

อิทธิพลของความทุกข์ทรมานจากอาการ ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม ต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลามระหว่างได้รับการรักษา

ปฐมภรณ์ อาษานอก*

วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์**

นารีรัตน์ จิตรมนตรี***

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ และอำนาจทำนาย วัดอุปสงค์เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของความทุกข์ทรมานจากอาการ ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม ต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลามระหว่างได้รับการรักษาเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา โดยใช้กรอบแนวคิดความผาสุกทางจิตวิญญาณในการเจ็บป่วยของ O'Brien กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลาม จำนวน 85 ราย เก็บข้อมูลใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ความทุกข์ทรมานจากอาการ ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และพหุคูณถดถอย

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 67.81 ปี (SD = 5.68) ระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง (Mean = 99.59, SD = 12.61) ความสามารถในการทำนายร่วมกันของความทุกข์ทรมานจากอาการทางด้านร่างกาย ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคมต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลามได้ร้อยละ 30.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยความทุกข์ทรมานจากอาการทางด้านร่างกาย ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม สามารถพยากรณ์ความผาสุกทางจิตวิญญาณได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.21$, $\beta = -.32$ และ $\beta = .33$, $p < .05$ ตามลำดับ)

จากผลการศึกษาเสนอแนะว่า พยาบาลควรประเมินความทุกข์ทรมานจากอาการทางด้านร่างกาย ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลาม เพื่อวางแผนการทำกิจกรรมการพยาบาลในการสร้างเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลาม, ความผาสุกทางจิตวิญญาณ, ความทุกข์ทรมานจากอาการ, ภาวะซึมเศร้า, การสนับสนุนทางสังคม

*นักศึกษาลูกศรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

**รองศาสตราจารย์ หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลรากฐาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Corresponding author; E-mail: virapun.wir@mahidol.ac.th

***รองศาสตราจารย์ นักวิชาการอิสระ

Received: May 20, 2021 / Revised: April 28, 2022 / Accepted: May 10, 2022

The influence of symptom distress, depression, and social support on spiritual well-being among older patients with advanced cancer during treatment

Pattamaporn Arsanok*

Virapun Wirojratana**

Narirat Jitramontree***

Abstract

The present study was based on descriptive, correlational, and predictive analysis research designs with the aim of exploring the predictive power of depression, symptom distress, and social support on the spiritual well-being of elderly people with advanced cancer during chemotherapy or radiation therapy. The study applied O'Brien's theory of spiritual well-being in illness. The sample was composed of 85 advanced cancer patients. Data were collected by using questionnaires which consist of demographic data, symptom distress, depression, social support, and spiritual well-being. The data obtained were analyzed by using descriptive statistics, and predictive power was analyzed by using multiple regression analysis.

According to the findings, most of the sample was composed of males with a mean age of 67.81 years (SD = 5.68) and a high level of spiritual well-being (Mean = 99.59 SD = 12.61). Physical symptom distress, depression, and social support were able to co-predict the spiritual well-being of elderly patients with advanced cancer at 30.6% with a statistical significance of 0.05. Physical symptom distress, depression, and social support were all statistically significant predictors of spiritual well-being. ($\beta = .21$, $\beta = -.32$, and $\beta = .33$, $p < .05$, respectively).

Based on the findings of this study, it is recommended that nurses should assess physical symptom distress, depression, and social support in elderly patients with advanced cancer. In addition, nurses should make nursing care plans to perform nursing activities to promote their spiritual well-being.

Key Words: elderly with advanced cancer, spiritual well-being, symptom distress, depression, social support

*The Student of Master of Nursing Science Program in Gerontological Nursing, Faculty of Nursing and Faculty of Graduate Studies, Mahidol University

**Associate Professor, Department of Fundamental Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University

Corresponding author; E-mail: virapun.wir@mahidol.ac.th

***Associate Professor, Independent scholar

Received: May 20, 2021 / Revised: April 28, 2022 / Accepted: May 10, 2022

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคมะเร็งนับเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขระดับโลก ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตด้วยโรคนี้นี้ประมาณ 8.8 ล้านคน¹ ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งในประเทศไทย² ระยะเวลาการก่อโรคใช้เวลายาวนาน ทำให้พบอุบัติการณ์การเกิดโรคพบในช่วงวัยที่สูงขึ้น³ ในขณะที่อาการแสดงของโรค ก็พบว่าการดำเนินของโรคนั้นเข้าสู่ระยะลุกลามในระยะที่ 3 ถึงระยะที่ 4 แล้ว⁴ แนวทางการรักษาโรคมะเร็งระยะลุกลามไม่หวังเพื่อการรักษาให้หายขาด แต่จะการรักษาที่มุ่งเน้นการรักษาแบบประคับประคอง ด้วยเหตุนี้ ผู้สูงอายุโรคมะเร็งจำเป็นต้องเข้าใจและค้นหาความผาสุกทางจิตวิญญาณในตนเอง เพื่อให้สามารถเผชิญหน้ากับอุปสรรคทั้งความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เกิดความเข้มแข็ง มีกำลังใจในการดำเนินชีวิต⁵ เห็นคุณค่าในตนเอง พบความสุข และคุณภาพชีวิตที่เหลืออยู่ดีขึ้น⁶

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ พบว่ามีมิติด้านความผาสุกทางจิตวิญญาณส่งผลต่อคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นมากกว่าในมิติของด้านอื่น ๆ⁷ การศึกษาพบว่า ความทุกข์ทรมานจากอาการเป็นการรับรู้ในความสามารถที่จะเผชิญกับปัญหาของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลามกับอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นทั้งจากโรคและอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา⁸ โดยระดับความไม่สุขสบายที่ทำให้เกิดความทรมานทุกข์ทรมานมักเกิดร่วมกันหลาย ๆ

อาการ⁹ ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง นำไปสู่ความไม่สมดุลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ¹⁰ อาการทางร่างกาย เช่น ความเหนื่อยล้าและความเจ็บปวดเป็นอาการที่พบในระหว่างการรักษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดซึ่งมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ^{10,11}

ผู้ป่วยโรคมะเร็งมีภาวะซึมเศร้าเป็นสภาวะทางสุขภาพจิตที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ทำให้เศร้าใจ หดหู่ มองตัวเองในด้านลบ และปรับตัวไม่ได้ ส่งผลให้เกิดความท้อแท้สิ้นหวัง ไร้ค่า หมดกำลังใจ และไม่เห็นคุณค่าในตนเอง¹² ภาวะซึมเศร้าพบได้ในผู้ป่วยโรคมะเร็งร้อยละ 21.3 และมีแนวโน้มพบบ่อยในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ¹³ มีการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามตั้งแต่วัยผู้ใหญ่ไปจนถึงผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและรังสีรักษาพบว่าภาวะซึมเศร้าสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ¹⁴

การสนับสนุนทางสังคม คือการได้มีปฏิสัมพันธ์ได้รับรู้ถึงการช่วยเหลือเกื้อกูลกับคนรอบข้าง ไม่ว่าจะเป็นครอบครัว เพื่อนที่เข้ามาร่วมเผชิญหน้ากับปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในชีวิต ทำให้รู้สึกมีความหวัง และคุณค่า เมื่อผู้สูงอายุต้องเข้าสู่ระบบการรักษามูลค่าการที่มีสุขภาพจิตเป็นทีมสนับสนุนทางสังคมที่มีบทบาทสำคัญต่อสร้างชุมพลให้แก่ผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลามให้สามารถเผชิญปัญหา โดยการให้ข้อมูล ข่าวสาร คำแนะนำโดยเฉพาะช่วงระยะเปลี่ยนผ่านของ

เหตุการณ์ที่มีต่อชีวิต¹⁵ มีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายในช่วงอายุ 18-60 ปี พบว่าการสนับสนุนทางสังคมสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ¹⁶ จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรมีผลการศึกษาสอดคล้องและเป็นไปในทางเดียวกัน ส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปยังผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ ยังมีการศึกษาเป็นจำนวนน้อยในกลุ่มผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่อยู่ในระหว่างการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดหรือรังสีรักษาในระดับทำนายร่วมกันของปัจจัยด้านร่างกาย จิตใจและสังคมที่ส่งผลต่อด้านจิตวิญญาณ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยอายุโรคมะเร็งในระยะลุกลามในระยะการรักษา เพื่อนำไปประยุกต์ปรับใช้ในการส่งเสริมเกราะป้องกันเพื่อสร้างความผาสุกทางจิตวิญญาณ ทำให้ให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญหน้ากับอุปสรรค และมีความเข้มแข็ง มีกำลังใจในการดำเนินชีวิตอย่างมีเป้าหมาย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาลักษณะของความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลามระหว่างได้รับการรักษา
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของความทุกข์ทรมานจากอาการ ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม ต่อความผาสุกทาง

จิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลามระหว่างได้รับการรักษา

คำถามการวิจัย

1. ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลามระหว่างได้รับการรักษามีลักษณะเป็นอย่างไร
2. ความทุกข์ทรมานจากอาการทางกาย ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลามระหว่างได้รับการรักษาได้หรือไม่

สมมติฐานการวิจัย

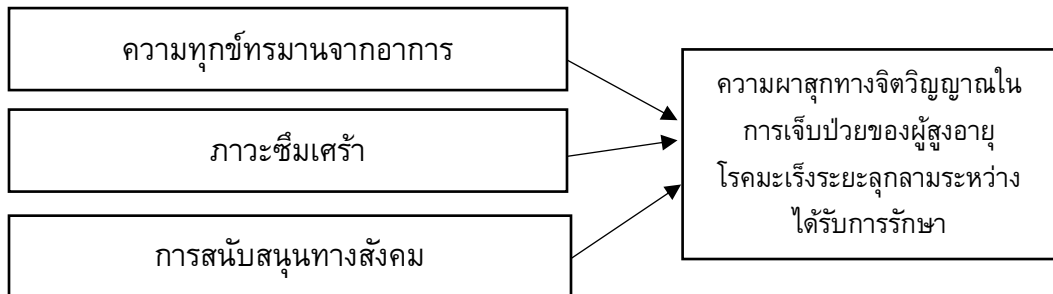
ความทุกข์ทรมานจากอาการทางกาย ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลามระหว่างได้รับการรักษาได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาล A Middle-Range Theory of Spiritual Well-Being in Illness ของ O' Brien ทฤษฎีที่เกี่ยวกับความผาสุกทางจิตวิญญาณที่เชื่อว่าบุคคลประกอบไปด้วยกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ โดยภาวะทางจิตวิญญาณเป็นสิ่งที่กำหนดหรือการยอมรับซึ่งประสบการณ์ ความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานของแต่ละบุคคล มีองค์ประกอบหลักของทฤษฎี คือ การค้นหาความหมายของจิตวิญญาณใน

ประสบการณ์ของความเจ็บป่วย ซึ่งเป็นแก่นกลางของทฤษฎี กล่าวว่าการที่บุคคลสามารถค้นหาความหมายในประสบการณ์ของความเจ็บป่วยได้นั้น ต้องอาศัยปัจจัยด้านต่างๆ ในการค้นหาความหมาย คือ 1) ระดับความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่การทำงานของร่างกาย 2) ภาวะวิกฤติของชีวิต ได้แก่ การเผชิญกับเหตุการณ์วิกฤติในชีวิต ภาวะวิกฤติทางด้านอารมณ์ สังคม วัฒนธรรมและปัญหาด้านเศรษฐกิจ 3) การสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน หรือ

ผู้ดูแล⁶ รวมถึงปัจจัยด้านความเชื่อความศรัทธา ความยึดมั่นในศาสนา ความอึดอึดเต็มเต็มภายในจิตใจ ความต้องการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาซึ่งเป็นการต้องการที่อยู่ภายในตัวบุคคลนั้นๆ ภายใต้ปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบอื่นๆด้านร่างกาย จิตใจ สังคม มีส่วนช่วยสนับสนุนให้บุคคลสามารถค้นพบความหมายทางจิตวิญญาณได้ด้วยตนเองจนบุคคลสามารถค้นพบความผาสุกทางจิตวิญญาณในที่สุด (แผนภูมิที่ 1)



แผนภูมิที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัยประยุกต์จากทฤษฎีของ O' Brien⁶

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของภาวะซึมเศร้า ความทุกข์ทรมานจากอาการ การสนับสนุนทางสังคม กับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลามระหว่างได้รับการรักษา โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีของ O' Brien⁶

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยสูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งระยะลุกลามระหว่างได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด และ/หรือรังสีรักษาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครที่มีการรับรู้เป็นปกติ มีสติสัมปชัญญะ ซึ่งคัดกรองโดยเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองแบบประเมินคัดกรองการรับรู้

ความเข้าใจจีพีค็อก¹⁷ (ฉบับภาษาไทย) การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G* power¹⁸ โดยกำหนดอำนาจในการทดสอบ (power of test) ที่ระดับ .80 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (level of significance) ที่ระดับ.05 และกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) จากการคำนวณขนาดอิทธิพลจากงานวิจัยที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน¹⁶ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณจากค่าอิทธิพลขนาดกลาง = .13 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 77 ราย และได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 คิดเป็นจำนวน 85 ราย

เครื่องมือในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น

ส่วนที่1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา ผู้ดูแลหลัก โรคเรื้อรังอื่นๆ โรคประจำที่เป็นระยะเวลาในการเจ็บป่วย การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน รวมจำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความทุกข์ทรมาน (The Memorial Symptom Assessment Scale Short Form; MSAS-SF) ของ Chang¹⁹ ได้รับการแปลเป็นภาษาไทย โดย อภันตรี จันทะไทย และคณะ²⁰ เป็นแบบสอบถามเพื่อประเมินความทุกข์ทรมานจากอาการด้านร่างกาย 28 ข้อ ลักษณะการให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ

(Likert Scale) มีคะแนนตั้งแต่ 0-4 การแปลผล ค่าคะแนนสูงหมายถึง มีความทุกข์ทรมานมาก ค่าคะแนนต่ำหมายถึง มีความทุกข์ทรมานน้อย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามประเมินอาการซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุฉบับย่อ ของ Shiekh & Yesavage²¹ ที่ได้รับพัฒนาดัดแปลงเป็นฉบับย่อเป็นฉบับภาษาไทยเพื่อใช้ในผู้สูงอายุไทย โดย ณหทัย วงศ์ปการันย์²² จำนวน 15 ข้อ มีจำนวนข้อคำถาม 15 ข้อ ข้อคำถามประกอบไปด้วยความรู้สึกเชิงลบ 10 ข้อ และข้อคำถามความรู้สึกเชิงบวก จำนวน 5 ข้อ ข้อคำถามให้ตอบคำถามแบ่งเป็น ใช่ หรือ ไม่ใช่ โดยคะแนน 0-5 แปลว่า ไม่มีภาวะซึมเศร้า คะแนน 6-10 แปลว่า มีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้า คะแนน 11-15 แปลว่า มีภาวะซึมเศร้า

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer และคณะ²³ ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย สมจิต หนูเจริญกุล ประเมินการสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน ได้แก่ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ และด้านสิ่งของ จำนวน 7 ข้อ²⁴ ลักษณะการให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ การแปลผลคะแนน คะแนน 7-18 หมายถึงมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ คะแนน 19-29 หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง คะแนน 30-35 หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Spiritual Well-Being Scale)

ของ Paloutzion & Ellison²⁵ ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย ธนิญา น้อยเปียง²⁶ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 2 ด้านคือ ความผาสุกในสิ่งที่เป็นอยู่ 10 ข้อ ความผาสุกในความผูกพันยึดมั่นกับศาสนา 10 ข้อ จำนวนคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ มีข้อคำถามในแบบประเมินที่มีความหมายในด้านลบจำนวน 9 ข้อจะถูกนำไปกลับค่าคะแนนไปในทางตรงกันข้ามก่อนนำไปรวมคะแนน แปลผลคะแนนดังนี้ คะแนน 20-40 หรือ 1.00 – 2.66 หมายถึง ความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับต่ำ คะแนน 41-99 หรือ 2.67 – 4.33 หมายถึง ความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง คะแนน 100-120 หรือ 4.34 – 6.00 หมายถึง ความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามมาวิเคราะห์การหาความตรงทางเนื้อหาผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน นำมาปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ ได้ค่า Content Validity Index ของแบบประเมินความทุกข์ทรมานจากอาการ แบบประเมินอาการซีมีเตร่า แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ เท่ากับ เท่ากับ 1, 1, 1 และ 0.92 ตามลำดับ และนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลามจำนวน 30 ราย มีการหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha's coefficient)

เพื่อหาความเที่ยง (Reliability) 0.88, 0.74, 0.79 และ 0.85 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจรรยาบรรณการวิจัยในคนจากคณะกรรมการจริยธรรม มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ IRB-NS2018/24.0503 ลงวันที่ 10 พฤษภาคม พ.ศ. 2561 และได้รับการอนุมัติการพิจารณาจริยธรรมในคนของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เลขที่โครงการ 068/61 COA128/2561 ลงวันที่ 17 กันยายน พ.ศ. 2561 โดยดำเนินการเก็บข้อมูลในระหว่างเดือนมกราคม ถึง มีนาคม 2562

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองโครงการจากคณะกรรมการจริยธรรมในคน ผู้วิจัยขอรับการอนุญาตเพื่อเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าพยาบาลหน่วยต่างๆ และเข้าพบแพทย์ผู้รักษา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล รวมถึงการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดขอความร่วมมือพยาบาลประจำการในการคัดเลือกกลุ่มที่เข้าเกณฑ์ ผู้วิจัยแนะนำตัวเพื่อผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล การพิทักษ์สิทธิจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ และสอบถามความสมัครใจเบื้องต้นในการเข้าร่วมโครงการ หลังจากนั้นกลุ่มตัวอย่างลงนามแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการเป็นลาย

ลักษณะอักษร มีการประเมินการรับรู้ความเข้าใจก่อนการเก็บข้อมูล และกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากโครงการได้ตลอดเวลา และข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามระยะเวลาที่ใช้ประมาณ 30 นาที จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามและนำข้อมูลไปวิเคราะห์ผลโดยใช้โปรแกรมสถิติทางคอมพิวเตอร์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและตัวแปรต่าง ๆ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยแบ่งเป็นการใช้สถิติร้อยละ (percentage) การแจกแจงความถี่ (frequency) ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Pearson Correlation และสถิติพหุคูณถดถอย (Multiple linear regression) แบบ All Enter กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ พบว่า ตัวแปรแต่ละตัวมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง มีความแปรปรวนของการพยากรณ์คงที่ (Homogeneity of variance) และตัวแปรเป็นอิสระต่อกัน ไม่มีความสัมพันธ์กันเองระหว่างตัวแปรต้น (Multicollinearity) (ค่า VIF < 5 และ Tolerance > 0.2)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลามระหว่างการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และ/หรือ รังสีรักษา จำนวน 85 ราย มีอายุระหว่าง 60-87 ปี อายุเฉลี่ย 67.81 ปี (SD=5.68) ส่วนใหญ่เป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 64.7 มีสถานภาพสมรสมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 64.7 เกือบครึ่งหนึ่งมีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายแต่ไม่เหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 44.7 มากกว่าครึ่งใช้สิทธิ์การรักษาด้วยบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า คิดเป็นร้อยละ 63.5 ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นบุตร คิดเป็นร้อยละ 43.5 มีโรคร่วมคิดเป็นร้อยละ 57.6 โดยพบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 42.5 และรองลงมาคือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 32.9 จำนวนเกือบครึ่งของกลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ร้อยละ 42.35 และได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดมากที่สุด ร้อยละ 87.1

กลุ่มตัวอย่างมีความผาสุกทางจิตวิญญาณโดยรวม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง 99.59 (SD=12.62) ความผาสุกในสิ่งที่เป็นอย่างมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ระดับ 4.78 (SD=0.85) ความผาสุกทางจิตวิญญาณยึดมั่นในความยึดมั่นกับศาสนา ค่าเฉลี่ยที่ระดับ 4.88 (SD=0.54) ทั้งสองด้านอยู่ในระดับสูง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุ โรคมะเร็งระยะลุกลามระหว่างได้รับการรักษา

ตัวแปรที่ศึกษา	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับ
ความผาสุกทางจิตวิญญาณโดยรวม	99.59	12.62	สูง
ความผาสุกในสิ่งที่เป็นอย่างน้อย	4.78	0.85	สูง
ความผาสุกในความยึดมั่นกับศาสนา	4.88	0.54	สูง

ผลจากการวิเคราะห์การถดถอย พบว่า ความสามารถในการทำนายร่วมกันของความทุกข์ทรมานจากอาการด้านร่างกาย ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม ต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุ โรคมะเร็งระยะลุกลามระหว่างได้รับการรักษา ได้ร้อยละ 30.6 ตัวแปรที่สามารถทำนายความ

ผาสุกทางจิตวิญญาณในกลุ่มตัวอย่างได้มากที่สุด คือ การสนับสนุนทางสังคม ($\beta=0.33$, $p=0.05$) รองลงมาคือ ภาวะซึมเศร้า ($\beta = -0.32$, $p < 0.05$) และน้อยที่สุด คือ ความทุกข์ทรมานจากอาการด้านร่างกาย ($\beta = -0.21$, $p=0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ถดถอย เพื่อทดสอบอำนาจการทำนายของความทุกข์ทรมานจากอาการด้านร่างกาย ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม ต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุ โรคมะเร็งระยะลุกลามระหว่างได้รับการรักษา

ปัจจัยทำนาย	b	S.E.	Beta	t	p-value
ความทุกข์ทรมานจากอาการทางด้านร่างกาย	-2.54	1.15	-.21	-2.20	.030
ภาวะซึมเศร้า	-1.43	.42	-.32	-3.38	.001
การสนับสนุนทางสังคม	.89	.25	.33	3.50	.001

A=.28, S.E.=9.26, b=89.62

R=.55, R²=.30, F=11.92

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

อภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ มีอายุ 60-87 ปี อายุเฉลี่ย 67.81 ปี ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างจำนวนร้อยละ 40 มีอายุ 60-65 ปี อยู่

ในช่วงผู้สูงอายุตอนต้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ⁴ และการศึกษาอื่นๆที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งในผู้สูงอายุ เป็นเพศ

ชายมากกว่าเพศหญิง^{27,28} เมื่อพิจารณาถึงชนิดของมะเร็งที่พบในกลุ่มตัวอย่าง 3 อันดับแรก ได้แก่ 1) มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก 2) มะเร็งปอด และ 3) มะเร็งศีรษะและคอ โดยกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีสถานภาพคู่สมตลอดคล้อยกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งได้ศึกษาในกลุ่มโรคมะเร็งระยะลุกลามในผู้สูงอายุ^{15,26,27} อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างยังเป็นผู้สูงอายุตอนต้น คู่สมรสยังมีลูกหลานเกื้อหนุนและเงินเบี้ยยังชีพ ประกอบกับการมีค่าใช้จ่ายอื่นๆ เช่น ค่าเดินทางมาโรงพยาบาล ค่าอาหาร ค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลตามสิทธิของประชาชน คือ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 54) ทำให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงการรักษาโรคมะเร็งที่มีต้นทุนการรักษาสูงได้มากยิ่งขึ้น ได้แก่ ยาเคมีบำบัด รังสีรักษา ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างไม่ได้ประกอบอาชีพ อาจเนื่องจากเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ยังมีรายได้ที่มาจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ รายเดือนแบบขั้นบันไดซึ่งเป็นสวัสดิการจากรัฐบาลตั้งแต่ 600-1,000 บาท กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 54.1) มีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 5000 บาท (SD=17,849.08) ความเพียงพอต่อรายได้ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 44.7) อาจเนื่องมาจากกลุ่มของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพหลัก มีรายได้จากอีกทั้งมีคู่ชีวิตและมีบุตรคอยดูแล ถึงร้อยละ 71.7

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลามระหว่างได้รับการรักษา

จำนวนร้อยละ 55.3 ความผาสุกทางจิตวิญญาณเฉลี่ยที่ 99.59 หรือ 4.98 แสดงถึงความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้านของความผาสุกทางจิตวิญญาณ พบว่าด้านความผาสุกในสิ่งที่เป็นอย่างของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (Mean = 4.78, SD = .85) และด้านความผาสุกในด้านการยึดมั่นในศาสนาของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูงเช่นกัน (Mean = 4.88, SD = .54) ผลของระดับความความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลามระหว่างได้รับการรักษามีระดับสูง อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลามระหว่างได้รับการรักษามีสภาวะจิตวิญญาณในผู้สูงอายุมีอิทธิพลต่อความสามารถในการรับมือกับโรคร้ายแรงและความพิการและผลของโรคที่อาจจะเกิดขึ้น²⁹ สภาวะทางจิตวิญญาณเจริญเติบโตตามธรรมชาติตามอายุ เมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้นจะเข้าใจธรรมชาติของชีวิตมากกว่าในวัยอื่น ๆ มองเห็นมุมมองด้านจิตวิญญาณ มีความมั่นคงมองโลกในแง่ดี มีความเชื่อทางศาสนา ทำกิจกรรมทางศาสนามากขึ้น³⁰

ความทุกข์ทรมานจากอาการ ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม มีอำนาจร่วมทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลามระหว่างได้รับการรักษาได้ร้อยละ 30.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยพบว่าการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายความผาสุกทางจิต

วิญญาณในกลุ่มตัวอย่างได้มากที่สุด ($\beta = .33$, $p = .05$)

ความทุกข์ทรมานจากอาการด้านร่างกายสามารถทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลามได้ ($\beta = -.21$, $p = .05$) ซึ่งหมายถึง เมื่อผู้สูงอายุโรคมะเร็งมีความทุกข์ทรมานจากอาการลดลง ความผาสุกทางจิตวิญญาณจะเพิ่มขึ้น การศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความทุกข์ทรมานจากอาการ 3 อันดับแรก ได้แก่ เจ็บหรือชาปลายมือปลายเท้า อาการไม่มีแรง และการรบกวนเปลี่ยนไป จากการศึกษาครั้งนี้ พบโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งกลุ่มยาที่ใช้รักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มีฤทธิ์ทำลายระบบประสาทส่วนปลาย ส่งผลให้เกิดอาการปวดชาปลายมือเท้า และอาจเกิดจากอาการข้างเคียงจากการได้รับการรักษา ซึ่งอาการอาจแตกต่างกันไป อาทิเช่น การศึกษาของในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม อายุ 19-86 ปี จำนวน 240 ราย (Mean = 56.1) ($\beta = -.51$, $p = .00$) พบความทุกข์ทรมานจากอาการด้านร่างกายมากที่สุดคือ ความปวด¹⁰ และสอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ระหว่างได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 202 ราย พบว่าเมื่อผู้ป่วยรับรู้ระดับอาการความเจ็บป่วยเมื่อมีเพิ่มขึ้น ทำให้จิตใจไม่สงบ ไม่สามารถยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้นได้ ส่งผลทำให้ความผาสุกทางจิตวิญญาณที่ลดลง³¹ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความผาสุกทางจิตวิญญาณของ O'Brien ซึ่งอธิบายได้ว่าธรรมชาติของมนุษย์เป็นการผสมผสานกัน

ระหว่างร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ ซึ่งสามารถยอมรับกับความเจ็บป่วยขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการร่วมกันในการส่งผลให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยเป็นปัจจัยหนึ่งที่กระทบต่อทัศนคติทางด้านจิตวิญญาณและพฤติกรรมต่อการค้นหาความหมายทางจิตวิญญาณของแต่ละบุคคล

ภาวะซึมเศร้าสามารถทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลามในระหว่างการรักษาได้ ($\beta = -.32$, $p < 0.05$) เมื่อผู้สูงอายุโรคมะเร็งมีภาวะซึมเศร้าลดลง ความผาสุกทางจิตวิญญาณจะเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับในทิศทางเดียวกับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Cancer Survivor) มีระดับความรุนแรงของโรคตั้งแต่ระยะที่ 1-4 จำนวน 102 ราย มีอายุเฉลี่ย 59.1 พบว่า ภาวะซึมเศร้าสามารถทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณได้เช่นกัน³² ($\beta = -.49$, $p < .001$) สอดคล้องกับทฤษฎีความผาสุกทางจิตวิญญาณของ O'Brien ซึ่งอธิบายไว้ว่าธรรมชาติของมนุษย์ประกอบด้วยด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ⁶ ภาวะซึมเศร้าเป็นสภาวะทางจิตใจที่ส่งผลต่อความเครียดของชีวิตอย่างหนึ่งของมนุษย์ ส่งผลให้บุคคลรู้สึกเศร้าหมอง ห่อเหี่ยว ความสามารถในการรับรู้และเข้าถึงความผาสุกทางจิตวิญญาณได้ด้วยตนเองลดน้อยลง

การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลามในระหว่างการรักษา

($\beta=.33$, $p=.05$) กล่าวคือเมื่อผู้สูงอายุโรคมะเร็งมีการสนับสนุนทางสังคมมากขึ้น ความผาสุกทางจิตวิญญาณจะมากขึ้นเช่นกัน ในการศึกษาคั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน ได้แก่ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ และด้านสิ่งของ กล่าวคือเป็นบุคคลที่ให้แนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว การมีคนที่ยคอยช่วยเหลือให้กำลังใจ สามารถปรับทุกข์ สนใจเอาใจใส่ทุกข์และสุขอยู่คอยช่วยเหลือเมื่อต้องการ ไม่ว่าจะเป็นครอบครัวญาติพี่น้องหรือบุคลากรที่มสุขภาพก็ตาม สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งสามารถทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณได้เช่นกัน ($\beta=.29$, $p=.00$)¹⁵ โดยสอดคล้องตามทฤษฎีความผาสุกทางจิตวิญญาณของ O'Brien ที่ว่าการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน ผู้ดูแล⁶ สามารถปรับทุกข์ในยามเกิดวิกฤติในชีวิต เป็นที่พึ่งให้ความช่วยเหลือเมื่อต้องการ มอบความรักซึ่งกันและกัน จะทำให้ผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลามเชื่อว่าได้รับความรัก ได้รับการยอมรับ รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง³³

โดยสรุป ผลการศึกษาครั้งนี้ ความทุกข์ทรมานจากอาการ ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณได้ เป็นไปตามทฤษฎีและสนับสนุนทฤษฎีความผาสุกทางจิตวิญญาณของ O'Brien

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. พยาบาลควรมีการประเมินความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม และให้การดูแลโดยบรรเทาความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย ป้องกันภาวะซึมเศร้า และสนับสนุนให้ครอบครัวมีบทบาทในการดูแล เพื่อส่งเสริมให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลามระหว่างได้รับการรักษา

2. พยาบาลควรสนับสนุนเอื้ออำนวยในการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตามความต้องการ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลามระหว่างได้รับการรักษาเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ

3. พยาบาลควรส่งเสริมให้ครอบครัวของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลามมีส่วนร่วมในการรับฟังข้อมูล แลกเปลี่ยนความรู้สึก ปรับทุกข์ และพยาบาลควรให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับการดูแลรักษาฟื้นฟูอาการ

4. พยาบาลควรจัดทำแนวทางหรือพัฒนานวัตกรรมเพื่อลดอาการปวดชาปลายมือปลายเท้า การออกกำลังกายเพื่อลดความอ่อนล้า รวมถึงการจัดโปรแกรมอาหารเพื่อเพิ่มความอยากอาหารให้ผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลามที่อยู่ในระหว่างการรักษา

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาพัฒนาโปรแกรมเพื่อลดภาวะทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย ภาวะซึมเศร้า และส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลาม

ระหว่างได้รับการรักษา เพื่อส่งเสริมให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ

2. ควรมีการศึกษาระยะยาวตั้งแต่ผู้สูงอายุเริ่มได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งจนถึงระยะสุดท้ายทำให้เกิดความเข้าใจถึงปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณในแต่ละระยะของการเจ็บป่วยได้เหมาะสม

References

1. World Health Organization. World Cancer Day 2017. 2017 [cited 2017 Oct 1], Available from: <http://www.who.int/cancer/world-cancer-day/20>.
2. Ministry of Public Health. Public health statistics 2015. Bangkok: Samchrean Printing; 2016. (in Thai).
3. Berger N A, Savvides P, Koroukian S M, Kahana E F, Deimling G T, Rose J H., et, al. Cancer in the elderly. *Trans Am Clin Climatol*. 2006; 117: 147-56.
4. National Cancer Institute. Hospital-based cancer registry 2016. Bangkok: Pomsup Printing; 2017. (in Thai)
5. Paloutzian R F, Ellison C W. Loneliness, spiritual well-being, and the quality of life. In: Peplau LA, Perlman D. (Eds), *Loneliness: a sourcebook of current theory, Research and therapy* (pp 224-237). New York: John Wiley& Sons;1982.
6. O'Brien M E. *Spirituality in nursing* (4 ed.). Sudbury: Jones & Bartlett Learning; 2011.
7. Bai M, Lazenby M, Jeon S, Dixon J, McCorkle R. Exploring the relationship between spiritual well-being and quality of life among patients newly diagnosed with advanced cancer. *Palliat Support Care*. 13 (4) ;2015:927 – 35.
8. Rohde G, Kersten C, Vistad I, Mesel T. Spiritual well-being in patients with metastatic colorectal cancer receiving noncurative chemotherapy: a qualitative study. *Cancer Nurs*. 2017; 4(3), 209-16.
9. Khamboon T, Pongthavornkamol K, Olson K, Viwatwongkasem C, Wattanakitkrileart D, Lausontornsiri W. Symptom experiences and symptom cluster across dimensions in Thais with advanced lung cancer. *Pacific Rim Int J Nurs Res*. 2015;19(4),330-44.
10. Get-Kong S, Hanucharumkul S, McCorkle R, Viwatwongkasem C, Junda T, Ittichaikulthol W. Symptom experience, palliative care and spiritual well-being among Thais with advanced cancer. *Pacific Rim Int J Nurs Res*. 2010;14(3):219-34. Available from:<https://www.tcithaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/6287>
11. Rabow MW, Knish SJ. Spiritual well-being among outpatients with cancer receiving concurrent oncologic and palliative care. *Support. Care Cancer*. 2015;23(4):919-23.
12. Jarassaeng N, Mongkonthawornchai S, Buntakheaw P, Hanlakhon P, Bunjun S, Arunponpaisal S. Depression in Chronic Illnesses at the OPD. Section in Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen

- University. *Journal of Psychiatric Association of Thailand*. 2012;57(4):439-46. (in Thai).
13. Nikbakhsh N, Moudi S, Addasian S, Khafri S. Prevalence of depression and anxiety among cancer patients. *Caspian J Intern Med*. 2014; 5(3):167-70.
 14. Stutzman H, Abraham S. A correlational study of spiritual well-being and depression in the adult cancer patient. *Health Care Manag. (Frederick)*. 2017;36(2): 164–72.
 15. Poonsamer O, Wirojratana V, Jitramontree N, Thosingha O. The relationships between knowledge of chemotherapy treatment, skills of self-care, social support and well-being during transition among older patients with cancer receiving chemotherapy. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2014;15(2):368-77. (in Thai).
 16. Tantitrakul, W., Thanasilp, S. Factors Related to Spiritual Well Being of Terminal cancer patients. *Journal of Thai Traditional and Alternative Medicine*. 2009;2(3):27-35. (in Thai)
 17. Griffiths J, Puttinoi S, Pongsaksri M. The general practitioner assessment of cognition (Thai Version): Validity and Reliability. Poster session presented at Rewinding the aging clock. 9th Pan-Pacific Conference on Rehabilitation cum, 21st Annual Congress of Gerontology, 2014 Nov 29-30; Jockey Club Auditorium, The Hong Kong Polytechnic University, Hong Kong;2014
 18. Erdfelder E, Faul F, Buchner A. GPOWER: A general power analysis program. *Behav Res Meth Ins C*. 1996;28(1):1-11.
 19. Chang VT, Hwang SS, Feuerman M, Kasimis BS, Thaler H T. The memorial symptom assessment scale short form (MSAS-SF). *Cancer*. 2000;89(5):1162-71.
 20. Janthathai A, Pongthavornkamol K, Wattanakitkriert D, Soparattanapaisam N. Factors predicting health-related quality of life among colorectal cancer survivors during 6 months to 5 years after treatment completion. *Journal of Nursing Science*. 2018;36(4):52-65. (in Thai)
 21. Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric depression scale (gds): recent evidence and development of a shorter version. *Clinical gerontology: a guide to assessment and intervention*. New York: The Haworth Press;1986. p.165-73.
 22. Wongpakaran N, Wongpakaran T, Van Reekum R. The use of GDS-15 in detecting MDD: a comparison between residents in a Thai long-term care home and geriatric outpatients. *J Clin Med Res*. 2013;5(2):101-11.
 23. Schaefer C, Coyre JC, Lazarus RS. The health-related functions of social support. *J. Behav. Med*. 1981;4(4):381-406.
 24. Rujipairoch P. Relationships between spiritual well-being, social support, and perceived severity of illness to psychological self-care behavior in breast cancer patients. [Master

- Thesis of Nursing Science]. Bangkok: Mahidol University;2007. (in Thai).
25. Paloutzian R F, Ellison C W. Loneliness, spiritual well-being, and the quality of life. In: Peplau LA, Perlman D. (Eds), Loneliness: a sourcebook of current theory, research and therapy (pp New York: John Wiley& Sons;1982. p. 224-37.
 26. Noiapiang T. Perceived severity of illness social support and spiritual well-being among breast cancer patients. [Master Thesis of Nursing Science]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2002. (in Thai).
 27. Chuatrakul P, Panuthai S, Khampolsiri T. Fatigue among older patients with colorectal cancer receiving chemotherapy and related factors. Nursing Journal. 2013;40(3):62-74. (in Thai).
 28. Junsomkoy C, Wirojratana V, Chanruangvanich W. Relationships between basic conditioning factors, symptom severity, palliative self-care behaviors and quality of life in older adults with advanced cancer receiving chemotherapy. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2018;19(Supplement Issue 2):108-17. (in Thai).
 29. Balducci L. Geriatric oncology, spirituality, and palliative care. J Pain Symptom Manage. 2019;57(1):171-75.
 30. Tomstam, L. Gerotranscendence: A developmental theory of positive aging. New York: Springer; 2005.
 31. Schultz M, Meged-Book T, Mashlach T, Bar-Sela G. Distinguishing between spiritual distress, general distress, spiritual well-being, and spiritual pain among cancer patients during oncology treatment. J Pain Symptom Manage. 2017;54(1):66-73.
 32. Gonzalez P, Castaneda SF, Dale J, Medeiros E A, Buelna C, Nunez A, et al. Spiritual well-being and depressive symptoms among cancer survivors. Support Care Cancer. 2014; 22(9):2393-400.
 33. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. Psychosom. Med. 1976;38(5): 300-14.

❦ ❦ ❦ ❦ ❦ ❦