

# ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุก ทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (Factors Related to Spiritua Well Being of Terminal Cancer Patients)

วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล <sup>1</sup>

Wilailuck Tantitrukul

สุรีย์พร ธนศิลป์ <sup>2</sup>

Sureeporn Thanasilp

<sup>1</sup> กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลราชบุรี จ.ราชบุรี

<sup>2</sup> คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**บทคัดย่อ** การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และความสามารถในการพยากรณ์ระหว่าง การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม กับความผาสุกทางจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจำนวน 110 คน ซึ่งได้จากการเลือกแบบ เจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยในศูนย์ มหาวชิราลงกรณ์ ธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี และ อโรคยศาล วัดคำประมง จังหวัดสกลนคร เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ แบบประเมินการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา แบบประเมิน การรับรู้ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตาม เนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และมีค่าความเที่ยงจากการคำนวณสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .89, .82, .82 และ .96 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ เพียร์สัน และสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมและการปฏิบัติ ที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = 0.49$  และ  $0.18$  ตามลำดับ) แต่ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ ทางลบกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -0.49$ ) ในด้านความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาและแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถ ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ร้อยละ 40 ( $R^2 = .40$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**คำสำคัญ:** ความผาสุกทางจิตวิญญาณ การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา ความรุนแรงของอาการ เจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

**ABSTRACT** The purposes of this study were to examine the relationships and predictors between practice related to religious activities, severity of illness, social support and spiritual well being of terminal cancer patients. Participants included 110 terminal cancer patients from two settings: The Cancer Center of Mahavachilalongkorn, Tanyaburi Pathumthani Province, and Arokhayasala Wat Khampramong, Sakon Nakhon Province. Data were collected by using five instruments: Demographic data form, Spiritual Well Being Scale, Practice Related to Religious Activities Questionnaire, Perceived Severity of illness Questionnaire and Social Support Questionnaire. All instruments were tested for content validity and reliability. Cronbach's alpha coefficients for the scales were .89, .82, .82, and .96, respectively. Data were analyzed using Pearson's Product moment coefficient and Stepwise multiple regression. The research results were as follows: Social support and practice related to religious activities were significantly positive related to the spiritual well being of terminal cancer patients ( $r=0.49$ , and  $0.18$ , respectively;  $p < .05$ ) but the severity of illness was significantly negative related to the spiritual well being of terminal cancer patients ( $r = -0.49$ ;  $p < .05$ ). The severity of illness ( $\beta=-.40$ ;  $p<.05$ ), social support ( $\beta=.32$ ;  $p<.05$ ) and practice related to religious activities ( $\beta=.22$ ;  $p<.05$ ) were the significant predictors and together accounting for 40 percent of the variance to spiritual well being of terminal cancer patients ( $R^2 = .40$ ;  $p<.05$ ).

**KEYWORDS:** Spiritual Well Being, Severity of Illness, Praticce, Related to Religious Activities, Social Support, Terminal Cancer Patients

## บทนำ

มะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุข เป็นโรคที่คุกคามชีวิตมนุษย์เพราะต้องอาศัยการรักษาพยาบาลเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน และผลข้างเคียงของการรักษาค่อนข้างรุนแรง ทำให้เกิดผลกระทบทางเศรษฐกิจ ทรัพยากรบุคคล และเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ WHO ได้คาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ.2563 ทั่วโลกจะมีคนตายด้วยโรคมะเร็งมากกว่า 11 ล้านคน สำหรับในประเทศไทยมีแนวโน้มของการเกิดโรคมะเร็งเพิ่มมากขึ้นเป็นไปในทิศทางเดียวกับประเทศอื่นๆ ทั่วโลก จากข้อมูลสถิติของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุขปี พ.ศ. 2550<sup>2</sup> ที่ผ่านมาพบว่า อัตราการตายของผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี และเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 - พ.ศ.2550

ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายต้องเผชิญกับปัญหาและความต้องการที่ซับซ้อนเนื่องจากระบบสำคัญๆ ใน

ร่างกายทำงานผิดปกติ ทำให้มีอาการต่างๆ เช่น เจ็บปวด หายใจไม่สะดวก อาหารไม่ย่อย และมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น ด้วยพยาธิสภาพของโรค ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องหยุดงานหรือออกจากงานเพื่อรักษาตัว จึงทำให้สูญเสียรายได้ ก่อให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลได้สูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่ไม่มีญาติหรือมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะรับรู้ได้ว่าความตายกำลังใกล้เข้ามาทำให้เสียกำลังใจ จากผลกระทบต่างๆ ดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยแต่ละคนมีปฏิกิริยาต่อความเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน<sup>3</sup> ผู้ป่วยบางรายเมื่อได้รับรู้ว่าเป็นมะเร็งจะคิดถึงแต่เรื่องของความตาย ความรู้สึกสูญเสียและความทุกข์ทรมานที่จะเกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่มั่นใจ หมดกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรค ห่อเหี่ยวสิ้นหวัง รู้สึกถึงความไม่แน่นอนในอนาคตตนเองไม่สามารถค้นหาความหมายของชีวิตได้ จนก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทางจิตวิญญาณขึ้น<sup>4</sup> ซึ่งหากมีความทุกข์ทางจิตวิญญาณเกิดขึ้น บุคคลจะไม่พบความสุขที่แท้จริงและขาดความสมบูรณ์ในตัวเอง<sup>5</sup> การปฏิบัติตามหลัก

ของศาสนาหรือความเชื่อจึงมีส่วนสำคัญในการสร้างกำลังใจที่เข้มแข็งในยามที่ต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนของชีวิตและความตาย<sup>6</sup>

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Spiritual well-being) เป็นความรู้สึก การรับรู้ ความเชื่อในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ การมีสิ่งยึดมั่นทางด้านจิตใจก่อให้เกิดกำลังใจ และทำให้ผู้ป่วยมีความสุข มีความเข้มแข็งในจิตใจ และพร้อมที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น<sup>7</sup> จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณส่งผลให้ผู้ป่วยมีเป้าหมายในชีวิต มีความเข้มแข็งอดทนมากขึ้น มีความวิตกกังวลและความซึมเศร้าในระดับต่ำ กลัวความตายลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวอย่างมีประสิทธิภาพ มีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตได้ตามปกติ<sup>8</sup> ดังนั้นความผาสุกทางจิตวิญญาณทำให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายซึ่งอยู่ในภาวะคุกคามของชีวิต คงไว้ซึ่งความหวัง กำลังใจ ทำให้สามารถก้าวผ่านปัญหาหรืออุปสรรค ความยากลำบากของชีวิต<sup>9</sup> เกิดความมั่นคงในอารมณ์ มีความหวัง สามารถค้นหาความหมายของชีวิตและเผชิญกับตายอย่างสงบ<sup>10</sup> ความผาสุกทางจิตวิญญาณจึงเป็นสิ่งสำคัญโดยเฉพาะในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้เกิดความหวัง และมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรค มีเจตคติที่ดีต่อโรค และมีความตั้งใจที่จะมีชีวิตอยู่

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ผ่านมา พบว่า มีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณและวิถีปฏิบัติเพื่อคงไว้ซึ่งความผาสุกทางจิตวิญญาณ<sup>11</sup> ซึ่งเป็นการศึกษาในต่างประเทศเป็นส่วนใหญ่ องค์ความรู้ที่ได้จึงไม่สามารถนำมาอ้างอิงในบริบทของไทย เนื่องจากมีความแตกต่างกันในด้านของความเชื่อ ความศรัทธาทางศาสนา ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมซึ่งแตกต่างกัน อีกทั้งความผาสุกทางจิตวิญญาณจัดเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาและพัฒนาไปตามช่วงวัยและประสบการณ์ชีวิต เป็นเรื่องที่เป็นกรรับรู้เฉพาะบุคคล มีมุมมองที่มีความหลากหลาย ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และความสามารถในการพยากรณ์ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในบริบทสังคมไทย ซึ่งเป็นผู้ที่ต้องเผชิญ

กับความทุกข์ทรมานจากโรค และได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วย โดยใช้กรอบแนวคิดจากทฤษฎีความผาสุกทางจิตวิญญาณในสภาวะที่เจ็บป่วย (A Middle-Range Theory Of Spiritual Well-Being in illness) ของ O'Brien<sup>11</sup> ซึ่งเป็นแนวคิดการดูแลมนุษย์แบบองค์รวม โดยพยาบาลมีหน้าที่เป็นผู้ร่วมในกระบวนการช่วยผู้ป่วยค้นหาความหมายของจิตวิญญาณจากประสบการณ์ ความเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมาน จากสภาวะโรค เพื่อนำไปสู่ความผาสุกทางจิตวิญญาณ ให้ผู้ป่วยมีความสุขทั้งร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ได้แก่ การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม ผลที่ได้จากการวิจัยจะทำให้พยาบาลมีความรู้ และตระหนักถึงความสำคัญของความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และแสวงหาแนวทางส่งเสริมให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยและความตายได้อย่างสงบหรือตายดี (Good Death) ซึ่งหมายถึงการจากไปอย่างสงบ มีจิตน้อมนำให้เกิดความสุขสงบ โดยการระลึกถึงสิ่งที่เป็นบุญเป็นกุศลที่ได้สะสมมา การตั้งจิตมั่นไม่ฟุ้งซ่าน ไม่หวาดหวั่นต่อความตาย<sup>12</sup>

### ระเบียบวิธีวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นมะเร็งในระยะที่ 3 และ 4 หรือมีการแพร่กระจายของโรคไปยังระบบต่างๆ ของร่างกาย ไม่สามารถรักษาให้หายได้ และได้รับการรักษาไม่ว่าจะเป็นการให้ยาเคมีบำบัด รังสีรักษาหรือการผ่าตัดซึ่งมีจุดประสงค์ในการรักษาเพื่อประคับประคอง และบรรเทาความทุกข์ทรมานอันเป็นผลมาจากโรคและอาการแทรกซ้อนของโรค มีอายุ 18 - 60 ปี นับถือศาสนาพุทธที่เข้ารับการรักษาที่ศูนย์มะเร็งมหาชราลงกรณ์ จังหวัดปทุมธานี และศูนย์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อโรคยศาล วัดคำประมง จังหวัดสกลนคร ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Thorndike<sup>13</sup> ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 90 คน ซึ่งการวิจัยนี้ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมกลุ่มตัวอย่างจำนวน 110 คน เพื่อป้องกันข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ เลือกกลุ่ม

ตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่มีระดับความรู้สึกตัวดี มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ พูดและฟังภาษาไทยได้ดีทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุ 18 - 60 ปี นับถือศาสนาพุทธและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย คำนวณกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนโดยดูจากจำนวนผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมดต่อปีในแต่ละสถานที่ที่ศึกษา การศึกษาครั้งนี้ได้กลุ่มตัวอย่างจากศูนย์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อโรคยศาล วัดคำประมงจำนวน 34 ราย จากศูนย์มะเร็งมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราลงกรณ์จำนวน 76 ราย

### เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาบททวนวรรณกรรม หนังสือ เอกสาร บทความ งานวิจัยและวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวข้อง กำหนดเป็นแบบบันทึกประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว บุคคลที่ช่วยเหลือดูแล ชนิดของโรคมะเร็งที่เป็นระยะเวลาในการเจ็บป่วย การรักษาที่ได้รับปัจจุบัน อาการข้างเคียงที่ได้รับจากการรักษา

2. แบบประเมินความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ การวิจัยนี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบประเมินความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของ Paloutzian & Ellison<sup>7</sup> ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย ธนิญา น้อยเปียง<sup>14</sup> แบบประเมินนี้ใช้สะท้อนความเชื่อ เรื่องความพึงพอใจทางจิตวิญญาณใน 2 ด้านคือ ความพึงพอใจในสิ่งที่เป็นอย่างอยู่ และความพึงพอใจในความผูกพันมั่นในศาสนา มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแบบสอบถามโดยปรับข้อคำถามเป็นด้านบวกทั้งหมด ตามคำชี้แนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย เนื่องจากเป็นกลุ่มตัวอย่างเปราะบาง

3. แบบประเมินการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ วารสาร เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยใช้แนวคิดการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา ได้แก่ ทาน ศีล ภavana ของพระธรรมโกศาจารย์<sup>15</sup> ประกอบด้วยการปฏิบัติกิจกรรมที่สัมพันธ์

กับกิจกรรมทางศาสนาที่กำหนด ศีล และภavana ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบให้เลือกตอบจำนวน 25 ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

4. แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย โดยใช้แบบวัดที่ ธนิญา น้อยเปียง<sup>14</sup> สร้างขึ้นประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย ที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณตามการรับรู้ของผู้ป่วยขณะตอบแบบสอบถาม ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า ข้อคำถามมีจำนวน 18 ข้อ ลักษณะคำถามจะมีทั้งทางด้านบวกและทางด้านลบ แต่ละข้อมีให้เลือก 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่มีเลยจนถึงมากที่สุด

5. แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม การวิจัยนี้ใช้แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer และคณะ<sup>16</sup> ซึ่งแปล และดัดแปลงโดย สมจิต หนูเจริญกุล<sup>19</sup> จำนวน 7 ข้อ แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้านคือ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ และด้านสิ่งของ ผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และเพิ่มข้อคำถามเพิ่มอีก 1 ข้อ คะแนนมีค่าระหว่าง 0-4 คะแนน ผู้วิจัยได้ปรับมาตรวัดเป็น 1- 5 คะแนน ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม แบบประเมินความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ แบบประเมินการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย และแบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม โดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ในเรื่องความถูกต้อง รูปแบบและความเหมาะสมของภาษา นำมาภาษา ตลอดจนความครอบคลุมของเนื้อหา แล้วนำมาแก้ไขปรับปรุงความถูกต้องตามความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านได้แก่ พระอาจารย์ ดร.ปพนพัทธ์ จิรธัมโม เจ้าอาวาสวัดคำประมง จังหวัดสกลนคร น.พ.ศิริโรจน์ กิตติสารพงษ์ รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ โรงพยาบาลรักษัสกล จังหวัดสกลนคร ผศ.ดร.ทัศนีย์ ทองประทีป หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ น.ส.อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) การดูแลผู้ป่วยระดับประคอง)

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี และน.ส.วนิดา รัตน์านนท์ พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) ทางศัลยกรรม) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ก่อนนำไปใช้จริง และตรวจสอบความเที่ยง โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .89, .79, .84 และ .92 ตามลำดับ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูลคือเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2552 โดยผ่านการพิจารณาจริยธรรม จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม การวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย และนำหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเสนอผู้อำนวยการศูนย์มะเร็งมหาวชิราลงกรณ์ จังหวัดปทุมธานี และเจ้าอาวาสวัดคำประมง จังหวัดสกลนคร เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บข้อมูลโดยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่ศูนย์มะเร็งมหาวชิราลงกรณ์ และออโรคยศาล วัดคำประมง จากนั้นเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างทุกรายที่พบและมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนด เก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม - เดือนกรกฎาคม 2552 โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองพร้อมทั้งผู้ช่วยวิจัย 1 คน โดยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยในการเข้าร่วมการวิจัย และขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม โดยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้ข้อมูลครบสมบูรณ์ 110 ชุด

เหตุผลที่ผู้วิจัยเลือกศูนย์มะเร็งมหาวชิราลงกรณ์ เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีวิทยาการทางการแพทย์ที่สามารถในการรักษาโรคมะเร็งได้ มีการรักษาตามสิทธิ์ประกันสุขภาพของผู้ป่วย และมีศูนย์ Hospice care ในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ส่วนที่ออโรคยศาล วัดคำประมง มีความแตกต่างตรงที่ไม่คิดค่าใช้จ่ายใดๆ กับผู้ป่วยทั้งสิ้น และ

อนุญาตให้ญาติหรือผู้ดูแลอยู่เฝ้าได้ รวมทั้งใช้การแพทย์แผนไทยในการรักษา โดยให้ผู้ป่วยรับประทายยาสมุนไพร นอกจากนี้ที่วัดคำประมงก็ได้ปิดกั้นการรักษาแบบแผนตะวันตก แต่เปิดกว้างยอมรับการรักษาทุกแขนงที่ไม่เกิดผลเสียต่อผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นการแพทย์แผนตะวันตก การแพทย์ทางเลือก เป็นต้น ทั้งสองแห่งมีความคล้ายกันในเรื่องของการรักษาที่มีการนำการแพทย์ทางเลือกมาบำบัดรักษา เช่น สมุนไพรบำบัด ดนตรีบำบัด รวมถึงการสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสปฏิบัติตามความเชื่อตามหลักศาสนา

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และชี้แจงให้ทราบว่าการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างหรือต่อการรักษาของแพทย์ คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งออกจากการศึกษาได้ก่อนที่การดำเนินการวิจัยครั้งนี้จะสิ้นสุดลง ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะไม่ส่งผลแต่อย่างใดต่อกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยหยุดการเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการซึ่งเกิดจากการลุกลามของโรค ซึ่งจะนำมาสู่อันตรายต่อกลุ่มตัวอย่าง เช่น มีระดับความรู้สึกตัวลดลง เหนื่อย ปวด อ่อนเพลีย หรือสัญญาณชีพผิดปกติ ขณะทำการเก็บรวบรวมข้อมูล นอกจากนี้ผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ระบายความรู้สึกและซักถามถึงข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวกับโรคมะเร็ง โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลได้ในขอบเขตของวิชาชีพเพื่อให้เกิดประโยชน์กลุ่มตัวอย่างให้มากที่สุด

### การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ทางสถิติสำเร็จรูป และกำหนดค่านัยสำคัญของสถิติที่ระดับ .05 โดยหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติวิเคราะห์คำนวณหาความสัมพันธ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regressions)

## ผลการวิจัย

1. จากข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้าย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็น ร้อยละ 64.55 มีอายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 51.8 มีสถานภาพสมรสส่วนใหญ่ คือ สถานาะคู่ คิดเป็น ร้อยละ 72.73 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ คือ ประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 55.45 อาชีพส่วนใหญ่ คือ อาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 30.91 โดยมีรายได้เฉลี่ยเท่ากับ 12,653.54 บาท/เดือน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นรายได้ที่เพียงพอ คิดเป็น ร้อยละ 74.55 สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่มีจำนวน

2-4 คน คิดเป็นร้อยละ 64.6 โรคมะเร็งที่เป็นส่วนใหญ่ คือ มะเร็งปากมดลูก คิดเป็นร้อยละ 21.82 ระยะเวลา ในการเจ็บป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 6 เดือน - 1 ปี คิดเป็น ร้อยละ 37.27 การรักษาที่ได้รับปัจจุบันส่วนใหญ่คือ รังสี รักษาพร้อมกับเคมีบำบัด คิดเป็นร้อยละ 40.00 และอาการ ข้างเคียงที่ได้รับจากการรักษาส่วนใหญ่คือ อ่อนเพลีย คิด เป็นร้อยละ 29.09

2. ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีระดับความผาสุก ทางจิตวิญญาณโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 5.26 (SD = 0.39)

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณการปฏิบัติที่ สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้าย (n=110)

ตัวแปร	$\bar{X}$	SD
ความผาสุกทางจิตวิญญาณ	5.26	0.39
การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา	4.23	0.34
แรงสนับสนุนทางสังคม	4.35	0.49
ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย	2.93	0.51

3. แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ( $r=0.49$ ) และการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา ซึ่งมีความสัมพันธ์ทาง บวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ( $r=0.18$ ) แต่ ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r=-0.49$ ) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม (n=110)

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	P - Value
การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา	0.18	0.03
ความรุนแรงของการเจ็บป่วย	-0.49	0.00
แรงสนับสนุนทางสังคม	0.49	0.00

4. ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาและแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ร้อยละ 40.00 ( $R^2= .40$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) การทดสอบนัยสำคัญของค่า b และแสดงสมการถดถอยพหุคูณที่ใช้พยากรณ์ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้จากการคัดเลือกตัวแปรโดยใช้วิธีขั้นตอน (Stepwise) (n=110)

ตัวแปรพยากรณ์	b	SE <sub>b</sub>	Beta	t	P-Value
ความรุนแรงของการเจ็บป่วย	-0.34	0.68	-0.44	-4.94*	0.00
การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา	0.34	0.09	0.30	3.75*	0.00
แรงสนับสนุนทางสังคม	0.23	0.68	0.29	3.36*	0.00
CONSTANT	3.82	0.50	-	7.68*	0.00

### สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนามีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t=18$ ) หมายความว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาสูงมีความผาสุกทางจิตวิญญาณสูง สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีของ O'Brien<sup>11</sup> ซึ่งมาจากแนวคิดการดูแลมนุษย์แบบองค์รวม และกล่าวถึงปัจจัยหลัก คือ การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เช่น การสักการบูชาพระศาสนา การสวดมนต์ เมื่อผู้ป่วยได้มีโอกาสปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา มองชีวิตและความตายเป็นสัจธรรม ซึ่งจะนำไปสู่ความผาสุกทางจิตวิญญาณ ดังเห็นได้จากการที่ผู้วิจัยได้มีโอกาสสัมภาษณ์กับกลุ่มตัวอย่างพบว่า เมื่อเริ่มรับรู้ตัวตนผู้ป่วยก็จะปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนที่เจ็บป่วย เช่น สวดมนต์ นั่งสมาธิ ทำบุญ โดยเชื่อว่าการได้มีโอกาสทำบุญ ทำสมาธิ และปฏิบัติตามคำสอนของศาสนา จะช่วยให้อาการของโรคดีขึ้นและทำให้จิตใจสงบ สงบ และทุกข์ทรมานน้อยลง ดังนั้นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายซึ่งได้รับความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานจากโรค การที่รู้สึกถึงหรือได้มีโอกาสปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา จึงเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจของผู้ป่วยว่าตนได้เคยมีโอกาสทำความดี ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ นอกจากนี้การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนายังเป็นการกระทำที่สอดคล้องหลักธรรม ในการกระทำนั้นๆ ผู้ที่มีโอกาสได้มีการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาบ่อยและระดับลึกซึ้ง จึงมีโอกาสได้พบกับ

ความสงบ ความสุข และเกิดปัญญาในการพิจารณาความจริงของชีวิต<sup>18</sup> ดังนั้น การที่ผู้ป่วยได้มีโอกาสปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาก็จะเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ

แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ( $t=0.49$ ) หมายความว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง จะมีความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง และกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ จะมีความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับต่ำ ปัจจัยหลักของความผาสุกด้านจิตวิญญาณ คือ แรงสนับสนุนทางสังคม จากญาติ พี่น้อง เพื่อน หรือผู้ดูแล เมื่อผู้ป่วยได้รับกำลังใจ หรือความเอาใจใส่ในสภาวะที่ผู้ป่วยประสบอยู่ ไม่รู้สึกถูกทอดทิ้งหรือเป็นภาระ ก็จะนำไปสู่ความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วย บิดา มารดา สามี บุตรหลาน และญาติ ที่เป็นสมาชิกในครอบครัว รวมถึงบุคลากรทางสาธารณสุข เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและทีมสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยอย่างมากที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจต่อสู้กับโรคร้ายไข้เจ็บต่อไป ให้กำลังใจ ความเอาใจใส่ เอื้ออาทร ให้ความรัก เห็นอกเห็นใจและมีความผูกพัน<sup>19</sup> ซึ่งส่งผลต่อการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจตามมา โดยพบว่าข้อคำถามที่ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายรับรู้ว่าจะตนเองได้รับการสนับสนุนมากที่สุด คือ การได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์

(Emotional support) แสดงถึงการที่ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายรับรู้ตัวตนเองได้รับความรัก ความเอาใจใส่ รับรู้ว่าตนเองมีความสำคัญ และสามารถที่จะพึ่งพาอาศัยบุคคลในครอบครัวและบุคลากรทางสาธารณสุขได้ค่อนข้างดี

ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r=-0.49$ ) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยในระดับต่ำจะมีความพึงพอใจทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง และหากกลุ่มตัวอย่างที่มีความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูงจะมีความพึงพอใจทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับต่ำ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ก่อให้เกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิต รู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต เมื่อความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยมีมากขึ้น ก็จะมีผลกระทบต่อจิตวิญญาณของผู้ป่วยมากขึ้น โดยผู้ป่วยจะมีความรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถดำเนินชีวิตไปสู่จุดหมายที่ตั้งใจไว้ได้ อาจแสดงออกถึงความกลัว เมื่อหน่วยชีวิตจากการที่ผู้วิจัยได้พูดคุยแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นกับกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างหลายรายเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งจะรู้สึกท้อแท้ คิดว่าเป็นสิ่งร้ายแรงที่เข้ามาในชีวิต ต่อเมื่อความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้น ก็คิดว่าตนเองทำอะไรผิด ชีวิตถึงเป็นแบบนี้ รู้สึกสิ้นหวัง โดยเฉพาะในขณะที่ผู้ป่วยทุกข์ทรมานจากการลุกลามของโรค เช่น อาการปวด ผู้ป่วยจะรู้สึกท้อแท้ บางรายรู้สึกอยากตายเพื่อให้พ้นทุกข์ โดยเฉพาะในบริบทของสังคมไทยที่คนส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ เมื่อเกิดเหตุการณ์วิกฤติในชีวิตหรือเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง จะมีความเชื่อว่าเป็นเรื่องของเวรกรรม หรือการกระทำที่ผ่านมา ซึ่งการให้ความหมายหรือมุมมองต่อวิกฤติที่เกิดขึ้นในชีวิตดังกล่าว จะมีผลกระทบต่อบุคคล ทำให้ไม่มีความพึงพอใจในศาสนาหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนเองยึดเหนี่ยว ส่งผลให้ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณลดลงได้

ผลการศึกษาค้นคว้าพบว่า ปัจจัยที่สามารถพยากรณ์ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ คือความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา และแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งสนับสนุนแนวคิดจากทฤษฎี

ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณในสภาวะที่เจ็บป่วย (A Middle-Range Theory Of Spiritual Well-Being in illness) ของ O'Brien<sup>11</sup> ซึ่งมาจากแนวคิดการดูแลมนุษย์แบบองค์รวม โดยมีปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ คือ การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา แรงสนับสนุนทางสังคม และความรุนแรงของการเจ็บป่วย สามารถร่วมกันพยากรณ์ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ร้อยละ 40 ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 60 แสดงว่ายังมีตัวแปรหรือปัจจัยอื่นๆ ที่พยากรณ์ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้อีก จึงควรศึกษาตัวแปรอื่นๆ ได้แก่ ความศรัทธาทางศาสนา ความเชื่อมั่นในพระศาสดา การเผชิญกับเหตุการณ์วิกฤติในชีวิต ซึ่งนำไปสู่การศึกษาต่อไป

สรุปได้ว่าจากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา และแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันพยากรณ์ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ โดยเฉพาะในสังคมไทย ศาสนาเป็นสิ่งที่มีความเกี่ยวข้องกับผูกพันกับวิถีชีวิตของชาวพุทธนับตั้งแต่เกิดบุคคลที่มีความเชื่อมั่น ศรัทธาในศาสนาจึงปฏิบัติตนตามความเชื่อตามหลักศาสนาในวิถีพุทธ เพื่อให้เกิดความสงบ คลายความทุกข์และเกิดความสุขในจิตใจ ดังนั้นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายซึ่งได้รับความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานจากโรค จึงมีศาสนาเป็นสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ และเกิดความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ

## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. WHO definition of Health 2006. [Online]. Available from: <http://www.who.int/about/definition/en/> [2008, september 7]
2. กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์. 2550. ข้อมูลสถิติ [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://bps.ops.moph.go.th> [21 พฤศจิกายน 2551]

3. ทศนีย์ ทองประทีป. 2552. พยาบาล : เพื่อนร่วมเพื่อนร่วมทุกข์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: วีพริ้นท์.
4. Ferrell B.R., Grant M, Funk B. & Otis-Green N. 1998. Quality of life in breast cancer Part II: Psychological and spiritual well-being. *Cancer nursing*. 21(1): 1-9.
5. ประเวศ วะสี. 2543. สุขภาวะทางจิต สุขภาวะทางจิตวิญญาณ. *หมอชาวบ้าน*. 22(261): 41-46.
6. ทศนีย์ ทองประทีป. 2552. จิตวิญญาณ มิติหนึ่งของการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: วีพริ้นท์.
7. Paloutzian R. F., Ellison C. W. 1982. Loneliness, spiritual well being and quality of life. In Peplau L.A., Perlman D. Loneliness, A source book of current therapy, research and therapy. New York, Wiley Interscience.
8. Ellison W. 1983. Spiritual well-being: Conceptualization and measurement. *Journal of Psychology and Theology*. 1983; 11(4) : 330-340.
9. Ross L. 1997. The nurse's role in assessing and responding to patient's spiritual needs. *International Journal of Palliative Nursing*. 3(1): 37-42.
10. Narayanasamy A. 1995. Spiritual care of chronically ill patient. *Journal of Clinical Nursing*. 4(6):379-400.
11. O'Brien M. E. 2008. Spirituality in Nursing: Standing on Holy Ground. Jones and Bartlett. (page85-93).
12. จินต์จุฑา รอดพาล. 2549. การตายดี: มุมมองจากผู้สูงอายุไทยพุทธ. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
13. Thorndike R. M. 1978. Correlational procedures for research. New York, Gardner.
14. ธัญญา น้อยเปียง. 2545. การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคมและความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ และศัลยกรรมศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
15. พระธรรมโกศาจารย์ (ปัญญานันทภิกขุ). (ม.ป.ป). 2533. ชีวิตเป็นสุขได้ด้วยความปลอดภัยแห่งตน. กรุงเทพฯ: ธรรมสภา.
16. Schaefer C., Coyne J. C., Lazarus R.S. 1981. The health related function of social support. *Journal of Behavior Medicine*. 4, 381-406.
17. Hanucharumkul S. 1988. Social support, self care, and quality of life in cancer patients. Receiving radiotherapy in Thailand. Doctoral dissertation College of Nursing, Wayne State University.
18. สมเด็จพระญาณสังวร (เจริญ สุวฑฒโน). 2540. พระธรรมเทศนา พระโอวาท. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรไทย. 218 [5].
19. สมจิต หนูเจริญกุล. 2545. การพยาบาลอายุรศาสตร์ เล่ม 1. กรุงเทพฯ: วี.เจ.พริ้นติ้ง.