็นเพื่อนร่วมทุกข์กับผู้ที่เป็นมะเร็ง โดยเปิด

โอกาสให้ผู้ที่เป็นมะเร็งได้ระบายความทุกข์และความกังวลใจต่างๆ ผู้ที่เป็นมะเร็งบางรายมีเรื่องชื่นชมในอดีตและยังคงจำติดตลิ่งเรื่องราวอันไว้นั้นไว้ในใจ เราจึงควรช่วยจัดโอกาสให้ผู้ที่เป็นมะเร็งได้พูดคุยกับบุคคลที่มีความหมาย เพื่อให้ได้กล่าวคำขอโทษ กล่าววโหสิกรรม (สุวคนธ์ กุรัตน และคณะ, 2556)

2.6.2.4 การช่วยให้ผู้ที่เป็นมะเร็งมีความหวังในสิ่งที่เป็นไปได้ (Hope) และการทำให้ผู้ที่เป็นมะเร็งยอมรับความจริง ผู้ที่เป็นมะเร็งที่แตกต่างกันย่อมมีความหวังที่แตกต่างกัน บางรายตั้งความหวังไว้สูงจนเกินกว่าที่จะสามารถทำให้เป็นจริงได้ พยาบาลอาจวางแผนในการช่วยให้ผู้ที่เป็นมะเร็งตั้งความหวังอยู่บนพื้นฐานของข้อเท็จจริงและเป็นไปได้ การให้ข้อมูลตรงตามความจริง และเป็นไปในทิศทางเดียวกันจึงมีความสำคัญมาก เพื่อให้ผู้ที่เป็นมะเร็งตั้งความหวังอยู่บนความเป็นจริง และจะได้มีการวางแผนชีวิตที่เหมาะสมต่อไป (สุวคนธ์ กุรัตน และคณะ, 2556)

2.6.3 การดูแลทางสังคม

ปัญหาที่พบได้ในผู้ที่เป็นมะเร็งในภาวะวิกฤติ มักเป็นการสูญเสียบทบาทหน้าที่ซึ่งเคยปฏิบัติได้ บทบาทของผู้ที่เป็นมะเร็งในครอบครัว ได้แก่ ความเป็นพ่อ แม่ ลูก สามีหรือภรรยา เป็นผู้หารายได้หลักหรือเป็นศูนย์รวมความรัก อาจเป็นลูกคนเดียว หลานคนโปรด เป็นต้น บทบาทเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อสภาวะทางจิตใจของสมาชิกในครอบครัวหรือศักยภาพในการจัดการปัญหาต่าง ๆ พยาบาลจึงควรมีการวางแผนร่วมกัน ทั้งผู้ที่เป็นมะเร็ง ผู้ดูแล เพื่อให้การดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง และให้การสนับสนุนทางสังคม ความสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม เพื่อลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายด้านสังคม (สุวคนธ์ กุรัตน และคณะ, 2556)

2.6.4 การดูแลทางจิตวิญญาณ ศาสนา ความเชื่อ การเป็นโรคมะเร็งส่งผลต่อจิตวิญญาณผู้ป่วยแตกต่างกันตามความเชื่อ ศาสนาที่แตกต่างกัน ในเรื่องการยอมรับความเจ็บป่วย และเรื่องความตาย เช่น ศาสนาพุทธอาจมองว่า การตายเป็นการหลุดพ้นจากความทุกข์ทั้งปวง ศาสนาคริสต์เชื่อว่าความตายเป็นการได้กลับคืนสู่อ้อมกอดของพระเจ้า เพราะฉะนั้นความต้องการของผู้ที่เป็นมะเร็ง ในการดูแลนั้นต้องยึดหลักศาสนาความเชื่อเข้ามาเกี่ยวข้อง (กิตติกร นิลมานันต์, 2555) การปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาเป็นการทำตามความเชื่อของผู้ที่เป็นมะเร็ง เพื่อเป็นการเตรียมตัวให้การเผชิญหน้ากับความตาย และเพื่อเป็นการ ลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง ดังนั้นพยาบาลและผู้ดูแลมีบทบาท ในการสนับสนุนพิธีกรรมทางจิตวิญญาณตาม ความต้องการของผู้ที่เป็นมะเร็ง เช่น การจัดหาหนังสือที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยคิดเชิงบวก การจัดกิจกรรมทางศาสนาตามความต้องการของผู้ที่เป็นมะเร็ง เช่น การฟังดนตรีบรรเลง การใส่บาตร ทำสังฆทาน สวดมนต์ ทำวัตรเช้า - เย็น การละหมาด การมีหนังสือธรรมะ คัมภีร์ เป็นต้น และการให้ครอบครัวผู้ที่เป็นมะเร็ง รักมีส่วนในการดูแลเพื่อช่วยให้รู้สึกถึงความเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว (สุวคนธ์ กุรัตน และคณะ, 2556)

2.6.5 จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าบทบาทเฉพาะเจาะจงต่อการพยาบาลลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย มีดังนี้

2.6.5.1 ให้การปรึกษาผู้ที่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายด้วยหลักของวิถีพุทธจิตวิทยา ผู้ให้การปรึกษามีบทบาทสำคัญในการชี้ให้ผู้รับการปรึกษาหรือผู้ที่เป็นมะเร็งเห็นสถานะธรรมของการเปลี่ยนแปลงช่วยให้เขายอมรับความตายที่จะมาถึง โดยการหมั่นพิจารณาความตายซึ่งเป็นรากฐานสำคัญยิ่งที่ในการเห็นสังขารธรรมความเป็นจริง (วรสิทธิ์ดา จารุจินดา, 2561)

2.6.5.2 ให้การดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งผ่านการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การใช้โปรแกรมไตรสิกขาบำบัดในการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นการประยุกต์แนวคิดทางพุทธศาสนา ซึ่ง Janya Chimluang et al. (2017) พบว่า กิจกรรมทางพุทธศาสนานั้นช่วยเพิ่มความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ที่เป็นมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีบางบทบาทที่จำเพาะเกินขอบเขตหน้าที่ของพยาบาล ต้องส่งต่อให้สหวิชาชีพดูแลร่วมกัน พบว่าการสนับสนุนทางสังคมอาจช่วยปกป้องบุคคลจากความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย บางคนอาจยอมรับความตายผ่านความเชื่อทางศาสนา แม้ว่าสิ่งเหล่านี้อาจทำให้คนอื่นกลัวความตายอยู่เรื่อยไปผู้ที่มีความภาคภูมิใจในตนเองสูง มีสุขภาพที่ดี และเชื่อว่าตนเองได้ดำเนินชีวิตที่สมบูรณ์แบบแล้ว มีโอกาสน้อยจะกลัวและวิตกกังวลต่อความตายมากกว่าคนอื่นๆ การรักษารวมถึงการบำบัดด้วยพฤติกรรมหรือการพูดคุย การบำบัดนี้พยายามสอนให้แต่ละคนมีสมาธิและแก้ปัญหาด้วยการพูดถึงข้อวิตกกังวล ทางเลือกและการพยาบาลการรักษาความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ได้แก่

2.6.5.3 การบำบัดพฤติกรรมทางปัญญา (CBT) การบำบัดพฤติกรรมทางปัญญาหรือ CBT ทำงานโดยค่อย ๆ เปลี่ยนรูปแบบพฤติกรรมของบุคคลเพื่อให้พวกเขาสามารถสร้างพฤติกรรมและวิธีคิดใหม่ได้ จะช่วยบุคคลให้คิดหาวิธีแก้ไขเพื่อเอาชนะความรู้สึกวิตกกังวล ที่ช่วยให้ผู้ที่เป็นมะเร็งสงบและไม่กลัวและวิตกกังวลเมื่อพูดหรือคิดเกี่ยวกับความตาย (Bethany Cadman, 2018)

2.6.5.4 จิตบำบัด หรือการบำบัดด้วยการพูดคุย เกี่ยวข้องกับการพูดคุยผ่านความวิตกกังวล และความกลัว ซึ่งจะช่วยให้ค้นหาสาเหตุของความวิตกกังวล และหากกลยุทธ์ในการรับมือกับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น บางครั้งแม้แต่การพูดถึงความวิตกกังวลก็ช่วยให้คนๆ หนึ่งรู้สึกควบคุมความกลัวได้มากขึ้น (Bethany Cadman, 2018)

2.6.5.5 การบำบัดด้วยการสัมผัส ทำงานโดยช่วยให้บุคคลเผชิญกับความกลัว แทนที่จะฝังความรู้สึกที่มีต่อความตายหรือไม่ยอมรับข้อวิตกกังวลต่อความตายจะได้รับการสนับสนุนให้เปิดเผยความกลัวและความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ซึ่งการบำบัดโรคจะดำเนินการบำบัดด้วยการเปิดรับแสง โดยค่อยๆ เผยให้เห็นความกลัวของบุคคลในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย

จนกว่าการตอบสนองต่อความวิตกกังวลจะลดลง และบุคคลสามารถเผชิญหน้ากับความคิด วัตถุ หรือ ความรู้สึกโดยไม่ต้องกลัว(Bethany Cadman, 2018)

2.6.5.6 ยา จะมีประโยชน์โดยการบรรเทาอาการตื่นตระหนกและความ วิตกกังวลในระยะสั้น แต่การใช้ยาในระยะยาวอาจไม่ใช่วิธีแก้ปัญหาที่ดี การทำงานด้วยการลดความ ความกลัวและความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในการรักษามักจะช่วยบรรเทาได้ในระยะยาว (Bethany Cadman, 2018)

2.6.4.7 เทคนิคการผ่อนคลาย การฝึกดูแลตัวเองมีประสิทธิภาพในการ ส่งเสริมสุขภาพจิต โดยรวม รวมถึงการช่วยให้บุคคลรู้สึกที่สามารถรับมือกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับ ความตายของตนได้ดีขึ้น การหลีกเลี่ยงแอลกอฮอล์และคาเฟอีน การนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ และการรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการเป็นวิธีปฏิบัติในการดูแลตนเอง เมื่อบุคคลกำลัง ประสบกับความวิตกกังวล เทคนิคการผ่อนคลายที่เฉพาะเจาะจงจะช่วยให้จิตใจปลอดโปร่งและลด ความกลัวลงได้ (Bethany Cadman, 2018) สิ่งเหล่านี้รวมถึง การทำแบบฝึกหัดการหายใจลึก ๆ และการเน้นเฉพาะวัตถุในห้อง เช่น นับกระเบื้องบนผนัง การทำสมาธิหรือเน้นภาพเชิงบวก (Bethany Cadman, 2018)

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่คัดสรรมีสัมพันธ์กับความวิตกกังวลต่อ ความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง โดยปัจจัยที่ศึกษาในครั้งนี้ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยที่ เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

3.1 อายุ (Age) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3.1.1 ความหมาย

อายุ หมายถึง ช่วงเวลาที่บุคคลมีชีวิตอยู่โดยนับเป็นจำนวนปีเต็มปีบริบูรณ์ นับตั้งแต่วันเกิดจนถึงวันที่อ้างอิงตามปฏิทินสุริยคติ (สถิติทางการประเทศไทย, 2558)

Padilla & Grant (1985) กล่าวว่าอายุเป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีความ แตกต่างกันในเรื่องของความคิดและพฤติกรรม รวมทั้งประสบการณ์ชีวิต เป็นตัวบ่งชี้ถึงวุฒิภาวะหรือ ความสามารถในการจัดการสิ่งต่าง ๆ ของแต่ละบุคคล (Padilla & Grant, 1985)

3.1.2 ความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย

จากการศึกษาของ Bastini et al.(2016) ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งจำนวน 130 คน พบว่า ผู้สูงอายุ 42.3% มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายสูงคะแนนเฉลี่ย (SD) อยู่ในระดับ 6.85 พบว่า อายุเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) (Bastani, Farnood, & HAGHANI, 2016) ซึ่ง Yang et al. (2016) ศึกษาปัจจัยที่มี

ความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในผู้ที่เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของชาวจีน มีอายุเฉลี่ย 56.71 และมีระดับความวิตกกังวลต่อความตายที่ระดับ 36.16 ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันของ Sahan (2018) ที่ทำการศึกษาในผู้ที่เป็นมะเร็งทุกชนิดของชาวตุรกี มีอายุเฉลี่ย 56.5 และมีระดับความวิตกกังวลต่อความตายที่ระดับ 37.10 และ Soleimani et al. (2016) ทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งชาวอิหร่าน มีอายุเฉลี่ย 52.9 และมีระดับความวิตกกังวลต่อความตายที่ระดับ 45.1 ดังนั้นอายุจึงมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง

โดยสรุป ทิศทางของผลการศึกษาดังกล่าว เกี่ยวกับความสัมพันธ์ของอายุกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายมีความหลากหลาย จึงต้องทำการศึกษาของปัจจัยนี้ต่อความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายต่อไป ผู้วิจัยเห็นความสำคัญและมีความประสงค์ที่จะศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยนี้ต่อความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง

3.2 เพศ

3.2.1 ความหมาย

เพศ หมายถึง รูปที่แสดงให้รู้ว่าหญิงหรือชาย (สำนักงานราชบัณฑิตยสภา, 2554)

3.2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย

Mohammad A Soleimani et al. (2016) พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลต่อความตาย ($r = 0.54, P < 0.005$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Tang (2011) ที่พบว่าเพศสามารถทำนายความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็งได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า เพศหญิงมีความสามารถทำนายความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายได้มากกว่าเพศชาย กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งพบเพศหญิงมีความวิตกกังวลต่อการตายสูงกว่าเพศชาย (Mohammad A Soleimani et al., 2016) เพศชายคิดเกี่ยวกับความตายบ่อยกว่าเพศหญิง แต่มีความรู้สึกในแง่ลบน้อยกว่าเพศหญิงเกี่ยวกับความตายหรือวิธีการตาย และเพศหญิงมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายมากกว่าเพศชาย (Abdel-Khalek, 2004) ดังนั้น เพศจึงมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง

โดยสรุป เพศเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง จึงต้องทำการศึกษาของปัจจัยนี้ต่อความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายต่อไป ผู้วิจัยเห็นความสำคัญและมีความประสงค์ที่จะศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยนี้ต่อความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง

3.3 ระยะของโรค

3.3.1 ความหมาย

หลังจากที่วินิจฉัยมะเร็ง (Diagnosis) แล้วต้องมีการตรวจเพิ่มเติม เพื่อทราบระยะของ การดำเนินโรค (Staging) เพื่อกำหนดเป้าหมายในการรักษาและวางแผนการรักษาต่อไปตัวบอกความรุนแรงของโรค (การลุกลามและแพร่กระจาย) มี 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ระยะที่ 2 ระยะที่ 3 และระยะที่ 4 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

3.3.2 ความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย

ในผู้ที่เป็นมะเร็งระยะสุดท้ายนั้นผลของความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายที่เผชิญไม่ว่าจะเป็นเกิดขึ้นจริงหรือจากจินตนาการก็ตาม จะส่งผลต่อผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและพฤติกรรม (วริทธิ์ตา จารุจินดา, 2561) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็งระยะลุกลามพบว่า ผู้ที่เป็นมะเร็งระยะลุกลามร้อยละ 37.37 มีการยอมรับความตายในระดับสูง ซึ่งการยอมรับต่อความตายนั้นมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.05$) ดังนั้น ระยะของโรจึงมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง

โดยสรุป แม้ผลการศึกษาที่ผ่านในด้านปัจจัยความสัมพันธ์ของระยะของโรคต่อความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายยังมีน้อย ปัจจัยดังกล่าวน่าสนใจที่จะทำการศึกษาในบริบทของสังคมไทย โดยเฉพาะในผู้ที่เป็นมะเร็งซึ่งมีหลายระยะที่ต่างกัน ซึ่งอาจทำให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ ผู้วิจัยเห็นความสำคัญและมีความประสงค์ที่จะศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรระยะของโรคต่อความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง

3.4 ชนิดของโรคมะเร็ง

3.4.1 ความหมาย นิยาม

มะเร็งถูกจำแนกด้วยชนิดของเซลล์มะเร็งจุดกำเนิด การเจริญเติบโต ระยะของมะเร็งและการตอบสนองต่อการรักษา มะเร็งที่มีจุดกำเนิดที่อวัยวะหนึ่งแม้ลุกลามไปสู่อวัยวะอื่น มะเร็งก็จะยังคงคุณสมบัติเดิมของจุดกำเนิดของเซลล์มะเร็งชนิดนั้น การจำแนกชนิดของโรคมะเร็งตามที่แพทย์ได้วินิจฉัย (สุดปรีดา ชัยนิธิกรรณ, 2563)

3.4.2 มิติ/องค์ประกอบ ความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย

จากการศึกษา Neel et al. (2015) ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในผู้ที่เป็นมะเร็ง โดยทำการศึกษาเป็นผู้ที่เป็นมะเร็งวัยผู้ใหญ่ 60 ราย โดยประกอบด้วยผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านม ต่อมไร้ท่อ ทางเดินอาหาร ทางนรีเวช ทางเดินปัสสาวะ และปอด ผลการศึกษาพบร้อยละ 32 มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายอยู่ระดับปานกลาง ซึ่งการศึกษาในทำนองเดียวกัน Curran et al. (2020) ทำการศึกษาในประเทศออสเตรเลียที่เป็นมะเร็งทุกชนิดแบบผสม คะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็งเท่ากับ 6.25 อยู่ในระดับปานกลาง

Uslu-Sahan et al. (2019) พบว่าความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็งทางนรีเวช 200 คนจากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในประเทศตุรกี คะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็งเท่ากับ 17.70 Lau et al. (2018) ศึกษาความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในผู้ที่เป็นมะเร็งปอดของประเทศฮ่องกง คะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็งเพียง 3.30 ดังนั้นจะเห็นได้ว่าชนิดของมะเร็งแต่ละชนิดมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย

โดยสรุป แม้ผลการศึกษาที่ผ่านในปัจจัยความสัมพันธ์ของชนิดของโรคต่อความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็งยังมีน้อย ปัจจัยดังกล่าวน่าสนใจที่จะทำการศึกษาในบริบทของสังคมไทย ซึ่งอาจทำให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ ผู้วิจัยเห็นความสำคัญและมีความประสงค์ที่จะศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรชนิดของโรคต่อความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง

3.5 สัมพันธภาพในครอบครัว

3.5.1 ความหมาย

สัมพันธภาพ หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว พ่อ แม่ ลูก ญาติพี่น้อง ปู่ ย่า ตา ยาย หรือบุคคลอื่น ๆ ที่อาศัยรวมอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน โดยมีการปฏิสัมพันธ์ และปฏิบัติตามหน้าที่ของตนเองอย่างเหมาะสม (ปราณี สุทธิสุนทร, 2552)

สัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง การแสดงความรักและเอาใจใส่ระหว่างกัน การมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน การสื่อสารระหว่างกันอย่างมีคุณภาพ และการไม่ทำร้ายกัน ทั้งทางร่างกาย วาจาและจิตใจ (มานพ นักการเรียน, 2566)

โดยสรุป สัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง การรับรู้ถึงความผูกพันระหว่างสมาชิกในครอบครัว พ่อ แม่ ลูก ญาติพี่น้อง ปู่ ย่า ตา ยาย หรือบุคคลอื่น ๆ ที่อาศัยรวมอยู่ในครัวเรือนเดียวกันกับผู้ที่เป็นมะเร็ง โดยมีการปฏิสัมพันธ์ และปฏิบัติตามหน้าที่ของตนเองอย่างเหมาะสม

3.5.2 ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย

ครอบครัวเป็นสถาบันพื้นฐานที่เป็นหลักสำคัญที่สุดของสังคม ทำหน้าที่อบรม เลี้ยงดูปลูกฝังคุณธรรม ค่านิยม และถ่ายทอดวัฒนธรรมทางสังคมให้แก่สมาชิกในครอบครัววางแผนการดำเนินชีวิตและกำกับดูแลสมาชิกในครอบครัว (มานพ นักการเรียน, 2566) จากการศึกษาสัมพันธภาพของครอบครัวไทยรูปแบบครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 46.2 จำนวนสมาชิกของครอบครัวที่อยู่อาศัยในบ้าน ปัจจุบัน โดยเฉลี่ย 4 คน หัวหน้าครอบครัวส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ค่ามัธยฐานของรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนเป็นเงิน 10,000 บาท ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสัมพันธภาพในครอบครัวคนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ โครงสร้าง

ครอบครัว การศึกษาของหัวหน้าครอบครัวอาชีพหลักที่สร้างรายได้เลี้ยงครอบครัว รายได้ของครอบครัว เงินออมของครอบครัวและสถานภาพการครองครองที่อยู่อาศัย (กวีนา รัตน์สุทธิสุนันท์ และคณะ, 2017) การที่ผู้ที่เป็นมะเร็งได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวจะทำให้สามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ และมีสภาพจิตใจที่เข้มแข็งขึ้น มีกำลังใจในการต่อสู้กับภาวะเจ็บป่วย (วิไลลักษณ์ ดันติตระกูล, 2552) พบว่าผู้ที่อาศัยอยู่กับครอบครัวจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายน้อยกว่าผู้ที่อยู่คนเดียว (Madnawat & Kachhawa, 2007) และผู้ป่วยที่มีบุตรมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายน้อยกว่าครอบครัวที่ไม่มีบุตร (Drolet, 1990) จากผลการศึกษาของ Christopher Lo และคณะ (2018) พบว่าความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายนี้นำมาซึ่งความสัมพันธ์หรือสัมพันธ์ภาพที่มีความเสื่อมเสีย แต่ถ้ามีความสัมพันธ์ดีจากการให้เป็นขวัญกำลังใจ จะช่วยส่งเสริมการลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ซึ่งผลการศึกษาพบว่าความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความสัมพันธ์บริบททางสังคมและครอบครัว ดังนั้นสัมพันธ์ภาพของบุคคลในครอบครัวจึงมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง

3.5.3 เครื่องมือ

3.5.3.1 แบบประเมินความสัมพันธ์ในครอบครัวของคุณจริญญา แก้วสกุลทอง (2552) เป็นแบบสอบถามที่ประกอบไปด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ มีลักษณะมาตรวัดเป็นแบบ ประเมินค่า 5 ระดับ (1= ไม่เคยเลย ไปถึง 5= สม่าเสมอ) เนื้อหาเป็นการประเมินเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวที่ประกอบไปด้วยลักษณะพฤติกรรม 10 ประการ ได้แก่ การชื่นชมคุณค่าและให้กำลังใจกัน การให้ของขวัญในโอกาสต่างๆ เวลาที่มีให้กัน ความห่วงใยที่มีต่อกัน การปรึกษากัน ความสนใจในศาสนา การดูแลกัน การพึ่งพาอาศัยกัน การรับรู้ถึงความรู้สึกและความต้องการของกัน และความพึงพอใจในชีวิตครอบครัว แบบสอบถามชุดนี้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือและรายงานค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.84 (จิตใจ ศิริโส, 2552)

3.5.3.2 แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวของ จารุวรรณ ณะสุข (2560) เป็นแบบสอบถามประกอบไปด้วย 16 คำถาม แบ่งเป็น ด้านการแสดงออกของสมาชิก การสื่อสารในครอบครัว การแสดงออกทางอารมณ์ การถ่ายทอดความรู้สึก แบบสอบถามชุดนี้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ ของเครื่องมือและรายงานค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.92

3.5.3.3 แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย (ปาริฉัตร กุลชาบาล, 2550) ที่สร้างขึ้นจากแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของ Sullivan (1993) ประกอบด้วย 13 คำถาม แบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่ 1)ด้านความรักความห่วงใย 2 ข้อ 2)ด้านการเข้าถึงความรู้สึกของผู้อื่น 2 ข้อ 3)ด้านความเห็นอกเห็นใจ 2 ข้อ 4)ด้านการยอมรับความเชื่อใจ 2 ข้อ 5)ด้านความเป็นตัวเอง 2 ข้อ 6)ด้านความเข้าใจซึ่งกันและกัน 3 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4

ระดับ(Rating Scale) แต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 1 – 4 คะแนน นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิและหาค่าความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.81

โดยสรุป ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวของคุณจริญญา แก้วสกุลทอง (2552) เป็นแบบสอบถามที่ประกอบไปด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ เนื้อหาเป็นการประเมินเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวที่ประกอบไปด้วยลักษณะพฤติกรรม 10 ประการ

3.6 ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย

3.6.1 ความหมาย

พระคุษฎี เมธังกูโร (2544) ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย หมายถึงเชื่อเรื่องการเวียนว่ายตายเกิดคำสอนในพุทธศาสนา กล่าวว่ามีมนุษย์ประกอบด้วย 2 ส่วน คือรูป (ร่างกาย)และจิต ร่างกายอาจเสื่อมถอยไปตามอายุขัย และแตกดับไป แต่จิตยังคงวนเวียนไปตามผลกรรมที่ได้กระทำเมื่อยามที่ยังมีชีวิตอยู่

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

สารภี รังสิโกสัย และคณะ (2556) ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย หมายถึง ความศรัทธา ความเลื่อมใส หรือความเชื่อถือในหลักธรรมคำสอนทางศาสนาพุทธ ในมุมมองของความตายและชีวิตหลังความตาย

โดยสรุป ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย หมายถึง ความเชื่อ เจตคติที่มีต่อเรื่องของความตายตามหลักคำสอนทางศาสนาพุทธ เป็นการดับของกายและจิต ตามกฎของธรรมชาติ หรือกฎของไตรลักษณ์ และความเชื่อในเรื่องของการเวียนว่ายตายเกิด เชื่อเรื่องนรก สวรรค์ กรรม และการให้อภัย

3.6.2 ความสัมพันธ์ของความเชื่อทางศาสนาพุทธกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย

ความตายเป็นประสบการณ์ที่สิ่งมีชีวิตทั้งหมดต้องเผชิญในชีวิต ด้วยเหตุนี้ทัศนคติที่มีต่อความตายมีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตของบุคคล ทัศนคติต่อความตายแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล โดยที่บางคนยอมรับการตายโดยธรรมชาติด้วยตัวของเขาเอง และอิทธิพลจากบุคคลอื่นที่ส่งผลต่อทัศนคติที่วิตกกังวลมากขึ้นต่อความคิดเรื่องความตาย งานวิจัยทางคลินิกและจิตวิทยาเกี่ยวกับการยอมรับความตายและความวิตกกังวลในความตายแสดงให้เห็นทัศนคติ การรับรู้ความตาย ท่ามกลาง

ปัจจัยส่วนบุคคลอื่นๆ เช่น ความต้องการกลไกการเผชิญปัญหาในเชิงบวกเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับคนที่ยอมรับความตาย เพราะบางครั้งความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายสามารถ ทำให้บุคคลประสบชีวิตที่มีความหมายได้ คำสอนของพระพุทธศาสนาให้ข้อมูลเชิงลึกมากขึ้นว่าชีวิตที่มีความหมายสามารถได้รับประสบการณ์ผ่านกระบวนการได้ (Michaud, 2020) ในความเป็นปุถุชนคนธรรมดาทุกคนล้วนมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ อาจจะเป็นตัวบุคคล สิ่งของ วัตถุมงคล หลักคำสอนทางศาสนา เป็นต้น สิ่งเหล่านี้จะทำให้เกิดความอุ่นใจ เบาใจ คุ่มครอง (ญาดาร์ตัน บาลจ่าย และคณะ, 2562) การเข้าใจความเป็นจริงของโลกช่วยให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งยอมรับการวินิจฉัยโรคมะเร็งและปัญหาที่เกี่ยวข้องได้ดีขึ้น เช่น การเสียชีวิตและอนาคตที่ไม่แน่นอน (Hvidt, 2017) ผู้ที่นับถือและมีความแสวงหาศาสนานั้นเป็นแหล่งประโยชน์สำคัญ ในการเข้าใจความหมายของชีวิตและทำให้เกิดความสบายใจ (Pevey, Jones, & Yarber, 2009) และศาสนาสามารถช่วยเหลือบุคคลที่เผชิญความยากลำบาก ดึงเอาวิญญาณสำรองและอำนวยความสะดวกในการเผชิญหน้าความตายอย่างปลอดภัย Kassin และ Wrightsman ศึกษาพบว่าความเชื่อทางศาสนามีอิทธิพลต่อทัศนคติต่อความตาย และยิ่งไปกว่านั้น ผู้ที่มีมุมมองทางศาสนามีแนวโน้มที่จะเชื่อในชีวิตหลังความตายและจิตวิญญาณ และชีวิตนั้นเป็นนิรันดร์และไม่สามารถดับได้ ดังนั้นจึงคงไว้ซึ่งความหวังในโลกอนาคต การวิจัยจำนวนมากพบว่าความเชื่อทางศาสนาสามารถทำให้ผู้คนลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายลงได้ และยิ่งไปกว่านั้นถ้ามีส่วนร่วมในกิจกรรมทางศาสนามากขึ้น และยิ่งคนที่เคร่งศาสนาเท่าไร ความกลัวและความวิตกกังวลในความตายของพวกเขาก็จะยิ่งลดลง (Romero, 1988) จากการศึกษาของ Gokcen Gonen และคณะ (2012) พบว่าปัจจัยทางศาสนาสามารถทำนายความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็งได้ ($\beta = .30, p = .024$) ดังนั้นความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตายจึงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง

โดยสรุป สำหรับการศึกษาครั้งนี้ศึกษาความเชื่อทางพุทธศาสนาเกี่ยวกับความตาย ซึ่งมีความเชื่อเกี่ยวกับความตายว่าสรรพสิ่งทั้งปวงรวมถึงชีวิตจะเป็นไปตามกฎธรรมชาติ อนิจจัง ทุกขัง อนัตตา

3.6.3 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความเชื่อด้านศาสนาเกี่ยวกับความตาย

3.6.3.1 แบบสอบถามความเชื่อทางศาสนาของ Daaleman & Dobbs (2010) ซึ่งเป็นแบบสอบถามเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างศาสนาและจิตวิญญาณกับทัศนคติต่อความกลัวต่อความตายและการยอมรับความตายในผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรัง ซึ่งประกอบไปด้วย 2 ข้อคำถาม 1) คุณคิดว่าคุณเป็นคนที่เคร่งครัดในศาสนามากน้อยเพียงใด ระดับการให้คะแนนแบบมาตราส่วนประมาณค่า 1 = เคร่งครัดมาก ไปจนถึง 4 = ไม่เคร่งครัดเลย 2) คุณรู้สึกใกล้ชิดกับพระเจ้าอย่างไร การให้คะแนนแบบมาตราส่วนประมาณค่า 1 = ใกล้ชิดมาก ไปจนถึง 4 =

ฉันไม่เชื่อในพระเจ้า แบบสอบถามนี้ผู้วิจัยไม่พบการทดสอบทางสถิติเกี่ยวกับความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือ (Daaleman & Dobbs, 2010)

3.6.3.2 แบบสัมภาษณ์ความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตายของสารภี รังสิโกสัย และคณะ (2556) เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ พระไพศาล วิสาโล และคณะ (2552) ที่ใช้ศึกษาระดับพฤติกรรมเตรียมรับมือนการตายและการตาย และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเตรียมตัวรับมือนการตายและการตายของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดปัตตานี ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 3 ระดับ ได้แก่ เชื่อมาก เชื่อปานกลาง และเชื่อน้อย โดยระดับคะแนนคือ 3 คะแนน 2 คะแนน และ 1 คะแนนตามลำดับ ซึ่งแบบสอบถามนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน แล้วนำมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 0.88 ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือและคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.77 (สารภี รังสิโกสัย และคณะ, 2556)

3.6.3.3 แบบสอบถามความเชื่อทางศาสนาของ Rohrbaugh and Jessor (1975) เป็นแบบสอบถามวัดความเชื่อทางศาสนาซึ่งใช้กับบริบทศาสนาคริสต์ ได้แก่ การประกอบพิธีทางศาสนาวัดโดย 2 คำถามคือ การเข้าร่วมพิธีทางศาสนาและความถี่ของการสวดมนต์ ประสบการณ์ความเชื่อทางศาสนา วัดโดยระดับความรู้สึกสุขสบายและปลอดภัยในศาสนา ผลกระทบจากความเชื่อทางศาสนาวัดจากอิทธิพลของความเชื่อทางศาสนาต่อชีวิตประจำวันและการตัดสินใจ และ มโนคติทางศาสนาวัดจากระดับความเชื่อในพระเจ้าและชีวิตหลังความตาย (Rohrbaugh & Jessor, 1975) ตรวจสอบความเที่ยง (reliability) โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.9

สรุป ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสัมภาษณ์ความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตายของ สารภี รังสิโกสัย และคณะ (2556) เนื่องจากมีความเหมาะสมกับบริบทของคนไทยซึ่งนับถือศาสนาพุทธแตกต่างจากแบบสอบถามอื่นที่เป็นความเชื่อของศาสนาคริสต์ และเมื่อพิจารณาคุณภาพของเครื่องมือชุดนี้พบว่าการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือชุดนี้เท่ากับ 0.88 ซึ่งเป็นค่าที่แสดงว่ามีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี (Polit et al., 2007) และมีความเที่ยงของเครื่องมือมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.77 แสดงว่าเครื่องมือชุดนี้มีค่าความเที่ยงอยู่ในระดับดี (DeVellis, 2012)

3.7 สมรรถนะแห่งตน

3.7.1 ความหมาย

Bandura (1977) กล่าวว่าสมรรถนะแห่งตน หมายถึง ความสามารถของ ตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้บรรลุความสามารถในเชิงปฏิบัติที่ได้กำหนดไว้ เป็นบทบาทหลักในกระบวนการควบคุมตนเองทำให้มีแรงจูงใจในการกระทำพฤติกรรมต่างๆให้ประสบความสำเร็จรวมถึงความพยายามที่บุคคลทุ่มเทลงไปและความยืนหยัดที่จะกระทำสิ่งนั้นต่อไป

Rababah and Borkovec (1977) สมรรถนะแห่งตน หมายถึงการตัดสินใจ ความสามารถตนเองว่าสามารถทำงานในระดับใดหรือความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งซึ่งมีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตความเชื่อในความสามารถตนเองพิจารณาจากความรู้สึกความคิดการตั้งใจและพฤติกรรม

โดยสรุป สมรรถนะแห่งตน หมายถึง ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะจัดการกับปัญหา อุปสรรค และเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตได้

3.7.2 ความสัมพันธ์ของสมรรถนะแห่งตนกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความ

ตาย

สมรรถนะแห่งตนเป็นรากฐานของจิตใจมนุษย์ เป็นปัจจัยหนึ่งที่เป็นส่วนหนึ่งของการปรับตัวของผู้ที่เป็นมะเร็ง ทำให้สามารถจัดการตนเองในอาการความเจ็บปวด และอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ที่เป็นมะเร็ง ดังนั้นสมรรถนะแห่งตนมีความสำคัญต่อความสามารถในการจัดการความท้าทายทางร่างกายและจิตใจของผู้ที่เป็นมะเร็ง (Bisschop, Kriegsman, Beekman, & Deeg, 2004) และช่วยให้บุคคลควบคุมความรู้สึกหวาดกลัว (Pyszczynski, Greenberg, Solomon, Arndt, & Schimel, 2004) การศึกษาของชาวจีนในฮ่องกง 237 ราย ผู้มีสมรรถนะแห่งตนต่ำส่งผลต่อความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในระดับสูง (Wu et al., 2002) จากผลการศึกษาของ Jiayi Zhang และคณะ (2019) ผลการศึกษาความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายด้านสมรรถนะแห่งตนและการค้นหาความหมาย พบว่ามีความสัมพันธ์กัน ดังนี้ มิติของความหมายในชีวิต ($r = -0.43, p < 0.01$) การค้นหาความหมาย ($r = -0.31, p < 0.01$) และสมรรถนะแห่งตน ($r = -0.54, p < 0.01$) แต่ละอย่างมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย (Zhang et al., 2019) ดังนั้นสมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย

3.7.3 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินสมรรถนะแห่งตน

3.7.3.1 The general self-efficacy scale ของ Schwarzer (1997) เป็นแบบสอบถามที่ใช้วัดระดับสมรรถนะแห่งตนในการเผชิญปัญหาในชีวิตประจำวัน เป็นแบบสอบถามที่เป็นมาตรฐานและได้รับการนำไปใช้อย่างแพร่หลาย มีการแปลถึง 32 ภาษา ต้นฉบับเป็นภาษาเยอรมัน แบบสอบถามชุดนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เป็นความจริง (1 คะแนน) ไปถึง จริงมากที่สุด (4 คะแนน) คะแนนรวม 10-40 คะแนน คะแนนรวมที่สูงจะหมายถึง มีสมรรถนะแห่งตนในระดับสูง ความเที่ยงของแบบสอบถามชุดนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคระหว่าง 0.76 และ 0.90 และ ต่อมาแบบสอบถามชุดนี้ถูกแปลเป็นภาษาไทยโดย เวทีนี้ สุขมาก และคณะ (2545) แบบสอบถามชุดนี้ถูก

นำมาใช้กับผู้ติดสารเสพติดจำนวน 103 คน รายงานความเที่ยงของแบบสอบถามชุดนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.84

3.7.3.2 แบบสอบถามที่ประเมินด้านจิตวิญญาณประกอบด้วย 2 มิติ Spirituality Index of Well-Being ของ Daaleman, and Frey (2004) เกี่ยวกับเรื่องของการวางโครงสร้างเป้าหมายชีวิตของตนเอง (Self-constructs of life scheme) และสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ซึ่งในมิติของสมรรถนะแห่งตนประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ข้อคำถาม ลักษณะมาตรวัดเป็น Likert scales โดยในแต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 1 – 5 คะแนน (1=เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไปถึง 5=ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) คะแนนรวมที่สูงจะหมายถึงมีสมรรถนะแห่งตนในระดับสูง (Daaleman & Frey, 2004) แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนชุดนี้ได้รับการตรวจสอบความเที่ยงโดยรายงานค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .86

สรุปการวิจัยในครั้งนี้ใช้แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนฉบับภาษาไทย แปลโดย เวทีนิ สุขมาก และคณะ (2545) จาก General Perceived Self-Efficacy ของ Schwarzer (1997) เนื่องจากแบบสอบถามชุดนี้เป็นมาตรฐานและมีความน่าเชื่อถือของเครื่องมือในระดับสูง และยังคงเคยนำไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งโดย Kreitler และคณะ (Kreitler, Peleg, & Ehrenfeld, 2007)

3.8 ภาวะค้ำคา

3.8.1 ความหมาย

พระไพศาล (2554) กล่าวว่า ภารกิจที่ยังไม่เสร็จสิ้นเป็นความกังวลอีกประการหนึ่งที่มีกับผู้ป่วยใกล้ตาย สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทางจิตใจคือความรู้สึกค้ำคาใจในบางสิ่งบางอย่าง (พระไพศาล วิสาโล, 2554)

กัญญ์ฐิตา ศรีภา (2554) กล่าวว่า ภาวะที่ค้ำคา หมายถึง หน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบที่ยังจัดการไม่สำเร็จ ภาระหนี้สินที่ยังค้างค้ำ รวมไปถึงเป้าหมายที่ยังทำไม่สำเร็จ โดยภาระที่ค้ำคาของผู้ป่วยมะเร็งจากการศึกษา ได้แก่ ภาระการเงินและ ทรัพย์สิน เช่น งานที่ค้ำ ภาระการเงิน หนี้สิน ความเป็นอยู่ของครอบครัว ผู้ป่วยมีความต้องการ จัดการกับความเป็นอยู่และฐานะการเงินของครอบครัวก่อนที่ตนเองจะจากไป รวมถึงการแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมจากญาติพี่น้องหรือแหล่งอื่น เพื่อที่จะช่วยให้ครอบครัวตนเองอยู่รอดได้ภาระทางจิตใจที่ค้ำคาอยู่ เช่น ความรู้สึกห่วงใยคนในครอบครัว ผู้ป่วยบางคนมีความกังวลเกี่ยวกับการไม่ต้องการให้ยื้อชีวิตเมื่อเข้าสู่ภาวะวิกฤติ ไม่ต้องการให้ใส่ท่อช่วยหายใจ เป็นต้น ภาระทางด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ เป้าหมายสำคัญในชีวิต หมายถึง ความคาดหวังของบุคคลต่อชีวิตในอนาคต เป็นสิ่งที่มุ่งหวังของชีวิตก่อนที่ตนเองจะตายจากไป เช่น คาดหวังว่าตนเองจะยังสามารถมีชีวิตอยู่จนกว่าจะได้เห็นความสำเร็จของบุตร หรือ การได้กระทำการที่คาดหวังไว้ เช่น การตั้งใจที่จะได้เผาศพมารดาที่เก็บไว้นานมาแล้วก่อนที่ตนเองจะตาย (กัญญ์ฐิตา ศรีภา, 2554)

สรุปได้ว่า ภาวะค้างคาคาหมายถึงภาวะความรับผิดชอบในตัวของผู้คนนั้นๆที่ยังไม่สามารถทำให้เสร็จสิ้นได้ตามวาระที่ตนเองต้องการ โดยจะส่งผลถึงความรู้สึกที่มีอยู่ในจิตใจของบุคคล ซึ่งความรู้สึกนี้จะส่งผลให้บุคคลนั้นๆเกิดความทุกข์ เกิดความวิตกกังวลและมีความรู้สึกว่าเป็นภาระที่ติดค้างอยู่ในจิตใจ

3.8.2 ความสัมพันธ์ของภาระค้างคากับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย

ภาวะใกล้ตายและความตายเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการมุ่งบรรลุเป้าหมาย และสิ่งที่ค้างคาในชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งขึ้นอยู่กับว่าผู้ป่วยได้คาดหวังและวางแผนในลักษณะใด (กัญญฐิตา ศรีภา, 2554) จากการศึกษาของ Gong et al. (2022) พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความวิตกกังวลกับความตายดังนั้นภาระค้างคาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย

3.8.3 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาระค้างคา

3.8.3.1 แบบสอบถามที่ใช้ในการวัดเป้าหมายที่สำคัญชีวิตในอนาคต พบว่าเป็นข้อคำถามของ Pinquart et al. (2006) ลักษณะเป็นคำถามแบบปลายเปิด ซึ่งข้อคำถามลักษณะนี้จะทำให้ผู้ป่วยอาจตอบได้ยากและคำตอบกว้าง หลากหลาย ใช้เวลานาน

3.8.3.2 แบบสอบถามที่ มะลิวรรณ กระโพธิ์ (2561) พัฒนาขึ้นจากพระไพศาล วิสาโล (2554) และ กัญญฐิตา ศรีภา (2554) โดยสร้างขึ้นจากการทบทวน แบบสอบถามชุดนี้ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 6 ข้อคำถาม สอบถามถึงภารกิจที่ยังค้างคาหรือยังไม่ได้จัดการ ได้แก่ ภาระการงานและทรัพย์สิน ภาระทางจิตใจที่ค้างคา และเป้าหมายสำคัญในชีวิต เกณฑ์การให้คะแนน ลักษณะคำตอบของแบบสอบถามชุดนี้เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ 4 คะแนน ดังนี้ 1 คะแนน หมายถึง ไม่เป็นความจริง , 2 คะแนน หมายถึง จริงเล็กน้อย , 3 คะแนน หมายถึง จริงพอสมควร และ 4 คะแนน หมายถึง จริงมากที่สุด

สรุป เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยนี้ใช้เป็นแบบสอบถามที่ มะลิวรรณ กระโพธิ์ (2561) พัฒนาขึ้นจากพระไพศาล วิสาโล (2554) และ กัญญฐิตา ศรีภา (2554) ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาหรือข้อ (Content Validity Index for item: I-CVI) โดยใช้เกณฑ์ I-CVI มากกว่าหรือเท่ากับ 0.8 (Polit et al., 2007) ซึ่งแต่ละข้อคำถามมีค่า I-CVI \geq .8 ทุกข้อคำถาม และคะแนนรวมที่ได้จากการรวมคะแนนทุกข้อคำถามหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด ผลการคำนวณได้ ค่า CVI = 1 จึงถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี ซึ่งมีการใช้ในการศึกษาการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม จึงเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในงานวิจัยนี้

3.9 ความรุนแรงของอาการ

3.9.1 ความหมาย

Bruera et al. (1991) และ กิตติกร นิลมานันต์ (2555) กล่าวว่า ความรุนแรงของอาการ หมายถึง สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ โดย

อาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานของผู้ที่เป็นมะเร็ง อาการสำคัญที่ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมาน ได้แก่ อาการปวด หายใจลำบาก เบื่ออาหาร ท้องผูก อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า อาการผิดปกติในการนอน สับสนซึมเศร้า วิตกกังวล และหมดหวังในชีวิต

จันทรา พรหมน้อย (2547) ความรุนแรงของอาการ หมายถึง ภาวะการดำเนินของโรคในทางที่แย่งลง ทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ มีลักษณะเรื้อรัง กลับเป็นซ้ำ มีความยุ่งยาก ซับซ้อนในการดูแลรักษา

โดยสรุป ความรุนแรงของอาการ ในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง ระดับความรุนแรงของอาการของผู้ป่วยมะเร็ง เป็นผลกระทบจากโรคมะเร็งที่ส่งผลต่อผู้ที่เป็นมะเร็ง ทำให้ผู้ที่เป็นมะเร็งมีอาการต่าง ๆ ได้แก่ เจ็บปวด เหนื่อยล้า อ่อนเพลีย ไม่สบายกายและใจ คลื่นไส้ ซึมเศร้า วิตกกังวล ง่วงซึม เบื่ออาหาร และเหนื่อยหอบ อาการเหล่านี้ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง เป็นอุปสรรคในการใช้ชีวิต และทำให้การดำเนินโรคเป็นไปอย่างรวดเร็ว ร่างกายทรุดลงมากขึ้น ส่งผลต่อความคิด จินตนาการ และความวิตกกังวลต่อความตาย

3.9.2 ความสัมพันธ์ของความรุนแรงของอาการกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย

ความรุนแรงของอาการเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ที่เป็นมะเร็งมีความทุกข์ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ โดยอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานของผู้ที่เป็นมะเร็ง อาการสำคัญที่ส่งผลให้ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองเกิดความทุกข์ทรมาน ได้แก่ อาการปวด หายใจลำบาก เบื่ออาหาร ท้องผูก อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า อาการผิดปกติในการนอน สับสนซึมเศร้า วิตกกังวล และหมดหวังในชีวิต (Bruera et al., 1991; National Comprehensive Cancer Network, 2003; กิตติกร นิลมานัต, 2555) โดยมีรายละเอียดอาการ ดังนี้ 1) อาการปวด เป็นอาการที่พบบ่อยประมาณร้อยละ 34-96 2) อาการหายใจลำบาก พบได้ประมาณร้อยละ 39-61 3) อาการเบื่ออาหาร พบได้ประมาณร้อยละ 34 4)อาการท้องผูก พบได้ประมาณร้อยละ 32 5) อาการผิดปกติในการนอน 6) อาการสับสน พบได้ประมาณร้อยละ 28-83 7) อาการซึมเศร้า วิตกกังวล และหมดหวังในชีวิต ทั้งนี้เมื่อใจเป็นทุกข์ย่อมทำให้ร่างกายเสื่อมทรุดลง และฟื้นตัวได้ช้า (พระไพศาล วิสาโล, 2552) และจากการศึกษาของ Neel et al. (2015) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายพบความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ($r = 0.16, p < 0.01$)

3.9.3 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความรุนแรงของอาการ

3.9.3.1 แบบประเมินความรุนแรงของอาการ ใช้แบบประเมินอาการของเอ็ดมอนตัน (Edmonton Symptom Assessment Scale: ESAS) ฉบับภาษาไทย ซึ่งพัฒนาโดย M. Chinda, D. Jaturapatporn, A. J. Kirshen, and U. Udomsubpayakul (2011) แบบประเมินประกอบด้วย การประเมินความรุนแรงของอาการ 9 อาการคือ ปวด เหนื่อย/ อ่อนเพลีย คลื่นไส้ ง่วง

ซึม เบื่ออาหาร ความไม่สบายกาย และใจ เหนื่อยหอบ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ได้ผ่านการปรับปรุงและตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา มีค่า Cronbach's alpha = .86 และผ่านการทดสอบความน่าเชื่อถือโดยการนำไปใช้จริงในผู้ป่วยมะเร็ง (Montarat Chinda et al., 2011)

เกณฑ์ในการให้คะแนน ซึ่งระดับความรุนแรงของอาการแบ่งเป็น 0-10 คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีอาการนั้น ๆ และ 10 หมายถึง อาการรุนแรงมากที่สุด

เกณฑ์การแบ่งระดับความรุนแรง แบ่งเป็น 4 ระดับ 0 หมายถึง ระดับไม่รุนแรง, 1-3 หมายถึง ระดับต่ำ, 4-6 หมายถึง ระดับปานกลาง, 7-10 หมายถึง ระดับสูง

3.9.3.2 แบบสอบถามความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย ของจันทราพรหมน้อย (2547) ปรับปรุงจากแบบประเมินระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุขณะอยู่โรงพยาบาล ขงสมพร รัตนพันธ์ (2541) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 1 ข้อ ออกแบบเป็นมาตราส่วนประเมินค่าเชิงเส้นตรงมีค่าตั้งแต่ 0 – 10 คือ ไม่รุนแรง (0) ถึง รุนแรงมากที่สุด (10) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และหาความเที่ยงมีค่า Cronbach's alpha = .95

โดยสรุป การศึกษาครั้งนี้ ใช้แบบประเมินความรุนแรงของอาการ ของเอ็ดมอนตัน (Edmonton Symptom Assessment Scale: ESAS) ฉบับภาษาไทย ซึ่งพัฒนาโดย ซึ่งเป็นเครื่องมือที่มีความน่าเชื่อถือ เป็นฉบับภาษาไทยง่ายต่อการทำแบบประเมินสำหรับผู้ป่วยและ ผ่านการใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งในประเทศไทยอย่างแพร่หลาย ซึ่งมีความสอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาในครั้งนี้

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยต่างประเทศ

Harding et al. (2005) ศึกษาวิจัยสำรวจหาความสัมพันธ์ของปัจจัยความทางด้านศาสนาต่อความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายและการยอมรับความตายในกลุ่มผู้นับถือศาสนาคริสต์ในเมืองนิวยอร์กจำนวน 130 คน ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยด้านมโนคติเกี่ยวกับศาสนา มีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ($r = -0.27, p < 0.01$) และความเชื่อในชีวิตหลังความตาย ($r = -0.25, p < 0.01$) แต่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการยอมรับความตาย

Lehto and Therrien (2010) ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งปอดระยะใหม่ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 73 คน โดย 33 คน เป็นมะเร็ง ปอดระยะที่ 1 จำนวน 33 คน เป็นมะเร็งปอดระยะที่ 2 และ 7 คน เป็นมะเร็งปอดระยะที่ 3 ผู้วิจัยได้ สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างแบบกึ่งมีโครงสร้าง ผลการศึกษาพบว่า มีการระบุหมวดความกังวลที่เกี่ยวกับ ความตาย 7 หมวด ได้แก่ 1) การเตรียมจิตใจ 2) ระยะเวลาที่เหลือ 3) ผลกระทบของความ

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

Neel et al. (2015) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในผู้ป่วยมะเร็ง โดยทำการศึกษาเป็นผู้ที่เป็นมะเร็งวัยผู้ใหญ่ 60 ราย โดยประกอบด้วยผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านม ต่อมไร้ท่อทางเดินอาหาร ทางนรีเวช ทางเดินปัสสาวะ และปอด ผลการศึกษาพบร้อยละ 32 มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายอยู่ระดับปานกลาง ความวิตกกังวลมากที่สุดคือความกลัวเกี่ยวกับผลกระทบของการเสียชีวิตที่ส่งผลต่อผู้อื่น โดยความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการเห็นคุณค่าในตนเอง และความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ($r = 0.16, p < 0.01$) ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็งระยะลุกลามถูกกำหนดโดยปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล สถานการณ์ในครอบครัว และความทุกข์ทรมานทางร่างกาย

Tang et al. (2021) พบว่า ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของโรงพยาบาลมะเร็งมหาวิทยาลัยปักกิ่งผู้ป่วย 300 คน อายุเฉลี่ยของผู้เข้าร่วมคือ 50.73 ± 11.35 โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง เป็นมะเร็งเต้านม อาศัยอยู่ในเมืองที่มีคู่สมรส มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไป ร้อยละ 16.8 มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในระดับปานกลาง โดยระดับคะแนน DADDS ≥ 45

Scheffold et al. (2019) พบว่า ผู้ที่เป็นมะเร็ง 190 ราย มีความผาสุกทางจิตวิญญาณสัมพันธ์กับความเครียด ($R^2 = 11\%$) เช่นเดียวกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ($R^2 = 15\%$) ในผู้ป่วยที่มีความกลัว มีความแตกต่างกันในแง่ของความเป็นอยู่ที่ดีทางจิตวิญญาณและความทุกข์ทางจิตใจเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ติดแน่นจากความกลัว จากผลการศึกษาผู้ที่มีความกลัวระดับสูงเสี่ยงต่อการเกิดอารมณ์ซึมเศร้า ความวิตกกังวล ผู้ที่ยึดติดกับความกลัวมักจะมีปัญหาในการค้นหาความสงบภายในตนเอง

Hong et al. (2022) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็งระยะลุกลามของชาวจีน ดังนี้ อายุ ผู้ดูแลหลัก ครอบครัว วิธีการรักษา (การรักษาแบบกำหนดเป้าหมาย การบำบัดแบบประคับประคอง) และความสามารถในการดูแลตนเอง พบว่าตัวแปรของความภาคภูมิใจในตนเอง วิธีการรักษาของแพทย์ และความพึงพิงมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ($p < 0.05$) วิธีการรักษาของแพทย์ ความนับถือตนเอง ครอบครัว ผู้ดูแลหลัก และความสามารถในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย และการเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์เชิงลบต่อความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ($r = -0.396, p < 0.01$)

Gong et al. (2022) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในผู้ที่เป็นมะเร็งประเทศจีน 286 คน ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ พบว่าผู้ที่เป็นมะเร็งมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.72 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.17 โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ได้แก่ ระยะเวลาของโรค ระดับการศึกษา การประกันภัย ความเครียด การค้นพบการมีความหมายของชีวิต ประสบการณ์ที่หลีกเลี่ยงและภาระที่ค้างคา พบว่าระยะเวลาของโรคมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ($P=0.010$) สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ($r = -0.426, p < 0.05$) ภาระค้างคาที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ($r = 0.549, p < 0.05$) และความรุนแรงของโรค ระดับความปวดส่งผลต่อความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ($p < 0.01$)

Mohammad A Soleimani et al. (2016) ศึกษาความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ที่เป็นมะเร็งประเทศอิหร่าน จำนวน 330 คน พบว่าญาติผู้ที่เป็นมะเร็งมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในระดับปานกลางค่อนข้างสูง คุณภาพชีวิตปานกลาง ค่อนข้างต่ำ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ที่เป็นมะเร็ง ($r = -0.30, p < 0.01$)

Susan Adelbratt et al. (2000) ศึกษาความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยและความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของญาติผู้ดูแลของผู้ป่วยเนื้องอกสมองในประเทศสวีเดนเป็นผู้ป่วย 20 ราย ญาติผู้ป่วย 15 ราย ใช้การสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง พบว่าความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายมี 6 ประเด็น ได้แก่ 1) ปฏิบัติทางอารมณ์ 2) กลัว กังวล เจ็บปวด โดยเกิดจากการสูญเสียอิสรภาพเมื่อต้องกล่าวถึงความตายและการดูแลผู้ป่วย 3) ความขัดแย้ง 4) กังวลในอาการและสถานการณ์ต่าง ๆ 5) การเผชิญกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย 6) คุณค่าของชีวิต

งานวิจัยประเทศไทย

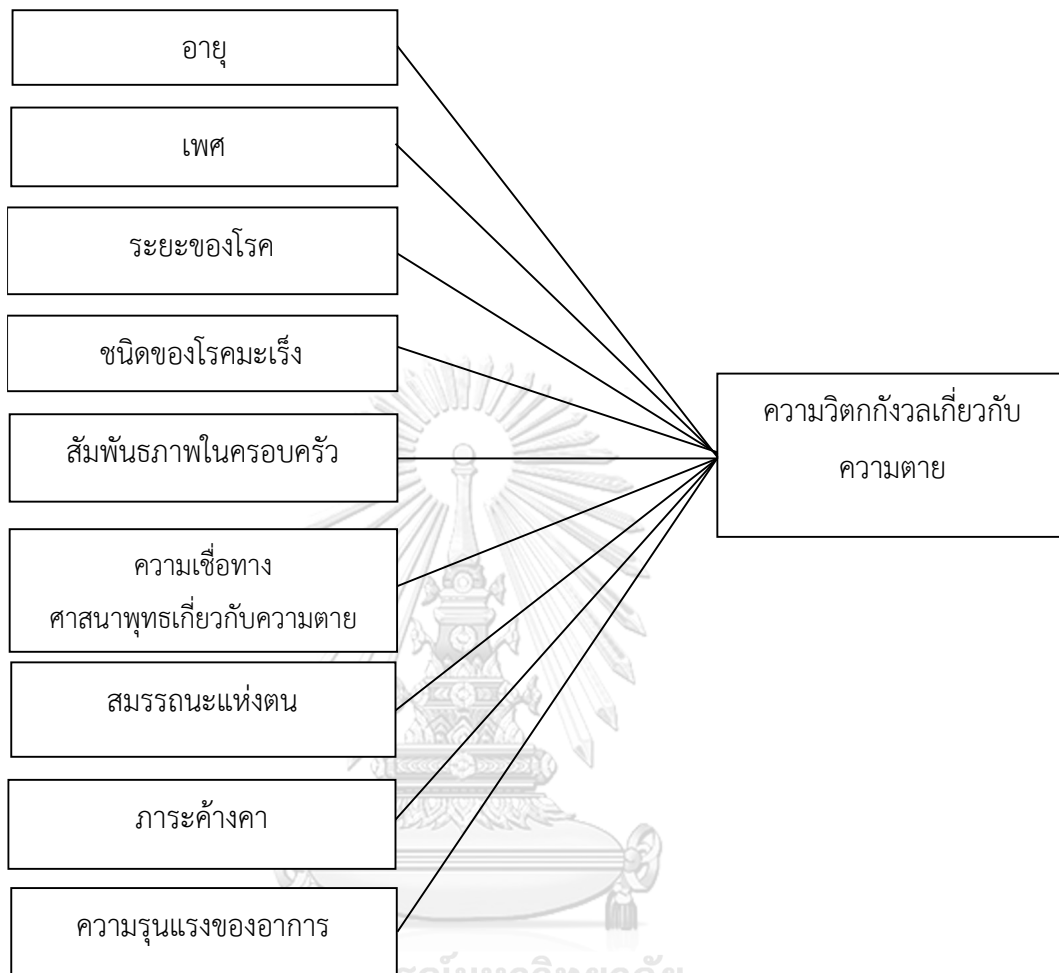
กัญญ์รัฐตา ศรีภา (2554) ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์ใกล้ตายของผู้ที่เป็นมะเร็งระยะสุดท้าย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่เป็นมะเร็งระยะสุดท้ายรับรู้ภาวะใกล้ตายใน 2 ลักษณะคือรับรู้ตามจริง และรับรู้เพียงบางส่วนซึ่งมีผลต่อการให้ความหมายชีวิตในภาวะใกล้ตาย 5 ลักษณะ ได้แก่ เป็นมะเร็งหนีไม่พ้นความตาย ภาวะใกล้ตายท่ามกลางความทุกข์ทรมาน ภาวะใกล้ตายกับภาระที่ต้องดูแล ภาวะที่ไม่ปกติหรือแปลกแยก และความทุกข์ใจกับภาวะใกล้ตาย และให้ความหมายความตายใน 5 ลักษณะ ได้แก่ ความตายทำให้พลัดพราก ความตายทำให้ต้องพลาดหวัง ความตายทำให้หลุดพ้นจากความทุกข์ทรมาน ความตายเป็นเรื่องปกติธรรมดา และความตายเป็นเรื่องไม่แน่นอน

ปองพล คงสมาน (2560) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็งระยะลุกลาม พบว่าความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวก คือการรับรู้อาการ ($r = .45, p < 0.05$) ปัจจัยที่สัมพันธ์ทางลบ คือการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับความตาย ($r = -.49, p < 0.05$) ทศนคติต่อความตาย ($r = -.26, p < 0.05$) และความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งระยะลุกลาม ($r = -.23, p < 0.05$)

มะลิวรรณ กระโพธิ์ (2561) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็งระยะลุกลาม จำนวน 212 ราย ผลการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับการยอมรับความตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.61$)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา สรุปได้ว่า ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในผู้ที่เป็นมะเร็ง มีปัจจัยมากมายที่อาจส่งผลกระทบต่อความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายทั้งในทางบวกและลบ ปัจจัยเหล่านั้นมีทั้งที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ เช่น อายุ เพศ ระยะของโรค ชนิดของโรค และปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย สัมพันธภาพในครอบครัว ภาระค่าคา สมรรถนะแห่งตน และความรุนแรงของอาการ ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายส่วนใหญ่ทำการศึกษาในต่างประเทศ โดยในประเทศไทยนั้นยังมีการศึกษาจำนวนน้อย อีกทั้งยังมีเรื่องความแตกต่างของพื้นฐานความเชื่อ ศาสนา และวัฒนธรรมเข้ามาเกี่ยวข้อง ทำให้องค์ความรู้เรื่องความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายยังไม่ครอบคลุม การศึกษาที่พบในประเทศศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม แต่ยังไม่พบการศึกษาที่ครอบคลุมถึงความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายกลุ่มผู้ที่เป็นมะเร็งทุกระยะ ที่ผลการศึกษาอาจต่างออกไป ผู้วิจัยจึงได้สรุปกรอบแนวคิดปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง โดยนำเสนอในแผนภาพ ดังต่อไปนี้

5. กรอบแนวคิดวิจัย



บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาประเภทหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง และความสัมพันธ์ระหว่างอายุ เพศ ระยะของโรค ชนิดของโรคสัมพันธ์ภาพในครอบครัว ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย สมรรถนะแห่งตน ภาวะค้ำคา ความรุนแรงของอาการ กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ที่เป็นมะเร็งทุกระยะและทุกชนิด ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคมะเร็งทุกระยะและทุกชนิดที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกมะเร็งของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย
2. นับถือศาสนาพุทธ
3. ยินยอมเข้าร่วมวิจัย
4. ไม่มีอาการแทรกซ้อนจากโรคที่อยู่ในระยะลุกลาม จนทำให้เกิดอาการที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษ ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวลดลง เหนื่อยหอบ

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

1. ถอนตัวออกจากโครงการวิจัย
2. มีอาการป่วยทางกายหรือทางจิตที่รุนแรง

กำหนดขนาดตัวอย่าง

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power Analysis Version 3.1 ประมาณค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ของ Cohen (1997) ใช้ค่าอิทธิพลขนาดกลาง = 0.3 กำหนดค่าอำนาจทดสอบ = 80% ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 และจำนวนตัวแปรที่จะศึกษาในครั้งนี้ จำนวน 10 ตัวแปรเมื่อแทนค่าในโปรแกรมแล้วคำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ทั้งสิ้น 181 ราย และไม่เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทำโดยการเลือกแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยเลือกสังกัดของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิของหน่วยงานรัฐในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีจำนวนผู้ป่วยเข้ามารับบริการจำนวนมาก ประชากรมีขนาดใหญ่ซึ่งจะได้ตัวแทนที่ดีของประชากร โดยมีจำนวน 6 สังกัด คือ

- 1) สังกัดองค์กรอิสระ ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
- 2) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลราชวิถี , โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี , สถาบันมะเร็งแห่งชาติ และโรงพยาบาลเลิดสิน
- 3) สังกัดกรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ , โรงพยาบาลตากสิน และโรงพยาบาลกลาง
- 4) สังกัดกระทรวงกลาโหม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช , โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า
- 5) สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ได้แก่ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี , โรงพยาบาลศิริราช และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
- 6) สังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี โรงพยาบาลตำรวจ

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มมา 2 สังกัดจาก 6 สังกัด โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ (Sampling without replacement) ผู้วิจัยสุ่มได้ดังนี้ 1) สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม 2) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ขั้นตอนที่ 3 ผู้วิจัยสุ่มเลือกโรงพยาบาล 1 โรงพยาบาลในแต่ละสังกัด ซึ่ง 1) สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ประกอบด้วยคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี , โรงพยาบาลศิริราช และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช และ 2) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลราชวิถี , โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี , สถาบันมะเร็งแห่งชาติ และโรงพยาบาลเลิดสิน โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ (Sampling without replacement) ได้ผลดังนี้ 1) สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ได้แก่ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล 2) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

4. เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience Sampling) และมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ (Inclusion criteria) ผู้วิจัยสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นโดยใช้สัดส่วนที่เท่ากัน เนื่องจากไม่ทราบสัดส่วนของจำนวนผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมดทั้ง 2 โรงพยาบาล จึงแบ่งกลุ่มตัวอย่างเท่า ๆ กันทั้ง 2

โรงพยาบาลดังนี้ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล 90 คน และสถาบัน
มะเร็งแห่งชาติ 91 คน รวมครบจำนวน 181 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะของโรค ระยะเวลาในการเจ็บป่วย และการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน

2) The Death Anxiety Questionnaire (DAQ) Conte et al. (1982) ซึ่งใช้ฉบับแปลเป็นฉบับภาษาไทย แปลโดย มะลิวรรณ กระโพธิ์ (2561) ด้วยวิธีการแปลแบบย้อนกลับ (back-translation) จากสถาบันภาษาของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แบบสอบถามชุดนี้ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความหวาดกลัวความไม่รู้ ด้านความหวาดกลัวความทรมาณ ด้านความหวาดกลัวความเดียวดาย และด้านความหวาดกลัวการดับสิ้นชีวิต แบบมาตรวัดประมาณค่า 3 ระดับ (Rating scales) มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) CVI เท่ากับ .96 และมีค่าความเที่ยง สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .86 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้

เกณฑ์การให้คะแนน ในแต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 – 2 คะแนน แต่ในการศึกษาครั้งนี้จะทำการปรับมาตรวัดจาก 0-2 เป็น 1-4 เนื่องจากความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็งทำให้รู้สึกเป็นทุกข์ เศร้าใจและคิดวิตกกังวลเกี่ยวกับเรื่องความตายซ้ำๆ (Mavrogiorgou et al., 2020) และผู้ที่เป็นโรคร้ายแรงอย่างโรคมะเร็งนั้นมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายมากกว่าผู้ป่วยเรื้อรังอื่นๆ (Bibi & Khalid, 2020) ผู้วิจัยจึงทำการปรับค่าให้ให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ที่เป็นมะเร็ง โดยทำหนังสือขออนุญาตเจ้าของเครื่องมือมีรายละเอียด ดังนี้

- 1 หมายถึง กังวลเพียงเล็กน้อย
- 2 หมายถึง กังวลปานกลาง
- 3 หมายถึง กังวลมาก
- 4 หมายถึง กังวลมากที่สุด

การแปลผลคะแนน คิดคะแนนรวมทั้ง 15 ข้อ โดยคะแนนรวมมีค่าคะแนน 15-60 คะแนน โดยคะแนนรวมน้อย หมายถึง มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในระดับน้อย และคะแนนรวมมาก หมายถึง มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในระดับสูง เพื่อให้สามารถแบ่งระดับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในการวิจัยครั้งนี้ให้มีความชัดเจน ผู้วิจัยจึงแบ่งความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้หลักสถิติการหาพิสัยของคะแนน คือ คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด แล้วหาร

ด้วยจำนวนชั้น (ประคอง วรรณสูตร, 2542) ได้เท่ากับ 10 จึงสามารถแบ่งระดับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ได้ดังนี้

การแปลผลระดับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย

ช่วงคะแนน	ระดับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย
15-30 คะแนน	ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายระดับต่ำ
31-45 คะแนน	ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายระดับปานกลาง
46-60 คะแนน	ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย

การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้แบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย (The Death Anxiety Questionnaire (DAQ)) ฉบับภาษาไทย แปลโดย มะลิวรรณ กระโพธิ์ (2561) โดยการขออนุญาตผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จากนั้นนำแบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา และการใช้ภาษาก่อนนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาผู้ที่เป็นโรคมะเร็ง หรือการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง หรือการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็ง 1 ท่าน และพยาบาลผู้มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งหรือการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 1 ท่าน

จากนั้นผู้วิจัยร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ปรับแก้แบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (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 ผลการคำนวณได้ $CVI = .93$ โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ได้ให้คำแนะนำในการปรับแก้ข้อคำถาม ดังนี้

ข้อ 2 ท่านไม่สบายใจเมื่อรู้ว่าท่านจะชีวิตก่อนที่จะได้ทำในสิ่งที่อยากทำ ปรับเป็น “ท่านไม่สบายใจเมื่อรู้ว่าท่านอาจจะเสียชีวิต ก่อนที่จะได้ทำในสิ่งที่อยากทำ”

ข้อ 5 ท่านคิดว่าคนอื่นอาจกังวลเมื่อเห็นท่านทุกข์ทรมาน ขณะเสียชีวิต ปรับเป็น “ท่านกังวลว่าคนที่ท่านรักจะเห็นท่านทุกข์ทรมานก่อนเสียชีวิต”

ข้อ 7 ท่านกังวลว่าการเสียชีวิตทำให้พลัดพรากตลอดกาล ปรับเป็น “ท่านกังวลว่าการเสียชีวิตทำให้พลัดพรากจากคนที่รักไปตลอดกาล”

ข้อ 9 ท่านคิดว่าการที่ท่านเสียชีวิตจะเป็นการทิ้งคนรักไว้เบื้องหลัง ปรับเป็น “ท่านมีความกังวลว่าภายหลังท่านเสียชีวิต จะเป็นการทิ้งคนรักไว้เบื้องหลัง”

ข้อ 12 ท่านกังวลว่าท่านจะเสียชีวิตอย่างเดียวดาย ปรับเป็น “ท่านกังวลว่าท่านจะเสียชีวิตอย่างโดดเดี่ยวเดียวดายในวาระสุดท้าย”

ข้อ 13 ท่านกังวลว่าคนรอบข้างจะลืมท่านเมื่อท่านเสียชีวิต ปรับเป็น “ท่านกังวลว่าคนรอบข้างจะลืมท่านเมื่อท่านเสียชีวิตแล้ว”

ข้อ 15 ท่านกังวลเกี่ยวกับสิ่งที่ไม่รู้ภายหลังการเสียชีวิต ปรับเป็น “ท่านกังวลเกี่ยวกับความตาย เพราะไม่รู้ว่าภายหลังการเสียชีวิตแล้วจะเป็นอย่างไร”

3) แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว ของ คุณจริญญา แก้วสกุลทอง (2552) ข้อคำถามมีทั้งหมด 10 ข้อ เป็นการประเมินเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวที่ประกอบไปด้วยลักษณะพฤติกรรม 10 ประการ มีลักษณะมาตรวัดเป็นแบบ ประเมินค่า 5 ระดับ (1= ไม่เคยเลย ไปถึง 5= เสมอ) เนื้อหาเป็นการประเมินเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวที่ประกอบไปด้วยลักษณะพฤติกรรม 10 ประการ ได้แก่ การชื่นชมคุณค่าและให้กำลังใจกัน การให้ของขวัญในโอกาสต่างๆ เวลาที่มีให้กัน ความห่วงใยที่มีต่อกัน การปรึกษากัน ความสนใจในศาสนา การดูแลกัน การพึ่งพาอาศัยกัน การรับรู้ถึงความรู้สึกและความต้องการของกัน และความพึงพอใจในชีวิตครอบครัว

การแปลผลคะแนน คัดคะแนนรวมทั้ง 10 ข้อ โดยคะแนนรวมมีค่าคะแนน 10 –50 คะแนน คัดคะแนนทุกข้อคำถามแล้วนำคะแนนมาวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยและจัดระดับคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัว โดย กำหนดคะแนนเฉลี่ยในการพิจารณาแบบอิงเกณฑ์ของ ชูศักดิ์ จรุงสุวสิทธิ์ (2551) ดังนี้

การแปลผลระดับสัมพันธภาพในครอบครัว

ช่วงคะแนนเฉลี่ย	ระดับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย
1.00-2.33 คะแนน	สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ระดับไม่ดี
2.34-3.67 คะแนน	สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ระดับปานกลาง
3.68-5.00 คะแนน	สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ระดับดี

การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว

การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว จากนั้นนำปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา และการใช้ภาษาก่อนนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง หรือการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ที่เป็นมะเร็ง หรือการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็ง 1 ท่าน และพยาบาลผู้มีประสบการณ์การดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งหรือการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 1 ท่าน

จากนั้นผู้วิจัยร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ปรับแก้แบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาหรือ (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 ผลการคำนวณได้ $CVI = 1.0$ โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ได้ให้คำแนะนำในการปรับแก้ข้อคำถาม ดังนี้

ข้อ 2 สมาชิกในครอบครัวมีการให้ของขวัญกันและกันเนื่องในโอกาสพิเศษต่างๆ เช่น วันเกิด วันขึ้นปีใหม่ วันแห่งความรัก วันครบรอบแต่งงาน ปรับเป็น “สมาชิกในครอบครัวของท่านมีการให้ของขวัญกันและกันเนื่องในโอกาสพิเศษต่างๆ เช่น วันเกิด วันขึ้นปีใหม่ วันแห่งความรัก วันครบรอบแต่งงาน”

ข้อ 5 สมาชิกในครอบครัวมีการปรึกษากันในเรื่องต่างๆ ปรับเป็น “สมาชิกในครอบครัวของท่านมีการปรึกษากันในเรื่องต่างๆ”

ข้อ 6 สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาร่วมกัน “สมาชิกในครอบครัวของท่านปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาร่วมกัน เช่น สวดมนต์ ทำบุญ ไปเวียนเทียน”

ข้อ 7 สมาชิกในครอบครัวให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ปรับเป็น “สมาชิกในครอบครัวของท่านให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน”

4) แบบสอบถามภาวะค้ำคา เป็นแบบสอบถามที่ มะลิวรรณ กระโพธิ์ (2560) พัฒนาขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมของ พระไพศาล วิสาโล (2554) และ กัญฐิตา ศรีภา (2554) ประกอบด้วย ข้อคำถาม 6 ข้อ สอบถามถึงภารกิจที่ยังค้ำคาหรือยังไม่ได้จัดการ ได้แก่ ภาระการงานและทรัพย์สิน ภาระทางจิตใจค้ำคา 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 ได้ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 6 - 24 คะแนน โดยคะแนนรวมน้อย หมายถึง มีภาระที่ค้ำคาน้อย และ คะแนนมาก หมายถึง มีภาระที่ค้ำคามาก ผู้วิจัยแบ่งระดับภาระที่ค้ำคาออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้ สถิติหลักการหาพิสัยของคะแนน คือ คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด แล้วหารด้วยจำนวนชั้น (ประกอบ กรรณสูต, 2542) ได้เท่ากับ 6 จึงสามารถแบ่งระดับภาระที่ค้ำคา ได้ดังนี้

การแปลผลระดับภาระค้ำคา

ช่วงคะแนน	ระดับภาระค้ำคา
6-12 คะแนน	มีระดับภาระที่ค้ำคาอยู่ในระดับน้อย
13-19 คะแนน	มีระดับภาระที่ค้ำคาอยู่ในระดับปานกลาง
20-24 คะแนน	มีระดับภาระที่ค้ำคาอยู่ในระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามภาวะค้ำคา

การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้แบบสอบถามภาวะค้ำคา จากนั้นนำปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา และการใช้ภาษาก่อนนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาผู้ที่เป็นโรคมะเร็ง หรือการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง หรือการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็ง 1 ท่าน และพยาบาลผู้มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งหรือการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 1 ท่าน

จากนั้นผู้วิจัยร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ปรับแก้แบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหารายข้อ (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 = 1.0 ทุกข้อคำถาม จากนั้นนำคะแนนรวมที่ได้จากการรวมคะแนนทุกข้อคำถามหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด ผลการคำนวณได้ CVI = 1.0 โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ได้ให้คำแนะนำในการปรับแก้ข้อคำถาม ดังนี้

ข้อ 4 ท่านรู้สึกผิดกับใครบางคนและอยากขอโทษ/ขอโทษใครบางคน ปรับเป็น “ท่านรู้สึกผิดกับใครบางคนและอยากขอโทษ/ขอโทษใครบางคน”

ข้อ 5 ท่านมีความคาดหวังเกี่ยวกับลูกหลาน เช่น คาดหวัง ได้เห็นลูกชายบวช คาดหวังได้เห็นลูกแต่งงาน เป็นต้น ปรับเป็น “ท่านยังมีความคาดหวังเกี่ยวกับคนในครอบครัวในอนาคต เช่น คาดหวัง ได้เห็นลูกชายบวช คาดหวังได้เห็นลูกแต่งงาน เป็นต้น”

ข้อ 6 ท่านมีสิ่งที่ท่านยังอยากทำในอนาคต เช่น ทำงาน หาเงินเลี้ยงครอบครัว ขยายธุรกิจ สร้างบ้าน เป็นต้น ปรับเป็น “ท่านมีสิ่งที่ท่านยังอยากทำในอนาคต เช่น ทำงาน หาเงินเลี้ยงครอบครัว ขยายธุรกิจ สร้างบ้าน พาคครอบครัวไปเที่ยวพักผ่อน เป็นต้น”

5) แบบสอบถามความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย ของ สารภี รั้งชีโกศัย และคณะ (2556) เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของพระไพศาลวิสาลและคณะ (2552) ประกอบด้วยข้อคำถาม 13 ข้อ สอบถามความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือชุดนี้เท่ากับ 0.88 ซึ่งเป็นค่าที่แสดงว่ามีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี (Polit et al., 2007) และมีความเที่ยงของเครื่องมือมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.77 แสดงว่าเครื่องมือชุดนี้มีค่าความเที่ยง อยู่ในระดับดี (DeVellis, 2012) เกณฑ์การให้คะแนน ลักษณะคำตอบของแบบสอบถามชุดนี้เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ 1-3 คะแนน ดังนี้

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

การแปลผลคะแนน การแปลผลคะแนนโดยนำคะแนนของแบบสอบถามทั้ง 13 ข้อรวมกันได้ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 13 - 39 คะแนน โดยคะแนนรวมน้อย หมายถึง มีความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับ ความตายในระดับต่ำ และคะแนนรวมมาก หมายถึง มีความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตายใน ระดับสูง เครื่องมือชุดนี้ได้แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้หลักสถิติการหาพิสัยของคะแนน ดังนี้

การแปลผลระดับความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย

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

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย

การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้แบบสอบถามความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย จากนั้นนำแบบประเมิน ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา และการใช้ ภาษาก่อนนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง หรือการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ที่เป็นโรคมะเร็ง หรือการดูแลแบบ ประคับประคอง จำนวน 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็ง 1 ท่าน และพยาบาลผู้มีประสบการณ์การ ดูแลผู้ที่เป็นโรคมะเร็งหรือการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 1 ท่าน

จากนั้นผู้วิจัยร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ปรับแก้แบบสอบถามตาม ข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา 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 > .8 ทุกข้อคำถาม จากนั้นนำ คะแนนรวมที่ได้จากการรวมคะแนนทุกข้อคำถามหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด ผลการคำนวณได้ CVI = .92 โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ได้ให้คำแนะนำในการปรับแก้ข้อคำถาม ดังนี้

ข้อ 4 ท่านเชื่อว่า การทำความดีจะเป็นการสร้างบุญสร้างกุศลก่อนตาย ปรับเป็น “ท่านเชื่อว่า ท่านควรทำความดีสร้างบุญสร้างกุศลก่อนตาย”

ข้อ 6 ท่านเชื่อว่าการทำบุญต่อกบาตรเป็นการได้อุทิศส่วนกุศลให้กับผู้ตาย ปรับเป็น “ท่านเชื่อว่าการทำบุญต่อกบาตรและกรวดน้ำ อธิษฐานจิตเป็นการได้อุทิศส่วนกุศลให้กับผู้ตาย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ตายไปเกิดใหม่ในภพภูมิที่ดี ”

ข้อ 7 ท่านเชื่อว่าการทำบุญต่อกบาตรก็เพื่อสะสมบุญกุศลไว้ในชาติหน้า ปรับเป็น “ท่านเชื่อว่าการทำบุญต่อกบาตรเป็นการสะสมบุญกุศลไว้ในชาติหน้า”

ข้อ 11 ท่านเชื่อว่าการที่คนใกล้ตายได้อโหสิกรรมนายเวรให้กับคนอื่นหรือเจ้ากรรมนายเวรจะถือว่าเป็นการชำระล้างกรรมเก่าให้กับตัวเอง ปรับเป็น “ท่านเชื่อว่าการที่คนใกล้ตายได้อโหสิกรรมให้กับคนอื่นหรือเจ้ากรรมนายเวรจะถือว่าเป็นการชำระล้างกรรมเก่าให้กับตัวเอง”

6) แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตน ใช้แบบสอบถาม General Perceived Self-Efficacy ของ Schwarzer (1997) แปลเป็นภาษาไทยโดย เวทีนี้ สุขมาก และคณะ (2545) ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อที่สอบถามถึงสมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับปัญหาทั่วไป คุณภาพของเครื่องมือ ความเที่ยงของแบบสอบถามชุดนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคระหว่าง 0.76 และ 0.90 (เวทีนี้ สุขมาก และคณะ, 2545)

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 10 ข้อรวมกันได้คะแนนรวมอยู่ในช่วง 10-40 คะแนน เครื่องมือชุดนี้ได้แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้หลักสถิติการหาพิสัยของคะแนน ดังนี้

การแปลผลระดับความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย

ช่วงคะแนน	ระดับสมรรถนะแห่งตน
10-20 คะแนน	สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับต่ำ
21-31 คะแนน	สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง
32-40 คะแนน	สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามสมรรถนะแห่งตน

การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนจากนั้นนำแบบประเมินปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา และการใช้ภาษาก่อนนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง หรือการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็ง หรือการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็ง 1 ท่าน และพยาบาลผู้มีส่วนเกี่ยวข้องการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งหรือการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 1 ท่าน

จากนั้นผู้วิจัยร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ปรับแก้แบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาหารายข้อ (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 > .8 ทุกข้อคำถาม จากนั้นนำคะแนนรวมที่ได้จากการรวมคะแนนทุกข้อคำถามหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด ผลการคำนวณได้ CVI = 1.0 โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ได้ให้คำแนะนำในการปรับแก้ข้อคำถาม ดังนี้

ข้อ 3 ท่านสามารถทำสิ่งที่ท่านต้องการได้เสมอ ปรับเป็น “ท่านสามารถทำในสิ่งที่ท่านต้องการได้เสมอ”

ข้อ 4 ท่านสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่คาดไม่ถึงอยู่ได้เสมอ ปรับเป็น “ท่านสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่คาดไม่ถึงได้เสมอ”

ข้อ 5 ท่านแก้ไขเหตุการณ์ที่คาดไม่ถึงอยู่ได้เสมอ ปรับเป็น “ท่านแก้ไขเหตุการณ์ที่คาดไม่ถึงได้เสมอ”

7) แบบประเมินความรุนแรงของอาการ ใช้แบบประเมินอาการของเอ็ดมอนตัน (Edmonton Symptom Assessment Scale: ESAS) ฉบับภาษาไทย ซึ่งพัฒนาโดย M. Chinda et al. (2011) แบบประเมินประกอบด้วย การประเมินความรุนแรงของอาการ 9 อาการคือ ปวด เหนื่อย/อ่อนเพลีย คลื่นไส้ ง่วงซึม เบื่ออาหาร ความไม่สบายกาย และใจ เหนื่อยหอบ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ได้ผ่านการปรับปรุงและตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา มีค่า Cronbach's alpha =

.86 และผ่านการทดสอบความน่าเชื่อถือโดยการนำไปใช้จริงในผู้ที่ เป็นโรคมะเร็ง (M. Chinda et al., 2011) **เกณฑ์ในการให้คะแนน** ซึ่งระดับความรุนแรงของอาการแบ่งเป็น 0-10 คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีอาการนั้น ๆ และ 10 หมายถึง อาการรุนแรงมากที่สุด

การแปลผลคะแนน โดยการนำค่าคะแนนของอาการทั้งหมดรวมกัน แบ่งระดับความรุนแรง แบ่งเป็น 4 ระดับดังนี้ 0 หมายถึง ไม่มี ความรุนแรงของอาการ, 1-30 หมายถึง ความรุนแรงของอาการ อยู่ในระดับต่ำ, 31-60 หมายถึง ความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับปานกลาง, 61-90 หมายถึง ความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับสูง

การแปลผลระดับความรุนแรงของอาการ

ช่วงคะแนน	ระดับความรุนแรงของอาการ
0 คะแนน	ไม่มีความรุนแรงของอาการ
1-33 คะแนน	มีความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับต่ำ
34-67 คะแนน	มีความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับปานกลาง
68-100 คะแนน	มีความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินความรุนแรงของอาการ

การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้แบบประเมินความรุนแรงของอาการ จากนั้นนำแบบประเมินปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา และการใช้ภาษาก่อนนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาผู้ที่เป็นโรคมะเร็ง หรือการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ที่เป็นโรคมะเร็ง หรือการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็ง 1 ท่าน และพยาบาลผู้มีประสบการณ์การดูแลผู้ที่เป็นโรคมะเร็งหรือการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 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 $> .8$ ทุกข้อคำถาม จากนั้นนำคะแนนรวมที่ได้จากการรวมคะแนนทุกข้อคำถามหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด ผลการคำนวณได้ CVI = 1.0 โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ได้ให้คำแนะนำในการปรับแก้ข้อคำถาม ดังนี้

ข้อ 3 อาการคลื่นไส้ ปรับเป็น “อาการคลื่นไส้ / อาเจียน”

ข้อ 4 อาการซึมเศร้า ปรับเป็น “อาการซึมเศร้า/ หดหู่ เศร้าใจ”

ข้อ 8 สบายดีทั้งกายและใจ ปรับเป็น “รู้สึกดี มีความสุข สบายดีทั้งกายและใจ”

ข้อ 9 อาการเหนื่อยหอบ ปรับเป็น “อาการหายใจลำบาก”

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (try out) ได้แก่ แบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว แบบสอบถามภาระด้านคาแบบสอบถามความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตน และ แบบประเมินความรุนแรงของอาการ โดยทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 คน ที่แผนกผู้ป่วยนอกโรคมะเร็งของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถามโดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งค่าแอลฟา ระหว่าง .70 -.80 ถือว่ายอมรับได้และถ้าอยู่ระหว่าง .80-.90 จึงจะถือว่าค่าความเที่ยงอยู่ในระดับดีมาก (DeVellis, 2012) จากการคำนวณ พบว่าแบบสอบถามแต่ละชุด มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) อยู่ในเกณฑ์ ดังแสดงในตารางที่ 1

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

แบบสอบถาม	Cronbach's alpha coefficient
แบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย	.85
แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว	.91
แบบสอบถามภาระค้ำคา	.84
แบบสอบถามความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตาย	.72
แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตน	.86
แบบประเมินความรุนแรงของอาการ	.87

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยนำโครงร่างวิทยานิพนธ์พร้อมทั้งเครื่องมือในการวิจัยเสนอขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ของ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และสถาบันมะเร็งแห่งชาติและได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของทั้ง 2 โรงพยาบาล เลขที่ COA. MURAMA2023/232 ลงวันที่ 3 มีนาคม 2566 และ เลขที่ 004_2023T_OUT801 ลงวันที่ 3 พฤษภาคม 2566

2. ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยจะชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย ข้อมูลที่อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวตนของกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการปกปิดและจะไม่เผยแพร่กับสาธารณะ การนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมไม่ชี้เฉพาะในส่วนของผู้ตอบแบบสอบถามและ ไม่ก่อให้เกิดความเสียหายใดๆ ทั้งต่อบุคคลและองค์กร โดยการใช้รหัสประจำโครงการวิจัยแทนชื่อของกลุ่มตัวอย่าง ในระหว่างเก็บข้อมูลหากกลุ่มตัวอย่าง มีคำถามใดไม่สะดวกใจที่จะตอบสามารถเลือกที่จะไม่ตอบได้ และสามารถซักถามข้อข้องใจเพิ่มเติมจนมีความเข้าใจ รวมทั้งสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดระยะเวลาในการทำวิจัย ซึ่งจะไม่มีผลกระทบต่อบริการสุขภาพที่พึงได้รับจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของแต่ละโรงพยาบาลและได้รับอนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบและติดต่อประสานงานกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกโรคมะเร็ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอน การดำเนินงานพร้อมทั้งขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยจึงเข้าเก็บข้อมูลที่แต่ละโรงพยาบาลในทุกวันจันทร์-ศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์) โดยดำเนินการเก็บข้อมูลที่คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ช่วงวันที่ 10 มิถุนายน 2566- 26 กันยายน 2566 และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ช่วงวันที่ 24 มิถุนายน 2566- 26 กันยายน 2566 โดยมีวิธีการและขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. วันก่อนเข้าเก็บข้อมูลแต่ละครั้ง ผู้วิจัยเข้าไปติดต่อเข้าพบแพทย์เจ้าของไข้และ พยาบาลประจำแผนกในช่วงบ่าย เนื่องจากเป็นช่วงที่ผู้มารับบริการเริ่มน้อยลงและเป็นช่วงที่ เวชระเบียนส่งรายชื่อและแฟ้มประวัติของผู้ป่วยที่จะมารับการตรวจติดตามในวันถัดไป ทั้งนี้เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งขอความร่วมมือจากแพทย์เจ้าของไข้ พยาบาลประจำแผนกเป็นผู้แนะนำผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดให้กับผู้วิจัย โดยพยาบาลประจำแผนกเป็นผู้ให้รายชื่อผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดที่จะมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรคมะเร็งในวันถัดไปแก่ผู้วิจัยในช่วงบ่ายทุกวันภายหลังแพทย์ตรวจเสร็จ

2. ในวันเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเริ่มเข้าเก็บข้อมูลตั้งแต่เวลา 08.30 น.- 12.00 ผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำแผนกในการประชาสัมพันธ์โครงการ แนะนำผู้วิจัยและแจ้งให้ผู้ป่วยที่มีรายชื่อทราบเบื้องต้นเกี่ยวกับการวิจัย

3. ภายหลังพยาบาลแนะนำผู้ป่วยและญาติให้ผู้วิจัยรู้จักแล้ว ผู้วิจัยเริ่มแนะนำตัว และสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ผู้วิจัยขออนุญาตเชิญผู้ป่วยเข้ามาซักถามชี้แจงเกี่ยวกับการวิจัยและขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้ป่วย หากผู้ป่วยไม่ยินยอมหรือไม่พร้อม ผู้วิจัยไม่เก็บข้อมูลกับผู้ป่วย หากผู้ป่วยสนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รายละเอียด ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย ภายหลังการชี้แจงผู้วิจัยขอความร่วมมือเข้าร่วมวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและยินยอมเข้าร่วมวิจัยจนเข้าใจและให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กรณีที่กลุ่มตัวอย่างปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยผู้วิจัยกล่าวขอบคุณและจบสัมพันธภาพ

3. ภายหลังกลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยแล้วผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับรายละเอียดของแบบสอบถาม พร้อมทั้งอธิบายวิธีตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ ผู้วิจัยจัดหาสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัวสำหรับการตอบแบบสอบถามโดยเป็นมุมใดมุมหนึ่ง

หน้าห้องตรวจที่มีความสงบพอสมควร หรือห้องตรวจที่ไม่มีแพทย์เข้าตรวจโดย ได้รับอนุญาตให้เข้าไปใช้โดยพยาบาลหัวหน้าแผนก เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถตอบแบบสอบถามได้ อย่างอิสระ ลดความไม่สบายใจ หรือลดความอึดอัดใจที่อาจเกิดขึ้นระหว่างตอบแบบสอบถาม จากนั้นให้เวลากลุ่มตัวอย่างในการทำแบบสอบถามด้วยตนเองส่วนใหญ่ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที โดยระหว่างที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยอยู่ในบริเวณที่กลุ่มตัวอย่างมองเห็นได้ตลอดเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามข้อสงสัยกับผู้วิจัย ได้ตลอด และประเมินจิตใจและอารมณ์ที่เปลี่ยนของกลุ่มตัวอย่างขณะตอบแบบสอบถามและให้การช่วยเหลือกลุ่มตัวอย่างได้หากกลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกไม่สบายใจในการตอบแบบสอบถามหรือมีอาการผิดปกติ ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านข้อความให้กลุ่มตัวอย่าง ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีกิจกรรมอื่น เช่น พบแพทย์ ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผู้วิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างทำกิจกรรมให้เสร็จสิ้นก่อน แล้วจึงขอความร่วมมือตอบแบบสอบถามต่อจนเสร็จสมบูรณ์ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามด้วยตนเองจำนวน 157 คนและผู้วิจัยต้องอ่านให้ฟังจำนวน 24 คน

5. ผู้วิจัยยุติการสอบถามและประเมินอาการเมื่อกกลุ่มตัวอย่างแสดงอาการเหนื่อย หอบหรือปวด เพื่อให้การช่วยเหลือตามอาการ โดยผู้วิจัยประสานกับพยาบาลประจำแผนก ให้การพยาบาลเบื้องต้นและรายงานแพทย์ ในกรณีที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกไม่สบายใจ เครียด วิตกกังวล ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ระบายความรู้สึก ประเมินปัญหาและให้คำปรึกษาเบื้องต้น จากนั้นประสานงานส่งต่อกับทีมผู้ดูแลเพื่อให้คำปรึกษาเยียวยาและให้การพยาบาลต่อไป ในการศึกษาครั้งนี้ไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีความเครียดหรือแสดงอาการเศร้าโศกในขณะที่ตอบแบบสอบถามและภายหลังตอบแบบสอบถามจนต้องยุติการตอบแบบสอบถาม แต่พบว่ากลุ่มตัวอย่างบางส่วนยังมีความวิตกกังวลในเรื่องการรักษาและอาการของโรค ผู้วิจัยให้คำปรึกษาเบื้องต้นและส่งต่อพยาบาลประจำแผนกเพื่อให้ข้อมูลและการดูแลต่อไป

6. เมื่อกกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จแล้วผู้วิจัยทำการตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างตอบไม่ครบถ้วนจะแจ้งให้ทราบและซักถามเพิ่มเติม จากนั้นผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

7. ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนดังกล่าวจนได้กลุ่มตัวอย่างครบในแต่ละโรงพยาบาล แล้วนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อคำถามแต่ละฉบับ พร้อมทั้งกำหนดรหัสของข้อมูลแต่ละข้อเพื่อนำไปวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS เวอร์ชัน 17 โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยแยกวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์คะแนนความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย คะแนนสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว คะแนนภาระค้ำคาน คะแนนความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย คะแนนสมรรถนะแห่งตน และความรุนแรงของอาการโดยการแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ เพศ (แปลงเป็นตัวแปรหุ่น) สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว ภาระค้ำคาน ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย สมรรถนะแห่งตน และความรุนแรงของอาการ กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย โดยใช้สถิติวิเคราะห์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรค กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย โดยใช้สถิติ วิเคราะห์สหสัมพันธ์ ETA

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแปลผลสถิติวิเคราะห์สหสัมพันธ์ของ Taylor (Polit & Beck, 2004) ดังนี้

ค่า r ระดับความสัมพันธ์ [.35] หมายความว่า มีความสัมพันธ์กันต่ำ

[.36 - .68] หมายความว่า มีความสัมพันธ์กันปานกลาง

[.69 - 1.00] หมายความว่า มีความสัมพันธ์กันสูง

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลของการศึกษาเรื่องปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกมะเร็งของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวน 181 คน ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ตารางประกอบคำบรรยาย โดยจำแนกเป็นตอน ตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ที่เป็นมะเร็ง แสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 2

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในผู้ป่วยมะเร็ง

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย สมรรถนะแห่งตน ภาระค้ำคา ความรุนแรงของอาการ

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ ระยะของโรค ชนิดของโรค สัมพันธภาพในครอบครัว ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย สมรรถนะแห่งตน ภาระค้ำคา ความรุนแรงของอาการ กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ที่เป็นมะเร็ง
 ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างผู้ที่เป็นมะเร็ง (n = 181)

ลักษณะข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
31-40 ปี	5	2.80
41- 50 ปี	16	8.80
51-60 ปี	56	30.90
61- 70 ปี	54	29.80
71-80 ปี	40	22.10
81 ปีขึ้นไป	10	5.50
วัยผู้ใหญ่	77	42.54
วัยสูงอายุ	104	57.46
(Mean = 62.7, S.D. = 9.89, Min = 35, Max = 84)		
เพศ		
หญิง	107	59.10
ชาย	74	40.90
สถานภาพ		
คู่	111	61.30
โสด	43	23.80
หม้าย	15	8.30
หย่าร้าง	12	6.60
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	4	2.20
ประถมศึกษา	44	24.30
มัธยมศึกษา/ปวช.	35	19.30
อนุปริญญา/ปวส.	15	8.30
ปริญญาตรี	68	37.60
สูงกว่าปริญญาตรี	15	8.30

ลักษณะข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาชีพ		
แม่บ้าน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ	46	25.40
เกษียณอายุราชการ/รัฐวิสาหกิจ	39	21.50
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	26	14.40
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	28	15.50
รับจ้าง	23	12.70
เกษตรกร	19	10.50
รายได้ครอบครัว		
ไม่มีรายได้	4	2.20
ต่ำกว่า 5,000 บาท	18	10.80
5,001 – 10,000 บาท	16	9.90
10,001 – 15,000 บาท	22	12.20
15,001 – 20,000 บาท	26	14.40
มากกว่า 20,000 บาท	94	51.90
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	49	27.10
มีโรคประจำตัว	132	72.90
ระบุโรคประจำตัว		
โรคร่วม 1 โรค		
DM	9	5.00
HT	29	16.00
HLD	10	5.50
HD	2	1.10
โรคร่วม 2 โรค		
DM + HT	33	18.20
HT + HLD	24	13.30
HT + HD	5	2.80



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ลักษณะข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โรคร่วม 3 โรค		
DM + HT+ HLD	9	5.00
DM + HT + HD	2	1.10
DM + HT + CKD	4	2.20
HT+ HLD + HD	5	2.80
ชนิดของโรคมะเร็ง (เรียงตาม อันดับ)		
มะเร็งปอด	33	18.23
มะเร็งมดลูก&มะเร็งรังไข่	33	18.23
มะเร็งเต้านม	31	17.13
มะเร็งลำไส้	24	13.26
มะเร็งช่องท้อง	18	9.95
มะเร็งศีรษะและคอ	16	8.84
มะเร็งตับ	12	6.63
มะเร็งต่อมลูกหมาก	10	5.52
มะเร็งองคชาติ	4	2.21
ระยะของโรค		
ระยะที่ 1	12	6.60
ระยะที่ 2	45	24.9
ระยะที่ 3	84	46.40
ระยะที่ 4	40	22.10
การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน		
การผ่าตัด	2	1.10
เคมีบำบัด	36	19.90
ประคับประคอง	2	1.10
ผ่าตัด+เคมีบำบัด	81	44.80
เคมีบำบัด+ฉายแสง	24	13.30

ลักษณะข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ผ่าตัด+เคมีบำบัด+ฉายแสง	28	15.50
ยามุ่งเป้า	4	2.20
อื่นๆ (รักษาตามอาการ)	4	2.20
ระยะเวลาในการเจ็บป่วย		
น้อยกว่า 6 เดือน	34	18.80
6 เดือน – 1 ปี	51	28.20
มากกว่า 1 ปี	96	53.00
บทบาทหลักในครอบครัว		
บิดา/มารดา	105	58.00
สามี/ภรรยา	27	14.90
บุตร	24	13.30
หลาน	2	1.10
อื่น ๆ (พี่,ลุง/ป้า,น้ำ,อา)	23	12.70
ประสบการณ์การสูญเสีย		
มี	175	96.70
ไม่มี	6	3.30

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ที่เป็นมะเร็งจำนวนทั้งสิ้น 181 คน ส่วนมากอายุอยู่ในช่วง 51 – 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.90 มีอายุเฉลี่ย 62.70 ปี (S.D. = 9.89) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.10 (และแปลงเพศเป็นตัวแปรหุ่น 0-1) มีสถานภาพสมรสคู่เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 61.30 ซึ่งส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับชั้นปริญญาตรี ร้อยละ 37.60 โดยอาชีพส่วนใหญ่ ไม่ได้ประกอบอาชีพ/แม่บ้าน ร้อยละ 25.40 ชนิดของโรคมะเร็งที่พบมากที่สุด 4 อันดับแรก คือมะเร็งปอด ร้อยละ 18.23 ,มะเร็งมดลูก&มะเร็งรังไข่ร้อยละ 18.23 , มะเร็งเต้านม ร้อยละ 17.13 และมะเร็งลำไส้ร้อยละ 13.26 ตามลำดับ ซึ่งพบว่าเจ็บป่วยในระยะที่ 3 มากที่สุด ร้อยละ 46.10 การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน คือ การผ่าตัดร่วมกับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ร้อยละ 44.80 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวร่วม ร้อยละ 73.10 โดยมี โรคร่วม 2 โรค คือ ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ร้อยละ 18.20

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในผู้ป่วยมะเร็ง

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็ง จำแนกตามระดับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย (n=181)

ระดับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย	จำนวน	ร้อยละ
ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายระดับต่ำ	13	7.2
ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายระดับปานกลาง	74	40.9
ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายระดับสูง	94	51.9

$\bar{X} = 46.1, SD = 10.8$

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในระดับสูง ร้อยละ 51.9 รองลงมาคือ มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายระดับปานกลางร้อยละ 40.9 และ มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายระดับต่ำร้อยละ 7.2 รายละเอียดรายข้อแสดงในภาคผนวก

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์สถิติเชิงบรรยายตัวแปรต้นที่ศึกษา ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว ภาวะค้ำคา ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย สมรรถนะแห่งตน และความรุนแรงของอาการ

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็ง จำแนกตามระดับสัมพันธภาพในครอบครัว (n=181)

ระดับสัมพันธภาพในครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ
สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ระดับไม่ดี	81	44.8
สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ระดับปานกลาง	32	17.7
สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ระดับดี	68	37.6

$\bar{X} = 2.93, SD = 1.15$

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ระดับไม่ดี ร้อยละ 44.8 รองลงมาคือ มีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ระดับดีร้อยละ 37.6 และมีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ระดับปานกลางร้อยละ 17.7 รายละเอียดรายข้อแสดงในภาคผนวก

ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็ง จำแนกตามระดับภาระค้ำคา (n=181)

ระดับภาระค้ำคา	จำนวน	ร้อยละ
มีภาระที่ค้ำคาอยู่ในระดับน้อย	41	22.7
มีภาระที่ค้ำคาอยู่ในระดับปานกลาง	88	48.6
มีภาระที่ค้ำคาอยู่ในระดับมาก	52	28.7

$\bar{X} = 16.2, SD = 4.61$

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่มีภาระที่ค้ำคาอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 48.6 รองลงมาคือ มีภาระที่ค้ำคาอยู่ในระดับมากร้อยละ 28.7 และ มีภาระที่ค้ำคาอยู่ในระดับน้อยร้อยละ 22.7 รายละเอียดตารางข้อแสดงในภาคผนวก

ตารางที่ 6 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็ง จำแนกตามระดับความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตาย (n=181)

ระดับความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตาย	จำนวน	ร้อยละ
มีระดับความเชื่ออยู่ในระดับต่ำ	30	16.6
มีระดับความเชื่ออยู่ในระดับปานกลาง	41	22.7
มีระดับความเชื่ออยู่ในระดับมาก	110	60.8

$\bar{X} = 30.9, SD = 7.42$

จากตารางที่ 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่มีระดับความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตายอยู่ในระดับมากร้อยละ 60.8 รองลงมาคือ มีระดับความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตายอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 22.7 และ มีระดับความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตายอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 16.6 รายละเอียดตารางข้อแสดงในภาคผนวก

ตารางที่ 7 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็ง จำแนกตามระดับสมรรถนะแห่งตน (n=181)

ระดับสมรรถนะแห่งตน	จำนวน	ร้อยละ
สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับต่ำ	5	2.8
สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง	125	69.1
สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง	51	28.2

$\bar{X} = 29.3, SD = 4.38$

จากตารางที่ 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่มีสมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 69.1 รองลงมาคือ มีสมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูงร้อยละ 28.2 และมีสมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 2.8 รายละเอียดตารางข้อแสดงในภาคผนวก

ตารางที่ 8 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็ง จำแนกตามระดับความรุนแรงของอาการ (n=181)

ระดับความรุนแรงของอาการ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีความรุนแรงของอาการ	0	0
มีความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับต่ำ	164	90.6
มีความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับปานกลาง	15	8.3
มีความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับสูง	2	1.1

$\bar{X} = 19.7, SD = 12.40$

จากตารางที่ 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่มีความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 90.6 รองลงมาคือ มีความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 8.3 มีความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับสูงร้อยละ 1.1 และไม่มีผู้ที่ไม่มีความรุนแรงของอาการ รายละเอียดตารางข้อแสดงในภาคผนวก

ตารางที่ 9 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยมะเร็ง จำแนกตาม ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย สัมพันธภาพในครอบครัว ภาวะที่ค้างคา ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย สมรรถนะแห่งตน และความรุนแรงของอาการ (n=181)

ตัวแปร	Possible range	Actual range	\bar{X}	SD	การแปลผล
ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย	15-60	17-57	46.1	10.8	สูง
สัมพันธภาพในครอบครัว	1-5	1-5	2.93	1.15	ดี
ภาวะค้างคา	6-24	6-23	16.2	4.61	ปานกลาง
ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย	13-39	29-39	30.9	7.42	สูง
สมรรถนะแห่งตน	10-40	25-39	29.3	4.38	ปานกลาง
ความรุนแรงของอาการ	0-100	0-63	19.7	12.40	ต่ำ

หมายเหตุ: รายละเอียดรายข้อ ในภาคผนวก

จากตารางที่ 9 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่ มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในระดับสูง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 46.1 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 10.8 มีสัมพันธภาพในครอบครัวในระดับดี คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.93 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.15 มีภาวะค้างคาในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 16.2 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.61 มีความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตายในระดับสูง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 30.9 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.42 มีสมรรถนะแห่งตนในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 29.3 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.38 มีความรุนแรงของอาการในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 19.7 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 12.40

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ ระยะของโรคมะเร็ง ชนิดของโรคมะเร็ง สัมพันธภาพในครอบครัว ภาวะค้ำคาง ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย สมรรถนะแห่งตน และ ความรุนแรงของอาการ กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย

ตารางที่ 10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ(แปลงเป็นตัวแปรหุ่น) ระยะของโรคมะเร็ง ชนิดของโรคมะเร็ง สัมพันธภาพในครอบครัว ภาวะค้ำคาง ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย สมรรถนะแห่งตน และ ความรุนแรงของอาการ กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย (n=181)

ตัวแปร	เพียร์สัน	Eta
1. อายุ	-.04	
2. เพศ	.014	
3. ระยะของโรค		.34*
4. ชนิดของโรคมะเร็ง	.77**	
5. สัมพันธภาพในครอบครัว	-.80**	
6. ภาวะค้ำคาง	.86**	
7. ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย	-.59**	
8. สมรรถนะแห่งตน	-.34**	
9. ความรุนแรงของอาการ	.55**	

*p < .05, **p < .01

จากตารางที่ 10 พบว่า ระยะของโรคมะเร็ง ภาวะค้ำคาง ความรุนแรงของอาการ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยระยะของโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในระดับสูง (r = .77) ภาวะค้ำคางมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในระดับสูง (r = .86) ความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในระดับปานกลาง (r = .55)

สัมพันธภาพในครอบครัว ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในระดับสูง (r = .80) ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตายมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในระดับปานกลาง (r = .59) สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในระดับต่ำ (r = .34)

ชนิดของโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์ระดับกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้เป็นมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Eta = .34)

อายุและเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาประเภทหาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlation Research) เพื่อศึกษาความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง และความสัมพันธ์ระหว่างอายุ เพศ ระยะของโรค ชนิดของโรค สัมพันธภาพในครอบครัว ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย สมรรถนะแห่งตน ภาวะค้ำค้ำ ความรุนแรงของอาการกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง โดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เพื่อศึกษาความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นโรคมะเร็ง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ ระยะของโรค ชนิดของโรคมะเร็ง สัมพันธภาพในครอบครัว ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย สมรรถนะแห่งตน ภาวะค้ำค้ำ ความรุนแรงของอาการกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคมะเร็งทุกชนิด ทุกระยะ อายุ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง สัญชาติไทย มีสติสัมปชัญญะดี และสามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย ที่เข้ามาใช้บริการในแผนกหอผู้ป่วยนอกโรคมะเร็งของ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคมะเร็ง ทุกระยะและทุกชนิดที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย
2. มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย
3. นับถือศาสนาพุทธ
4. ไม่มีอาการแทรกซ้อนจากโรคที่อยู่ในระยะลุกลาม จนทำให้เกิดอาการที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษ ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวลดลง เหนื่อยหอบ
5. ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยและลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power Analysis Version 3.1 ประเมินค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ของ Cohen (1997) ใช้ค่าอิทธิพลขนาดกลาง = 0.3 กำหนดค่าอำนาจทดสอบ = 80% ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 และจำนวนตัวแปรที่จะศึกษาในครั้งนี้ จำนวน 10 ตัวแปรเมื่อแทนค่าในโปรแกรมแล้วคำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ทั้งสิ้น 181 ราย และไม่เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 7 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว แบบสอบถามภาระค้ำค้ำ แบบสอบถามความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตน และแบบประเมินความรุนแรงของอาการ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามทั้งหมดตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน แล้วนำมาแบบสอบถามมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) ได้ค่าเท่ากับ .93, 1.0, 1.0, .92, 1.0 และ 1.0 ตามลำดับ จากนั้นนำแบบสอบถามทั้งหมดไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถามโดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ .85, .91, .84, .72, .86 และ .87ตามลำดับ

ผู้วิจัยวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ SPSS โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการทดสอบทั้งหมดที่ระดับ .05 โดยแยกวิเคราะห์ตามลำดับ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์คะแนนความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย คะแนนสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว คะแนนภาระค้ำค้ำ คะแนนความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย คะแนนสมรรถนะแห่งตน และความรุนแรงของอาการโดยการแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ (แปลงเป็นตัวแปรหุ่น) สัมพันธภาพของครอบครัว ภาระค้ำค้ำ ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย สมรรถนะแห่งตน และความรุนแรงของอาการ กับ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย โดยใช้สถิติวิเคราะห์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)
4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรค กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย วิเคราะห์ตัวแปรโดยใช้สถิติ วิเคราะห์สหสัมพันธ์ ETA

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในระดับสูง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 46.11 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 11.19
2. ระยะของโรคมะเร็ง ภาระค่ารักษา ความรุนแรงของอาการ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ $r = .77$, $r = .86$ และ $r = .55$ ตามลำดับ
3. สัมพันธภาพในครอบครัว ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ $r = -.80$, $r = -.59$ และ $r = -.34$ ตามลำดับ
4. ชนิดของโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้เป็นมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .34$)
5. อายุและเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็งครั้งนี้ สามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัยและประเด็นที่พบได้ดังนี้

1. ศึกษาความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ที่เป็นมะเร็งมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในระดับสูง เนื่องจากการที่ต้องเผชิญกับความตายที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ โดยเฉพาะในผู้ที่เป็นมะเร็งทำให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ซึ่งเป็นกลไกพื้นฐานทางจิตใจของมนุษย์ เป็นตัวการสำคัญที่ทำให้เกิดการแสดงออกด้านอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยแสดงการปฏิเสธความตาย กลัวความตายของตนเองและบุคคลอื่น หลีกเลี่ยงความตายและความลำบากใจในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลที่ใกล้ชิดเสียชีวิต (Conte et al., 1982) ที่ได้อธิบายว่า การที่ต้องเผชิญหน้ากับความตายที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยเฉพาะในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามทำให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายซึ่งเป็นกลไกพื้นฐานทางจิตใจของมนุษย์ เป็นตัวการสำคัญที่ทำให้เกิดการแสดงออกด้านอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ที่เป็นมะเร็ง สิ่งที่แสดงให้เห็นว่าบุคคลมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายคือ แสดงการปฏิเสธความตาย ความกลัวตายของตนเองและบุคคลอื่น การหลีกเลี่ยงความตายและความไม่เต็มใจในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ตาย เป็นไปตามองค์ประกอบของความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความหวาดกลัวความไม่รู้ 2) ด้านความหวาดกลัวความทรมาน 3) ด้านความหวาดกลัวความเดียวดาย และ 4) ด้านความหวาดกลัวการดับสิ้นชีวิต (Conte et al., 1982) ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้เมื่อวิเคราะห์ความวิตกกังวลรายด้านพบว่าผู้ที่เป็นมะเร็งมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายด้าน

ความหวาดกลัวการดับสิ้นชีวิตมากที่สุด ซึ่งมีความเป็นไปได้ที่ผู้ที่เป็นมะเร็งกลัวว่าความตายที่เกิดขึ้นไม่ใช่ความตายที่เป็นจริง และความตายนั่นทำให้ผู้ที่เป็นมะเร็งไม่สามารถทำสิ่งที่ตนเองยังติดค้างอยู่ได้ ส่วนด้านความหวาดกลัวความไม่รู้ ด้านความหวาดกลัวความทรमान และด้านความหวาดกลัวความเดียวดายอยู่ในระดับมาก ซึ่งเมื่อเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายแล้วนั้นจะทำให้ผู้ที่เป็นมะเร็งกลัวการไม่คุ้นเคย กลัวการเผชิญกับความตาย กลัวความทุกข์ทรมาน ความเจ็บปวด และกลัวการพลัดพราก จะเห็นได้ว่าความรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายเป็นสถานการณ์ที่คุกคามต่อผู้ป่วยอย่างยิ่ง ทำให้เกิดผู้ป่วยความรู้สึกว่าตนเองหมดหนทาง ถูกทอดทิ้ง เกิดความไม่มั่นใจ รู้สึกว่าตนเองจะมีอันตราย เกิดความวิตกกังวลขึ้น และ ไม่สามารถแยกออกจากความกลัวได้ (วริทธิ์ตา จารุจินดา, 2561)

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ (Tsai et al., 2005; Zana, 2009) พบว่าในผู้ที่เป็นมะเร็งพบผู้สูงอายุมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายสูง คะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายอยู่ในระดับ 6.85 การศึกษาของ Gong et al. (2022) พบว่าผู้ที่เป็นมะเร็งมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.72 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.17 และการศึกษาของมะลิวรรณ กระโพธ์ (2561) ที่พบว่า ผู้ที่เป็นมะเร็งระยะลุกลามชาวไทยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 8.14 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.20

2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ ระยะของโรค ชนิดของโรคมะเร็ง สัมพันธภาพในครอบครัว ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย สมรรถนะแห่งตน ภาวะค้ำคา ความรุนแรงของอาการกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง

2.1 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.04$, $p > 0.05$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ว่าอายุมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง อธิบายได้ว่าการศึกษานี้ อายุไม่เป็นผลกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายเพิ่มขึ้นหรือลดลง จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวนพอๆกัน คือ อายุ 51-60 ปี (ร้อยละ 30.9) และรองลงมาอายุ 61-70 ปี (ร้อยละ 29.8) แสดงให้เห็นถึงการกระจายของช่วงอายุไม่แตกต่างกันมากนัก จึงส่งผลให้อายุไม่มีผลต่อความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของกลุ่มตัวอย่าง และเมื่อแบ่งช่วงอายุเป็น 2 ช่วงอายุ คือ วัยAdult และ Aging เมื่อนำมาวิเคราะห์ทางสถิติยังคงไม่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ของ Bastini et al. (2016) ที่พบว่าผู้ที่เป็นมะเร็งผู้สูงอายุ ร้อยละ 42.3 มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายสูงคะแนนเฉลี่ย (SD) อยู่ในระดับ 6.85 อีกทั้งการศึกษาของ Sahan (2018) ที่ทำการศึกษาในผู้ที่เป็นมะเร็งทุกชนิดของชาวตุรกี มีอายุเฉลี่ย 56.5 และมีระดับความวิตกกังวลต่อความตายที่ระดับ 37.10 และ Soleimani และคณะ (2016)

ทำการศึกษาในผู้ที่เป็นมะเร็งชาวอิหร่าน มีอายุเฉลี่ย 52.9 และมีระดับความวิตกกังวลต่อความตายที่ระดับ 45.1 ซึ่งการศึกษาเหล่านี้เป็นการศึกษาในต่างประเทศ ซึ่งมีความแตกต่างกันในหลายๆประเด็น ทั้งด้านวัฒนธรรม เชื้อชาติ ความเชื่อทางศาสนาที่ต่างกันส่งผลให้ประเด็นต่อความวิตกกังวลต่อความตาย อาจมีความแตกต่างกันออกไปจากประชากรไทย อาจต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมว่าถึงมุมมองของประชากรไทยในแต่ละช่วงวัยต่อความตายว่าเป็นอย่างไร อาจทำให้สามารถอธิบายความสัมพันธ์หรือแนวเหตุผลได้ดีขึ้น

2.2 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ว่าเพศมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง อธิบายได้ว่าการศึกษานี้เพศไม่เป็นผลกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายเพิ่มขึ้นหรือลดลง จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 59.1) และเพศชาย (ร้อยละ 40.9) แสดงให้เห็นถึงสัดส่วนเพศไม่แตกต่างกันมากนักในการศึกษานี้เพศมีผลต่อความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นไปตามการศึกษาที่ผ่านมา Tang (2011) ที่พบว่า เพศสามารถทำนายความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็งได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า เพศหญิงมีความสามารถทำนายความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายได้มากกว่าเพศชาย กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งพบเพศหญิงมีความวิตกกังวลต่อการตายสูงกว่าเพศชาย (Mohammad A Soleimani et al., 2016) เพศชายคิดเกี่ยวกับความตายบ่อยกว่าเพศหญิง แต่มีความรู้สึกในแง่ลบน้อยกว่าเพศหญิงเกี่ยวกับความตายหรือวิธีการตาย และเพศหญิงมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายมากกว่าเพศชาย (Abdel-Khalek, 2004) สามารถอธิบายได้ว่าเพศมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย แต่อาจจะต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับมุมมองของผู้ที่เป็นมะเร็งต่อความตายเพื่อศึกษาเปรียบเทียบมุมมองของทั้งเพศหญิงและเพศชายว่าต่างกันอย่างไร

2.3 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ชนิดของโรคมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Eta= .34, $p < .05$), ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ว่าชนิดของโรคมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง อธิบายได้ว่าการศึกษานี้ชนิดของโรคมีผลกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายเพิ่มขึ้นหรือลดลง จากผลการศึกษาชนิดของโรคของกลุ่มตัวอย่างพบว่า 3 อันดับแรก คือ มะเร็งปอด ร้อยละ 18.23 ,มะเร็งมดลูก&มะเร็งรังไข่ร้อยละ 18.23 , มะเร็งเต้านม ร้อยละ 17.13 ตามลำดับ

2.4 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะของโรคกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง ผลการศึกษาพบว่า ระยะของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตก

กังวลเกี่ยวกับความตาย ซึ่งมีความสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าระยะของโรคระดับมากขึ้นและความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายสูง และกลุ่มตัวอย่างส่วนมากอยู่ในระยะที่ 3 ร้อยละ 46.40 และระยะที่ 4 อีกร้อยละ 22.10 เป็นมะเร็งระยะลุกลามและระยะท้าย ซึ่งสามารถอธิบายได้จากความรุนแรงของโรคที่มากขึ้น ทำให้มีอาการแสดงของโรคระดับมากขึ้นและส่งผลกระทบต่ออวัยวะอื่นๆในร่างกาย อีกทั้งเรื่องการรับรู้ของผู้ที่เป็นมะเร็ง ตั้งแต่เมื่อทราบว่าตนเองเข้าสู่ระยะที่ 3 หรือระยะที่ 4 ซึ่งเมื่อทราบว่าโอกาสในการรักษาให้หายขาดนั้นมีน้อยลง ผู้ที่เป็นมะเร็งมีการตอบสนองต่อการรับรู้หรือไม่รับรู้ของข้อมูลเหล่านั้นก็มาถึงสิ่งที่ตามมาในอนาคต อีกทั้งความไม่แน่นอนของชีวิตผู้ที่เป็นมะเร็งย่อมเกิดความกลัว ความวิตกกังวลตามมา เมื่อเทียบกับผู้ที่เป็นมะเร็งในระยะเริ่มต้นจะมีแนวโน้มในการตอบสนองต่อการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้มีอัตราการรอดชีวิตที่ต่ำกว่าผู้ที่เป็นมะเร็งในระยะสุดท้าย (World Health Organization, 2020) ซึ่งผู้ที่เป็นมะเร็งสุดท้ายเป็นผู้ที่มีอาการของโรคระยะที่ลุกลามจนไม่สามารถรักษาหายได้และไม่มีแผนการรักษาใดๆ (รัชนิกร ใจคำสีบ, 2562) และสอดคล้องกับการศึกษามะเร็งระยะลุกลาม ร้อยละ 32 มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายระดับปานกลาง (Neel et al., 2015) และมะเร็งระยะสุดท้ายอยู่ในระดับสูง (Vehling et al., 2017) ดังนั้นจะเห็นได้ว่าระยะของโรคสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย

2.5 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะค้ำคากับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง ผลการศึกษาพบว่าภาวะค้ำคามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ซึ่งมีความสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยผลการศึกษาพบว่าผู้ที่เป็นมะเร็งมีระดับภาวะค้ำคาอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อพบมากที่สุด เป็นกังวลกับคนในครอบครัวเมื่อจากไปแล้ว มีสิ่งที่ยังอยากทำในอนาคต และมีความคาดหวังเกี่ยวกับลูกหลาน เช่น คาดหวังได้เห็นลูกชายบวช และได้เห็นลูกแต่งงาน และมีภาระหนี้สินที่ต้องจัดการ ตามลำดับ การศึกษาครั้งนี้พบว่าภาวะค้ำคาจำนวนมากมีผลต่อความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายที่มากขึ้นสามารถอธิบายได้ว่าภาวะใกล้ตายและความตายเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการมุ่งบรรลุเป้าหมายและสิ่งที่ค้ำคาในชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งขึ้นอยู่กับว่าผู้ป่วยได้คาดหวังและวางแผนในลักษณะใด (กัญญฐิตา ศรีภา, 2554) สอดคล้องกับ Neel (2015) พบปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายมากที่สุดคือความกลัวเกี่ยวกับผลกระทบของการเสียชีวิตที่ส่งผลต่อผู้อื่น (Neel et al., 2015)

2.6 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง ผลการศึกษาพบว่า ความรุนแรงของอาการของผู้ที่เป็นมะเร็งทั้งหมดอยู่ในระดับต่ำ และความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ซึ่งมีความสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ซึ่งความรุนแรงของอาการเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ที่เป็นมะเร็งมีความทุกข์ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ โดยอาการสำคัญที่ส่งผลให้ผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองเกิดความทุกข์ทรมาน ได้แก่ อาการปวด หายใจลำบาก เบื่ออาหาร

ท้องผูก อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า อาการผิดปกติในการนอน สับสนซึมเศร้า วิดกกังวล และหมดหวังในชีวิต (Bruera et al., 1991; National Comprehensive Cancer Network, 2003; กิตติกร นิลมานันต์, 2555) การรับรู้ต่ออาการรุนแรงของผู้ที่เป็นมะเร็ง ซึ่งเมื่อผู้ที่เป็นมะเร็งมีระดับความรุนแรงของอาการมากขึ้น มักพบว่าจะมีอาการเจ็บปวด เหนื่อยหอบ ทุกข์ทรมานกับอาการทางกาย เมื่อผู้ที่เป็นมะเร็งมีอาการเปลี่ยนแปลงมีอาการทรุดลงมีความทรมาน ผู้ที่เป็นมะเร็งมีปฏิกิริยาตอบสนองต่ออาการแสดงทำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ เกิดภาวะวิตกกังวลและเครียดสูง (ทัตชญา สมประดิษฐ์ & รัชนิกร เกิดโชค, 2558)

ผลการศึกษาที่สอดคล้องกับการศึกษาของ Neel (2015) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในผู้ที่เป็นมะเร็ง โดยทำการศึกษาเป็นผู้ที่เป็นมะเร็งวัยผู้ใหญ่ พบว่า ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการทางร่างกาย และความรุนแรงของอาการมีผลต่อความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย

2.7 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง ผลการศึกษาพบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย อธิบายได้ว่าเมื่อผู้ที่เป็นมะเร็งมีระดับของสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายจะลดลง ซึ่งมีความสอดคล้องกับสมมติฐานโดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลต่อความตายในระดับสูง ร้อยละ 51.9 และมีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 44.8 จะเห็นว่าเมื่อมีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดีก็จะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายสูงด้วยเช่นกัน เนื่องจากเมื่อบุคคลอยู่ในสภาวะของการเจ็บป่วยยิ่งเจ็บป่วยด้วยมะเร็งด้วยแล้ว ยิ่งทำให้ผู้ที่เป็นมะเร็งเกิดความวิตกกังวลได้มาก ผลจากการเจ็บป่วยกระทบทางจิตใจทำให้ผู้ที่เป็นมะเร็งเกิดสภาวะทางจิตใจหรืออารมณ์ที่ไม่คงที่ มีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาทำให้ผู้ที่เป็นมะเร็งเกิดความโศกเศร้า เกิดความกลัว ความวิตกกังวล ผู้ที่เป็นมะเร็งจำเป็นต้องได้รับการดูแลด้านจิตใจ และจากสถานการณ์การเจ็บป่วยทางกายที่มีความรุนแรงที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ที่เป็นมะเร็งน้อยลงไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของตนเองได้ มีข้อจำกัดในการดูแลตนเองจึงต้องการการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ในสังคมไทยเมื่อมีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยเป็นหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวที่จะให้ความช่วยเหลือดูแลซึ่งกันและกัน ดังนั้นครอบครัวจึงมีส่วนสำคัญในการดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง ซึ่งมักเป็นบุคคลในครอบครัวหรือญาติผู้ป่วย ลูกหลาน เพื่อนหรือผู้ใกล้ชิดผู้ที่เป็นมะเร็ง การที่มีสมาชิกในครอบครัวได้รับการเจ็บป่วยไม่ว่าจะโรคใดก็ตามนับว่าเป็นภาวะวิกฤติของบุคคลในครอบครัว การที่ผู้ที่เป็นมะเร็งได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวจะทำให้ผู้ที่เป็นมะเร็งสามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ และมีสภาพจิตใจที่เข้มแข็งขึ้น มีกำลังใจในการต่อสู้กับภาวะเจ็บป่วย(วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล, 2552) พบว่าผู้ที่อาศัยอยู่กับครอบครัวจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายน้อยกว่าผู้ที่อยู่คนเดียว (Madnawat & Kachhawa,

2007) และผู้ป่วยที่มีบุตรมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายมากกว่าครอบครัวที่ไม่มีบุตร (Drolet, 1990) หากครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ที่เป็นมะเร็งมากเท่าใดทั้งความรัก ความสงสาร ความเห็นใจและความผูกพัน จะส่งผลต่อความรู้สึกวิตกกังวลกับสิ่งที่กำลังเผชิญ (ศิริราณี เก็จกรแก้ว, 2559)

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Christopher et al. (2018) พบว่า หากมีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับที่ไม่ดี ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายที่สูงขึ้น ในขณะที่เดียวกัน หากสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายจะน้อยลง ซึ่งผลการศึกษาพบว่าความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในผู้ที่เป็นมะเร็งระยะลุกลามมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความสัมพันธ์บริบททางสังคมและครอบครัว

2.8 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตายกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตายมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ซึ่งมีความสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยการศึกษาพบว่าผู้ที่เป็นมะเร็งส่วนใหญ่มีระดับความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตายในระดับสูง มีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย สามารถอธิบายได้ว่า การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่เป็นมะเร็งที่นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด ในวัฒนธรรมประเพณีไทย สมาชิกในสังคมเกือบทั้งหมดได้รับการศึกษาเกี่ยวกับหลักคำสอนทางพุทธศาสนาชั้นพื้นฐานมาเป็นเวลาหลายศตวรรษ คนไทยส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ศาสนาพุทธฝังแน่นและเป็นรากฐานในทุกด้านของสังคมไทยและชีวิตประจำวัน ตั้งแต่วัยทารกจนถึงวัยเด็ก ผู้ปกครองพาลูกๆ ไปที่วัดเพื่อฟังคำสอนของพระพุทเจ้าและเข้าร่วมในกิจกรรมทางศาสนา คนไทยเรียนรู้คำสอนของพระพุทเจ้าจากพระสงฆ์และครอบครัว นอกจากนี้ คำสอนของพระพุทศาสนายังแทรกซึมอยู่ในระบบการศึกษาของไทยและนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันในด้านอื่นๆ ตัวอย่างเช่น ในประเทศไทย วันหยุดส่วนใหญ่มีต้นกำเนิดจากศาสนาพุทธ หลักการทางพุทธศาสนาที่สำคัญที่สุดประการหนึ่งคือ ทุกคนต้องตาย จึงไม่น่าแปลกใจที่การจากไปในวัยชราเป็นที่ยอมรับของคนไทย (มะลิวรรณ กระโพธิ์, 2561)

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Harding (2005) พบว่าศาสนาที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย (Harding et al., 2005) แต่ทำการศึกษาในศาสนาคริสต์และการศึกษาศาสนาที่เมืองชัยปุระ(อินเดีย) มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย (Madnawat & Kachhawa, 2007) แต่ในงานวิจัยนี้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย เนื่องจากศาสนาับบทบาทสำคัญสำหรับคนไทย คนไทยส่วนใหญ่เป็นชาวพุทธ (94.6%) ที่เหลือเป็นชาวมุสลิม (4.6%) คริสเตียน (0.7%) และศาสนาอื่นๆ รวมทั้งนักคิดอิสระ (0.1%) (ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ, ประเทศไทย, 2554) และจากการศึกษาของ Gokcen Gonen และคณะ(2012) พบว่าปัจจัยทางศาสนามีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย

ของผู้ที่เป็นมะเร็ง ดังนั้นการศึกษาความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตายครั้งนี้มีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง

2.9 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะแห่งตนกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายกับของผู้ที่เป็นมะเร็ง ผลการศึกษาพบว่า สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ซึ่งมีความสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่า สมรรถนะแห่งตนเป็นรากฐานของจิตใฝ่มนุษย์ เป็นปัจจัยหนึ่งที่เป็นส่วนหนึ่งของการปรับตัวของผู้ที่เป็นมะเร็ง ทำให้สามารถจัดการตนเองในอาการความเจ็บปวด และอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ที่เป็นมะเร็ง ดังนั้นสมรรถนะแห่งตนมีความสำคัญต่อความสามารถในการจัดการความทุกข์ทางร่างกายและจิตใจของผู้ที่เป็นมะเร็ง (Bisschop et al., 2004) และช่วยให้บุคคลควบคุมความรู้สึกหวาดกลัว (Pyszczynski et al., 2004) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wu et al. (2002) ที่พบว่า ผู้ที่เป็นมะเร็งที่มีสมรรถนะแห่งตนต่ำส่งผลต่อความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในระดับสูง และผลการศึกษาของ Zhang et al. (2019) ผลการศึกษาความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายด้านสมรรถนะแห่งตนและการค้นหาความหมาย พบว่ามีความสัมพันธ์กัน ดังนั้น มิติของความหมายในชีวิต การค้นหาความหมาย และสมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์เชิงลบกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย (Zhang et al., 2019) ดังนั้นสมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลงานวิจัยไปใช้

1. ผลจากการศึกษาวิจัยที่พบ ระยะเวลาของโรคมะเร็ง ภาวะค้ำคาง สัมพันธภาพในครอบครัว ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย สมรรถนะแห่งตน ความรุนแรงของอาการ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง และต่อยอดนำไปสู่การจัดการกระทำกับปัจจัยเพื่อพัฒนาแนวทางลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง

2. ผลการศึกษาช่วยทำให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็งมากยิ่งขึ้นและผลการศึกษาสามารถเป็นแนวทางที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าด้านความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยครั้งต่อไป

จากผลการวิจัยที่พบว่า ระยะเวลาของโรคมะเร็ง ภาวะค้ำคาง สัมพันธภาพในครอบครัว ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย สมรรถนะแห่งตน ความรุนแรงของอาการ เป็นปัจจัยที่น่าสนใจที่จะศึกษาต่อเพื่อเป็นแนวทางการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย และผลจากการ

ศึกษาวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปพัฒนางานวิจัยในรูปแบบปัจจัยทำนายที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง



บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ. สืบค้น
จ ๑ ก chromeextension://efaidnbnmnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.nci.
go.th/th/File_download/D_index/%E0%B9%81%E0%B8%9C%E0%B8%99%E0%B
8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%9B%E0%B9%89%E0%B8%AD%E0%B8
%87%E0%B8%81%E0%B8%B1%E0%B8%99%E0%B9%81%E0%B8%A5%E0%B8
B0%E0%B8%84%E0%B8%A7%E0%B8%9A%E0%B8%84%E0%B8%B8%E0%B8%A
1%E0%B9%82%E0%B8%A3%E0%B8%84%E0%B8%A1%E0%B8%B0%E0%B9%80
%E0%B8%A3%E0%B9%87%E0%B8%87%E0%B9%81%E0%B8%AB%E0%B9%88%
E0%B8%87%E0%B8%8A%E0%B8%B2%E0%B8%95%E0%B8%B4.pdf
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. (2562). สถิติสาธารณสุข. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์
และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข.
- กัญญ์จิฐิตา ศรีภา. (2554). ประสบการณ์ ใกล้ ตาย ของ ผู้ป่วย มะเร็ง ระยะ สุดท้าย: การ ศึกษาเชิง
ปรากฏการณ์ วิทยา: Dying Experience of Terminal Ill Cancer Patients: A
Phenomenological Study. วารสาร คณะพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัย บูรพา, 19(4),
83-94.
- กิตติกร นิลมานันต์. (2555). การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
เกศินี พุทธมนต์ และคณะ. (2562). การศึกษาตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์
การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. วารสารพยาบาลสหประชาชาติ
ไทย, 12(1), 105-126.
- เข็มทอง ตรีเนตร ไพบุลย์ และคณะ. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง
ระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองโรงพยาบาลแก่งคร้อจังหวัดชัยภูมิ. วารสาร
การแพทย์โรง พยาบาลอุดรธานี, 31(2), 251-261.
- จันทร์พร พรหมน้อย. (2547). ปัจจัยทำนaylorการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล : กรณีศึกษา
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งภาคใต้. ปรินญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะ
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จิตใจ ศิริโส. (2552). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ตามการ
รับรู้ของผู้ดูแล, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- จินตนา สุวิทวัส. (2564). การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีภาวะขาดสารอาหารและพลังงาน. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 18(2), 13-21.
- ชุนกร แก้วมณี. (2562). แนวคิดและวิธีการประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย มะเร็ง. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health*, 29(1), 1-10.
- ชมพูนุท พงษ์ศิริ. (2561). กรณีศึกษาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้เผชิญการตายอย่างสงบ. วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพ, 11(2), 1-14.
- ญาดารัตน์ บาลจ่าย และคณะ. (2562). มุมมองทางพระพุทธศาสนาเกี่ยวกับความ ตาย: กรณีศึกษาผู้ป่วยมะเร็งในเขตเมือง. วารสารบัณฑิตศึกษาปริทรรศน์, 15 (เพิ่มเติม), 15-31.
- ประทุม สร้อยวงค์. (2564). การพยาบาลอายุรศาสตร์. เชียงใหม่: เอ็น.พี.ที.ปรีณัตติง.
- ปราณี สุทธิสุนทร. (2552). สัมพันธภาพในครอบครัวกับการดูแลสุขภาพ. กรุงเทพฯ: บริษัท พี.เอ. ลีพวิ้ง จำกัด.
- ปองพล คงสมาน. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็งระยะลุกลาม. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปาริฉัตร กุลชาบาล. (2550). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พระระวี วิจารณ์. (2566). ทำความรู้จักกับโรคมะเร็งโรคมะเร็งเกิดจากอะไร.
- พระไพศาล วิสาโล. (2550). การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิถีแบบพุทธ ใน ประเสริฐ เลิศสงวนรัตน์ชัย อิศรางค์ นุชประยูร พรเลิศ ฉัตรแก้ว และฉัตรชายสิทธิพันธ์ (บรรณาธิการ) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์.
- พระไพศาล วิสาโล. (2552). การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิถีแบบพุทธ (พิมพ์ครั้งที่ 2 ed.). กรุงเทพฯ: บริษัท เอมี เนเตอร์ไพรส์ จำกัด.
- พระไพศาล วิสาโล. (2554). ยอมรับความตายด้วยใจสงบ: ฝึกจิต รักษาใจ ให้พร้อมสำหรับการเดินทางครั้งสุดท้ายของชีวิต. กรุงเทพฯ: เนชั่นบุ๊ค.
- มะเร็งวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย. (2552). ทำความรู้จักกับโรคมะเร็งกันเถอะ. สืบค้นจาก http://www.thethaicancer.com/Webdocument/People_article/People_article_001.html
- มะลิวรรณ กระโพธิ์. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับความตายของผู้ป่วย มะเร็งระยะลุกลาม [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มานพ นักการเรียน. (2566). การเสริมสร้างสัมพันธภาพของคนในครอบครัวตามแนวพุทธใน ยุค วิถีชีวิต ใหม่. วารสาร ปราชญ์ ประชาคม, 1(1), 97-110.

- รัชนิกร ใจคำสืบ และคณะ. (2562). สุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย: จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์, 11(1), 213-223.
- วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (2554). การพยาบาลที่เป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง. สงขลา: ชาญเมืองการพิมพ์.
- วริทธิ์ตา จารุจินดา. (2561). การลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายด้วยหลักพุทธจิตวิทยา. *Journal of Buddhist Psychology*, 3(1), 1-12.
- วานิตา เสมประวัตติ และคณะ. (2561). ผลของการให้การปรึกษารายบุคคลตามแนวพุทธธรรมต่อความลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. วารสาร มจร มนุษยศาสตร์ปริทรรศน์, 4(1).
- วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
- วิภาดา ตรงเที่ยง และคณะ. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 28(4), 25-37.
- เวทีนิ สุขมาก และคณะ. (2545). ความเที่ยงตรงของแบบสอบถามการรับรู้ในความสามารถตนเอง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 47(1), 36.
- ศักดิ์สิทธิ์ พันธุ์สัตย์. (2556). วิธีทำจิตก่อนตายให้ได้ไปสวรรค์. กรุงเทพมหานคร: บริษัท สำนักพิมพ์ เลียงเชียง เพียรเพื่อพุทธศาสน์ จำกัด.
- ศิริภาณี เก็จกรแก้ว. (2559). A grounded theory study of the quality relationships between family caregivers and persons with head and neck cancer. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 20(2), 161-173.
- ศูนย์มะเร็งศิริราชปิยมหาราชการุณย์. (2565). มะเร็งรู้เร็วรักษาได้.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2564). ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ.2564. กลุ่มงานดิจิทัลการแพทย์สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.
- สถิติทางการประเทศไทย. (2558). การบริหารจัดการมาตรฐานสถิติประเทศไทย. สืบค้นจาก <https://std.smp.nso.go.th/statstd/definition/name/975>
- สำนักงานราชบัณฑิตยสภา. (2554). คำเกี่ยวกับ"เพศ". Retrieved from <http://legacy.orst.go.th/wpcontent/uploads/2017/03/%E0%B8%84%E0%B8%B3%E0%B9%80%E0%B8%81%E0%B8%B5%E0%B9%88%E0%B8%A2%E0%B8%A7%E0%B8%81%E0%B8%B1%E0%B8%9A%E0%B9%80%E0%B8%9E%E0%B8%A822-03-2560.pdf>
- สุดปรีดา ชัยนิธิกรรณ. (2563). โรคมะเร็ง. Retrieved from <https://www.medparkhospital.com/disease-and-treatment/cancer>

- สุริพร ธนศิลป์. (2563). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุริพร ธนศิลป์และคณะ. (2560). การจัดการอาการที่บ่งบอกในผู้ป่วยมะเร็ง. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- สุวคนธ์ กุรัตน และคณะ. (2556). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย : มิติใหม่ที่ท้าทายบทบาทของพยาบาล. วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.
- อาทิตย์ กระภูทธิ. (2563). การประเมินและการดูแลทางโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ โดยพยาบาล, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ภาษาอังกฤษ

- Abdel-Khalek, A. M. (2004). Does war affect death anxiety level? Seven readings of measurements (1988–2002) before and after the Iraqi invasion of Kuwait. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 49(4), 287-297.
- Bahrami, N., Moradi, M., Soleimani, M., Kalantari, Z., & Hosseini, F. (2013). Death anxiety and its relationship with quality of life in women with cancer. *Iran Journal of Nursing*, 26(82), 51-61.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191.
- Bastani, F., Farnood, F., & HAGHANI, H. (2016). Evaluation of Death Anxiety in Elderly Patients With Cancer Undergoing Chemotherapy.
- Bibi, A., & Khalid, M. A. (2020). Death anxiety, perceived social support, and demographic correlates of patients with breast cancer in Pakistan. *Death studies*, 44(12), 787-792.
- Bisschop, M. I., Kriegsman, D. M., Beekman, A. T., & Deeg, D. J. (2004). Chronic diseases and depression: the modifying role of psychosocial resources. *Social science & medicine*, 59(4), 721-733.
- Bruera, E., Kuehn, N., Miller, M. J., Selmsler, P., & Macmillan, K. (1991). The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *J Palliat Care*, 7(2), 6-9.

- Burke, B. L., Martens, A., & Faucher, E. H. (2010). Two decades of terror management theory: A meta-analysis of mortality salience research. *Personality and Social Psychology Review*, 14(2), 155-195.
- Cherny, N. I., & Portenoy, R. K. (1994). Sedation in the management of refractory symptoms: guidelines for evaluation and treatment. *Journal of palliative care*, 10(2), 31-38.
- Chinda, M., Jaturapatporn, D., Kirshen, A. J., & Udomsubpayakul, U. (2011). Reliability and validity of a Thai version of the edmonton symptom assessment scale (ESAS-Thai). *J Pain Symptom Manage*, 42(6), 954-960. doi:10.1016/j.jpainsymman.2011.02.020
- Chinda, M., Jaturapatporn, D., Kirshen, A. J., & Udomsubpayakul, U. (2011). Reliability and validity of a Thai version of the Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS-Thai). *Journal of pain and symptom management*, 42(6), 954-960.
- Cicirelli, V. G. (2006). Fear of death in mid-old age. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 61(2), P75-P81.
- 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.
- Curran, L., Sharpe, L., MacCann, C., & Butow, P. (2020). Testing a model of fear of cancer recurrence or progression: the central role of intrusions, death anxiety and threat appraisal. *Journal of Behavioral Medicine*, 43(2), 225-236.
- Daaleman, T. P., & Dobbs, D. (2010). Religiosity, spirituality, and death attitudes in chronically ill older adults. *Research on Aging*, 32(2), 224-243.
- Daaleman, T. P., & Frey, B. B. (2004). The spirituality index of well-being: A new instrument for health-related quality-of-life research. *The Annals of Family Medicine*, 2(5), 499-503.
- Dadfar, M., Lester, D., Abdel-Khalek, A. M., & Ron, P. (2021). Death anxiety in Muslim Iranians: A comparison between youths, middle adults, and late adults. *Illness, Crisis & Loss*, 29(2), 143-158.
- Drolet, J. L. (1990). Transcending death during early adulthood: Symbolic immortality, death anxiety, and purpose in life. *Journal of clinical psychology*, 46(2), 148-160.

- 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.
- Gonen, G., Kaymak, S. U., Cankurtaran, E. S., Karslioglu, E. H., Ozalp, E., & Soygur, H. (2012). The factors contributing to death anxiety in cancer patients. *Journal of psychosocial oncology*, 30(3), 347-358.
- Gong, Y., Yan, Y., Yang, R., Cheng, Q., Zheng, H., Chen, Y., & Xu, X. (2022). Factors influencing death anxiety among Chinese patients with cancer: a cross-sectional study. *BMJ open*, 12(10), e064104.
- Hales, S., Zimmermann, C., & Rodin, G. (2010). The quality of dying and death: a systematic review of measures. *Palliative Medicine*, 24(2), 127-144.
- Hong, Y., Yuhan, L., Youhui, G., Zhanying, W., Shili, Z., Xiaoting, H., & Wenhua, Y. (2022). Death anxiety among advanced cancer patients: a cross-sectional survey. *Supportive Care in Cancer*, 1-9.
- Hvidt, E. A. (2017). The existential cancer journey: Travelling through the intersubjective structure of homeworld/alienworld. *Health*, 21(4), 375-391.
- Jani, S., Molaei, M., JANGI, G. S., & Pouresmali, A. (2014). Effectiveness of cognitive therapy based on religious beliefs on death anxiety, social adjustment and subjective well-being in the cancer patients.
- Kreitler, S., Peleg, D., & Ehrenfeld, M. (2007). Stress, self-efficacy and quality of life in cancer patients. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 16(4), 329-341.
- Lau, B. H. P., Wong, D. F., Fung, Y., Zhou, J., Chan, C. L., & Chow, A. Y. (2018). Facing death alone or together? Investigating the interdependence of death anxiety, dysfunctional attitudes, and quality of life in patient-caregiver dyads confronting lung cancer. *Psycho-oncology*, 27(8), 2045-2051.
- Lehto, R., & Therrien, B. (2010). Death concerns among individuals newly diagnosed with lung cancer. *Death studies*, 34(10), 931-946.
- Lester, D. (1994). Factors affecting student attitudes toward war. *The Journal of social psychology*, 134(4), 541-543.

- Lonetto, R. (1986). i Templer, DI (1986). Death Anxiety. In: Washington: Hemisphere Publishing Corporation.
- Madnawat, A. S., & Kachhawa, P. S. (2007). Age, gender, and living circumstances: Discriminating older adults on death anxiety. *Death studies*, 31(8), 763-769.
- Mavrogiorgou, P., Haller, K., & Juckel, G. (2020). Death anxiety and attitude to death in patients with schizophrenia and depression. *Psychiatry research*, 290, 113148.
- Michaud, A. (2020). Attitudes Toward Death: How Buddhist Teachings Help a Person Cope with Death Anxiety and Accept Death.
- Mohammad A Soleimani, Lehto, R. H., Negarandeh, R., Bahrami, N., & Nia, H. S. (2016). Relationships between death anxiety and quality of life in Iranian patients with cancer. *Asia-Pacific journal of oncology nursing*, 3(2), 183-191.
- National Cancer Institute of Thailand. (2021). National Cancer Institute of Thailand. Retrieved from <http://tcb.nci.go.th>
- National Comprehensive Cancer Network. (2003). Advanced cancer and palliative care treatment guidelines for patients. Retrieved from Retrieved from <http://www.chulacancer.net/patient-list.php?gid=48>
- Neel, C., Lo, C., Rydall, A., Hales, S., & Rodin, G. (2015). Determinants of death anxiety in patients with advanced cancer. *BMJ supportive & palliative care*, 5(4), 373-380.
- Padilla, G. V., & Grant, M. M. (1985). Quality of life as a cancer nursing outcome variable. *Advances in Nursing Science*.
- Pei-Ling Tang, Chiou, C.-P., Lin, H.-S., Wang, C., & Liand, S.-L. (2011). Correlates of death anxiety among Taiwanese cancer patients. *Cancer nursing*, 34(4), 286-292.
- Pevey, C. F., Jones, T. J., & Yarber, A. (2009). How religion comforts the dying: A qualitative inquiry. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 58(1), 41-59.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Principles and methods*: Lippincott Williams & Wilkins.
- 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.

- Pyszczynski, T., Greenberg, J., Solomon, S., Arndt, J., & Schimel, J. (2004). Why do people need self-esteem? A theoretical and empirical review. *Psychological bulletin*, 130(3), 435.
- Rababah, B., & Borkovec, T. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191-215.
- Razban, F., Mehdipour-Rabori, R., Rayyani, M., & Mangolian Shahrabaki, P. (2022). Meeting death and embracing existential loneliness: A cancer patient's experience of being the sole author of his life. *Death studies*, 46(1), 208-223.
- Rock, C. L., Thomson, C. A., Sullivan, K. R., Howe, C. L., Kushi, L. H., Caan, B. J., Robien, K. (2022). American Cancer Society nutrition and physical activity guideline for cancer survivors. *CA: a cancer journal for clinicians*, 72(3), 230-262.
- Rohrbaugh, J., & Jessor, R. (1975). Religiosity in youth: A personal control against deviant behavior? *Journal of personality*.
- Romero, L. M. (1988). The American Jury on Trial: Psychological Perspectives (Book Review). In.
- Ross, E. K. (1971). What is it like to be Dying? *The American Journal of Nursing*, 54-62.
- 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.
- Salehi, F., Mohsenzade, F., Arefi, M., Salehi Zahabi, S., & Amirifard, N. (2020). Death anxiety in patients with cancer in Kermanshah. *Iranian Journal of cancer care (IJCA)*, 1(1), 24-29.
- Scheffold, K., Philipp, R., Vehling, S., Koranyi, S., Engelmann, D., Schulz-Kindermann, Mehnert-Theuerkauf, A. (2019). Spiritual well-being mediates the association between attachment insecurity and psychological distress in advanced cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 27(11), 4317-4325.
- Selby, D., Cascella, A., Gardiner, K., Do, R., Moravan, V., Myers, J., & Chow, E. (2010). A single set of numerical cutpoints to define moderate and severe symptoms for the Edmonton Symptom Assessment System. *Journal of pain and symptom management*, 39(2), 241-249.

- 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.
- Susan Adelbratt, & Peter Strang. (2000). Death anxiety in brain tumour patients and their spouses. *Palliative Medicine*, 14(6), 499-507.
- Tang, L., Zhang, Y., Pang, Y., Zhou, Y., Li, J., Song, L., Wang, Y. (2021). Validation of Death and Dying Distress Scale-Chinese Version and Prevalence of Death Anxiety Among Patients With Advanced Cancer. *Frontiers in Psychiatry*, 12.
- Templer, D. I. (1970). The construction and validation of a death anxiety scale. *The Journal of general psychology*, 82(2), 165-177.
- Tomer, A., & Eliason, G. (1996). Toward a comprehensive model of death anxiety. *Death studies*, 20(4), 343-365.
- Tsai, J.-S., Wu, C.-H., Chiu, T.-Y., Hu, W.-Y., & Chen, C.-Y. (2005). Fear of death and good death among the young and elderly with terminal cancers in Taiwan. *Journal of pain and symptom management*, 29(4), 344-351.
- Uslu-Sahan, F., Terzioglu, F., & Koc, G. (2019). Hopelessness, death anxiety, and social support of hospitalized patients with gynecologic cancer and their caregivers. *Cancer nursing*, 42(5), 373-380.
- Valikhani, A., Sarafraz, M. R., & Moghimi, P. (2018). Examining the role of attachment styles and self-control in suicide ideation and death anxiety for patients receiving chemotherapy in Iran. *Psycho-oncology*, 27(3), 1057-1060.
- Vehling, S., Malfitano, C., Shnall, J., Watt, S., Panday, T., Chiu, A., . . . Lo, C. (2017). A concept map of death-related anxieties in patients with advanced cancer. *BMJ Supportive and Palliative Care*, 7(4), 427-434. doi:10.1136/bmjspcare-2016-001287
- Wong, P. T. (2013). *The human quest for meaning: Theories, research, and applications*: Routledge.
- World Health Organization. (2020, December 2020). All Cancer face sheet. *All Cancer Source Globocan*. Retrieved from <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/39-All-cancers-fact-sheet.pdf>

World Health Organization. (2022). cancer. Retrieved from สืบค้นจาก <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

Wu, A. M., Tang, C. S., & Kwok, T. C. (2002). Death anxiety among Chinese elderly people in Hong Kong. *Journal of Aging and Health*, 14(1), 42-56.

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.

Zhang, J., Peng, J., Gao, P., Huang, H., Cao, Y., Zheng, L., & Miao, D. (2019). Relationship between meaning in life and death anxiety in the elderly: self-esteem as a mediator. *BMC geriatrics*, 19(1), 1-8.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY





ประกาศ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เรื่อง การอนุมัติหัวข้อวิทยานิพนธ์

ครั้งที่ 12/2564 ประจำปีการศึกษา 2564

นิสิตผู้ทำวิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

รหัสนิสิต	6370020536
ชื่อ-นามสกุล	นายราเชนร์ สุโท
สาขาวิชา	การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
ประธานกรรมการสอบ	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปริชาวงษ์
ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ณัฐกมล ชาญสาธิตพร
ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการพยาบาลสนับสนุนการจัดการตนเองต่ออาการหายใจลำบากในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง THE EFFECT OF NURSING SELF-MANAGEMENT SUPPORT PROGRAM ON DYSPNEA IN PERSONS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE
ครั้งที่อนุมัติ	12/2564
ระดับ	ปริญญาโท

นิสิตผู้ทำวิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

รหัสนิสิต	6370022836
ชื่อ-นามสกุล	นางสาววริฐา พรกิจวรกุล
สาขาวิชา	การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
ประธานกรรมการสอบ	รองศาสตราจารย์ ดร. อรสา พันธุ์ภักดี
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปริชาวงษ์
กรรมการสอบ	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร. ปชานันท์ นันไทยทวีกุล
ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบกระชับต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ในผู้ที่เป็นโรควัณโรคปอด THE EFFECT OF BRIEF ADVICE PROGRAM ON SMOKING CESSATION BEHAVIOR IN PERSONS WITH PULMONARY TUBERCULOSIS
ครั้งที่อนุมัติ	12/2564
ระดับ	ปริญญาโท

31 พ.ค. 65

นิสิตผู้ทำวิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

รหัสนิสิต	6370029236
ชื่อ-นามสกุล	นางสาวชุตติมาพร โทมม
สาขาวิชา	การบริหารทางการพยาบาล
ประธานกรรมการสอบ	รองศาสตราจารย์ ดร. อารีวรรณ อ่วมธานี
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. วาสนิ วิเศษฤทธิ์
ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศกกุล ช่างไม้
ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์	ประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในหอผู้ป่วยวิกฤติ THE EXPERIENCES OF CRITICAL CARE NURSE CARING FOR PERSONS WITH CORONAVIRUS 2019
ครั้งที่อนุมัติ	12/2564
ระดับ	ปริญญาโท

นิสิตผู้ทำวิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

รหัสนิสิต	6370032036
ชื่อ-นามสกุล	นางสาวพิมพ์ลดา เปี่ยมสุขวิสัย
สาขาวิชา	การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
ประธานกรรมการสอบ	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิศา ปรีชาวงษ์
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	อาจารย์ ดร. ศกุนตลา อนุเรือง
ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก	รองศาสตราจารย์ ดร. พิศสมัย อรทัย
ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมส่งเสริมการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านการบริโภคอาหารลดโซเดียมต่อระดับ ความดันโลหิตในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ THE EFFECT OF BELIEF MODIFICATION OF REDUCING SODIUM CONSUMPTION ON BLOOD PRESSURE LEVEL AMONG PERSONS WITH UNCONTROLLED HYPERTENSION
ครั้งที่อนุมัติ	12/2564
ระดับ	ปริญญาโท



นิสิตผู้ทำวิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

รหัสนิสิต	6370034336
ชื่อ-นามสกุล	นางสาวพนิดา ตึกหิน
สาขาวิชา	การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
ประธานกรรมการสอบ	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก	รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร อนุศิลป์
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	อาจารย์ ดร. นพมาศ พัดทอง
ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก	รองศาสตราจารย์ ดร. ชีระ สิ้นเดชาวัักษ์
ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง SELECTED FACTORS RELATED TO DEATH ANXIETY OF PERSONS WITH CANCER
ครั้งที่อนุมัติ	12/2564
ระดับ	ปริญญาโท

จากมติคณะกรรมการบริหารคณะพยาบาลศาสตร์ ครั้งที่ 9/2565 วันที่ 24 พฤษภาคม 2565

ประกาศ ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2565



(ศาสตราจารย์ ดร. รัตนาธิรี ทาโต)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ภาคผนวก ข
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย และจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ



ชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงาน

นายแพทย์ลัญจณ์ศักดิ์ อรรถขยายกร

แพทย์ประจำศูนย์ชีวภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
สภากาชาดไทย

รศ.ดร.เยาวรัตน์ มัชฌิม

อาจารย์พยาบาล ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

อาจารย์ปองพล คงสมาน

อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ และ
ศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ เกื้อการุณย์
มหาวิทยาลัยนวมินทราชิราช

ดร.นงลักษณ์ อนันต์อาจ

ผู้อำนวยการพิเศษ พยาบาล7 งานพัฒนาบุคลากร ฝ่าย
การพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

พว.ศิริพร เสมसार

ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงระดับวุฒิบัตร ฝ่ายการ
พยาบาล โรงพยาบาลรามาริชาติ

ที่ อว ๖๔.๑๑/ ๐๑๐๙๒



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๑๙ สิงหาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน หัวหน้าศูนย์ชีวภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นางสาวพนิดา ตึกหิน นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนางานวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ อาจารย์ ดร.นพมาศ พัดทอง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ จึงขอเรียนเชิญ นายแพทย์ ลัญฉน์ศักดิ์ อรรถขยายกร แพทย์ประจำศูนย์ชีวภิบาล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพัทธ์ อูทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาหลักอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมชื่อนิสิต

นายแพทย์ลัญฉน์ศักดิ์ อรรถขยายกร

โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓-๙๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๕๕

อาจารย์ ดร.นพมาศ พัดทอง โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๓๖๘

นางสาวพนิดา ตึกหิน โทร. ๐๖-๔๑๑๙-๙๗๔๙

ที่ อว ๖๔.๑๑/ ๐๑๐๔๐



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๑๔ สิงหาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นางสาวพนิดา ตึกหิน นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ อาจารย์ ดร.นพมาศ พัดทอง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ ดร.เยาวรัตน์ มัชฌิม อาจารย์ประจำหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพัทธ์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

รองศาสตราจารย์ ดร.เยาวรัตน์ มัชฌิม

ฝ่ายวิชาการ

โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓-๙๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๕๕

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

อาจารย์ ดร.นพมาศ พัดทอง โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๓๖๘

ชื่อนิสิต

นางสาวพนิดา ตึกหิน โทร. ๐๖-๔๑๑๙-๙๗๔๙

ที่ อว ๖๔.๑๑/ ๐๑๐๘๙



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๑๙ สิงหาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์เพื่อการร่วม มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด

๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นางสาวพนิดา ตึกหิน นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ อาจารย์ ดร.นพมาศ พัดทอง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ ปองพล คงสมาน อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพิภตร์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

อาจารย์ ปองพล คงสมาน

ฝ่ายวิชาการ

โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓-๔๗๕๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๕๕

อาจารย์ที่ปรึกษาพร้อม

อาจารย์ ดร.นพมาศ พัดทอง โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๓๖๘

ชื่อนิสิต

นางสาวพนิดา ตึกหิน โทร. ๐๖-๔๑๑๙-๔๗๕๔

ที่ อว ๖๔.๑๑/ ๐๑๐๔๓



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๑๔ สิงหาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นางสาวพนิดา ตึกหิน นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ อาจารย์ ดร.นพมาศ พัดทอง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ จึงขอเรียนเชิญ ดร.นงลักษณ์ อนันตอาจ ผู้อำนวยการพิเศษ พยาบาล ๗ งานพัฒนาบุคลากร ฝ่ายการพยาบาล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพัทธ์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาหลักอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมชื่อนิสิต

ดร.นงลักษณ์ อนันตอาจ

โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓-๔๗๕๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๕๕

อาจารย์ ดร. นพมาศ พัดทอง โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๓๖๘

นางสาวพนิดา ตึกหิน โทร. ๐๖-๔๑๑๔-๔๗๔๔

ที่ อว ๖๔.๑๑/๐๑๐๙๑



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรฯ ชั้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๑๙ สิงหาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามธิบดี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นางสาวพนิดา ตึกหิน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ อาจารย์ ดร.นพมาศ พัดทอง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ พว.ศิริพร เสมसार ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงระดับวุฒิบัตร ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลรามธิบดี เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ชื่อนิสิต

พว.ศิริพร เสมसार

โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓-๙๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๕๕

อาจารย์ ดร.นพมาศ พัดทอง โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๓๖๘

นางสาวพนิดา ตึกหิน โทร. ๐๖-๔๑๑๙-๙๗๔๔



ที่ อว ๖๔.๑๑/๐๑๓๐๐



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรพรช ชั้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๔ ตุลาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา

เนื่องด้วย นางสาวพนิดา ตึกหิน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ อาจารย์ ดร. นพมาศ พัดทอง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบสอบถามความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตาย เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมตัว เพื่อเผชิญกับความตาย และภาวะใกล้ตาย ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดปัตตานี” ของ นางสาวภิกะ รั้งสีโกศัย หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา พ.ศ. ๒๕๕๖ โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นัยนา พิพัฒน์วณิชชา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ ดร.วิวรรณ ผ่ากัณหา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ชื่อนิสิต

โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓-๙๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์ โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๕๕

อาจารย์ ดร.นพมาศ พัดทอง โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๓๖๘

นางสาวพนิดา ตึกหิน โทร. ๐๖๔-๑๑๙-๙๗๔๔



ที่ อว ๒๔.๑๑/ ๐๑๓๐๑

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๔ ตุลาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เนื่องด้วย นางสาวพนิดา ตึกหิน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุริพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ อาจารย์ ดร.นพมาศ พัดทอง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบประเมินการรับรู้ความสามารถแห่งตน จากงานวิจัย เรื่อง ความเที่ยงตรงของแบบสอบถามการรับรู้ ในความสามารถตนเอง ของ ศาสตราจารย์ ดร.วาทีณี สุขมาก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม (๒๕๔๕)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพัทธ์ อุทิศ)
รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ชื่อนิสิต

โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓-๙๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

รองศาสตราจารย์ ดร.สุริพร ธนศิลป์ โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๕๕

อาจารย์ ดร.นพมาศ พัดทอง โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๓๖๘

นางสาวพนิดา ตึกหิน โทร. ๐๖๔-๑๑๙-๙๗๔๙

ที่ อว ๖๔.๑๑/๐๑๒๔๙



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๔ ตุลาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

เนื่องด้วย นางสาวพนิดา ตึกหิน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ อาจารย์ ดร.นพมาศ พัดทอง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในกรณีนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบประเมินอาการของเอ็ดมอนตัน (Edmonton Symptom Assessment Scale: ESAS) ฉบับภาษาไทย จากงานวิจัย เรื่อง Reliability and Validity of a Thai Version of the Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS-Thai) ของ แพทย์หญิงมณฑรัตน์ จินดา และคณะ ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (๒๕๕๔)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิต)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ชื่อนิสิต

โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓-๙๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๕๕

อาจารย์ ดร.นพมาศ พัดทอง โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๓๖๘

นางสาวพนิดา ตึกหิน โทร. ๐๖๔-๑๑๙-๙๗๔๙

เลขที่รับ 1583

วันที่ 28 กันยายน 2565

เวลา 08.47 น.

ผู้รับ ศิริโรยา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เรื่อง ขอบหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน รองคณบดี

ข้าพเจ้า นางสาวพนิดา ตึกหิน

รหัสนิสิต

6 3 7 0 0 3 4 3 3 6

โทรศัพท์มือถือ	0	6	4	1	1	9	9	7	4	9	ประกาศหัวข้อ ฉบับที่	1	2	/	2	5	6	4	หน้าที่	0	3
E-MAIL: panida.bowbo@gmail.com																					

มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

- ชื่อเครื่องมือ แบบสอบถามความวิตกกังวลต่อความตาย (The Death Anxiety Questionnaire (DAQ)) ฉบับภาษาไทย
- ชื่อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม
- ชื่อเจ้าของเครื่องมือ มะลิวรรณ กระโพธิ์
- อาจารย์ที่ปรึกษา (เจ้าของเครื่องมือ) รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์
- ปีของวิทยานิพนธ์ 2561

เรียน รองคณบดี

เพื่อพิจารณาอนุญาตในการขอใช้เครื่องมือ

ของนางสาวมะลิวรรณ กระโพธิ์

ซึ่งมี รศ.ดร.สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา

ลงนาม

ผู้ยื่นคำร้อง

(นางสาวพนิดา ตึกหิน)

27 / กันยายน / 2565

<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เห็นชอบให้ดำเนินการต่อไป</p> <p>ลงนาม </p> <p>(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์) 27 / กันยายน / 2565</p>	<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ ยินดีให้ใช้เครื่องมือดังกล่าวได้</p> <p>ลงนาม </p> <p>(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์) 27 / กันยายน / 2565</p>
--	--

อนุญาต

ลงนาม

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

...../...../.....

7 ตุลาคม 2565 เวลา 17:03

* สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ คุณรัชกฤต ยูพากิ่ง โทร 02-218-1129 E-mail : ratchakris.y@chula.ac.th

** ส่งเอกสารคำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ) ได้ที่ E-mail : Fonbox@chula.ac.th

เลขที่รับ 1582

วันที่ 28 กันยายน 2565 U-THESIS11

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ) เวลา 08.47 น.
 ผู้รับ ศิริโรยา

เรื่อง ขอหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน รองคณบดี

ข้าพเจ้า นางสาวพนิดา ตึกหิน

รหัสนิสิต

6 3 7 0 0 3 4 3 3 6

โทรศัพท์มือถือ	0	6	4	1	1	9	9	7	4	9	ประกาศหัวข้อ ฉบับที่	1	2	/	2	5	6	4	หน้าที่	0	3
E-MAIL: panida.bowbo@gmail.com																					

มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

1. ชื่อเครื่องมือ แบบสอบถามภาวะค้ำค
2. ชื่อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม
3. ชื่อเจ้าของเครื่องมือ มะลิวรรณ กระโพธิ์
4. อาจารย์ที่ปรึกษา (เจ้าของเครื่องมือ) รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์
5. ปีของวิทยานิพนธ์ 2561

เรียน รองคณบดี

เพื่อพิจารณาอนุญาตในการขอใช้เครื่องมือวิจัย

ของนางสาวมะลิวรรณ กระโพธิ์

ซึ่งมี รศ.ดร.สุรีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา

ลงนาม

ผู้ยื่นคำร้อง

(นางสาวพนิดา ตึกหิน)

27 / กันยายน / 2565

ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ / ตุลาคม 2565 เวลา 14:51 เห็นชอบให้ดำเนินการต่อไป ลงนาม (รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์) 27 / กันยายน / 2565	ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ ยินดีให้ใช้เครื่องมือดังกล่าวได้ ลงนาม (รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์) 27 / กันยายน / 2565
---	---

อนุญาต

7 ตุลาคม 2565 เวลา 17:03

ลงนาม
 (รองศาสตราจารย์ ดร.เทพฤกษ์ อุทิศ)
 รองคณบดี
 ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

* สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ คุณรัชกรฤกษ์ ยุกากิ่ง โทร 02-218-1129 E-mail : ratchakris.y@chula.ac.th

** ส่งเอกสารคำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ) ได้ที่ E-mail : Fonbox@chula.ac.th

เลขที่รับ 1581
FON-CU-THESIS11

วันที่ 28 กันยายน 2565

เวลา 08.45 น.

ผู้รับ ศิริโรยา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เรื่อง ขอนหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน รองคณบดี

ข้าพเจ้า นางสาวพนิดา ดิกหิน

รหัสนิสิต 6 3 7 0 0 3 4 3 3 6

โทรศัพท์มือถือ	0	6	4	1	1	9	9	7	4	9	ประกาศหัวข้อ ฉบับที่	1	2	/	2	5	6	4	หน้าที่	0	3
E-MAIL: panida.bowbo@gmail.com																					

มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

- ชื่อเครื่องมือ แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว
- ชื่อวิทยานิพนธ์ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น
- ชื่อเจ้าของเครื่องมือ จริยญา แก้วสกุลทอง
- อาจารย์ที่ปรึกษา (เจ้าของเครื่องมือ) รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์
- ปีของวิทยานิพนธ์ พ.ศ.2552

เรียน รองคณบดี

เพื่อทราบและพิจารณาอนุญาตในการขอใช้เครื่องมือวิจัย

ของ นางสาวจริยญา แก้วสกุลทอง

ซึ่งมี รศ.ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา

ลงนาม

ผู้ยื่นคำร้อง

(นางสาวพนิดา ดิกหิน)

27 / กันยายน / 2565

<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เห็นชอบให้ดำเนินการต่อไป</p> <p>ลงนาม </p> <p>(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์) 27 / กันยายน / 2565</p>	<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>ลงนาม.....</p> <p>(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์) / /</p>
<p>อนุญาต</p> <p>ลงนาม </p> <p>(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ) รองคณบดี ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ / /</p>	


7 ตุลาคม 2565 เวลา 17:02

* สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ คุณรัชกฤศ ยูพาทัง โทร 02-218-1129 E-mail : ratchakris.y@chula.ac.th

** ส่งเอกสารคำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ) ได้ที่ E-mail : Fonbox@chula.ac.th

คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เลขรับที่: 2190
วันที่: 31 ตุลาคม 2565 เวลา: 11:14

ที่ อว ๐๖๐๕.๑๑/๑๖๓๕



คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๒๐ ตุลาคม ๒๕๖๕


เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

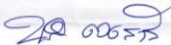
เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือการวิจัย

ตามที่ หนังสือที่ อว ๖๔.๑๑/๐๑๓๐๑ ลงวันที่ ๔ ตุลาคม ๒๕๖๕ เรื่องขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ โดย นางสาวพนิดา ตึกหิน นิสิตระดับปริญญาโทบัณฑิต ได้ศึกษาและดำเนินการขอคำดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง และขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย ของ ศาสตราจารย์ ดร.วาทินี สุขมาก เพื่อใช้ในการทำวิจัย นั้น ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ไม่ขัดข้องและอนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าว

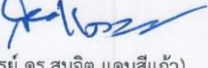
จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

เรียน รองคณบดี
เพื่อทราบ และสำเนาเอกสารให้ นิสิตดำเนินการต่อไป



2 พฤศจิกายน 2565 เวลา 13:51


2 พฤศจิกายน 2565 เวลา 14:49





ขอแสดงความนับถือ


(รองศาสตราจารย์ ดร.สมจิต แดนสีแก้ว)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์


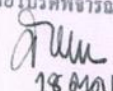
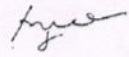
รับทราบและโปรดแจ้งนิสิต
เพื่อทราบและดำเนินการต่อไป


4 พฤศจิกายน 2565

สำนักงานเลขานุการพยาบาลศาสตร์
โทรศัพท์/โทรสาร ๐๔๓-๗๕๔๓๓๓ ต่อ ๒๓๒๔
โทรสาร ๐๔๓-๗๕๔๓๕๖-๕๗

	<p>คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เลขรับที่: 2362 วันที่: 23 พฤศจิกายน 2565 เวลา: 14:51</p>
<p>ที่ อว ๘๑๓๗/๑๖๖๔</p>	<p>มหาวิทยาลัยบูรพา ๑๖๔ ถ.สิงหนครบางแสน ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑</p>
<p>๑๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๕</p>	
<p>เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย</p>	
<p>เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	
<p>อ้างถึง หนังสือที่ อว ๖๔.๑๑/๐๑๓๐๐ ลงวันที่ ๔ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕</p>	
<p>ตามที่นางสาวพนิศา ตักหิน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย “แบบสอบถามความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตาย” จากวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อเผชิญกับความตายและภาวะใกล้ตายของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดปัตตานี” ของคุณสารภี รังษิโกศัย หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา พ.ศ. ๒๕๕๖</p>	
<p>เพื่อนำไปใช้ประกอบการทำวิจัยเรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง” ตามความทราบแล้วนั้น</p>	
<p>ในการนี้ มหาวิทยาลัยบูรพา โดยบัณฑิตวิทยาลัยอนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ ซึ่งสามารถประสานงานขอเครื่องมือวิจัยฉบับเต็มได้ที่เจ้าของเครื่องมือวิจัย และขอให้อ้างอิงงานวิจัยดังกล่าวด้วย รวมถึงจัดส่ง “แบบฟอร์มรับรองการใช้ประโยชน์จากผลงานวิจัยหรืองานสร้างสรรค์” ไปยังบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ E-mail:grd.buu@go.buu.ac.th (สามารถดาวน์โหลดได้ที่ http://grd.buu.ac.th/wordpress/?page_id=3717)</p>	
<p>จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไปด้วย</p>	
<p>เรียน รองคณบดี เพื่อทราบ และสำเนาเอกสารให้นิสิตดำเนินการต่อไป</p>	<p>ขอแสดงความนับถือ</p>
<p> 23 พฤศจิกายน 2565 เวลา 14:57</p>	<p> (รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล) คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา</p>
<p> 23 พฤศจิกายน 2565 เวลา 16:09</p>	<p>รับทราบและแจ้งนิสิตทราบ เพื่อดำเนินการต่อไป</p>
<p>บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา โทร ๐๓๘ ๑๐๒ ๗๐๐ ต่อ ๗๐๑, ๗๐๕, ๗๐๗, ๐๖ ๕๘๕๓ ๘๒๗๐ อีเมล grd.buu@go.buu.ac.th</p>	<p> 24 พฤศจิกายน 2565</p>

<p>คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เลขรับที่: 2292 วันที่: 10 พฤศจิกายน 2565 เวลา: 11:19</p>		<p>ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ๒๗๐ ถนนพระราม ๖ ราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐ โทรศัพท์ ๐๒-๒๐๑-๓๔๐๖ โทรสาร ๐๒-๒๐๑-๓๔๘๖</p>
<p>ที่ อว ๗๘.๐๖๑๐/๑๐๕๕ วันที่ ๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๕ เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์</p>		
<p>เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>		
<p>ตามหนังสือ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ อว ๖๔.๑๑/๐๑๒๔๙ ลงวันที่ ๔ ตุลาคม ๒๕๖๕ แจ้งว่า นางสาวพนิดา ตักหิน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง” มีความประสงค์จะขออนุญาตใช้แบบประเมิน Edmonton symptom assessment scale: ESAS ฉบับภาษาไทย ของ อาจารย์ แพทย์หญิงมนทรัตม์ (จินดา) เจริญพรกุล ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น</p>		
<p>ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ได้พิจารณาแล้ว ขอเรียนให้ทราบว่า อาจารย์ แพทย์หญิงมนทรัตม์ (จินดา) เจริญพรกุล ยินดีอนุญาตให้ใช้เครื่องมือแบบสอบถาม ESAS ฉบับภาษาไทย เพื่อใช้ในการทำวิทยานิพนธ์ดังกล่าว</p>		
<p>จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ</p>		
<p>เรียน รองคณบดี</p>		
<p>เพื่อทราบ และสำเนาเอกสารให้ นิสิตดำเนินการต่อไป</p>	<p>ขอแสดงความนับถือ</p>	
<p> 14 พฤศจิกายน 2565 เวลา 09:39</p>	<p></p>	
<p> 14 พฤศจิกายน 2565 เวลา 11:38</p>	<p>(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสายพิน หัตถิรัตน์) หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล</p>	
<p>ผู้ประสานงาน น.ส.โพธิ์จร อินปัญญา ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว โทรศัพท์ ๐๒-๒๐๑-๓๔๐๖ โทรสาร ๐๒-๒๐๑-๓๔๘๖</p>	<p>รับทราบ และดำเนินการแจ้ง นิสิตทราบ เพื่อดำเนินการต่อไป</p>	<p> 14 พฤศจิกายน 2565</p>
<p>มุ่งเรียนรู้ คู่คุณธรรม ใฝ่คุณภาพ ร่วมสานภารกิจ คิดนอกกรอบ รับผิดชอบต่อสังคม</p>		

	ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว วันที่ 22/09/2565 ครั้งที่ 17 ต.ค. 2565 เวลา 10.45 น. ครั้งที่ 2
ที่ อว ๖๔.๑๑/๐๑๒๙๙ ๔ ตุลาคม ๒๕๖๕	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศดพระชน ชั้น ๑๑ ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐
<p>เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์</p> <p>เรียน หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล</p> <p>เนื่องด้วย นางสาวพนิดา ตึกหิน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ อาจารย์ ดร.นพมาศ พัดทอง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบประเมินอาการของเอ็ดมอนตัน (Edmonton Symptom Assessment Scale: ESAS) ฉบับภาษาไทย จากงานวิจัย เรื่อง Reliability and Validity of a Thai Version of the Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS-Thai) ของ แพทย์หญิงมณฑรัตน์ จินดา และคณะฯ ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (๒๕๕๔)</p> <p>จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้</p>	
เรียน <u>อ. จันทพรวิมล</u> <input type="checkbox"/> เพื่อโปรดทราบ <input type="checkbox"/> เพื่อโปรดดำเนินการ <input checked="" type="checkbox"/> เพื่อโปรดพิจารณา  18/09/65	ขอแสดงความนับถือ  (รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพัทธ์ อุทิศ) รองคณบดี ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ขอขอบพระคุณที่มความสนใจในแบบสอบถาม และ อนุญาตให้ใช้ ESAS - Thai ในงานวิจัย เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความต ของผู้ที่เป็นมะเร็ง" ค่ะ สก เสก พญ. มณฑรัตน์ (จินต
ฝ่ายวิชาการ <u>อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก</u> <u>อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม</u> <u>ชื่อนิสิต</u>	โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๓๓, ๐๘-๑๘๓๓-๙๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๕๕ อาจารย์ ดร.นพมาศ พัดทอง โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๓๖๘ นางสาวพนิดา ตึกหิน โทร. ๐๖๔-๑๑๙-๙๗๔๙

ภาคผนวก ง
จดหมายขอรับพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
จดหมายขอตกลงใช้เครื่องมือและเก็บข้อมูล
และเอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ที่ อว ๖๔.๑๑/ ๐๑๖๑๒



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๑๙ ธันวาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
๑. แบบเสนอโครงการวิจัย ฯ จำนวน ๑ ชุด
 ๒. โครงร่างการวิจัยฯ จำนวน ๑ ชุด
 ๓. เอกสารชี้แจงข้อมูลอาสาสมัคร และหนังสือยินยอม จำนวน ๑ ชุด
 ๔. ใบรับรองการเป็นที่ปรึกษา/ผู้ร่วมโครงการวิจัย จำนวน ๑ ชุด
 ๕. ประวัติผู้วิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นางสาวพนิดา ตักหิน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นพมาศ พัดทอง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวพนิดา ตักหิน เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาหลักอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมชื่อนิสิต

โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓-๙๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๕๕

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นพมาศ พัดทอง โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๓๖๘

นางสาวพนิดา ตักหิน โทร. ๐๖๔-๑๑๙-๙๗๕๔

ที่ อว ๖๔.๑๑/๐๑๖๑๑



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๑๙ ธันวาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
๑. แบบรายงานการส่งโครงการวิจัยเพื่อพิจารณาครั้งแรก จำนวน ๑ ชุด
 ๒. แบบเสนอโครงร่างการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาทางจริยธรรม จำนวน ๑ ชุด
 ๓. เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน ๑ ชุด
 ๔. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย จำนวน ๑ ชุด
 ๕. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม จำนวน ๑ ชุด
 ๖. ประวัติผู้วิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นางสาวพนิดา ตึกหิน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นพมาศ พัดทอง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวพนิดา ตึกหิน เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ชื่อนิสิต

โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓-๙๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๕๕

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นพมาศ พัดทอง โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๓๖๘

นางสาวพนิดา ตึกหิน โทร. ๐๖๔-๑๑๙-๙๗๔๙



ที่ อว ๖๔.๑๑/ ๐๐๕๖๔

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรฯ ชั้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๑๒ เมษายน ๒๕๖๖

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้บัณฑิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นางสาวพนิดา ตึกหิน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นพมาศ พัดทอง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้บัณฑิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคมะเร็ง ทุกชนิด ทุกระยะ อายุ ๑๘ ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง สัญชาติไทย มีสติสัมปชัญญะดี และสามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย ที่เข้ามาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรคมะเร็งของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล จำนวน ๓๐ คน โดยใช้แบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว แบบสอบถามภาวะค้ำคาน แบบประเมินความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตายเกี่ยวกับความตาย แบบประเมินการรับรู้ความสามารถแห่งตน และแบบประเมินความรุนแรงของอาการ ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวพนิดา ตึกหิน ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓-๙๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๕๕

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นพมาศ พัดทอง โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๓๖๘

ชื่อนิสิต

นางสาวพนิดา ตึกหิน โทร. ๐๖-๔๑๑๙-๙๗๔๔

ที่ อว ๖๔.๑๑/ ๐๐๕๗๐



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๑๒ เมษายน ๒๕๖๖

เรื่อง ขออนุญาตให้บัณฑิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นางสาวพนิดา ตึกหิน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นพมาศ พัดทอง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ใคร่ขออนุญาตให้บัณฑิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคมะเร็ง ทุกชนิด ทุกระยะ อายุ ๑๘ ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง สัญชาติไทย มีสติสัมปชัญญะดี และสามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย ที่เข้ามารับบริการในแผนกหอผู้ป่วยนอกโรคมะเร็งของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล จำนวน ๘๔ คน โดยใช้แบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว แบบสอบถามภาวะค้ำค้ำ แบบประเมินความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย แบบประเมินการรับรู้ความสามารถแห่งตน และแบบประเมินความรุนแรงของอาการ ทั้งนี้บัณฑิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้ นางสาวพนิดา ตึกหิน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพัทธ์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓-๕๗๕๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัง

รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๕๕

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมฯ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นพมาศ พัดทอง โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๓๖๘

ชื่อนิสิต

นางสาวพนิดา ตึกหิน โทร. ๐๖-๔๑๑๙-๕๗๔๙

ที่ อว ๖๔.๑๑/ ๐๐๗๑๑



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๑๑ พฤษภาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นางสาวพนิดา ตึกหิน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นพมาศ พัดทอง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคมะเร็ง ทุกชนิด ทุกระยะ อายุ ๑๘ ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง สัญชาติไทย มีสติสัมปชัญญะดี และสามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย ที่เข้ามารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรคมะเร็ง ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๘๔ คน โดยใช้แบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว แบบสอบถามภาวะค้ำค้ำ แบบประเมินความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย แบบประเมินการรับรู้ความสามารถแห่งตน และแบบประเมินความรุนแรงของอาการ ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวพนิดา ตึกหิน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓-๙๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๕๕

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นพมาศ พัดทอง โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๖๘

ชื่อนิสิต

นางสาวพนิดา ตึกหิน โทร. ๐๖-๔๑๑๙-๙๗๙๔



สำนักงานวิจัย วิชาการและนวัตกรรม
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

๒๗๐ ถนนพระราม ๖ ราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐
โทรศัพท์และโทรสาร ๐๒ ๒๐๑ ๑๖๑๑

ที่ อว ๗๔.๐๖/ ๗๐๒๗

วันที่ ๒ มิถุนายน ๒๕๖๖

เรื่อง อนุญาตให้ทดลองใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ อว ๖๔.๑๑/๐๐๕๖๔

ลงวันที่ ๑๒ เมษายน ๒๕๖๕

ตามที่ นางสาวพนิดา ตีกหิน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีความประสงค์เก็บข้อมูลเพื่อประกอบการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง" โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.สุวิพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นพมาศ พัดทอง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง ยินดีให้เข้าเก็บข้อมูลได้ ทั้งนี้ขอให้ผู้วิจัยแต่งกายสุภาพพร้อมติดบัตรแสดงตนก่อนลงพื้นที่ เพื่อความสะดวก เรียบร้อยในการเข้าเก็บข้อมูล

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์บุญส่ง องค์พิพัฒน์กุล)

รองคณบดีฝ่ายวิจัย ปฏิบัติหน้าที่แทน

คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

สำเนาเรียน : ประธานคณะกรรมการองค์การบริหารการพยาบาล

มุ่งเรียนรู้ คู่คุณธรรม ใฝ่คุณภาพ ร่วมสามารภกิจ คิดนอกกรอบ รับผิดชอบสังคม



สำนักงานวิจัย วิชาการและนวัตกรรม
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

๒๗/๐ ถนนพระราม ๖ ราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐
โทรศัพท์และโทรสาร ๐๒ ๒๐๑ ๑๖๑๑

ที่ อว ๗๔.๐๖/๙๑๖๑
วันที่ ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๖๖
เรื่อง อนุญาตให้เข้าเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อ้างถึง หนังสือคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ อว ๖๔.๑๑/๐๐๕๗๐
ลงวันที่ ๑๒ เมษายน ๒๕๖๖

ตามที่ นางสาวพนิศา ตีกดิน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีความประสงค์เข้าเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุวิพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นพมาศ พัดทอง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง ยินดีให้เข้าเก็บข้อมูลได้ ทั้งนี้ขอให้ผู้วิจัยแต่งกายสุภาพพร้อมติดบัตรแสดงตนก่อนลงพื้นที่ เพื่อความสะดวก เรียบร้อยในการเข้าเก็บข้อมูล

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์บุญส่ง องค์พิพัฒน์กุล)
รองคณบดีฝ่ายวิจัย ปฏิบัติหน้าที่แทน
คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

สำเนาเรียน : ประธานคณะกรรมการองค์การบริหารการพยาบาล

มุ่งเรียนรู้ คู่คุณธรรม ใฝ่คุณภาพ ร่วมสานภารกิจ ตีตนออกกรอบ รับผิดชอบต่อสังคม



Human Research Ethics Committee, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University
 270 Rama 6 Rd. Phayatai Ratchathewi Bangkok 10400 Tel.(660)2012175, 2011544, 2010388
 Website: <https://med.mahidol.ac.th/research/ethics>
 E-mail: raec.mahidol@gmail.com

COA. MURA2023/232

Title of Project (English)	Selected Factors Related to Death Anxiety of Persons with Cancer
Title of Project (Thai)	ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง
Type of Review	Expedited
Principal Investigator	Panida Tukhin
Education Institute	Faculty of Nursing Chulalongkorn University
Co-investigator (s)	1. Sureeporn Thanasilp 2. Noppamat Pudtong 3. Piyanee Na Nakhon
Approval includes	1. Submission form protocol version 2 date 27/2/2023 2. Information sheet and consent form version 2 date 27/2/2023 3. Questionnaire version 2 date 27/2/2023 4. Curriculum vitae 5. Certificate in ethics training
<p>Institutional Review Boards in Mahidol University are in full compliance with International Guidelines for Human Research Protection such as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)</p>	
Date of Approval	March 3, 2023
Date of Expiration	March 2, 2024

Signature of Chair.....

(Asst. Prof. Chusak Okascharoen, M.D., Ph.D.)

This certificate is subject to the following conditions:

- 1) Approval is granted only for the project with details described in submitted proposal
- 2) Submission of modification to the approved project is needed before implementation
- 3) A yearly progress report is required for renewing of approval
- 4) Written notification is required when the project is complete or terminated



เอกสารรับรอง
จาก
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
เลขที่ 025/ 2566

ชื่อโครงการ ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง

ชื่อหัวหน้าโครงการ นางสาวพนิดา ดิกหิน ✓

หน่วยงานที่สังกัด จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย/

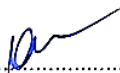
รหัสโครงการ EC 66004 ✓

สถานที่ทำวิจัย สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

เอกสารที่รับรอง 1.แบบโครงการวิจัย
 2.เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
 3.ใบยินยอมด้วยความสมัครใจ
 4.แบบสอบถาม

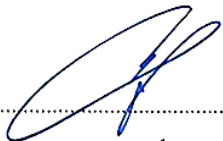
วันที่รับรอง 3 พฤษภาคม 2566 - 3 พฤษภาคม 2568 ✓

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ได้พิจารณาและมีมติ
รับรองเอกสาร ดังที่ระบุไว้ข้างต้น โดยยึดหลักการจริยธรรมแห่งคำประกาศเฮลซิงกิ และการปฏิบัติการวิจัย
ทางคลินิกที่ดี

ลงชื่อ..... 

(นายเอกภพ แสงอริยวนิช)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงชื่อ..... 

(นายสกานต์ บุนนาค)

ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ



ใบรับรองโครงการวิจัย
คณะกรรมการวิจัย สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ชื่อโครงการ บังคับคัดสรรที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง
รหัสโครงการ 004_2023T_OUT801
ชื่อหัวหน้าโครงการ นางสาวพนิดา ตึกหิน
หน่วยงานที่สังกัด จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
วันที่รับรองโครงการ 3 พฤษภาคม 2566 - 3 พฤษภาคม 2568

คณะกรรมการวิจัย สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ได้พิจารณาและมีมติรับรองโครงการวิจัยดังที่ระบุข้างต้น สามารถดำเนินการวิจัยได้

-ลงนาม
(นายสกันต์ บุนนาค)
ประธานคณะกรรมการวิจัย
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ลงนาม
(นายสกันต์ บุนนาค)
ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ





COA. NO. MURA2023/232

วันที่รับรอง 3 มีนาคม 2566

เอกสารข้อมูลและขอความยินยอมสำหรับการวิจัยทั่วไป

ชื่อโครงการวิจัย : ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวพนิดา ตึกหิน

สังกัด : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แหล่งทุนวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัย : ทุนส่วนตัว

บทนำส่วนต้นสรุปสาระสำคัญของโครงการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาประเภทหาความสัมพันธ์ ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง การเข้าร่วมการวิจัยนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว สามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคแต่อย่างใด หรือผลเสียใด ๆ ต่อการได้รับบริการใน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ มีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษาความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง และ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ ระยะของโรค ชนิดของโรคมะเร็ง สัมพันธภาพในครอบครัว ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย การรับรู้ความสามารถแห่งตน ภาวะค้ำค้ำ ความรุนแรงของอาการกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง ใช้เวลาในการศึกษาประมาณ 1 ปี ใช้กลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการวิจัยด้วยตัวเอง ที่แผนกผู้ป่วยนอก เก็บข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น 7 ชุด ใช้เวลาในการตอบ 25 - 30 นาที ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ผลจากการศึกษาทำให้ทราบว่าปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็ง เกิดองค์ความรู้แก่บุคคลที่สนใจและช่วยทำให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งมากยิ่งขึ้น และนำผลจากการศึกษาไปพัฒนางานวิจัยในรูปแบบโปรแกรมการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็ง

ความเสี่ยงหรือความไม่สะดวกสบายจากการเข้าร่วมวิจัยที่อาจเกิดขึ้น ในการตอบแบบสอบถาม บางคำถามอาจทำให้รู้สึกไม่สบายใจ หรืออึดอัดใจเล็กน้อย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามข้อใดก็ได้ ข้อมูลที่อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวตน จะได้รับการปกปิดและไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัย หากต้องการยกเลิกการให้ความยินยอม สามารถแจ้งหรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่ นางสาวพนิดา ตึกหิน หอผู้ป่วย 3NW อาคาร 1 ชั้น 3 เลขที่ 270 ถนนพระราม 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400 หากขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม

ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัย

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัย โปรดใช้เวลาในการอ่านเอกสารฉบับนี้ ซึ่งจะช่วยให้ท่านรับทราบสิ่งต่าง ๆ ที่ท่านจะมีส่วนร่วมในการวิจัยนี้ การตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของท่าน หากท่านไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จะไม่มีผลใด ๆ ต่อการดูแลรักษาหรือสิทธิที่ท่านพึงมี

การเข้าร่วมการวิจัยขึ้นอยู่กับความสมัครใจ

- ท่านสามารถตัดสินใจได้อย่างอิสระว่าจะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยนี้
- ท่านสามารถปรึกษาครอบครัวหรือแพทย์ผู้รักษาก่อนตัดสินใจ และสามารถซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับโครงการวิจัยได้ ซึ่งผู้วิจัยจะอธิบายเพิ่มเติมแก่ท่านและตอบข้อซักถามจนท่านเข้าใจ
- หากท่านสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยนี้แล้ว ท่านยังคงสามารถถอนตัวออกจากกรวิจัยได้ทุกเมื่อ

โรคมะเร็งทำให้เกิดความทุกข์ทางจิตใจอย่างมาก ผู้ป่วยมะเร็งจึงต้องการการดูแลทางจิตวิญญาณสูงควบคู่ไปกับการดูแลร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ต้องเผชิญกับความทุกข์ทางวิญญาณให้สงบสุขในช่วงสุดท้ายของชีวิต การเผชิญกับความตาย ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกหวาดกลัว เนื่องจากไม่ทราบว่าจะความตายที่แท้จริงคืออะไร ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายเป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งที่ไม่เห็นชัดเจน เป็นนามธรรมบางครั้งเกิดความกังวลล่วงหน้าก่อนสิ่งนั้นจะเกิดขึ้น ซึ่งเป็นปฏิกิริยาทางธรรมชาติที่บุคคลตั้งใจ หรือคาดการณ์ต่อความตายของตนเอง ความคิดเรื่องการไม่มีชีวิตอยู่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล เช่น กลัวความไม่สุขสบาย กลัวความเจ็บปวด กลัวความไม่มีตัวตนอยู่ กลัวผลลัพธ์ของความตาย กลัวการพลัดพราก และการสูญเสียคนรัก ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง ซึ่งเป็นการพัฒนาองค์ความรู้ทางการพยาบาลเพื่อใช้เป็นรากฐานในการทำความเข้าใจความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง เพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง เพื่อให้ได้พบกับวาระสุดท้ายของชีวิตที่งดงาม ส่งผลให้ผู้ที่เป็นมะเร็งยอมรับความตายได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดีและตายดี การศึกษาครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วย สถิติพรรณนา สถิติสหสัมพันธ์ไคสแควร์ และ หาขนาดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคมะเร็ง ทุกชนิดและทุกระยะที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกมะเร็งของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ จำนวนทั้งสิ้น 167 คน โดยมีคุณสมบัติที่เหมาะสมดังต่อไปนี้ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคมะเร็ง ทุกระยะและทุกชนิดที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป โดยผู้ป่วยที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปไม่มีภาวะสมองเสื่อม 2) มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย 3) ไม่มีอาการแทรกซ้อนจากโรคที่อยู่ในระยะลุกลาม จนทำให้เกิดอาการที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษ ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวลดลง เหนื่อยหอบ 4) นับถือศาสนาพุทธ 5) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยและลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยพรรณนา (descriptive study) เพื่อศึกษาความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง และความสัมพันธ์ระหว่างอายุ เพศ ระยะของโรค ชนิดของโรค สัมพันธภาพในครอบครัว ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย การรับรู้ความสามารถแห่งตน ภาวะค้ำค้ำ กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย

ขั้นตอนการวิจัย

อาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัยจำนวน 1 ครั้ง โดยตอบแบบสอบถามทั้งหมด 7 ชุดให้ครบถ้วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 11 ข้อ 2) แบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย จำนวน 15 ข้อ 3) แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว จำนวน 10 ข้อ 4) แบบสอบถามภาวะค้ำค้ำ จำนวน 6 ข้อ 5) แบบประเมินความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย จำนวน 13 ข้อ 6) แบบประเมินการรับรู้ความสามารถแห่งตน จำนวน 10 ข้อ และ 7) แบบประเมินความรุนแรงของอาการ จำนวน 10 ข้อ โดยมีขั้นตอนการวิจัยดังนี้

1. ผู้วิจัยเข้าพบอาสาสมัคร กล่าวแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการ เก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการวิจัย พร้อมทั้งสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมในการวิจัย
2. ผู้วิจัยให้อาสาสมัครอ่านรายละเอียดข้อมูลสำหรับกลุ่ม ประชากรผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจนเข้าใจจึงให้อาสาสมัครลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และจะใช้รหัสแทนชื่อจริงของอาสาสมัคร
4. อธิบายการตอบแบบสอบถามทั้ง 7 ชุด และรับรองว่าข้อมูลจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับ ใช้เวลาตอบแบบสอบถาม 25-30 นาที ในกรณีที่อาสาสมัครไม่สามารถอ่านหนังสือได้ด้วยตัวเอง ผู้วิจัยจะอ่านข้อคำถามทุกข้อให้อาสาสมัครฟังทีละข้อ และให้เลือกคำตอบที่ตรงกับตนเองมากที่สุด
5. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของคำตอบ หากอาสาสมัครตอบไม่ครบ ผู้วิจัยแจ้งให้ทราบและสอบถามเพิ่มเติม เมื่อสิ้นสุดการตอบแบบสอบถาม
6. ถ้าหากอาสาสมัครมีอาการเปลี่ยนแปลง ผู้วิจัยจะยุติการเก็บข้อมูลในที่นี้ และแจ้งให้แพทย์ หรือพยาบาลประจำแผนกทราบทันที และจะดำเนินการเก็บข้อมูลต่อเมื่อได้รับการเห็นชอบจากแพทย์แล้วเท่านั้น
7. อาสาสมัครไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ และจะไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ ในการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้

ผู้วิจัยได้สรุปความเสี่ยงและประโยชน์จากการเข้าร่วมการวิจัยไว้ ดังนี้

ความเสี่ยงและความไม่สะดวกสบายจากการเข้าร่วมการวิจัย

การเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยของผู้เข้าร่วมวิจัย อาจจะไม่เสียเวลาในการตอบแบบสอบถาม บางคำถามอาจทำให้รู้สึกไม่สบายใจ หรืออึดอัดใจเล็กน้อย ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามข้อใดก็ได้ ในระหว่างตอบ แบบสอบถามหากท่านมีอาการผิดปกติต่างๆ เช่น มีอาการเหนื่อยล้า คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ มีไข้ หรือรู้สึกไม่สบาย เป็นต้น ผู้วิจัยจะประเมินสัญญาณชีพและดูแลช่วยเหลือ ถ้าพบว่าอาการดีขึ้นและ สมัครใจให้ข้อมูลต่อจึงเก็บข้อมูลเพิ่มเติม แต่หากอาการไม่ดีขึ้น หรือไม่พร้อมที่จะทำแบบสอบถาม

ต่อไป จะยุติการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะรายงานแพทย์และ พยาบาลผู้ดูแลทราบทันที เพื่อให้ได้รับการตรวจวินิจฉัยและบำบัดรักษาต่อไป หากผู้เข้าร่วมวิจัยมี ข้อสงสัย สามารถสอบถามเพิ่มเติม และติดต่อผู้วิจัยในกรณีที่มีปัญหาได้ตลอดเวลาที่ นางสาวพินดา ตึกหิน หมายเลขโทรศัพท์ 064-1199749

ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย

ผู้เข้าร่วมวิจัยอาจจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรง จากการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ แต่ผลการศึกษาที่ได้สามารถทำให้เกิดองค์ความรู้แก่บุคคลที่สนใจและช่วยทำให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งมากยิ่งขึ้น นำสู่การพยาบาลที่มีผลต่อการลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็ง สามารถนำไปพัฒนางานวิจัยในรูปแบบโปรแกรมการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็ง ต่อยอดงานวิจัยเพื่อเสริมสร้างความเข้าใจในประเด็นนี้มากขึ้น

ทั้งนี้ หากท่านไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยนี้ ท่านยังคงมีทางเลือกอื่นในการดูแลรักษา ดังนี้

ทางเลือกอื่นในกรณีที่ท่านไม่เข้าร่วมการวิจัย

การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วม หรือถอนตัว จากการวิจัยได้ตลอดเวลา ซึ่งไม่ส่งผลกระทบต่อหรือผลเสียใดๆ ต่อการได้รับการบริการในโรงพยาบาลรามธิบดีทั้งสิ้น ท่านจะได้รับการบริการตามปกติ ตลอดจนสามารถปรึกษาแพทย์ผู้ดูแลถึงแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมได้

ผู้วิจัยสรุปแนวทางการปฏิบัติหรือการดูแลสถานการณ์ต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการวิจัยไว้ ดังนี้

สถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการวิจัย

สถานการณ์	แนวทางการปฏิบัติ
▪ หากท่านถอนตัวระหว่างการวิจัย	ท่านสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบความต้องการ
▪ หากมีข้อมูลใหม่ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยหรือความปลอดภัยของท่าน	ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบโดยเร็ว และท่านสามารถตัดสินใจได้ว่าท่านจะร่วมอยู่ในการวิจัยนี้ต่อหรือไม่
▪ หากท่านมีอาการเปลี่ยนแปลงหรือมีอาการรุนแรงขึ้นระหว่างการเก็บข้อมูล ได้แก่ อาการเหนื่อยหอบ เจ็บแน่นหน้าอก หน้ามืด วิงเวียนศีรษะ เป็นต้น	ผู้วิจัยจะยุติการเก็บข้อมูลในทันที และแจ้งให้แพทย์ หรือพยาบาลประจำแผนกทราบ และจะดำเนินการเก็บข้อมูลต่อเมื่อได้รับการเห็นชอบจากแพทย์แล้วเท่านั้น

หลังจากเสร็จสิ้นการวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยจะมีความเข้าใจเกี่ยวกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย และผลการศึกษาในครั้งนี้ทำให้ทราบถึงความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็ง และเป็นพื้นฐานที่นำไปสู่การวิจัยทางการพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจัดการความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย และเพื่อเตรียมวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า นำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย

ข้อมูลของท่านที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้จะถูกเก็บเป็นความลับ ตามมาตรฐานจริยธรรมการวิจัยในคนระดับสากลและพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 การเผยแพร่ผลการวิจัยในการประชุม

วิชาการหรือในวารสารวิชาการจะไม่มีข้อมูลที่ระบุตัวตนหรือเชื่อมโยงถึงตัวท่านได้ หากข้อมูลบางส่วนจะมีการนำไปลงในระบบฐานข้อมูลที่วารสารวิชาการกำหนด เพื่อแบ่งปันให้นักวิจัยอื่นได้ทราบ ข้อมูลเหล่านี้จะอยู่ในรูปแบบที่ไม่สามารถระบุตัวตนหรือเชื่อมโยงถึงตัวท่านได้ อย่างไรก็ตาม อาจมีบุคคลบางกลุ่มที่ขอเข้าถึงข้อมูลส่วนบุคคลของท่านได้ ได้แก่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้ประสานงานวิจัย ผู้กำกับดูแลการวิจัย และเจ้าหน้าที่จากสถาบันหรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและขั้นตอนการวิจัย

หลังจากเสร็จสิ้นการวิจัย ผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยด้วยเครื่องทำลายเอกสาร และลบไฟล์ในคอมพิวเตอร์ส่วนบุคคล

ไม่มีค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และไม่มีค่าใช้จ่ายที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะต้องรับผิดชอบ กรณีที่ท่านเกิดผลข้างเคียงหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการเข้าร่วมการวิจัยนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการแก้ไขหรือรักษา และรายงานให้แพทย์ผู้ดูแลท่านรับทราบ

หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยหรือความปลอดภัยระหว่างเข้าร่วมการวิจัย ท่านสามารถสอบถามผู้วิจัยได้โดยตรง หรือติดต่อแผนกผู้ป่วยนอกโรคมะเร็ง โรงพยาบาลรามาริบัติ

บุคคลที่ท่านสามารถติดต่อเพื่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม แจ้งผลข้างเคียงหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

1. นางสาวพนิดา ตึกหิน หมายเลขโทรศัพท์ 064-1199749
2. นางปิยาณี ณ นคร หมายเลขโทรศัพท์ 062-5429963

หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับสิทธิของท่าน ท่านสามารถติดต่อสอบถามได้ที่ หน่วยจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานวิจัย วิชาการและนวัตกรรม อาคารวิจัยและสวัสดิการ ชั้น 3 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ โทรศัพท์ 02-2011544 เพื่อให้มั่นใจว่า สิทธิ ความปลอดภัย และความเป็นอยู่ที่ดีของท่าน ได้รับความคุ้มครองตามมาตรฐานจริยธรรมการวิจัยในคนระดับสากล

รับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า _____ ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยเรื่อง ปัจจัยตัด
สรที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง ซึ่งข้าพเจ้าได้รับข้อมูลและคำอธิบาย
เกี่ยวกับการวิจัยนี้แล้ว และได้มีโอกาสซักถามและได้รับคำตอบเป็นที่พอใจแล้ว ข้าพเจ้ามีเวลาเพียงพอในการ
อ่านและทำความเข้าใจข้อมูลในเอกสารให้ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยอย่างถี่ถ้วน และได้รับเวลาเพียงพอใน
การตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมการวิจัยนี้

ข้าพเจ้ารับทราบว่าข้าพเจ้าสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยนี้ได้โดยอิสระ และระหว่างการเข้าร่วม
การวิจัย ข้าพเจ้ายังสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยไม่ส่งผลกระทบต่อการศึกษา หรือสิทธิที่
ข้าพเจ้าพึงมี

โดยการลงนามนี้ ข้าพเจ้าไม่ได้สละสิทธิใด ๆ ที่ข้าพเจ้าพึงมีตามกฎหมาย และหลังจากลงนามแล้ว
ข้าพเจ้าจะได้รับเอกสารข้อมูลและขอความยินยอมไว้จำนวน 1 ชุด

ลายมือชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย _____ วัน-เดือน-ปี _____
(_____)

.....(กรณีที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยอ่านหนังสือไม่ออกแต่ฟังเข้าใจ).....

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในเอกสารข้อมูลและขอความยินยอมนี้ให้แก่
ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วมือของข้าพเจ้าในหนังสือนี้ด้วยความเต็มใจ

ลายมือชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย _____ วัน-เดือน-ปี _____
(_____)

ลายมือชื่อผู้ขอความยินยอม _____ วัน-เดือน-ปี _____
(_____)

.....(กรณีขอคำยินยอมของผู้มีอำนาจกระทำการแทน*ผู้เข้าร่วมการวิจัย).....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... ซึ่งเป็นผู้มีอำนาจกระทำการแทน*
 นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ด.ญ..... ในฐานะ.....
 ได้ทราบรายละเอียดของโครงการการวิจัย ตลอดจนประโยชน์ และข้อเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย
 จากผู้วิจัยแล้วอย่างชัดเจนไม่สิ่งใดปิดบังซ่อนเร้นและยินยอมให้ทำการวิจัยในโครงการที่มีชื่อข้างต้น และ
 ข้าพเจ้ารู้ว่าถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้นข้าพเจ้าสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถไม่ให้
 ผู้เข้าร่วมการวิจัยเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับ
 นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่
 เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้เข้าร่วมการวิจัยต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง กระทำได้
 เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ลงนาม/พิมพ์ลายนิ้วมือผู้มีอำนาจกระทำการแทน _____ วัน-เดือน-ปี _____
 (_____)

*ผู้มีอำนาจกระทำการแทนซึ่งชอบด้วยกฎหมาย หมายถึง

- บิดาหรือมารดา ตามสูติบัตรหรือทะเบียนบ้าน
- บิดา/มารดาบุญธรรม หรือผู้ปกครอง ที่จดทะเบียนตามกฎหมายหรือตามคำสั่งศาล
- คู่สมรส ตามทะเบียนสมรส
- บุตร ตามสูติบัตรหรือทะเบียนบ้าน

ลายมือชื่อผู้ขอความยินยอม _____ วัน-เดือน-ปี _____


(_____)

คำรับรองของพยานผู้ไม่มีส่วนได้เสียกับการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อยู่ร่วมในกระบวนการขอความยินยอมและยืนยันว่า ผู้ขอความยินยอมได้อ่าน/อธิบายเอกสาร
 ข้อมูลให้แก่ _____ ซึ่งผู้มีชื่อข้างต้นมีโอกาสซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ และได้ให้ความ
 ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยอิสระ หลังจากรับทราบข้อมูลที่มีอยู่ตรงตามที่ปรากฏในเอกสารนี้แล้ว

ลายมือชื่อพยาน _____ วัน-เดือน-ปี _____

(_____)

	เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Research Subject Information Sheet)	FM-EC-03
---	--	----------

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง
(SELECTED FACTORS RELATED TO DEATH ANXIETY OF PERSONS WITH
CANCER)

วันที่ชี้แจง 5 เมษายน 2566

ชื่อผู้วิจัย นางสาวพนิดา ตึกหิน

ที่ทำงานผู้วิจัย อาคารหลัก งานการพยาบาลผู้ป่วยใน 2 ฝ่ายการพยาบาล
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ชื่อผู้วิจัยร่วม 1. รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นพมาศ พัดทอง

ทุน -

ท่านได้รับการเชิญชวนให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ก่อนที่ท่านจะตกลงใจเข้าร่วมหรือไม่ โปรดอ่านข้อความในเอกสารนี้ทั้งหมด เพื่อให้ทราบว่า เหตุใดท่านจึงได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ โครงการวิจัยนี้ ทำเพื่ออะไร หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านจะต้องทำอะไรบ้าง รวมทั้งข้อดีและข้อเสียที่อาจจะเกิดขึ้นในระหว่างการวิจัย

ในเอกสารนี้ อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้ช่วยผู้วิจัยที่ทำการโครงการนี้ เพื่อให้อธิบายจนกว่าท่านจะเข้าใจ ท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ชุด กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษากับญาติพี่น้อง เพื่อน หรือแพทย์ที่ท่านรู้จัก ให้ช่วยตัดสินใจว่าควรเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้หรือไม่ การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้จะต้องเป็นความสมัครใจของท่าน ไม่มีการบังคับหรือข่มขู่ ถึงแม้ท่านจะไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านก็จะได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ การไม่เข้าร่วมหรือถอนตัวจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อท่านได้รับการ การรักษาพยาบาลหรือผลประโยชน์ที่พึงจะได้รับของ ท่านแต่อย่างใด

โปรดอย่าลบลายมือชื่อของท่านในเอกสารนี้จนกว่าท่านจะแน่ใจว่ามีความประสงค์จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ คำว่า "ท่าน" ในเอกสารนี้หมายถึงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยในฐานะเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยนี้ หากท่านเป็นผู้แทนโดยชอบธรรมตามกฎหมายของผู้ที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัย และลงนามแทนในเอกสารนี้ โปรดเข้าใจว่า "ท่าน" ในเอกสารนี้หมายถึงผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยเท่านั้น


 NCI
 Thailand
 สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
 National Cancer
 คณะกรรมการจริยธรรม
 สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

1. ที่มาและวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

มะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก สถิติปี 2020 พบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่มากถึง 19 ล้านคน และพบว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งถึง 9.9 ล้านคน ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประชากรไทย ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ต้องเผชิญกับกระบวนการของโรคและการรักษา ก่อให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากไม่สามารถรักษาหรือควบคุมโรคได้ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง มักจะรับรู้ว่ามีโรคมะเร็งรักษาไม่หาย และต้องพบกับความเจ็บปวดจากตัวโรคและการรักษาที่ทำให้ทุกข์ทรมาน ผู้ป่วยมะเร็งจะเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่ท้าทายชีวิตในหลากหลายรูปแบบซึ่งจะแปรเปลี่ยนไปตามความก้าวหน้าของโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกหดหู่ เศร้าโศก เกิดความกลัวอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น กลัวการพลัดพราก และอื่น ๆ จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ถึงแม้ว่าความก้าวหน้าของเทคนิคทางการแพทย์สมัยใหม่ช่วยยืดอายุขัยของผู้ป่วยมะเร็งได้ แต่มะเร็งเป็นภัยคุกคามและในระหว่างที่ผู้ป่วยเจ็บป่วยจนถึงวันสุดท้ายของชีวิต ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยจากความเจ็บปวด อาการแสดงต่างๆ ผลข้างเคียงจากการรักษาตลอดจนวาระสุดท้ายของชีวิต

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง ซึ่งเป็นการพัฒนาองค์ความรู้ทางการแพทย์เพื่อใช้เป็นรากฐานในการทำความเข้าใจความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง เพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็งและเป็นแนวทางในการทำวิจัยต่อเนื่องเพื่อขยายความรู้และพัฒนาการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง เพื่อให้ได้พบกับวาระสุดท้ายของชีวิตที่งดงาม ส่งผลให้ผู้ที่เป็นมะเร็งยอมรับความตายได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดีและตายดี โดยรูปแบบการวิจัยในครั้งนี้จะช่วยให้ได้ข้อสรุปของตัวแปรคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็งที่ชัดเจน เพื่อนำองค์ความรู้จากปัจจัยที่ได้ไปใช้ในการแก้ไขและลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็งต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

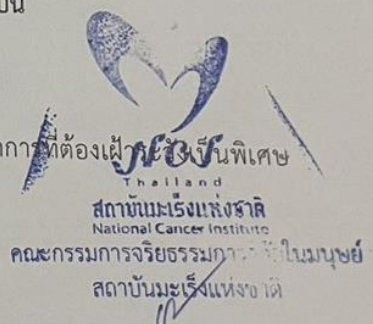
เพื่อศึกษาความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็ง และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ เพศ ระยะของโรค ชนิดของโรคมะเร็ง สัมพันธภาพในครอบครัว ความเชื่อด้านศาสนา การรับรู้ความสามารถแห่งตน ภาระค้ำคาน ความรุนแรงของอาการกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง

2. ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพราะคุณสมบัติที่เหมาะสมดังต่อไปนี้

1. อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป โดยผู้ป่วยที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
2. มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย
3. ไม่มีอาการแทรกซ้อนจากโรคที่อยู่ในระยะลุกลาม จนทำให้เกิดอาการที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษ

ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวลดลง เห็นอ้อยหอบ

4. นับถือศาสนาพุทธ
5. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย



3. ท่านไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้หากท่านมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. ปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือถอนตัวจากโครงการวิจัย
2. ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงขึ้นระหว่างการเก็บข้อมูล ได้แก่ อาการหายใจเหนื่อยหอบรุนแรง หายใจลำบาก อาการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น หน้ามืด วิงเวียนศีรษะ

4. จะมีการทำโครงการวิจัยนี้ที่ใดและมีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งสิ้นเท่าไร

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล 83 คน และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ 84 คน รวมครบจำนวน 167 คน

5. ระยะเวลาที่ท่านจะต้องร่วมโครงการวิจัยและจำนวนครั้งทั้งหมด

ระยะเวลาในการทำวิจัย คือท่านทำแบบสอบถาม 1 ครั้ง ซึ่งจะไม่มีการนัดหมายต่อ โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที

6. หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ท่านจะต้องปฏิบัติตามขั้นตอนหรือได้รับการปฏิบัติอย่างไรบ้าง

1. ท่านจะได้รับการแนะนำตัวจากผู้ทำวิจัย และสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยขออนุญาตผู้ป่วยเข้ามาซักถามชี้แจงเกี่ยวกับการวิจัยและ ขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้ป่วย หากท่านสนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียด ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ภายหลังจากที่ท่านสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ท่านอ่านเอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและยินยอมเข้าร่วมวิจัยจนเข้าใจและให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ภายหลังจากท่านลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยแล้ว ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดของแบบสอบถาม พร้อมทั้งอธิบายวิธีตอบแบบสอบถาม ใช้เวลาในการทำแบบสอบถามด้วยตนเองประมาณ 25-30 นาที หรือจนกว่าตอบแบบสอบถามเสร็จ

3. ผู้วิจัยยุติการสอบถามและประเมินอาการเมื่อกลุ่มตัวอย่างแสดงอาการเหนื่อย หอบหรือ ปวด เพื่อให้การช่วยเหลือตามอาการ โดยผู้วิจัยประสานกับพยาบาลประจำแผนก ให้การพยาบาลเบื้องต้นและรายงานแพทย์

4. เมื่อท่านตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างตอบไม่ครบถ้วนจะแจ้งให้ทราบและซักถามเพิ่มเติม จากนั้นผู้วิจัยกล่าวขอบคุณ

7. ความไม่สบาย หรือการเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจจะได้รับจากกรรมวิธีการวิจัยมีอะไรบ้างและวิธีการป้องกัน / แก้ไขที่ผู้วิจัยเตรียมไว้หากมีเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้น

การเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้มีความเสี่ยงต่ำ แต่ในการตอบแบบสอบถาม บางคำถามอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายใจ หรืออึดอัดใจเล็กน้อย ผู้ป่วยมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามข้อใดก็ได้ ในระหว่างตอบแบบสอบถาม หากผู้ป่วยมีอาการผิดปกติต่างๆ เช่น มีอาการเหนื่อยล้า คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ มีไข้หรือรู้สึกไม่สบาย

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

Version: 2 Date 5 เมษายน 2566

เป็นต้น ผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยได้พักประเมินสัญญาณชีพและดูแลช่วยเหลือ ถ้าพบว่าอาการดีขึ้นและ สม่ครใจให้ ข้อมูลต่อจึงเก็บข้อมูลเพิ่มเติม แต่หากอาการไม่ดีขึ้น หรือไม่พร้อมที่จะทำแบบสอบถามต่อไป จะยุติการตอบ แบบสอบถาม ผู้วิจัยจะรายงานแพทย์และ พยาบาลผู้ดูแลทราบทันที เพื่อให้ท่านได้รับการตรวจวินิจฉัยและ บำบัดรักษาต่อไป อีกทั้งถ้าคำถามในแบบสอบถามส่งผลต่อความรู้สึกของผู้ตอบแบบสอบถาม ขอให้แจ้งกับ ผู้วิจัยได้ทันที ผู้วิจัยจะหยุดการทำแบบสอบถาม และพูดคุยซักถามความรู้สึก เปิดโอกาสให้ผู้ตอบ แบบสอบถามได้ระบายความรู้สึก และให้กำลังใจ ถ้าผู้ตอบแบบสอบถามมีความรู้สึกที่ดีขึ้น สามารถตอบ แบบสอบถามได้ ให้ดำเนินการตอบแบบสอบถามต่อ และถ้าหากผู้ตอบแบบสอบถามเกิดอาการวิตกกังวลให้ ยุติการตอบแบบสอบถาม และประเมิน สอบถามความต้องการในการปรึกษานักจิตวิทยา หากมีความจำเป็น จะดำเนินการแจ้งเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและประสานงานดำเนินการ หากผู้ป่วยต้องการยกเลิกการให้ความ ยินยอมดังกล่าวสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่ นางสาวพินิตา ตึกหิน หอผู้ป่วย 3NW อาคาร 1 ชั้น 3 เลขที่ 270 ถนนพระราม 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400 หากขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยจะไม่ถูก บันทึกเพิ่มเติม

8. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัย

ผู้เข้าร่วมวิจัยอาจจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรง จากการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ แต่ผลการศึกษาที่ได้ สามารถทำให้เกิดองค์ความรู้แก่บุคคลที่สนใจและช่วยทำให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับ ความตายของผู้ป่วยมะเร็งมากยิ่งขึ้น นำสู่การพยาบาลที่มีผลต่อการลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของ ผู้ป่วยมะเร็ง สามารถนำไปพัฒนางานวิจัยในรูปแบบโปรแกรมการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับ ความตายของผู้ป่วยมะเร็ง ต่อยอดงานวิจัยเพื่อเสริมสร้างความเข้าใจในประเด็นนี้มากขึ้น

9. ค่าใช้จ่ายที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะต้องรับผิดชอบ (ถ้ามี)

ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้น

10. ค่าตอบแทนที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย

งานวิจัยนี้ไม่มีค่าตอบแทน

11. หากท่านไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านมีทางเลือกอื่นอย่างไรบ้าง

งานวิจัยนี้ไม่มีผลต่อการรักษา



๓ พ.ค. ๒๕๕๖

12. หากเกิดอันตรายที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยนี้ จะติดต่อกับใคร และจะได้รับการปฏิบัติอย่างไร

การเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้มีความเสี่ยงต่ำ หากท่านได้รับอันตรายหรือไม่พร้อมที่จะทำแบบสอบถามต่อไป จะยุติการตอบแบบสอบถาม หากผู้ป่วยต้องการยกเลิกการให้ความยินยอมดังกล่าว สามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่ นางสาวพนิดา ดิกหิน หอผู้ป่วย 3NW อาคาร 1 ชั้น 3 เลขที่ 270 ถนนพระราม 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400 โทรศัพท์ 064-1199749 หากขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม

หากท่านมีคำถามที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย จะถามใคร ระบุชื่อผู้วิจัยหรือผู้วิจัยร่วม

ท่านสามารถติดต่อผู้ทำวิจัยคือ นางสาวพนิดา ดิกหิน หอผู้ป่วย 3NW อาคาร 1 ชั้น 3 เลขที่ 270 ถนนพระราม 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400 โทรศัพท์ 064-1199749

13. หากท่านรู้สึกว่าการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมในระหว่างโครงการวิจัยนี้ ท่านอาจแจ้งเรื่องได้ที่

เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ 268/1 ถนนพระราม 6 เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทร.02-202-6800 , E-mail : ec.ncincii@gmail.com

14. ท่านจะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยหลังจากได้ลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วได้หรือไม่

ท่านสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยจะไม่มีผลเสียใดๆ เกิดขึ้น และ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยอาจถูกขอให้ออกจากโครงการวิจัยในกรณีที่ท่านตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน

15. หากมีข้อมูลใหม่ที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านจะได้รับแจ้งข้อมูลนั้นโดยผู้วิจัยหรือผู้วิจัยร่วมนั้นทันที (ในกรณีที่เป็นการวิจัยเกี่ยวข้องกับการรักษาโดยเฉพาะการใช้ยา)

งานวิจัยนี้ท่านจะไม่ได้รับข้อมูลเพิ่มเติมภายหลังการทำวิจัยในครั้งนี้

16. ข้อมูลส่วนบุคคลของท่านที่ได้จากโครงการวิจัยครั้งนี้จะถูกนำไปใช้ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลที่อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัว จะได้รับการปกปิดและจะไม่เผยแพร่แก่สาธารณชน ชื่อและข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจะได้รับปกปิดอยู่เสมอ โดยการให้รหัสประจำโครงการวิจัยแทนชื่อจริง

2. ผู้วิจัยจะไม่ละเมิดสิทธิของผู้ป่วยในการรักษาความลับเกินขอบเขตที่กฎหมายและระเบียบกฎหมายอนุญาตไว้

3. ในระหว่างเก็บข้อมูลหากผู้ให้ข้อมูล มีคำถามใดไม่สะดวกใจที่จะตอบสามารถเลือกที่จะไม่ตอบได้ และสามารถซักถามข้อข้องใจเพิ่มเติมจนมีความเข้าใจ รวมทั้งสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาในการทำวิจัย ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการ สัมภาษณ์จะไม่มีผลกระทบต่อบริการสุขภาพที่พึงได้รับจากเจ้าพนักงานสุขภาพ

4. การบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยในคอมพิวเตอร์ส่วนตัวที่มีรหัสป้องกันการเข้าถึงอย่างปลอดภัย

อื่นไม่สามารถเข้าถึงได้


 ศาสตราจารย์ ดร. ชัยพฤกษ์
 สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
 National Cancer Institute
 คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
 สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

- ๙ พ.ค. ๒๕๖๖

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
วันที่ เดือน พ.ศ.

ชื่อ นามสกุล อายุ ปี

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง
(SELECTED FACTORS RELATED TO DEATH ANXIETY OF PERSONS WITH CANCER)

ชื่อผู้วิจัย นางสาว พนิดา ตึกหิน

ที่อยู่ติดต่อ 46/281หมู่บ้านลิรินเฝ้าตอนเมือง ถนนประชาอุทิศ 18 เขตดอนเมือง กรุงเทพมหานคร 10210
โทรศัพท์ 064-1199749 , 02-2011313

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ
ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้
โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย
จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
โดยข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล
ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆต่อการดูแลรักษา ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น
ข้าพเจ้าเข้าใจแล้วว่าข้อมูลที่ข้าพเจ้าให้ไปนั้น

จะนำไปเพื่อวัตถุประสงค์ศึกษาความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็งและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง
อายุ เพศ ระยะของโรค ชนิดของโรคมะเร็ง สัมพันธภาพในครอบครัว

ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย การรับรู้ความสามารถแห่งตน ภาวะค้ำคา

ความรุนแรงของอาการกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง

ซึ่งผู้เข้าร่วมวิจัยอาจจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรง จากการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

แต่ผลการศึกษาที่ได้สามารถทำให้เกิดองค์ความรู้แก่บุคคลที่สนใจและช่วยทำให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับความ
วิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งมากยิ่งขึ้น

นำสู่การพยาบาลที่มีผลต่อการลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็ง

สามารถนำไปพัฒนางานวิจัยในรูปแบบโปรแกรมการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้

ป่วยมะเร็ง ต่อยอดงานวิจัยเพื่อเสริมสร้างความเข้าใจประเด็นนี้มากขึ้น



Version, 2 Date 5 เมษายน 2566

- ๙ พ.ค. ๒๕๖๖

การเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้มีความเสี่ยงต่ำ แต่ในการตอบแบบสอบถาม บางคำถามอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายใจ หรืออึดอัดใจเล็กน้อย ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามข้อใดก็ได้ ในระหว่างตอบ แบบสอบถามหากผู้ป่วยมีอาการผิดปกติต่างๆ เช่น มีอาการเหนื่อยล้า คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ มีไข้ หรือรู้สึกไม่สบายใจ เป็นต้น ผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยได้พักประเมินสัญญาณชีพและดูแลช่วยเหลือ ถ้าพบว่าอาการดีขึ้นและ สม่ครใจให้ข้อมูลต่อจึงเก็บข้อมูลเพิ่มเติม แต่หากอาการไม่ดีขึ้น หรือไม่พร้อมที่จะทำแบบสอบถามต่อไป จะยุติการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะรายงานแพทย์และ พยาบาลผู้ดูแลทราบทันที เพื่อให้ท่านได้รับการตรวจวินิจฉัยและบำบัดรักษาต่อไป อีกทั้งถ้าคำถามในแบบสอบถามส่งผลต่อความรู้สึกของผู้ตอบแบบสอบถาม ขอให้แจ้งกับผู้วิจัยได้ทันที ผู้วิจัยจะหยุดการทำแบบสอบถาม และพูดคุยซักถามความรู้สึก เปิดโอกาสให้ผู้ตอบแบบสอบถามได้ระบายความรู้สึก และให้กำลังใจ ถ้าผู้ตอบแบบสอบถามมีความรู้สึกที่ดีขึ้น สามารถตอบแบบสอบถามได้ ให้ดำเนินการตอบแบบสอบถามต่อ และถ้าหากผู้ตอบแบบสอบถามเกิดอาการวิตกกังวลให้ยุติการตอบแบบสอบถาม และประเมิน สอบถามความต้องการในการปรึกษานักจิตวิทยา หากมีความจำเป็นจะดำเนินการแจ้งเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและประสานงานดำเนินการ หากผู้ป่วยต้องการยกเลิกการให้ความยินยอมดังกล่าวสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่ นางสาวพนิดา ตึกหิน หอผู้ป่วย 3NW อาคาร 1 ชั้น 3 เลขที่ 270 ถนนพระราม 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400 หากขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม และข้อมูลส่วนบุคคลที่เก็บรวบรวมไปนั้นที่สามารถระบุตัวตนข้าพเจ้าได้ เช่น ชื่อ นามสกุล หรือที่อยู่ จะไม่ถูกเปิดเผยไปยังผู้อื่นนอกจากสมาชิกในงานศึกษาวิจัยและคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทั้งนี้ข้าพเจ้าอนุญาตให้ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า ซึ่งข้าพเจ้าให้ไว้ได้ไว้นี้ ให้ผู้ทำวิจัยสามารถนำไปใช้เพื่อการศึกษาวิจัยหรือการเรียนรู้ในอนาคตได้

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า

ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ชั้น 268/1 ถนนพระราม 6 เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์ 02-202-6888 โทรสาร 02-354-7927 E-mail : ncinci@ncinci.org ec.ncinci@gmail.com



ศ. พ.ศ. ๒๕๖๖
Version 2 Date 5 เมษายน 2566

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว มีความเข้าใจดีทุกประการ
จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว 1 ชุด

ลงชื่อ.....
(นางสาวพนิดา ตึกหิน)
ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้เข้าร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....
(.....)

พยาน

ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมในโครงการยังไม่บรรลุนิติภาวะ (อายุน้อยกว่า 18 ปี) ไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง และไม่สามารถลงลายมือชื่อด้วยตนเอง ข้าพเจ้า (ชื่อ).....

ในฐานะเป็น ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง/บิดา-มารดา/สามี-ภรรยา ของ.....อนุญาตให้.....เข้าร่วมในโครงการวิจัยในครั้งนี้ได้

ลงชื่อ..... ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง/บิดา-มารดา/สามี-ภรรยา
(.....)

ลงชื่อ..... พยาน
(.....)

คำแนะนำข้อมูลเพิ่มเติมสำหรับผู้วิจัย

- โปรดปรับข้อความให้สอดคล้องกับโครงการวิจัยของท่าน และลบข้อความที่ไม่เกี่ยวข้องออกก่อนส่งพิจารณา
- การศึกษาในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี, ผู้ติดเชื้อ HIV, หรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, หญิงบริการ แรงงานผิดกฎหมาย หรือการลงนามนั้นอาจทำให้เกิดความเสียหาย/เป็นการเปิดเผยความลับของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นต้น ผู้วิจัยสามารถขอยกเว้นการลงนามได้
- งานวิจัยที่มีความเสี่ยงน้อย เป็นต้นว่า

การวิจัยที่ใช้แบบสอบถามที่ไม่ระบุชื่อผู้ตอบแบบสอบถาม, งานวิจัยที่วิเคราะห์จากข้อมูลทุติยภูมิ



สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
National Cancer Institute of Thailand
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

Version: 2 Date 5 เมษายน 2566

๓๓ พ.ค. ๒๕๖๖

หน้า 4 จาก 2

หรือการศึกษาสิ่งส่งตรวจที่ไม่สามารถสืบค้นกลับได้ว่าเป็นบุคคลใด
การเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ ผู้วิจัยสามารถขอถอนใบยินยอมได้
** ในข้อ 2 และ 3 ผู้วิจัยต้องระบุว่ามีการให้ข้อมูลแก่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยอย่างไร
(ตามเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย)
แม้ว่าจะมีการขอถอนใบยินยอมหรือไม่ต้องลงนามในใบยินยอม



สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
National Cancer Institute
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

= ต. พ.ค. ๒๕๖๖

Version, 2 Date 5 เมษายน 2566



เลขที่แบบสอบถาม

วันที่.....

แบบสอบถาม**เรื่อง** ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็งคำชี้แจง

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง” ประกอบด้วย 7 ชุด ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
2. แบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย
3. แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว
4. แบบสอบถามภาวะค้ำคาง
5. แบบประเมินความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตายเกี่ยวกับความตาย
6. แบบประเมินการรับรู้ความสามารถแห่งตน
7. แบบประเมินความรุนแรงของอาการ

นางสาวพนิดา ตี๊กหิน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

คำชี้แจง กรุณาเลือกคำตอบโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน และเติมข้อความลงในช่องว่าง ที่ตรงกับความเป็นจริง

ข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ ชาย หญิง ไม่ระบุเพศ
2. อายุ ปี
3. สถานภาพสมรส โสด คู่
 หม้าย หย่า แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษา ไม่ได้เรียนหนังสือ ประถมศึกษา
 มัธยมศึกษา/ ปวช. อนุปริญญา/ ปวส.
 ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี
 อื่นๆ (โปรดระบุ)
5. อาชีพ เกษตรกรรม รับจ้าง
 ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ
 แม่บ้าน/ ไม่ได้ประกอบอาชีพ
 อื่นๆ ระบุ
6. รายได้ของครอบครัว ต่ำกว่า 5,000 บาท 5,001 – 10,000 บาท
 10,001 – 15,000 บาท 15,001 – 20,000 บาท
 มากกว่า 20,000 บาท ไม่มีรายได้
7. โรคประจำตัว เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง หัวใจ ไต
 อื่นๆ ระบุ
8. การวินิจฉัยโรคที่ได้รับ(ชนิดของโรคมะเร็ง).....
9. ระยะของโรค ระยะที่ 1 ระยะที่ 2 ระยะที่ 3 ระยะที่ 4
 อื่นๆ ระบุ.....
10. ระยะเวลาในการเจ็บป่วย น้อยกว่า 6 เดือน 6 เดือน – 1 ปี มากกว่า 1 ปี
11. การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน ผ่าตัด เคมีบำบัด ฉายแสง ประคับประคอง
 อื่น ๆ ระบุ
12. บทบาทหลักของท่านในครอบครัว พ่อ/แม่ บุตร หลาน สามเณร/ภรรยา
 อื่น ๆ ระบุ
11. ประสบการณ์ในการสูญเสียพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก
 ไม่มี มี (ระบุความสัมพันธ์กับท่าน)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างที่ตรงกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นจริงของท่านในขณะนี้ โดยเลือกเพียงข้อเดียว ซึ่งมีความหมายดังต่อไปนี้

- 1 หมายถึง กังวลเพียงเล็กน้อย
- 2 หมายถึง กังวลปานกลาง
- 3 หมายถึง กังวลมาก
- 4 หมายถึง กังวลมากที่สุด

ข้อความ	4	3	2	1
1. ท่านกังวลเมื่อนึกถึงความตาย				
2. ท่านไม่สบายใจเมื่อรู้ว่าท่านเสียชีวิตก่อนที่จะได้ทำในสิ่งที่อยากทำ				
3. ท่านกังวลว่าการเสียชีวิตอาจทำให้ท่านเจ็บปวดอย่างมาก				
4. ท่านกังวลว่าจะทุกข์ทรมานเป็นเวลานานก่อนเสียชีวิต				
5. ท่านคิดว่าคนอื่นอาจกังวลเมื่อเห็นท่านทุกข์ทรมาน ขณะเสียชีวิต				
6. ท่านกังวลว่าจะเป็นภาระแก่ผู้อื่นเรื่องค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตของท่าน				
7. ท่านกังวลว่าการเสียชีวิตทำให้พลัดพรากตลอดกาล				
8. ท่านกังวลว่าท่านจะไม่สามารถควบคุมจิตใจของตนเองได้ก่อนเสียชีวิต				
9. ท่านคิดว่าสิ่งที่ท่านเสียชีวิตจะเป็นการทิ้งคนรักไว้ เบื้องหลัง				
10. ท่านกังวลว่าคนใกล้ชิดของท่านจะไม่อยู่เคียงข้าง ท่านขณะที่ท่านกำลังจะเสียชีวิต				
11. ท่านกังวลว่าหากท่านเสียชีวิตอาจมีปัญหาในเรื่องของการจัดการทรัพย์สินสมบัติ หรือพินัยกรรม				
12. ท่านกังวลว่าท่านจะเสียชีวิตอย่างเดียวดาย				
13. ท่านกังวลว่าคนรอบข้างจะลืมท่านเมื่อท่านเสียชีวิต				
14. ท่านกลัวว่าจะได้รับการฉีดยาพิษที่ไม่ได้เสียชีวิตจริง ๆ				
15. ท่านกังวลเกี่ยวกับสิ่งที่ไม่รู้ภายหลังการเสียชีวิต				

ส่วนที่ 3 แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว

คำชี้แจง : กรุณาทำเครื่องหมาย (✓)ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงตามความเห็นของท่านมากที่สุด

สม่ำเสมอ หมายถึง สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวสม่ำเสมอ
 บ่อยครั้ง หมายถึง สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวบ่อยครั้ง
 บางครั้ง หมายถึง สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวบางครั้ง
 นานๆครั้ง หมายถึง สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวนานๆครั้ง
 ไม่เคยเลย หมายถึง สมาชิกในครอบครัวไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวเลย

ข้อความ	สม่ำเสมอ (5)	บ่อยครั้ง (4)	บางครั้ง (3)	นาน ๆ ครั้ง (2)	ไม่เคย เลย (1)
1. สมาชิกในครอบครัวของท่านเคยมีการชื่นชมและให้กำลังใจ ซึ่งกันและกัน แม้ในสิ่งเล็กๆน้อยๆ					
2. สมาชิกในครอบครัวมีการให้ของขวัญกันและกันเนื่องในโอกาสพิเศษต่างๆ เช่น วันเกิด วันขึ้นปีใหม่ วันแห่งความรัก วันครบรอบแต่งงาน”					
3. สมาชิกในครอบครัวของท่านใช้เวลาในการทำกิจกรรม ต่างๆร่วมกัน เช่น การรับประทานอาหาร การซื้อของ การ ท่องเที่ยว					
4.สมาชิกในครอบครัวของท่านมีการแสดงความรักใคร่ห่วงใย เอื้ออาทรต่อกัน					
5.สมาชิกในครอบครัวมีการปรึกษากันในเรื่องต่างๆ					
6.สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ร่วมกัน					
7.สมาชิกในครอบครัวให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน					
8.ท่านได้รับความรัก ความอบอุ่น จากสมาชิกในครอบครัวเพียงพอ					
9.ท่านให้ความรักความอบอุ่นแก่สมาชิกในครอบครัวอย่างเพียงพอ					
10.ท่านพึงพอใจในชีวิตครอบครัวปัจจุบัน					

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามภาวะค้ำคา

คำชี้แจง: กรุณาใส่เครื่องหมาย (✓) ในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านในขณะนี้ โดยเลือกเพียงข้อเดียว ซึ่งมีความหมายดังต่อไปนี้

ข้อความ	จริงมากที่สุด (4)	จริงพอสมควร (3)	จริงเล็กน้อย (2)	ไม่เป็นความจริง (1)
1. ท่านยังคงมีภาระหนี้สินที่ท่านต้องจัดการ				
2. ท่านยังคงมีภาระงานในหน้าที่ ที่ท่านยังทำไม่เสร็จ				
3. ท่านรู้สึกเป็นกังวลกับคนในครอบครัวหากท่านจากไปแล้ว				
4. ท่านรู้สึกผิดกับใครบางคนและอยากขอโทษกรรม				
5. ท่านมีความคาดหวังเกี่ยวกับลูกหลาน เช่น คาดหวังได้เห็นลูกชายบวช คาดหวังได้เห็นลูกแต่งงาน เป็นต้น				
6. ท่านมีสิ่งที่ท่านยังอยากทำในอนาคต เช่น ทำงาน หาเงินเลี้ยงครอบครัว ขยายธุรกิจ สร้างบ้าน เป็นต้น				

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตายเกี่ยวกับความตาย

คำชี้แจง: กรุณาใส่เครื่องหมาย (✓) ในช่องว่างที่ตรงตามความเชื่อของท่าน โดยเลือกเพียงข้อเดียว

โดยแต่ละคำตอบมีความหมายดังนี้

เชื่อมาก หมายถึง มีความเชื่อในเรื่องที่ระบุไว้ในข้อความมาก

ไม่แน่ใจ หมายถึง ไม่แน่ใจว่ามีความเชื่อในเรื่องที่ระบุไว้ในข้อความหรือไม่

เชื่อน้อย หมายถึง มีความเชื่อในเรื่องที่ระบุไว้ในข้อความน้อย

ข้อความ	เชื่อมาก (3)	ไม่แน่ใจ (2)	เชื่อน้อย (1)
1. ท่านเชื่อว่าชีวิตจะดำเนินไปตามกฎของธรรมชาติ คือมีการเกิดขึ้น ดำรงอยู่ และดับไป			
2. ท่านเชื่อว่าชีวิตมีเกิด แก่ เจ็บและตายเป็นเรื่องธรรมดา			
3. ท่านเชื่อว่ามนุษย์ทุกคนเมื่อตายไปแล้ว จะไปเกิดใหม่ในภพภูมิ ต่าง ๆ ตามแรงบาปหรือแรงบุญที่บุคคลนั้นได้กระทำ			
4. ท่านเชื่อว่า การทำความดีจะเป็นการสร้างบุญสร้างกุศลก่อนตาย			
5. ท่านเชื่อว่าบุญกุศลที่ท่านทำ สามารถทำให้จากไปอย่างสงบ			
6. ท่านเชื่อว่าการทำบุญตักบาตรเป็นการได้อุทิศส่วนกุศลให้กับผู้ตาย			
7. ท่านเชื่อว่าการทำบุญตักบาตรก็เพื่อสะสมบุญกุศลไว้ในชาติหน้า			
8. ท่านเชื่อว่าการได้ระลึกถึงความตายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้ท่าน คำนึงถึงความตาย			
9. ท่านเชื่อว่าการได้ระลึกถึงความตายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้ ความรู้สึกหวาดกลัวต่อความตายน้อยลง			
10. ท่านเชื่อว่าการได้ระลึกถึงความตายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้ ปลดปล่อยจากสิ่งต่าง ๆ			
11. ท่านเชื่อว่าการที่คนใกล้ตายได้อโหสิกรรมนายเวรให้กับคนอื่นหรือ เจ้ากรรมนายเวรจะถือว่าเป็นการชำระล้างกรรมเก่าให้กับตัวเอง			
12. ท่านเชื่อว่าการเจริญสติและสมาธิภาวนา จะช่วยให้ลดความเจ็บปวด ทุกข์ทรมานเมื่ออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต			
13. ท่านเชื่อว่เมื่อเราใกล้เสียชีวิต การนึกถึงสิ่งดีงามจะทำให้ สามารถ จากไป อย่างสงบและไปสู่สุคติ			

ส่วนที่ 6 แบบประเมินการรับรู้ความสามารถแห่งตน

คำชี้แจง: กรุณาใส่เครื่องหมาย (✓) ในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านในขณะนี้ โดยเลือกเพียงข้อเดียว

ข้อความ	จริงมากที่สุด (4)	จริง พอสมควร (3)	จริงเล็กน้อย (2)	ไม่เป็น ความจริง (1)
1. ท่านสามารถแก้ปัญหาต่างๆได้เสมอ				
2. ท่านสามารถจัดการกับสิ่งที่ต้องการได้ถึงแม้ผู้อื่นไม่เห็นด้วย				
3. ท่านสามารถทำสิ่งที่ท่านต้องการได้เสมอ				
4. ท่านสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่คาดไม่ถึงอยู่ได้เสมอ				
5. ท่านแก้ไขเหตุการณ์ที่คาดไม่ถึงอยู่ได้เสมอ				
6. ท่านสามารถแก้ปัญหาส่วนใหญ่ได้หากท่านใช้ความพยายาม				
7. ท่านสามารถเผชิญปัญหาโดยไม่มีท่าทีรุกรังกรน				
8. เมื่อท่านเผชิญปัญหา ท่านจะหาทางแก้ปัญหาไว้หลายๆทาง				
9. เมื่อมีอุปสรรคท่านสามารถคิดวิธีการแก้ปัญหาได้เสมอ				
10. ท่านสามารถจัดการสิ่งต่างๆได้เป็นประจำ ไม่ว่าปัญหานั้นจะมาในรูปแบบไหน				

ส่วนที่ 7 แบบประเมินความรุนแรงของอาการ

คำชี้แจง โปรดวงกลมหมายเลขที่ตรงกับระดับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ณ ขณะนี้ โดยแต่ละอาการจะถูกแบ่งเป็นหมายเลข 0-10 โดยเลข 0 หมายถึงไม่มีอาการและเลข 10 หมายถึงมีอาการมากที่สุด

1. ไม่มีอาการปวด มีอาการปวดรุนแรงที่สุด

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----
2. ไม่มีอาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย มีอาการเหนื่อย/อ่อนเพลียมากที่สุด

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----
3. ไม่มีอาการคลื่นไส้ มีอาการคลื่นไส้รุนแรงที่สุด

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----
4. ไม่มีอาการซึมเศร้า มีอาการซึมเศร้ามากที่สุด

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----
5. ไม่มีวิตกกังวล มีวิตกกังวลมากที่สุด

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----
6. ไม่มีอาการว่างซึม/สะทิมสะถือ มีอาการว่างซึม/สะทิมสะถือมากที่สุด

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----
7. ไม่เบื่ออาหาร เบื่ออาหารมากที่สุด

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----
8. สบายดีทั้งกายและใจ ไม่สบายกายและใจเลย

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----
9. ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ มีอาการเหนื่อยหอบมากที่สุด

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----
10. ปัญหาอื่น ๆ ได้แก่..... (ถ้าปัญหาดังกล่าวรุนแรงมากคะแนน = 10)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----



ตาราง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ ระยะของโรคมะเร็ง สัมพันธภาพในครอบครัว ภาระที่ค้างคา ความเชื่อทางศาสนา การรับรู้สมรรถนะตนเอง ความรุนแรงของอาการ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ภาวะค้ำคา ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย สมรรถนะแห่งตน และ ความรุนแรงของอาการ กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย (n=181)

Correlation Matrix

Correlation Matrix

		เพศ	อายุ	ระยะของโรค	สัมพันธภาพในครอบครัว	ภาระที่ค้างคา	ความเชื่อทางศาสนา	การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	ความรุนแรงของอาการ	ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย
เพศ	Pearson's r	—								
	df	—								
	p-value	—								
อายุ	Pearson's r	-0.125	—							
	df	179	—							
	p-value	0.095	—							
ระยะของโรค	Pearson's r	-0.007	-0.030	—						
	df	179	179	—						
	p-value	0.922	0.688	—						
สัมพันธภาพในครอบครัว	Pearson's r	-0.050	-0.002	-0.638 ***	—					
	df	179	179	179	—					
	p-value	0.505	0.983	<.001	—					
ภาระที่ค้างคา	Pearson's r	0.035	-0.020	0.795 ***	-0.685 ***	—				
	df	179	179	179	179	—				
	p-value	0.643	0.792	<.001	<.001	—				
ความเชื่อทางศาสนา	Pearson's r	-0.004	0.004	-0.493 ***	0.654 ***	-0.539 ***	—			
	df	179	179	179	179	179	—			
	p-value	0.963	0.960	<.001	<.001	<.001	—			
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	Pearson's r	-0.007	-0.183 *	-0.257 ***	0.430 ***	-0.262 ***	0.290 ***	—		
	df	179	179	179	179	179	179	—		
	p-value	0.927	0.014	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	—	
ความรุนแรงของอาการ	Pearson's r	0.042	-0.039	0.436 ***	-0.587 ***	0.439 ***	-0.423 ***	-0.361 ***	—	
	df	179	179	179	179	179	179	179	—	
	p-value	0.573	0.599	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	—
ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย	Pearson's r	0.014	-0.036	0.767 ***	-0.802 ***	0.856 ***	-0.594 ***	-0.341 ***	0.554 ***	—
	df	179	179	179	179	179	179	179	179	—
	p-value	0.854	0.632	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001

Note. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

ตาราง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคมะเร็ง กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย
(n=181)

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
ชนิดของโรคมะเร็ง * รวมวิตก	181	100.0%	0	0.0%	181	100.0%

Directional Measures

			Value
Nominal by Interval	Eta	ชนิดของโรคมะเร็ง Dependent	.341
		รวมวิตก Dependent	.171

ภาคผนวก ซ
ตารางแสดงพิธีฯ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยมะเร็ง
จำแนกตามความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายรายด้าน (n=181)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางแสดง พิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยมะเร็ง จำแนกตามความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายรายด้าน (n=181)

ข้อ	ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายรายด้าน	\bar{X}	SD	ระดับความวิตกกังวล
	ด้านกลัวความไม่รู้	3.07	0.92	มาก
5.	ท่านคิดว่าคนอื่นอาจกังวลเมื่อเห็นท่านทุกข์ทรมาน ขณะเสียชีวิต	3.01	0.89	มาก
11.	ท่านกังวลว่าหากท่านเสียชีวิตอาจมีปัญหาในเรื่องของการจัดการทรัพย์สินสมบัติหรือพิธีกรรม	3.09	0.96	มาก
15.	ท่านกังวลเกี่ยวกับสิ่งที่ไม่รู้ภายหลังการเสียชีวิต	3.11	0.92	มาก
	ด้านกลัวความทรมาน	3.01	0.83	มาก
3.	ท่านกังวลว่าการเสียชีวิตอาจทำให้ท่านเจ็บปวดอย่างมาก	3.33	0.81	มากที่สุด
4.	ท่านกังวลว่าจะทุกข์ทรมานเป็นเวลานานก่อนเสียชีวิต	3.21	0.91	มาก
8.	ท่านกังวลว่าท่านจะไม่สามารถควบคุมจิตใจของตนเองได้ก่อนเสียชีวิต	3.06	0.72	มาก
14.	ท่านกลัวว่าจะได้รับการฉีดยาที่ไม่ได้เสียชีวิตจริง ๆ	2.43	0.88	ปานกลาง
	ด้านกลัวความเดียวดาย	2.83	0.89	มาก
7.	ท่านกังวลว่าการเสียชีวิตทำให้พลัดพรากตลอดกาล	3.55	0.81	มากที่สุด
10.	ท่านกังวลว่าคนใกล้ชิดของท่านจะอยู่เคียงข้าง ท่านขณะที่ท่านกำลังเสียชีวิต	2.55	0.86	มาก
12.	ท่านกังวลว่าท่านจะเสียชีวิตอย่างเดียวดาย	2.45	1.04	ปานกลาง

13.	ท่านกังวลว่าคนรอบข้างจะลืมท่านเมื่อท่านเสียชีวิต	2.82	0.84	มาก
	ด้านกลัวการดับสิ้นของชีวิต	3.33	0.82	มากที่สุด
1.	ท่านกังวลเมื่อนึกถึงความตาย	3.35	0.82	มากที่สุด
2.	ท่านไม่สบายใจเมื่อรู้ว่าท่านเสียชีวิตก่อนที่จะได้ทำในสิ่งที่อยากทำ	3.38	0.74	มากที่สุด
6.	ท่านกังวลว่าจะเป็นการระแกว่าคนอื่นเรื่องค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตของท่าน	3.12	0.88	มาก
9.	ท่านคิดว่าสิ่งที่ท่านเสียชีวิตจะเป็นการทิ้งคนรักไว้ เบื้องหลัง	3.46	0.83	มากที่สุด



ตารางหาค่า Reliability

1.ทดสอบ Reliability แบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.852	15



Item-Total Statistics					
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ความวิตกกังวลต่อความตาย1	27.8000	46.303	.394	.727	.847
ความวิตกกังวลต่อความตาย2	27.3667	44.999	.463	.809	.844
ความวิตกกังวลต่อความตาย3	27.0667	42.754	.551	.877	.839
ความวิตกกังวลต่อความตาย4	27.0000	41.862	.638	.913	.833
ความวิตกกังวลต่อความตาย5	27.3667	41.689	.648	.888	.833
ความวิตกกังวลต่อความตาย6	27.7667	47.220	.182	.680	.862
ความวิตกกังวลต่อความตาย7	27.0667	44.271	.423	.466	.847
ความวิตกกังวลต่อความตาย8	27.7000	43.597	.546	.739	.839
ความวิตกกังวลต่อความตาย9	27.2667	43.444	.465	.532	.845
ความวิตกกังวลต่อความตาย10	28.1333	43.292	.662	.825	.834
ความวิตกกังวลต่อความตาย11	28.1000	47.472	.291	.758	.852
ความวิตกกังวลต่อความตาย12	28.3000	43.872	.650	.863	.835
ความวิตกกังวลต่อความตาย13	28.5000	47.017	.509	.658	.845
ความวิตกกังวลต่อความตาย14	28.5000	46.052	.572	.780	.841
ความวิตกกังวลต่อความตาย15	27.8667	44.740	.466	.857	.844

2.ทดสอบ Reliability แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.915	.924	10

Item-Total Statistics					
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
สัมพันธภาพครอบครัว1	37.4333	18.944	.583	.473	.913
สัมพันธภาพครอบครัว2	38.1667	18.213	.647	.498	.910
สัมพันธภาพครอบครัว3	37.9333	19.168	.555	.592	.915
สัมพันธภาพครอบครัว4	37.5333	17.706	.800	.781	.900
สัมพันธภาพครอบครัว5	37.4333	18.530	.735	.785	.904
สัมพันธภาพครอบครัว6	38.1333	18.051	.587	.685	.916
สัมพันธภาพครอบครัว7	37.4333	18.668	.798	.781	.902
สัมพันธภาพครอบครัว8	37.2667	19.099	.760	.896	.904
สัมพันธภาพครอบครัว9	37.2667	18.685	.753	.903	.904
สัมพันธภาพครอบครัว10	37.3000	18.838	.827	.848	.901

3.ทดสอบ Reliability แบบสอบถามภาวะค้ำคา

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.837	.833	6

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ภาวะค้ำคา1	14.0000	15.310	.152	.064	.889
ภาวะค้ำคา2	13.4000	12.662	.546	.347	.824
ภาวะค้ำคา3	12.6667	11.264	.741	.634	.783
ภาวะค้ำคา4	13.3000	12.217	.691	.559	.796
ภาวะค้ำคา5	12.5667	10.806	.783	.826	.772
ภาวะค้ำคา6	12.7333	11.306	.812	.818	.770

4.ทดสอบ Reliability แบบสอบถามความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.718	.708	13

Item-Total Statistics					
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ความเชื่อทางศาสนาพุทธ1	34.1667	4.420	.457	.	.689
ความเชื่อทางศาสนาพุทธ2	34.1333	5.154	-.104	.	.741
ความเชื่อทางศาสนาพุทธ3	34.1667	4.075	.756	.	.655
ความเชื่อทางศาสนาพุทธ4	34.1000	5.128	-.075	.	.732
ความเชื่อทางศาสนาพุทธ5	34.1667	4.764	.181	.	.718
ความเชื่อทางศาสนาพุทธ6	34.3333	4.437	.178	.	.735
ความเชื่อทางศาสนาพุทธ7	34.4667	3.844	.425	.	.693
ความเชื่อทางศาสนาพุทธ8	34.2333	3.771	.804	.	.635
ความเชื่อทางศาสนาพุทธ9	34.2667	4.271	.394	.	.694
ความเชื่อทางศาสนาพุทธ10	34.1667	4.351	.515	.	.683
ความเชื่อทางศาสนาพุทธ11	34.2333	4.254	.448	.	.687
ความเชื่อทางศาสนาพุทธ12	34.2333	4.668	.175	.	.723
ความเชื่อทางศาสนาพุทธ13	34.1333	4.671	.331	.	.704

5.ทดสอบ Reliability แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตน

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.858	.876	10

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
สามารถแห่งตน1	27.3333	8.644	.329	.588	.866
สามารถแห่งตน2	27.6000	7.352	.597	.461	.846
สามารถแห่งตน3	27.4000	8.248	.505	.601	.850
สามารถแห่งตน4	27.6000	7.766	.717	.722	.831
สามารถแห่งตน5	27.5000	8.190	.638	.634	.839
สามารถแห่งตน6	27.5000	8.259	.798	.873	.832
สามารถแห่งตน7	28.1667	7.868	.552	.549	.847
สามารถแห่งตน8	27.6000	8.593	.495	.369	.850
สามารถแห่งตน9	27.5000	8.466	.686	.610	.839
สามารถแห่งตน10	27.5000	8.603	.612	.637	.843

6.ทดสอบ Reliability แบบสอบถามความรุนแรงของอาการ

Scale Reliability Statistics

	Mean	SD	Cronbach's α	McDonald's ω
scale	2.47	1.47	0.857	0.866

Item Reliability Statistics

	Mean	SD	If item dropped
			Cronbach's α
SS1	3.267	2.45	0.850
SS2	3.100	1.99	0.847
SS3	1.500	1.93	0.850
SS4	0.967	2.01	0.842
SS6	2.567	2.53	0.848
SS5	4.067	2.24	0.830
SS7	1.900	2.06	0.855
SS8	3.833	2.59	0.858
SS9	1.233	2.03	0.820
SS10	2.233	2.25	0.836

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นางสาวพนิดา ตี๊กหิน
วัน เดือน ปี เกิด	8 กุมภาพันธ์ 2532
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร
วุฒิการศึกษา	หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล นครปฐม ปีการศึกษา 2554 หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติทางตา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2562
ที่อยู่ปัจจุบัน	46/281 หมู่บ้านสิรินธรเข้าส์ดอนเมือง ถนนประชาอุทิศ 18 เขตดอนเมือง กรุงเทพมหานคร 10210



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY