

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย



นางทิวาริณณ์ วัฒนาวัตถุ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

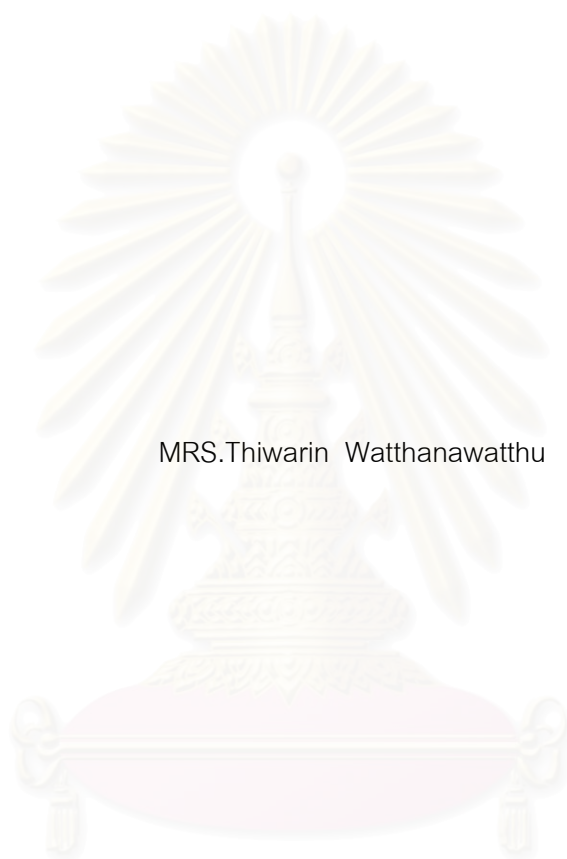
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2551

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

FACTORS RELATED TO SPIRITUAL NEEDS AMONG TERMINAL CANCER PATIENTS



MRS.Thiwarin Watthanawatthu

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic year 2008

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณ
ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

โดย

นางชิวารินณ์ วัฒนาวัดฤ

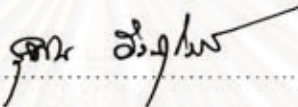
สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์

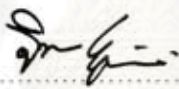
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

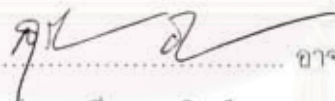
รองศาสตราจารย์.ดร. สุวีพร ธนศิลป์

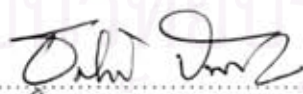
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นักศึกษานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต


..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)


..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์)


..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ศร.ชูศักดิ์ ชัมภลีขิต)

สถาบันวิจัยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ทิวาธิณณ์ วัฒนาวัดดู : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. (FACTORS RELATED TO SPIRITUAL NEEDS AMONG TERMINAL CANCER PATIENTS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. ดร. สุวีพร ธนศิลป์, 119 หน้า.

การวิจัยแบบบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยใช้แนวคิดความต้องการด้านจิตวิญญาณของ Taylor (2006) กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อายุ 20-59 ปี โดยสุ่มตัวอย่างแบบง่าย จำนวน 120 คน ที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ศูนย์มหาวิทราชลภกรณ์ รัษฎบุรี จังหวัดปทุมธานีและอโรคยาศาล วัดคำประมง จังหวัดสกลนคร เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบสอบถามความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และ แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของอาการ แบบสอบถามมีค่าเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .96, .93, .94 และ .91 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีความต้องการด้านจิตวิญญาณในระดับน้อย ($\bar{X} = 2.21$, $SD = 0.40$)
2. ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของอาการ การเข้าร่วมในการปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนา มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$, $r = .68$, $.63$ และ $.38$ ตามลำดับ)
3. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$, $r = -.51$ และ $-.30$ ตามลำดับ)

สาขาวิชา..... พยาบาลศาสตร์..... ลายมือชื่อนิสิต ทิวาธิณณ์ วัฒนาวัดดู
ปีการศึกษา..... 2551..... ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก..... ศ.ดร.

5077569036 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: TERMINAL CANCER PATIENTS / SPIRITUAL NEEDS / PARTICIPATION
IN THE RELIGIOUS CEREMONIES / DURATION OF ILLNESS / FAMILY
RELATIONSHIPS / SEVERITY OF SYMPTOMS / ABILITY TO PERFORM ROUTINE

THIWARIN WATTHANAWATTHU: FACTORS RELATED TO SPIRITUAL
NEEDS AMONG TERMINAL CANCER PATIENTS. THESIS ADVISOR:
ASSOC.PROF. SUREEPORN THANASILP, D.N.S., 119 pp.

The purpose of this descriptive research was to examine factors that related to the spiritual needs of terminal cancer patients. A conceptual framework used in this study was the Spiritual Needs of Taylor Model (2006). A simple random sampling was applied to receive 120 terminal cancer patients, aged 20-59 years. They were treated in Chulalongkorn Hospital, the Great Center of Mahavithayalai Chulalongkorn Tayburi, Pathumthani province and Arokayasarn Wat Kumpramong, Sakon Nakhon Province. Four questionnaires were used to collect data; Family Relationships, Intuitive Ability to Perform Routine, Spiritual Needs of Terminal Cancer Patients, and Perception of the Symptoms Severity Questionnaires. They demonstrated acceptable reliability with Cronbach's alphas at .96, .93, .94, and .91, respectively. Statistical technique used in data analysis were mean, standard deviation and Pearson's Product-Moment correlation.

The research results were as follows:

1. Spiritual needs of terminal cancer patients was at minimum level ($\bar{X} = 2.21$, $SD = 0.4$).

2. The duration of illness, perception of the symptom severity, and participation in religious ritual were significantly positive related to the spiritual needs of terminal cancer patients at the moderate level ($p < .05$, $r = .68$, $.63$ and $.38$, respectively).

3. Ability to perform routine and family relationships were significantly negative related to the spiritual needs of terminal cancer patients at the moderate level ($p < .05$, $r = -.51$ and $-.30$, respectively).

Field of Study : Nursing science

Student's Signature : *Thiwarin Watthanu*

Academic Year : 2008

Advisor's Signature : *Sureeporn Thanasilp*

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสามารถ และความช่วยเหลืออย่างยิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.สุวีพร ธนศิลป์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ชี้แนะ แนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความห่วงใย เอาใจใส่ และสนับสนุน ให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยอย่างดียิ่งเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง และกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

กราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และ อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลชีต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะเพื่อให้งานวิทยานิพนธ์ ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ด้วยความรักและห่วงใย ตลอดระยะเวลาของการศึกษา ขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย ที่ได้สนับสนุนทุนอุดหนุนการทำวิจัยในครั้งนี้

กราบขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้สละเวลาอันมีค่าอย่างยิ่งในการตรวจสอบความ ตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม รวมทั้งข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงเครื่องมือ วิจัย กราบขอบพระคุณผู้อำนวยการสถาบันแหล่งข้อมูล ที่อนุญาตให้ทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและ การเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย ตลอดจนเจ้าหน้าที่ของสถาบันทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์และอำนวยความสะดวก และขอบพระคุณผู้ปวยมะเร็งระยะสุดท้าย ทุกท่านที่กรุณาสละเวลาและให้ความ ร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ด้วยความเต็มใจ

กราบขอบพระคุณผู้บังคับบัญชา และเพื่อนร่วมงานทุกท่าน ที่เสียสละเวลาทำงานเพิ่มขึ้น ในระหว่างที่ผู้วิจัยลาศึกษาต่อ และ ขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่น ที่ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจ มาตลอด

ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อคุณแม่ ผู้ให้กำเนิดเลี้ยงดู อบรมสั่งสอนและ ขอขอบคุณสามีและลูกๆ ที่ช่วยสนับสนุนการศึกษาด้วยความรักความห่วงใย เป็นกำลังใจอย่างดี ยิ่งเสมอมาจนสำเร็จการศึกษา ตลอดจนกัลยาณมิตรทุกท่านที่ได้เอ่ยนามซึ่งมีส่วนช่วยให้ วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ลุล่วงด้วยดี

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	10
คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย.....	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	13
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	14
แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย.....	15
แนวคิดเกี่ยวกับความต้องการด้านจิตวิญญาณ.....	26
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็ง ระยะสุดท้าย.....	39
การประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย.....	44
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	47
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	51
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	51
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	54
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	61
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	62
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	63

4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	64
5	สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	71
	สรุปผลการวิจัย.....	74
	อภิปรายผล.....	74
	ข้อเสนอแนะ.....	80
	รายการอ้างอิง.....	82
	ภาคผนวก.....	92
	ภาคผนวก ก เอกสารจริยธรรม.....	93
	ภาคผนวก ข จดหมายขอความร่วมมือในการวิจัย.....	98
	ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย.....	109
	ภาคผนวก ง 1. จำนวน ร้อยละ ของสิ่งที่มีความหมายในชีวิตและทำให้ชีวิต มีคุณค่าสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย.....	117
	2. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง การเข้าร่วมในการปฏิบัติ พิธีกรรมทางศาสนา การรับรู้ความรุนแรงของอาการ สัมพันธ์ภาพในครอบครัว ความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน และความต้องการด้านจิตวิญญาณ ของ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย.....	118
	ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	119

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนประชากร และกลุ่มตัวอย่างจำแนกแต่ละสถานที่.....	53
2	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำแนกตาม อายุ เพศ สถานภาพสมรส และศาสนา.....	65
3	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด ของความต้องการด้าน จิตวิญญาณ จำแนกตามรายด้านและโดยรวม.....	66
4	จำนวน และ ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างแยกตามระดับความต้องการด้าน จิตวิญญาณ.....	67
5	จำนวนและร้อยละของการเข้าร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา.....	67
6	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ระดับ ของระยะเวลาของ การเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของอาการ สัมพันธภาพในครอบครัว และ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน.....	68
7	จำนวน และ ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างแยกตามระดับการรับรู้ความรุนแรงของ อาการและ ระดับสัมพันธภาพในครอบครัว.....	69
8	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความ ต้องการด้านจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่าง.....	70
9	จำนวน ร้อยละ ของสิ่งที่มีความหมายในชีวิตและทำให้ชีวิตมีคุณค่าสำหรับ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย.....	117
10	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง การเข้าร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมทาง ศาสนา ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของอาการ สัมพันธภาพในครอบครัว และ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย.....	118

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	แสดงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการด้านจิตวิญญาณตามแนวคิดของ Taylor (2006).....	40
2	แสดงกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย.....	50



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นปัญหาทางสาธารณสุขของโลก องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ไว้ว่าในปี 2563 ทั่วโลก จะมีคนตายด้วยโรคมะเร็งมากกว่า 11 ล้านคน และจะเกิดขึ้นในประเทศที่กำลังพัฒนามากกว่า 7 ล้านคน (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ฝ่ายแผนงานและสถิติ, 2550) สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุขปี 2550 พบว่าสถิติอัตราการตายของผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี โดยพบว่าอัตราการตายเพิ่มขึ้น 2.4 เท่า หรือเฉลี่ย 65 คนต่อวัน และสถิติการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของประเทศไทย โดยพบว่ามียอดเพิ่มขึ้นจากปี 2537 ถึง 3.6 เท่าในปี 2549 หรือเฉลี่ย 194 คนต่อวัน (กระทรวงสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2550)

การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเป็นภาวะเรื้อรังชนิดหนึ่งเป็นปัญหาสุขภาพของประชากรทั่วโลก แม้ว่าการรักษาจะพัฒนาขึ้นมาก แต่การรักษาให้หายขาดเป็นไปได้น้อย เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมาโรงพยาบาล เมื่อมีอาการของโรคลุกลามไปมาก และเมื่อได้รับการวินิจฉัยของโรค อาจเข้าระยะสุดท้าย (อรชร ศรีไทยล้วน, 2548) ซึ่งเป้าหมายในการรักษาที่ได้รับ เป็นเพียงการรักษาเพื่อประคับประคองไม่ใช่เพื่อให้หายขาด ผู้ป่วยเหล่านี้จึงจัดอยู่ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่รอความตาย (สุพัทธา แสงรุจิ, 2544; Magrath and Litvak, 1993) ซึ่งถือได้ว่าเป็นภาวะวิกฤติของชีวิต เป็นเวลาที่ผู้ป่วยตระหนักว่า ตนจะมีชีวิตอยู่ไม่นาน อาจทำให้ผู้ป่วยคิดถึงความตายเกิดความหวาดกลัว สิ้นหวัง และความทุกข์ทรมานจากโรคเป็นอย่างมาก (อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช, 2547) ความเจ็บป่วย เมื่อเกิดขึ้นแล้ว มิได้เกิดผลกระทบต่อร่างกายเท่านั้น หากยังมีผลกระทบต่อจิตใจและจิตวิญญาณด้วย ไม่น้อยกว่าความเจ็บป่วยทางกาย หรืออาจจะมากกว่าด้วยซ้ำ (พระไพศาล วิสาโร, 2549)

ในปัจจุบันมีการนำแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมมาใช้ โดยมีพื้นฐานความเชื่อว่าบุคคลประกอบด้วยร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ ไม่สามารถแบ่งแยกให้ดูแลเป็นส่วนๆได้ จะมีการผสมผสานในแต่ละองค์ประกอบเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี (Narayanasamy, 1995; Stuart, et al., 1989) ดังนั้น ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายยังมีความต้องการเหมือนอย่างบุคคลทั่วไป (สิดาร์ตัน สมัครสมาน, 2550) แม้ว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะอยู่ในสภาพที่หมดหวังจากการรักษาให้

มีชีวิตอยู่รอดได้ แต่ความหวังด้านจิตใจและจิตวิญญาณของผู้ป่วยยังคงอยู่ จิตวิญญาณเป็นเรื่องที่สำคัญต่อความเป็นองค์รวมของมนุษย์เป็นอย่างมาก ถือเป็นชุมพลังของการมีชีวิต พยาบาลสามารถนำความรู้ ความเข้าใจในเรื่องจิตวิญญาณไปใช้ ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความหวังและพลังใจที่เข้มแข็ง สามารถเผชิญกับความตายได้อย่างสงบ (บุบผา ชอบใช้, 2546) การพยาบาลทางจิตวิญญาณเป็นหัวใจ และเป็นจุดยืนของวิชาชีพ การพยาบาลซึ่งหมายถึง การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองและสิ่งแวดล้อมด้วยปัญญา ไม่ว่าจะผู้ป่วยนั้นจะมีเชื้อชาติ เพศ ศาสนา การศึกษา โดยพยาบาลจะต้องเข้าใจภูมิหลังของบุคคล ประเมินสภาพ วินิจฉัยปัญหา และวางแผนให้ความช่วยเหลืออย่างเหมาะสมอย่างถูกต้อง ทั้งในด้านตัวผู้ป่วยเอง และบุคคลรอบข้าง ซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมและระบบสนับสนุนที่สำคัญ พยาบาลซึ่งต้องเข้าถึงส่วนประกอบทั้งหลายที่เป็นโครงสร้าง และส่งเสริมหน้าที่ด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย พยาบาลไม่ควรทอดทิ้ง หรือมุ่งตอบสนองความต้องการด้านร่างกายเพียงอย่างเดียว โดยมองข้ามสภาพความเป็นบุคคลของผู้ป่วย และคิดว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นความล้มเหลวของการดูแลรักษาของพยาบาล ซึ่งกำลังอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถช่วยเหลือหรือทำอะไรให้ผู้ป่วยได้มากกว่านี้แล้ว ทำให้พยาบาลบกพร่องหรือละเลยต่อการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ชนกพร จิตปัญญา, 2551)

ความต้องการด้านจิตวิญญาณ (Spiritual needs) หมายถึง ความปรารถนาที่มีความจำเป็นเพื่อจะหาความหมาย ความมีคุณค่า ความมีชีวิตจิตใจ หลักการของชีวิต มีอุดมการณ์ ค่านิยม และมีพลังในการดำเนินชีวิต ซึ่งเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนจำเป็นต้องมี (Taylor, 2006) Taylor (2006) ได้แบ่งมิติความต้องการทางด้านจิตวิญญาณเป็น 7 ด้าน ได้แก่ 1) ต้องการมีทัศนคติเชิงบวก และต้องการมีความหวัง 2) ต้องการเชื่อมโยงกับศาสนา 3) ต้องการที่จะให้ความรักและได้รับความรักจากผู้อื่น 4) ต้องการทบทวนความเชื่อ 5) ต้องการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต 6) ต้องการได้กระทำกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนา และ 7) การเตรียมพร้อมสู่ความตาย โดยบุคคลมีความต้องการด้านจิตวิญญาณ เพื่อจะหาความหมาย ความมีคุณค่า ความมีชีวิตจิตใจ หลักการของชีวิต มีอุดมการณ์ ค่านิยม และความเป็นเลิศกว่าเดิม ความต้องการด้านจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีดังนี้ ต้องการหายจากความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน ต้องการกำลังใจ ความช่วยเหลือจากบุคคลอันเป็นที่รัก โดยต้องการบุคคลที่จริงใจ และเข้าใจ รับฟังความรู้สึก ต้องการมีเพื่อนอยู่ใกล้ๆ เพื่อคลายเหงา ต้องการสิ่งลา และฝากภาระที่ยังค้างคั่ง ต้องการให้อภัยและอโหสิกรรมก่อนตาย ต้องการตายอย่างสงบและชีวิตที่ดีหลังความตาย โดยพบว่าผู้ป่วยต้องการทำบุญด้วยตนเอง และต้องการให้ญาติทำบุญอุทิศส่วนกุศลให้

ต้องการและแสวงหาที่พึ่งทางใจให้ตนเอง ด้วยการประกอบพิธีกรรมต่างๆ ตามความเชื่อทางศาสนา เป็นต้น (วาสิณี วิเศษฤทธิ์, 2550)

เมื่อบุคคลได้รับการตอบสนองต่อความต้องการด้านจิตวิญญาณแล้ว ก็จะทำให้เกิดความสุขทางจิตวิญญาณ (Spiritual well being) (ฟาริดา อิบราฮิม, 2534; Brooke, 1987) มักเป็นผู้ที่มีใบหน้าสดชื่น สามารถแสดงความรักต่อผู้อื่นได้อย่างจริงใจ และตอบสนองความรักของผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม (เสาวรักษ์ มณีรัตน์, 2545) และจะมีความพึงพอใจในการสัมพันธ์กับพระเจ้า มีการรับรู้เกี่ยวกับการมีความหมายของชีวิต (Carven and Hirnke, 2003; Landis, 1996) โดยจะเป็นผู้ที่มีแนวทางในการดำเนินชีวิตตามที่ตนคาดหวังอย่างมีเป้าหมาย และมีความสมบูรณ์พร้อมทั้งร่างกายจิตใจ (เสาวรักษ์ มณีรัตน์, 2545) แต่หากได้รับการตอบสนองไม่เพียงพอหรือไม่ได้รับการตอบสนอง ก็จะทำให้เกิดความรู้สึกพร่องทางจิตวิญญาณ หรือความบีบคั้นทางจิตวิญญาณได้ (Spiritual need deficit or spiritual distress) เมื่อผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับภาวะกดดันทางจิตวิญญาณอย่างสูง จึงพยายามแสวงหาสิ่งที่จะช่วยในการรับสภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณในลักษณะของ ขวัญ กำลังใจ ไขว่คว้าหาสิ่งยึดเหนี่ยว ปลอดภัยหรือพึ่งพิงทางใจ (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2540) รวมทั้งการแสวงหาที่พึ่งทางใจจากศาสนา และการปฏิบัติธรรมมากกว่าเดิม เพื่อชวนชววย สร้างความดี ให้มีชีวิตมีประโยชน์มีคุณค่า (ขวัญตา บาลทิพย์, 2542) ช่วยให้เกิดความสบายใจ ลดหรือขจัดความรู้สึกในด้านลบออกไป ช่วยให้จิตใจมีความสงบสุข มีสติ มีจิตใจเข้มแข็ง (ระวีวรรณ ถวายทรัพย์, 2545)

พยาบาลเป็นผู้ใกล้ชิดและมีหน้าที่โดยตรงในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พยาบาลจะต้องตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยให้ครบองค์รวม เพื่อให้ผู้ป่วยพบกับความสุขและความตายอย่างสงบและสมศักดิ์ศรี (อุบล จวงพาณิช, 2544) ดังนั้น หากพยาบาลสามารถเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณ ให้ความสนใจ พุดคุยและสังเกตความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย และให้ความช่วยเหลือโดยไม่ละเลยในความศรัทธา ความเชื่อในศาสนา ขนบธรรมเนียมประเพณีที่ผู้ป่วยยึดถือปฏิบัติ ตลอดจนบุคคล หรือสิ่งของผู้ป่วยต้องการมีความสัมพันธ์ เป็นต้น (ฟาริดา อิบราฮิม, 2534) การตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยจึงเป็นกิจกรรมหนึ่งที่มีความสำคัญ ที่สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการดูแลและรักษาความเจ็บปวดทางจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และเป็นบทบาทอิสระอย่างหนึ่งของพยาบาล รวมทั้งเป็นหัวใจสำคัญของกิจกรรมการพยาบาล หากผู้ป่วยได้รับการตอบสนองตรงกับสภาพความเป็นจริง เชื่อ และจิตวิญญาณแล้ว ผู้ป่วยย่อมเกิดความพึงพอใจ เกิดความมั่นใจและไว้วางใจมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้นหรือตายอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ชน ไม่เจ็บปวดหรือทรมาน ซึ่งถือว่าเป็นความต้องการของมนุษย์ทุกชาติ ทุกภาษา (ภาคสุภพิชญ์ ศรีกสิพันธ์, 2536)

กิจกรรมการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ ยังทำให้พยาบาล ได้พัฒนาจิตวิญญาณของตนเอง (Spiritual growth) ในการเป็นพยาบาลที่มีคุณภาพ และเป็นแบบอย่างที่ดีของพยาบาลได้อีกด้วย (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2543) แต่ปัญหาและอุปสรรคที่พบจากการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของพยาบาล พบประเด็นสำคัญดังนี้คือ ความรู้ และทักษะในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของพยาบาลยังมีน้อย (Piles, 1990; Sellers and Haag, 1998) ส่วนพฤติกรรมของพยาบาลและการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณยังไม่ครอบคลุม ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยทุกด้าน (Sodestrom and Martinson, 1987; ธารทิพย์ วิเศษธาร, 2541; ชัชนาฏ ณ นคร และคณะ, 2538) รวมถึงพยาบาลไม่สนใจ หรือไม่ตระหนักต่อความต้องการในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย ทั้งที่มีการแสดงออกชัดเจน ทางด้านท่าทาง และวาจา ว่ามีปัญหาด้านจิตวิญญาณ หรือ พยาบาลตระหนักถึงความสำคัญของการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย แต่หลีกเลี่ยง กลัวไม่กล้าสัมผัส เนื่องจากขาดความรู้ที่ถูกต้อง ทำให้ขาดความมั่นใจในการประเมินสภาพด้านจิตวิญญาณในระดับที่ลึกซึ้ง (พาริดา อิบราฮิม, 2534) ดังนั้น การศึกษาเกี่ยวกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งมีความจำเป็น เพื่อนำองค์ความรู้มาพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในภาวะที่บุคคลเกิดการเจ็บป่วย โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง หรือผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย บุคคลนั้นย่อมมีความต้องการด้านจิตวิญญาณเพิ่มมากขึ้น เพื่อเป็นสิ่งที่สนับสนุนให้กำลังใจในการเผชิญความทุกข์ทรมานหรือเผชิญความตายได้อย่างสงบ (O' Brien, 1999) อย่างไรก็ตาม ความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยแต่ละคนมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ และจากการทบทวนเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการด้านจิตวิญญาณโดยตรง พบได้น้อยมาก งานวิจัยที่พบจะเกี่ยวข้องกับมิติย่อยๆ ของความต้องการด้านจิตวิญญาณ ดังนี้ ผู้ป่วยมะเร็งจะปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนาเพื่อความหวังในการมีชีวิตที่ดีในภพหน้าและไม่ทุกข์ทรมาน (Reed, 1986; Highfield, 1992; Mystakidou et al., 2008; สมพร รัตนพันธ์, 2541) ระยะเวลาของการเจ็บป่วยที่นานจะมีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณ (Highfield, 1992; Taylor, 2006; Mystakidou et al., 2008) ความรุนแรงของอาการ มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณ (Highfield, 1983; Shaffer, 1991; Ross, 1995; Carven and Hirnle, 2003; Taylor, 2006; Mystakidou et al., 2008; Colliton, 1981 อ้างถึงใน วงรัตน์ ไสสุข, 2544; สมพร รัตนพันธ์, 2541; ทัศนีย์ ทองประทีป, 2549) สัมพันธภาพในครอบครัว จะเป็นปัจจัยสำคัญต่อความหมายในชีวิตและความหวังของผู้ป่วย (บุบผา ขอบใบ้, 2536; ชนัดดา ผาสุกมุล, 2545; Burbnk, 1992; Landis, 1996) ส่วนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีผลกระทบต่อ

ความต้องการด้านจิตวิญญาณ เนื่องจากจะส่งผลกระทบต่อเป้าหมายและความหวังในชีวิต จากข้อจำกัดในการดำเนินชีวิต (Hoeman, 1996) ทำให้สูญเสียความมั่นใจในตนเอง สำหรับประเทศไทย มีชนบทรอบนิยมประเพณี และค่านิยมต่างๆที่แตกต่างจากโลกตะวันตก และยังไม่เคยมีใครศึกษาในเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้าย ดังนั้น จากข้อมูลที่ปรากฏไม่อาจสรุปได้ว่า ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นอย่างไร และมีปัจจัยอะไรบ้างที่สัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย นอกจากนั้นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีแนวโน้มที่จะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อนำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลให้ผู้ป่วยกล้าเผชิญกับความเจ็บป่วย เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอย่างปกติสุข ภายใต้สถานการณ์จำกัดของชีวิต หรือพร้อมสำหรับความตายอย่างสงบ และ จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางการพยาบาลด้านจิตวิญญาณให้เหมาะสมกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต่อไป

คำถามในการวิจัย

1. ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นอย่างไร
2. การเข้าร่วมในการปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนา ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การรับรู้ ความรุนแรงของอาการ สัมพันธภาพในครอบครัว และ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย หรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การเข้าร่วมในการปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนา ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของอาการ สัมพันธภาพในครอบครัว และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กับ ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

แนวเหตุผล และสมมุติฐานการวิจัย

การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเป็นภาวะเรื้อรังชนิดหนึ่ง เป็นโรคที่รักษาให้หายขาดเป็นไปได้ได้น้อย เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะมาโรงพยาบาล เมื่อมีอาการของโรคลุกลามไปมาก และเมื่อได้รับการวินิจฉัยของโรคอาจเข้าสู่ระยะสุดท้าย (อรชร ศรีไทยล้วน, 2548) ผู้ป่วยเหล่านี้จึงจัดอยู่ใน กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่รอความตาย (สุพัตรา แสงรุจิ, 2544; Magrath and Litvak, 1993) ซึ่งถือได้ว่าเป็นภาวะวิกฤติของชีวิต เป็นเวลาที่ผู้ป่วยตระหนักว่าตนจะมีชีวิตอยู่ไม่นาน อาจทำให้ผู้ป่วยคิดถึง ความตาย เกิดความหวาดกลัว สิ้นหวัง และทุกข์ทรมานจากโรคเป็นอย่างมาก (อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช, 2547) ความเจ็บป่วยเมื่อเกิดขึ้นแล้ว มิได้เกิดผลกระทบต่อร่างกายเท่านั้น หากยังมีผลกระทบต่อด้านจิตใจและจิตวิญญาณด้วย ไม่น้อยกว่าความเจ็บป่วยทางกาย หรือ อาจจะมากกว่าด้วยซ้ำ (พระไพศาล วิสาโร, 2549)

จากแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเป็นองค์รวม โดยเชื่อว่าบุคคลประกอบด้วย 3 มิติ คือ ร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ ทุกมิติจะทำงานร่วมกันอย่างผสมผสาน และแสดงออกถึงความต้องการของบุคคลนั้น ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความสมดุล และดำรงชีวิตไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ (Narayanasamy, 1995; Stuart, et al., 1989)

Taylor (2006) ได้กล่าวไว้ว่าความต้องการด้านจิตวิญญาณ (Spiritual needs) เป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนจำเป็นต้องมี บุคคลมีความต้องการทางด้านจิตวิญญาณเพื่อจะหาความหมาย ความมีคุณค่า ความมีชีวิตจิตใจ หลักการของชีวิต มีอุดมการณ์ มีค่านิยม ลักษณะหลายๆประการ ดังกล่าวถือว่าเป็นลักษณะที่ผสมผสานในตัวของคน ทำให้เกิดเป็นองค์รวม ถือว่าเป็นสิ่งหนึ่งที่มีความสำคัญ Taylor (2006) ได้แบ่งมิติความต้องการทางด้านจิตวิญญาณเป็น 7 ด้าน ได้แก่

- 1) ต้องการมีทัศนคติเชิงบวก และต้องการมีความหวัง (Need for positivist and hope)
- 2) ต้องการมีความเกี่ยวข้องกับสิ่งสูงสุด (Need associated with relating to an ultimate other)
- 3) ต้องการที่จะให้และได้รับความรักจากผู้อื่น (Need to Give and Receiving love from other person)
- 4) ต้องการทบทวนความเชื่อ (Need to review beliefs)
- 5) ต้องการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต (Creating meaning, Finding purpose)
- 6) ต้องการศาสนา (Religious Needs)
- 7) การเตรียมพร้อมสู่ความตาย (Prepare for death)

เมื่อบุคคลมีความต้องการด้านจิตวิญญาณย่อมแสวงหาความต้องการด้านที่ตนเองต้องการ หากผู้ป่วยได้รับการตอบสนองตรงกับสภาพความเป็นจริง ความเชื่อ และจิตวิญญาณแล้ว ผู้ป่วยย่อมเกิดความพึงพอใจ เกิดความมั่นใจและไว้วางใจมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้นหรือตายอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ชน ไม่เจ็บปวดหรือทรมานทุกข์ทรมาน ซึ่งถือว่าเป็นความต้องการของมนุษย์ทุกชาติทุกภาษา

(ภักตฤทธิพิชญ์ ศรีภักตฤทธิ, 2536) ความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยแต่ละคนมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ซึ่ง Taylor (2006) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็ง ได้แก่ ลักษณะด้านสังคมประชากร เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ การศึกษา การเข้าร่วมในการปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนา สถานะการรักษา และลักษณะด้านคลินิก เช่น การรับรู้ความรุนแรงของอาการ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย ชนิดของมะเร็ง นอกจากนี้ปัจจัยดังกล่าวแล้ว ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสาร และงานวิจัยพบว่า มีปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้องกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยดังต่อไปนี้ ได้แก่ การเข้าร่วมในการปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนา ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของอาการ สัมพันธภาพในครอบครัว และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ว่ามีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ที่ไม่ได้เลือก อายุ เพศ เชื้อชาติ การศึกษา ชนิดของมะเร็ง และสถานะการรักษา เนื่องจากตัวแปรดังกล่าว มีงานที่สนับสนุนทิศทางความสัมพันธ์น้อย

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

การเข้าร่วมในการปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนากับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จากแนวคิดของ Taylor (2006) ผู้ป่วยมะเร็ง ที่มีความทุกข์ใจ ไม่สบายใจอย่างมาก จะสนใจศาสนา เห็นได้จากจำนวนครั้งในการเข้าร่วมพิธีกรรมทางศาสนาที่มากกว่าเดิม พิจารณาว่าผู้ป่วยที่มีความต้องการทางศาสนาคือคนที่มีความต้องการด้านจิตวิญญาณ การเข้าร่วมในการปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนาอย่างสม่ำเสมอ จะเป็นการช่วยทำให้ผู้ป่วยมะเร็ง มีกำลังใจ มีความหวังขึ้น คือการอ่อนน้อมสิ่งศักดิ์สิทธิ์ การรับรู้เกี่ยวกับตนเอง ไม่โกรธแค้นหรือผูกใจเจ็บผู้อื่น ความเชื่อทางศาสนา สร้างความตระหนัก กระบวนการคิด การควบคุมอารมณ์และประสบการณ์ทางจิตวิญญาณ ดังนั้นผู้ที่เข้าร่วมในการปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนาที่มากกว่าเดิม อันได้แก่ ความถี่ในการสวดมนต์ให้ตนเองเข้มแข็ง ความถี่ในการอ่านคัมภีร์ทางศาสนา การใช้ศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจและแนวทางในการดำเนินชีวิต จะได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Highfield (1983), Hermann (2001), Hampton et al. (2007) และบุบผา ชอบใช้ (2536) พบว่าความถี่การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาที่มากกว่าเดิม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของ

ผู้ป่วยมะเร็ง และการศึกษาของ Narayanasamy (2004) ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพในผู้ป่วยเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยเรื้อรังเป็นประสบการณ์ที่มีความต้องการด้านจิตวิญญาณสูง จะมีการสวดมนต์เพื่อสื่อสารกับพระเจ้า เพื่อเป็นแหล่งความเชื่อและความเข้มแข็ง ดังนั้น การเข้าร่วมในการปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนา จึงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ระยะเวลาของการเจ็บป่วยกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ระยะเวลาของการเจ็บป่วย มักจะเป็นประเด็นหลักในการศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Michael, 1997) โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ระยะเวลาของการเจ็บป่วยที่นานขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยหมดกำลังใจ หมดหวัง จากการศึกษาของ Taylor (2006) พบว่า ระยะเวลาการมีชีวิตอยู่กับมะเร็ง จะเกี่ยวข้องกับความต้องการด้านจิตวิญญาณที่เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Moadel et al. (1999), Murray et al. (2004) พบว่า ระยะเวลาของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็ง คือเมื่อระยะเวลาของการเจ็บป่วยมากขึ้นจะมีความต้องการด้านจิตวิญญาณมากขึ้น ดังนั้นระยะเวลาของการเจ็บป่วย จึงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

การรับรู้ความรุนแรงของอาการกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นปัจจัยที่เป็นสิ่งเร้าที่บุคคลจะมีการเผชิญโดยตรง และมีผลกระทบต่อองค์รวมของบุคคล โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง ต้องใช้เวลาที่รักษายาวนาน และมักจะมีความรุนแรงของโรคที่ขึ้นเรื่อยๆ (Taylor, 2006) ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าการเจ็บป่วยคุกคามชีวิตโดยไม่อาจรักษาให้หายได้อย่างสิ้นเชิงด้วยการรักษาใดๆ ส่วนการรักษาปัจจุบันเป็นการรักษาเพียงการบรรเทาและประคับประคองทำให้ส่งผลต่อการดำเนินชีวิต ผู้ป่วยบางคนมองว่าเป็นการลงโทษจากพระเจ้าหรือสิ่งที่ตนเองนับถือ ทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตไปสู่จุดมุ่งหมายที่ตนเองตั้งไว้ มีความรู้สึกสูญเสียอำนาจแห่งตน ทำให้มีการแสดงออกถึงความก้าวร้าว สับสน กลัว รู้สึกผิด เบื่อชีวิต หมดกำลังใจ เป็นสิ่งที่ขัดขวางเป้าหมายของชีวิต นั่นคือ ปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของอาการ จะกระทบต่อความต้องการด้านจิตวิญญาณของคน โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งที่มีทั้งระยะอาการสงบและอาการกำเริบ ซึ่งทำให้มีผลต่อความต้องการด้านจิตวิญญาณ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2549) สอดคล้องกับ Taylor (2006) และ สิดารัตน์ สมัครสมาน (2550) ที่พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของอาการ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็ง ส่วน Coliton (1981) กล่าวว่า ระดับความรุนแรงของโรค และความเครียดเป็นตัวทดสอบการมี

ความหมาย และเป้าหมายในชีวิตคน เช่นเดียวกับ Shaffer (1991) กล่าวว่า ระดับความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดด้านจิตวิญญาณ ส่วน Reed (1987) พบว่า ผู้ป่วยเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ระยะสุดท้ายในโรงพยาบาล มีความต้องการด้านจิตวิญญาณ สูงกว่าผู้ป่วยเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ที่ไม่ใช่ระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลและกลุ่มวัยผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพดี สรุปได้ว่า การรับรู้ความรุนแรงของอาการ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็ง

สัมพันธภาพในครอบครัวกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่งต่อความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ครอบครัวเป็นหน่วยที่มีความผูกพันใกล้ชิด ซึ่งกันและกันในระหว่างสมาชิก การได้รับการประคับประคอง ความรัก ความเข้าใจในสิ่งที่ต้องการจากครอบครัวเมื่อเจ็บป่วย และเป็นหนทางในการสร้างจิตวิญญาณของคน (Hill and Smith, 1990) ผู้ป่วยจะมีสุขภาพกาย สังคม และจิตวิญญาณดีไม่ได้ ถ้าสัมพันธภาพภายในครอบครัวเสื่อมลง จากการศึกษาของ Taylor (2006) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งและครอบครัวที่เป็นคนดูแลจะมีความต้องการด้านจิตวิญญาณเหมือนกัน และจากการศึกษาของ Highfield (1992) พบว่า ผู้ป่วยจัดอันดับให้ครอบครัวมีความสำคัญอันดับแรกในฐานะของผู้ให้การบำบัดด้านจิตวิญญาณ เช่นเดียวกับศรีเรือน แก้วกังวาน (2536) กล่าวอ้างตามทฤษฎีของอิริคสันที่เชื่อว่า ผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพที่ดีกับลูกหลาน จะเป็นผู้สูงอายุที่มีขวัญดี มีความรู้สึกมั่นคงในชีวิต เกิดพลังใจในการเผชิญความเจ็บป่วย ยอมรับความตาย ทำให้มีความหวังในการดำเนินชีวิต ซึ่งความสัมพันธ์ในครอบครัว จะทำให้รู้สึกผูกพันอย่างลึกซึ้งด้วยความรัก ความอาทร และความไว้วางใจ ทำให้ผู้ป่วยมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น หรือสิ่งอื่นระหว่างตนเองกับบุคคลอื่น ซึ่งจะนำไปสู่การมีความหมายชีวิต เช่นเดียวกับการศึกษาของ นุบผา ซอบใช้ (2536) พบว่า ลูก หลาน คู่สมรส จะเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสิ่งที่เป็นความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ เนื่องจากเป็นกำลังใจ ได้เห็นหน้าพูดคุย คอยช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน และคอยช่วยเหลือในภารกิจต่างๆ ที่ให้ความหมายในชีวิตและเป็นจุดมุ่งหมายสูงสุดในชีวิต ดังนั้น สัมพันธภาพในครอบครัว จึงมีความสัมพันธ์ทางลบกับความต้องการด้านจิตวิญญาณ

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เป็นการกระทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันตามความจำเป็นและความต้องการพื้นฐาน เป็นเครื่องชี้วัด

เบื้องต้นของภาวะสุขภาพและความผาสุกในชีวิต (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2547) เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตและทำกิจกรรมในแต่ละวันได้ด้วยตนเอง ดังนั้นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระดับสูง จะแสดงถึงการมีความสามารถในการดำเนินชีวิตที่ดี สามารถดำรงบทบาทของตัวเองได้เหมาะสม รวมทั้งการปฏิบัติในกิจกรรมที่ให้ความหมายในชีวิต เช่น การไหว้พระ การละหมาด ทำให้รับรู้ว่าคุณค่ามีความหวังในการดำรงชีวิต ซึ่ง Hoeman (1996) กล่าวว่า การสูญเสียและข้อจำกัดต่างๆของร่างกายจากการเจ็บป่วยจะทำให้ผู้ป่วยพบกับข้อจำกัดต่างๆในการดำเนินชีวิต ทำให้มีผลกระทบต่อเป้าหมายและความหวัง เช่นเดียวกับ Carven and Hirmler (2003) กล่าวว่า เมื่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลง จะทำให้ระดับจิตวิญญาณมีการเปลี่ยนแปลงด้วยเช่นกัน ดังนั้น ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางลบกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

จากองค์ความรู้ดังกล่าว สามารถสรุปเป็นสมมุติฐานการวิจัย ได้ดังนี้

สมมุติฐานการวิจัย

1. การเข้าร่วมในการปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนา ระยะเวลาของการเจ็บป่วย และการรับรู้ความรุนแรงของอาการ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
2. สัมพันธภาพในครอบครัว และ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์ทางลบกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการเข้าร่วมในการปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนา ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของอาการ สัมพันธภาพในครอบครัว และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยทำการศึกษากับผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งในระยะแพร่กระจาย และได้รับการรักษาแบบประคับประคองในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ศูนย์มหาวิทาลงกรณ์ รัชบุรี จังหวัดปทุมธานี และ อโรคยา ศาล วัดคำประมง จังหวัดสกลนคร จำนวน 120 ราย

ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ การเข้าร่วมในการปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนา ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของอาการ สัมพันธภาพในครอบครัว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และ ความต้องการด้านจิตวิญญาณ

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งอายุ 20-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นมะเร็งระยะแพร่กระจาย ที่มีการกระจายของโรคไปที่อวัยวะสำคัญของร่างกาย คือ สมองและ/หรือปอดและ/หรือตับ อยู่ในระยะที่ 3 และ 4 เป็นต้นไป ไม่มีวิธีการรักษาให้หาย และอาจจะได้รับการพยากรณ์โรคอยู่ได้ไม่เกิน 6 เดือน มีเป้าหมายในการรักษา เพื่อเป็นการประคับประคอง และบรรเทาความทุกข์ทรมาน อันเป็นผลจากโรคและอาการแทรกซ้อนของโรค

ความต้องการด้านจิตวิญญาณ หมายถึง ความปรารถนาที่มีความจำเป็นและลึกซึ้ง เพื่อจะทำให้ชีวิตดีขึ้น และมีพลังในการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ที่ครอบคลุม 7 ด้าน (Taylor, 2006) คือ การมีทัศนคติเชิงบวก การเชื่อมโยงกับศาสนา การที่จะให้และได้รับความรักจากผู้อื่น การทบทวนความเชื่อ การมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต การได้กระทำกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนา และการเตรียมพร้อมสู่ความตาย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ต้องการมีทัศนคติเชิงบวก และต้องการมีความหวัง ความหวังเป็นความคาดหวังหรือเป้าหมายที่สำคัญในทางบวกของชีวิต
2. ต้องการเชื่อมโยงกับศาสนา ซึ่งความต้องการด้านนี้ประกอบด้วยความต้องการที่จะได้ความรักและรับความรัก ความไว้วางใจ การให้อภัย และความสัมพันธ์กับสิ่งนอกเหนือตนเอง ความศรัทธาในพระเจ้า และศาสนา
3. ต้องการที่จะให้และได้รับความรักจากผู้อื่น การจะเข้าใจจิตวิญญาณของบุคคลอื่นได้ดี จะต้องเข้าใจว่าบุคคลนั้นมีความรัก ยอมรับ และให้คุณค่าแก่ตนเองมากน้อยเพียงใด นอกจากการรักตนเองแล้ว ทุกคนยังต้องการเป็นผู้ให้และผู้ได้รับความรักจากผู้อื่น
4. ต้องการทบทวนความเชื่อ คือ การทบทวนความทรงจำในอดีต โดยเปิดโอกาสให้ได้ระบายความทุกข์และความกังวลใจต่างๆ เรื่องขมขื่นใจ อาจฝันร้ายหรือเห็นภาพหลอนจากการกระทำผิด บาปต่างๆ ที่ผ่านมา
5. ต้องการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิตมนุษย์ไม่สามารถอยู่อย่างโดดเดี่ยวได้ ทุกคนต้องการมีความหมายหรืออยู่อย่างมีคุณค่าต่อบุคคลที่ตนรัก หรือทำประโยชน์ให้ตนเองและ

สังคมที่ตนดำรงอยู่ ความเชื่ออาทร ความรัก และความผูกพันของบุคคลในครอบครัว หรือ มิตรสหาย

6. ต้องการได้กระทำกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนา ศาสนาเป็นข้อผูกพันระหว่างชีวิต มนุษย์กับความจริงสูงสุดที่มนุษย์เชื่อและศรัทธา

7. การเตรียมพร้อมสู่ความตาย ต้องการมีสติหรือรู้ตัวก่อนตาย สามารถวัดได้โดยแบบ ประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณของ Taylor คะแนนรวมมาก หมายถึง มีความต้องการด้าน จิตวิญญาณในระดับมาก

การเข้าร่วมในการปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนา หมายถึง ความถี่หรือความบ่อยในการ ที่ผู้ป่วยทำกิจกรรมตามความเชื่อและความศรัทธาในศาสนา ที่เพิ่มขึ้นจากเดิมต่อสัปดาห์ เช่น การสวดมนต์หรือทำละหมาด การทำสมาธิ ปฏิบัติธรรม การไปโบสถ์ การอ่านหนังสือหรือใช้สื่อ ธรรมะต่างๆ เป็นต้น

ระยะเวลาของการเจ็บป่วย หมายถึง จำนวนของเวลาที่นับเป็นจำนวนปีตั้งแต่ผู้ป่วย ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง วัดโดยการนับจำนวนปีตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคมะเร็ง จนกระทั่งถึงวันสัมภาษณ์ ซึ่งใช้ข้อมูลจากบัตรตรวจโรคผู้ป่วยนอก ระยะเวลาของการ เจ็บป่วยที่มีจำนวนเดือนตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป จะนับเป็น 1 ปี

การรับรู้ความรุนแรงของอาการ หมายถึง ความคิด ความเข้าใจของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ระยะเวลาสุดท้าย ที่บ่งบอกถึงความรุนแรงของอาการจากโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งตนเองกำลัง เผชิญในปัจจุบัน สามารถวัดได้โดยใช้แบบวัดความรุนแรงของอาการของ สุมาพร บรรณสาร (2545) คะแนนมาก หมายถึง มีการรับรู้ความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับมาก

สัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง ความผูกพัน ความเกี่ยวข้องกับสถาบันพื้นฐาน ของสังคมที่ประกอบด้วย พ่อ แม่ ญาติพี่น้อง สามีภรรยาและลูก ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย สามารถวัดได้โดยแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวของ สมพร รัตนพันธ์ (2541) คะแนนรวม มาก หมายถึง มีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง การประเมินเกี่ยวกับการ ช่วยเหลือตนเอง ในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาใน

โรงพยาบาล 9 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การช่วยเหลือตนเองในการลุกนั่ง จากที่นอนหรือจากเตียงไปเก้าอี้ การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนย้ายตัวเองในเตียง การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า กางเกง รองเท้า การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ ซึ่งสามารถประเมินได้จากแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของ เพ็ญโพยม เชนสมบัติ (2547) คะแนนรวมมาก หมายถึง มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับสูง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านการปฏิบัติ เป็นข้อมูลพื้นฐานให้บุคลากรผู้ปฏิบัติการพยาบาล และทีมสุขภาพสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนปฏิบัติ และพัฒนาแนวทางการพยาบาลด้านจิตวิญญาณให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละกลุ่มลักษณะต่อไป
2. ด้านการศึกษา เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนของนักศึกษาพยาบาล บุคลากรทางการพยาบาล และบุคคลที่เกี่ยวข้อง ให้มีความเข้าใจในเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
3. ด้านการวิจัย เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย เกี่ยวกับประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความต้องการด้านจิตวิญญาณในกลุ่มผู้ป่วยอื่นต่อไป

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสาร และงานวิจัย ต่างๆ ที่เป็นพื้นฐานของงานวิจัย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
 - 1.1 ความหมายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
 - 1.2 ระยะต่างๆของการใกล้ตาย
 - 1.3 ลักษณะปฏิบัติการตอบสนองต่อความตาย
 - 1.4 ลักษณะอาการและอาการแสดงที่สำคัญของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
 - 1.5 อาการและอาการแสดงทางด้านอารมณ์ จิตวิญญาณ และสติปัญญา ตลอดจน การตอบสนองที่ถูกต้องเหมาะสม
 - 1.6 คุณลักษณะสำคัญของพยาบาลทางด้านจิตวิญญาณ
 - 1.7 บทบาทของพยาบาลในการตอบสนองด้านจิตวิญญาณ
 - 1.8 การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
2. แนวคิดเกี่ยวกับความต้องการด้านจิตวิญญาณ
 - 2.1 ความหมายของความต้องการ
 - 2.2 ความหมายความต้องการด้านจิตวิญญาณ
 - 2.3 องค์ประกอบความต้องการด้านจิตวิญญาณ
 - 2.4 กรอบแนวคิดของ Taylor (2006)
 - 2.5 ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
 - 2.6 การประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณ
3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
4. การประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการด้านจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
5. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

1.1 ความหมายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

มีผู้ให้ความหมายของคำว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้ ดังนี้

พินิจ รัตนกุล (2547) ให้ความหมาย ผู้ป่วยใกล้ตาย หรือผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ ผู้ป่วยมรณะวิถี ที่นับวันตายได้ ผู้ป่วยประเภทนี้มีชีวิตที่เปราะบางมากที่สุด เพราะชีวิตอาจสิ้นสุดลงได้ทุกขณะ

ทัศนีย์ ทองประทีป (2547) ให้ความหมาย ผู้ป่วยในระยะสุดท้าย คือ กลุ่มผู้ป่วยที่มีการทำงานของอวัยวะสำคัญๆ ของร่างกายหลายระบบผิดปกติ สาเหตุอาจเกิดจากอุบัติเหตุ หรือเป็นโรค สาเหตุจากโรคมักเป็นโรคมะเร็ง / โรคเรื้อรัง / หรือโรคติดเชื้อในระยะสุดท้าย

จอนณะจง เพ็งจาด (2546) ให้ความหมาย Palliative care คือ การดูแลผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต ในระยะที่มีการดำเนินของโรค (Active) มีการลุกลาม (Progressive) ในระยะรุนแรง (Far-advance) ที่สามารถมีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน โดยการดูแลมุ่งเน้นการป้องกันและลดความทุกข์ทรมาน และมีคุณภาพชีวิต

วาสนี วิเศษฤทธิ์ (2550) ให้ความหมาย ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะใกล้ตาย คือผู้ป่วยที่เจ็บป่วยมีอาการทรุดลงอย่างรวดเร็ว ไม่ตอบสนองต่อการรักษา และอยู่ในระยะใกล้ตาย เช่น ผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำอะไรได้ หรือผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างรุนแรง และโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

สันต์ หัตถิรัตน์ (2542) ให้ความหมาย ผู้ป่วยที่หมดหวัง คือ ผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคทางกายและ/หรือทางใจ ที่ไม่มีโอกาสจะฟื้นทุกข์ทรมาน และไม่สามารถใช้เวลาที่เหลือในชีวิตของตนให้เป็นประโยชน์แก่ตนเอง และผู้อื่นได้

วนิดา รัตนานนท์ (2550) ให้ความหมาย ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่ป่วยหนัก ไม่สามารถรักษาให้หายได้ อาการทรุดลงเรื่อยๆ และเสียชีวิตในที่สุด เช่น ผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะสุดท้าย ภาวะหัวใจล้มเหลว มะเร็งระยะสุดท้าย เป็นต้น

อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช (2547) ให้ความหมาย ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคลุกลามจนถึงขั้นรักษาไม่หาย และไม่มีแผนการรักษาใดๆ อีกต่อไป นอกจากการดูแลแบบประคับประคองตามอาการจนถึงวาระสุดท้าย

จากความหมายดังกล่าว สรุปได้ว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นมะเร็งระยะแพร่กระจาย ที่มีการกระจายของโรคไปที่อวัยวะสำคัญของ

ร่างกายคือ สมอง และ/หรือปอด และ/หรือตับ อยู่ในระยะที่ 3 และ 4 เป็นต้นไป ไม่มีวิธีการรักษาให้หาย และอาจได้รับการพยากรณ์โรคอยู่ได้ไม่เกิน 6 เดือน มีเป้าหมายในการรักษาเพื่อเป็นการประคับ ประคอง และบรรเทาความทุกข์ทรมาน อันเป็นผลจากโรค และ อาการแทรกซ้อนของโรค เพื่อยืดระยะเวลาการอยู่รอด และคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย

1.2 ระยะต่างๆ ของการใกล้ตาย (Phase of dying)

ระยะที่สำคัญ คือ ช่วงที่รับรู้ข่าวร้ายของความเจ็บป่วยต้องตาย ถึงเวลาที่ตาย เรียกระยะนี้ว่า “ระยะการมีชีวิตอยู่เพื่อรอความตาย (Living-dying interval) ”

Weisman (1972) ได้แบ่งระยะการมีชีวิตอยู่เพื่อรอความตายออกเป็น 3 ระยะคือ

1. ระยะวิกฤตเฉียบพลัน (Acute crisis phase) เป็นระยะที่มีอารมณ์เครียดวิตกกังวลสูงมาก หากสามารถผ่านระยะนี้ไปได้ ผู้ป่วยจะสามารถปรับตัวเข้าสู่ระยะสุดท้ายได้ด้วย ความสงบและเหมาะสม

2. ระยะการมีชีวิตอยู่เพื่อรอความตายเนิ่นนาน (Chronic-living dying phase) ผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ด้วยความหวาดกลัว วิตกกังวล เป็นอย่างมาก ซึ่งลักษณะการกลัวจะมีหลายลักษณะดังนี้

- 2.1 กลัวในสิ่งที่ตนเองไม่รู้ว่าจะเกิดอะไรขึ้น (Fear of unknown)
- 2.2 กลัวการอยู่คนเดียว โดดเดี่ยว (Fear of loneliness)
- 2.3 กลัวความเศร้าโศกเสียใจ (Fear of sorrow)
- 2.4 กลัวการสูญเสียครอบครัวและเพื่อนๆ (Fear of loss of family and friends)
- 2.5 กลัวการสูญเสียร่างกาย (Fear of loss of body)
- 2.6 กลัวเสียการควบคุมตนเอง (Fear of loss of self-control)
- 2.7 กลัวการสูญเสียเอกลักษณ์ของตนเอง (Fear of loss of identity)
- 2.8 กลัวความทรมานและความเจ็บปวด (Fear of suffering and pain)
- 2.9 กลัวการถดถอย (Fear of regression)

3. ระยะสุดท้าย (Terminally phase) ระยะนี้บอกไม่ได้แน่นอน ผู้ป่วยจะเริ่มซึมเฉยอยู่กับตัวเอง เป็นผลจากสภาพร่างกายที่ทรุดลง ผู้ป่วยจะใช้พลังงานน้อยลง เป็นระยะที่ความตายคุกคามผู้ป่วย และครอบครัวจะอยู่ในภาวะที่มีความเศร้าโศกเสียใจในการที่จะต้องพรากจากกัน เนื่องจากความตายได้คืบคลานเข้ามาใกล้ ทำให้เกิดขบวนการเศร้าโศกเสียใจ (Anticipatory

grief) ซึ่งขบวนการดังกล่าวนี้ มีความจำเป็นและเป็นประโยชน์มากในการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการปรับตัวต่อระยะสุดท้ายของโรคได้ดีขึ้น

1.3 ลักษณะปฏิกิริยาการตอบสนองต่อความตาย

ความตายเป็นสัจธรรมของชีวิต เป็นกระบวนการธรรมชาติของสิ่งมีชีวิต ที่ทุกคนจะต้องเผชิญอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (วันดี โภคกุล, 2548) แต่ความรู้สึกรู้สึกที่ทุกคนมีต่อความตายนั้นไม่เหมือนกัน เพราะมีความเข้าใจ มีประสบการณ์ที่เกี่ยวกับความตายที่แตกต่างกัน ดังนั้นปฏิกิริยาต่อความตายแต่ละคนจึงแตกต่างกัน

Kubler-Ross (1969) ได้ศึกษาพฤติกรรมต่างๆของผู้ป่วย เมื่อทราบว่าตนเป็นโรคร้ายหมดหวังที่จะรักษาให้หายและต้องตาย บุคคลจะเกิดปฏิกิริยาทางจิตใจซึ่งแบ่งเป็น 5 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ปฏิเสธและแยกตัว (Denial and isolation) เมื่อผู้ป่วยทราบว่าตัวเองกำลังจะตาย ปฏิกิริยาที่เกิดขึ้น คือ เกิดอาการช็อค และตกใจอย่างรุนแรง และหลังจากนั้นจะปฏิเสธไม่เชื่อการวินิจฉัยของโรค เพื่อให้ความกลัวตายของตนเองลดลง บางคนอาจแยกตัวออกจากสังคม ไม่ยอมพูดเกี่ยวกับโรคร้าย ไม่อยากเผชิญความจริง

ระยะที่ 2 โกรธ (Anger) เมื่อไม่สามารถปฏิเสธความตายได้ ผู้ป่วยจะรู้สึกโกรธ มีทั้งดุร้าย อิจฉาริษยา ต่อต้าน และมีคำถามตลอดเวลา “ทำไมต้องเป็นฉัน” ความโกรธที่เกิดขึ้นไม่ว่าด้วยสาเหตุใด จะกระจายไปรอบด้านโดยไม่เลือกว่าเป็นใคร อาจโกรธโชคชะตา วาสนา เพื่อน ครอบครัว คนรัก สังคม แพทย์ พยาบาล หรือกระทั่งตนเอง

ระยะที่ 3 ตอรอง (Bargaining) ในระยะนี้มีช่วงเวลานั้น ถ้าไม่สังเกตอย่างถี่ถ้วนมักจะมองไม่เห็นกลไกอย่างชัดเจน การตอรองจึงเป็นการคาดหวัง ความปรารถนา ความพยายามขอให้ตนมีชีวิตหรือวิงวอนต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลายที่ตนเชื่อ

ระยะที่ 4 ซึมเศร้า (Depression) ระยะนี้ผู้ป่วยจะรู้สึกเหมือนชีวิตของตนสูญเสียไปหมดทุกอย่าง จะเกิดความรู้สึกห่อเหี่ยว หรือซึมเศร้า เข้ามาแทนที่ ไม่พูดหรือพูดน้อยลง นอกจากนี้อาจเศร้าโศกจากการเตรียมตัวที่จะอำลาจากโลกนี้ไป

ระยะที่ 5 ยอมรับ (Acceptance) เป็นระยะผู้ป่วยยอมรับความสูญเสียของตนเอง ผู้ป่วยจะเหนื่อยและอ่อนเพลีย ในระยะของการยอมรับนี้ผู้ป่วยจะไม่มี ความหวังใดๆ ดุสงบ ไม่เรียกร้อง ไม่กระวนกระวาย การต่อสู้ดิ้นรนก็หมดไป เป็นระยะที่ต้องการพักผ่อน เป็นระยะสุดท้าย ผู้ป่วยจะเริ่มพบกับความสงบทางจิตใจและยอมรับ อาจมีการกล่าวอำลาเป็นครั้งสุดท้าย แต่ผู้ป่วยบางรายไม่ยอมรับความตาย และมีชีวิตอยู่ด้วยความหวังจนกระทั่งเสียชีวิต

1.4 ลักษณะอาการและอาการแสดงที่สำคัญของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (ทิพาพันธ์ ศศิธรเวชกุล, 2533)

1. ตัวเย็น (Coolness) เนื่องจากเลือดไปเลี้ยงส่วนปลายของร่างกายลดน้อยลง ควรให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายผู้ป่วยโดยใช้ผ้าห่มบาง ๆ คลุมให้ ไม่ควรใช้ผ้าห่มไฟฟ้า

2. นอนหลับ (Sleeping) เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงของการเผาผลาญพลังงานของร่างกาย สิ่งที่ต้องทำคือ อยู่ใกล้ ๆ กับผู้ป่วยจับมือของเขาไว้อย่างนุ่มนวล พูดกับเขาด้วยน้ำเสียงที่อ่อนเบาและเป็นธรรมชาติ ใช้เวลาอยู่กับเขาให้มากที่สุด พูดคุยกับเขาเหมือนปกติ แม้ว่าเขาจะไม่แสดงอาการตอบสนองอย่างคิดว่าผู้ป่วยไม่ได้ยินอะไร เพราะการได้ยินจะเป็นประสาทสัมผัสสุดท้ายที่จะสูญเสีย

3. ควบคุมตนเองไม่ได้ (Disorientation) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งจากการเผาผลาญพลังงานที่เปลี่ยนไป ก่อนจะพูดอะไรกับผู้ป่วยควรแสดงตัวโดยบอกให้เขารู้ว่าเป็นใคร ไม่ควรใช้วิธีถามหรือให้คนไข้อย่างเดียว เมื่อต้องการจะทำอะไรให้คนไข้พูดกับเขาด้วยน้ำเสียงนุ่ม ชัดเจน และมีความจริงใจในน้ำเสียง

4. กลั้นอุจจาระปัสสาวะไม่อยู่ (Incontinence) เนื่องจากกล้ามเนื้อที่ควบคุมการขับถ่ายจะหย่อนและคลายตัวควรดูแลเรื่องความสะอาดให้มากเพื่อช่วยให้เขาได้รับความสุขสบาย

5. มีน้ำลายและเสมหะคั่ง (Congestion) จะหายใจครืดคราด มีเสมหะในลำคอ เนื่องจากได้รับสารน้ำน้อย และไม่สามารถไอขับเอาเสมหะออกไปได้ การดูดเสมหะควรทำอย่างนุ่มนวลและถูกวิธี มิฉะนั้นอาจรบกวน ทำให้ผู้ป่วยเจ็บและทุกข์ทรมานได้

6. กระสับกระส่าย (Restlessness) เนื่องจากระดับออกซิเจนในกระแสเลือดที่ไปเลี้ยงสมองลดลง ไม่ควรใช้การผูกมัดผู้ป่วย ควรพูดกับเขาดี ๆ ลูบหน้าผากเบา ๆ อ่านหนังสือเปิดเพลง เปิดเทปธรรมะ หรือสวดมนต์ให้ฟัง

7. ปริมาณปัสสาวะลดลง (Urine decrease) และอาจมีสีแก่จัดเหมือนสีน้ำชา เพราะปัสสาวะมีความเข้มข้นสูง เนื่องจากได้น้ำน้อยและเลือดไปเลี้ยงไตน้อยลง

8. รับประทานอาหารและดื่มน้ำได้น้อยลง (Fluid and food decrease) ผู้ป่วยจะลดความอยากอาหารลง และไม่รู้สึกระหายน้ำ ต้องการอาหารและน้ำเพียงเล็กน้อยเท่านั้น สิ่งที่ได้คือให้อมยิ้มแก้มเล็กน้อย ๆ หรือจิบน้ำผลไม้เล็กน้อย พอให้ปากสดชื่น ชุ่มชื้นก็พอ

9. จังหวะการหายใจเปลี่ยน (Breathing pattern change) หายใจระยะไม่สม่ำเสมอ หายใจแบบ “Cheyne stokes” ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการไหลเวียนของเลือดไปสู่อวัยวะภายในลดน้อยลง จัดศีรษะให้สูงหรือจับนอนตะแคงจะช่วยให้สบายขึ้น จับมือผู้ป่วยไว้และพูดกับเขาอย่างนุ่มนวล

1.5 อาการและอาการแสดงทางด้านอารมณ์ จิตวิญญาณและสติปัญญา ตลอดจนการตอบสนองที่ถูกต้องเหมาะสม (ทิพาพันธ์ ศศิธรเวชกุล, 2533)

1. การแยกตัว (Withdrawal) ผู้ป่วยเริ่มอยู่ภาวะไม่รู้สึกรู้ตัว บ่งบอกว่าเตรียมตัวที่จะละจากโลกนี้ไป จะจากทุกคนที่เกี่ยวข้องไป แต่ต้องไม่ลืมว่าเขาได้ยืมตลอดเวลา พูดกับเขาด้วยน้ำเสียงที่ปกติ ควรบอกว่าใครกำลังพูดด้วย จับมือคนไข้ไว้ พูดอะไรก็ได้ ให้เขาสบายใจต่ออาการที่จะต้องจากไป โดยไม่ต้องเป็นห่วงภาวะผูกพันต่างๆ

2. มองเห็นในสิ่งที่คนอื่นไม่รู้ไม่เห็น (Vision like experiences) คนไข้อาจบอกว่าได้พูดกับคนที่ตายไปแล้ว หรือเล่าว่ามีคนมารับไปดูบ้านใหม่ ที่จะไปอยู่ สิ่งเหล่านี้ไม่ใช่อาการของประสาทหลอน หรือแพ้อาแต่อย่างไร เขาเตรียมจะจะไปอีกภพหนึ่ง ไม่ควรพูดโต้แย้งขัดแย้ง เพราะการที่คุณไม่เห็น ไม่ได้ยิน ไม่ได้แสดงว่าสิ่งที่คนไข้พูดนั้นไม่จริง ยอมรับในสิ่งที่เขาบอก ถ้าคนไข้กลัวหรือตกใจ อธิบายเข่าว่ามันเป็นสิ่งที่ปกติธรรมดาที่อาจเกิดขึ้นได้และพบได้

3. กระสับกระส่าย (Restlessness) คนไข้จะทำอะไรซ้ำๆ และมีอาการกระสับกระส่าย ซึ่งอาจเป็นเพราะว่ายังมีบางสิ่งบางอย่างในใจของเขาที่ยังไม่สามารถแก้ไขหรือทำให้เสร็จเรียบร้อย เขายังมีความเป็นห่วงอยู่ ควรช่วยให้เขาสบายใจ หหมดกังวล วิธีอื่นๆที่อาจใช้ได้ผล เช่น พูดถึงอดีตความสุขที่เขาได้รับ อ่านบทกลอนหรือเรื่องสอนใจให้ฟัง เปิดเพลงที่ฟังนุ่มนวลเบาๆให้ฟัง ให้ความมั่นใจแก่เขาว่า ทุกอย่างจะเรียบร้อยเมื่อเขาจากไป

4. ความอยากอาหารและน้ำลดลง (Fluid and food decrease) ซึ่งบ่งชี้ว่าร่างกายผู้ป่วยเตรียมพร้อมที่จะหยุดทำหน้าที่ ทุกๆ สิ่งแล้ว การช่วยผู้ป่วยทำได้โดยพูดแสดงให้เขารู้ว่าเขาเป็นคนมีค่า มีคุณความดี และคนที่อยู่ข้างหลังจะพยายาม รักษาความดีที่เขาเคยบอกสอนเอาไว้ และช่วยนำไปปฏิบัติต่อไป

5. ไม่อยากพูดคุยกับใคร (Decreased socialization) ไม่ต้องการให้ใครมารบกวนเยี่ยมเยียนในช่วงนี้ ต้องการคนใกล้ชิดสนิทสนมเพียงคนหรือ 2 คน เท่านั้นก็พอ ถ้าได้อยู่กับผู้ป่วยในช่วงนี้ก็จงให้ความมั่นใจ ให้กำลังใจ และให้เขาได้ไปอย่างสงบ

6. ให้เขาไปอย่างสงบ (Giving permission) ไม่ใช่พยายามดึงเขาไว้เพื่อสนองความต้องการของตนเอง หรือทำให้เขารู้สึกผิด ต่อการจะละทิ้งครอบครัวไป ช่วยให้เขารู้สึกว่าเขาจะไปดี และทุกอย่างข้างหลังจะเรียบร้อย

7. การลาจากกันชั่วคราว (Saying good-bye) เมื่อความตายใกล้เข้ามาทำทุกอย่างให้ดีที่สุด แสดงความรักความผูกพันที่มีต่อคนเจ็บ ถ้าอยากจะทำอะไรก็ทำ เพราะเป็นธรรมชาติของการแสดงออกซึ่งการสูญเสีย รักและห่วงใย

1.6 คุณลักษณะสำคัญของพยาบาลทางด้านจิตวิญญาณ (เขาวรัตน์ อินทอง, 2547)

1. พยาบาลจะต้องเป็นผู้ฟังที่ดี (Listening)
2. พยาบาลจะต้องมีความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ (Empathy)
3. พยาบาลต้องมีความอ่อนไหวต่อความรู้สึก (Vulnerability)
4. พยาบาลจะต้องเป็นผู้มีความถ่อมตน (Humility)
5. พยาบาลเป็นผู้มีความมุ่งมั่นในการปฏิบัติงาน (Commitment)

1.7 บทบาทของพยาบาลในการตอบสนองด้านจิตวิญญาณ (วนิดา ศรีวรกุล, 2537)

การดูแลทางด้านจิตวิญญาณ จะต้องประเมินลักษณะธรรมชาติของบุคคลให้สัมพันธ์กับลักษณะของเชื้อชาติ เผ่าพันธุ์ ศาสนา ภาษา วัฒนธรรม ชนบทรรมนิยม ประเพณี ตลอดจนปรัชญาของชีวิต พยาบาลจำเป็นต้องเข้าใจภูมิหลังของผู้ป่วย เพื่อตอบสนองความต้องการได้ตรงตามภูมิหลังของเขาอย่างเหมาะสม ถ้าพยาบาลตอบสนองได้ตรงกับสภาพความเป็นจริงตามความเชื่อ ความศรัทธา ผู้ป่วยย่อมพึงพอใจที่พยาบาลสามารถเข้าใจและปฏิบัติต่อเขาได้ตรงกับที่เขาต้องการ ทำให้เกิดความมั่นใจและไว้วางใจ กิจกรรมพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมีมากมาย ซึ่งใช้ตัวพยาบาลเป็นเครื่องมือสำคัญ เช่น การปรากฏกายของพยาบาลและการสัมผัส การนึ่งเสียง แต่ฟัง และการสังเกต การแสดงความรู้สึกอาทร ร่วมทุกข์ร่วมสุขกับผู้ป่วย การเรียนรู้ และศึกษาไปพร้อมกับผู้ป่วย การเข้าหาผู้ป่วยทันทีที่ต้องการ การสวดมนต์ภาวนาให้ การใช้หนังสือธรรม พระคัมภีร์ สื่อที่เกี่ยวข้องกับศาสนาที่ผู้ป่วยนับถือ การเอื้ออำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในพิธีกรรมทางศาสนา หรือได้มีโอกาสประกอบศาสนกิจ การเปิดโอกาสให้ใช้วัตถุมงคลต่างๆ การเปิดโอกาสให้พระ หรือบุคคลที่สำคัญทางศาสนา ประกอบพิธีกรรมทางศาสนาในหอผู้ป่วย การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยในการแสดงออกถึงความเชื่อทางศาสนาหรือสิ่งยึดเหนี่ยวของตน

พยาบาลควรเลือกใช้กิจกรรมการพยาบาลตามความเหมาะสม และตามสภาพของผู้ป่วย กิจกรรมการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้รับบริการ (Ameling and Povilonis, 2001)

1. การประเมินทางด้านจิตวิญญาณ ควรจะประเมินเป็นข้อมูลประวัติส่วนตัวของผู้รับบริการ และจัดกระทำให้เป็นงานประจำอย่างหนึ่งของพยาบาล ข้อมูลที่สำคัญ คือ วัฒนธรรม

หรือศาสนา มีอิทธิพลต่อชีวิตบุคคล เช่นเดียวกับความเชื่อเฉพาะบุคคล และการปฏิบัติตามศาสนา เป็นต้น

2. การปรากฏกายของพยาบาล หรือการเข้าหาผู้รับบริการ ควรกระทำทันทีที่ผู้รับบริการต้องการ เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความมั่นใจว่าพยาบาลสามารถเป็นที่พึ่งได้ยามที่ต้องการ และพยาบาลควรแสดงถึงความรู้สึกอาทร ร่วมทุกข์ ร่วมสุขกับผู้รับบริการ

3. พยาบาลควรถามผู้รับบริการเกี่ยวกับความเชื่อ และยอมให้ผู้รับบริการพูดถึงความเชื่อของตนอย่างอิสระ โดยมีท่าทีของการยอมรับและให้เกียรติ (Respect and honored) และพยาบาลต้องระวังท่าทีขณะรับฟังด้วย เพราะผู้รับบริการอาจจะไวต่อการแสดงว่า เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยจากพยาบาล

4. การเลือกใช้สื่อหนังสือธรรมะ คัมภีร์ เกี่ยวข้องกับศาสนาที่ผู้รับบริการนับถือ การเอื้ออำนวยความสะดวกให้ผู้รับบริการได้มีส่วนร่วมในพิธีกรรมทางศาสนา หรือได้มีโอกาสประกอบศาสนากิจ เช่น จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการสวดมนต์ภาวนา การเชิญพระหรือบุคคลสำคัญทางศาสนามาพูดคุย การเปิดโอกาสให้ไปวัด โบสถ์ เพื่อประกอบศาสนากิจ เป็นต้น

5. การร่วมสวดมนต์ หรือการสวดมนต์ภาวนาให้ กิจกรรมนี้ต้องระมัดระวัง ใช้นให้เหมาะสมต้องเน้นการกระทำ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รู้สึกว่ามีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจไม่ใช่ให้ผู้รับบริการเกิดความคาดหวังที่ไม่เป็นความจริง เนื่องจากคิดว่าจะเกิดปาฏิหาริย์ จากการที่พยาบาลสวดมนต์ภาวนาให้

6. การเปิดโอกาสให้ใช้วัตถุมงคลต่างๆ หรือสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจสำหรับผู้รับบริการ หากจำเป็นต้องเก็บรักษา ให้พยาบาลระวังอย่าให้สูญหายและเก็บไว้ในที่อันควร

7. การพิทักษ์สิทธิของผู้รับบริการในการแสดงออกถึงความเชื่อทางศาสนา หรือสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจของบุคคล เมื่อการรักษาในสถานบริการทางสุขภาพขัดแย้งกับความเชื่อทางศาสนาหรือสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจของบุคคล ควรหาวิธีการรวมขอมให้มากที่สุด เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถปฏิบัติตามสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ และรับการรักษาพยาบาลได้ถูกต้อง

จากการที่พยาบาลมีความรู้ทางทฤษฎีทางการพยาบาลมากมาย แต่ถ้าการปฏิบัติ นั้นไม่ได้อยู่บนพื้นฐานของจิตวิญญาณของการเป็นพยาบาล การให้การพยาบาลก็เป็นไปได้เพียง การตอบสนองทางด้านร่างกาย จิต สังคม เท่านั้น ดังนั้น การที่จะสัมผัสถึงจิตวิญญาณของผู้ป่วยได้ นั้น พยาบาลต้องมีจิตวิญญาณของการเป็นพยาบาลด้วย เพื่อใช้ในการดูแล ซึ่งพยาบาลสามารถพัฒนาตนเองได้ ดังนี้ (อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม, 2546)

1. พัฒนาตนเองให้เป็นผู้ที่มีภาวะเป็นสุขทางจิตวิญญาณ หมายถึง ภาวะที่เป็นสุข เพราะมีจิตใจที่สูงขึ้น ละเอียดประณีตขึ้น โน้มนำไปในทางที่ดีงาม เป็นศีริมงคล มีปัญญาที่เข้าใจ แยกแยะได้ในเหตุผล ดี ชั่ว บาปบุญคุณโทษ ยึดมั่นในศีลธรรม ความจริง ซื่อสัตย์สุจริต ทั้งทางกาย วาจา ใจ จิตที่ลดละความเห็นแก่ตัวลง เสียสละ เห็นแก่คนอื่น และส่วนรวมมากขึ้น มีความเมตตา อยากให้ผู้อื่นเป็นสุข มีความกรุณา อยากช่วยผู้อื่นให้พ้นทุกข์
2. พัฒนาตนเองให้เป็นผู้มีความรู้ ความเข้าใจในธรรมชาติของบุคคลโดยรวม ให้เข้าใจโครงสร้างทั้งในส่วนร่างกาย จิตสังคัม และจิตวิญญาณซึ่งสิ่งเหล่านี้จะฟอร์มบุคลิกภาพ ให้แตกต่างกันไป พยาบาลจะต้องสำรวจความรู้สึกนึกคิดของตัวเอง ทำความเข้าใจกับศาสนาและความรู้สึกนึกคิดในเรื่องชีวิต ตอบคำถามของการค้นหาความหมายของชีวิตให้ได้ และยอมรับว่าจิตวิญญาณเป็นพลังหรือแรงผลักดันของชีวิตที่สำคัญในการดำเนินชีวิต
3. เข้าใจและยอมรับพฤติกรรมตามธรรมชาติของบุคคลในยามปกติและยามเจ็บป่วย
4. พยาบาลจำเป็นต้องเข้าใจในวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณี ภาษา และศาสนาที่ ผู้ป่วยนับถือ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ตรงตามภูมิหลังของเขาอย่างเหมาะสม
5. พยาบาลจะต้องยอมรับขีดจำกัดของตนเอง และจะต้องศึกษาเพิ่มเติมเมื่อขาดความรู้
6. พัฒนาตนเองให้เป็นผู้ที่มีทักษะการสื่อสาร เนื่องจากพยาบาลต้องใช้ทักษะการสื่อสาร อย่างมากพยาบาลต้องฟังและสังเกตผู้รับบริการอย่างระมัดระวัง เนื่องจากภาวะจิตวิญญาณของบุคคลมีลักษณะเฉพาะ และมีความละเอียดอ่อนมาก

1.8 การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายนั้นมีความทุกข์ทรมาน มีปัญหาด้านร่างกายและจิตใจ ต้องการดูแลอย่างใกล้ชิดจากทีมสุขภาพ พยาบาลจึงควรตระหนักถึงบทบาทของตนเองในการให้การพยาบาลแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตสังคัม และจิตวิญญาณ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ยอมรับและเผชิญสถานการณ์ต่างๆได้อย่างสงบ (นุจรินทร์ ลภันทกุล, 2543; อุดล จ้วงพานิช, 2544; วรี เตือนดาว, 2547) นอกจากนี้ลักษณะงานของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อน และมีปัญหาที่ซับซ้อน พยาบาลจึงต้องมีทัศนคติทางบวกต่อความตาย คือ ต้องเข้าใจว่าความตาย คือ กระบวนการตามธรรมชาติของชีวิต รวมทั้งต้องเข้าใจและยอมรับในพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วย เข้าใจในหลักจริยธรรมพื้นฐาน

ร่วมกับหลักคุณธรรม ที่จะช่วยให้พยาบาลมีกรอบแนวคิด วิจรรณญาณ และ มีเหตุผล เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ (ทศนีย์ ทองประทีป, 2548)

คุณสมบัติของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้น พยาบาลจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจทฤษฎีที่เกี่ยวข้องของภาวะจิตใจ และอารมณ์ รวมทั้งมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่ใกล้ตาย และมีทักษะด้านต่างๆ ประกอบด้วย (วงเดือน เขียมสกุล, 2540)

1. มีทักษะในการสื่อสาร และความเข้าใจความรู้สึกของตนเองและผู้ป่วย
2. มีความรู้ด้านบุคคล และเข้าใจภาวะความทุกข์โศก และการสูญเสีย
3. ไวต่อความรู้สึก และมีความเห็นอกเห็นใจ
4. สามารถอยู่กับผู้ป่วยตามลำพังเฉยๆ ได้ เช่น นั่งข้างๆ จับมือผู้ป่วย
5. ตระหนักถึงความแตกต่างของบุคคลแต่ละครอบครัว

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย องค์ประกอบของการรักษาพยาบาลแบบองค์รวม อาจกล่าวได้ว่าควรประกอบไปด้วย (สิวลี ศิริไล, 2542)

1. การร่วมมือและประสานงานกันจากหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ผู้ให้การรักษา พยาบาลประจำผู้ให้การดูแลช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วย พระสงฆ์หรือผู้รู้ทางศาสนาที่ฝ่ายผู้ป่วยนับถือ บางกรณีอาจมีนักสังคมสงเคราะห์ จิตแพทย์ และนักกฎหมายมาเกี่ยวข้อง โดยที่ทุกๆ ฝ่ายช่วยให้ผู้ป่วยบรรลุสิ่งที่ต้องการในวาระสุดท้ายของชีวิต องค์ประกอบประการแรกนี้เรียกว่า Multi disciplinary team

2. การให้การรักษาตามอาการ และการให้การพยาบาลขั้นพื้นฐานเมื่ออาการของโรคได้ทรุดลงตามลำดับ จนถึงขั้นที่หมดหวังจากการดีขึ้น หรือคืนสู่สภาพที่ดีตามปกติ ความตาย เป็นสิ่งที่ต้องได้รับการมองอย่างเหมาะสม และได้รับการปฏิบัติ ที่ช่วยให้เป็นความตายที่สงบ ดังนั้นกรณีของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เกิดความทุกข์ทรมานจากอาการของโรค เช่น เจ็บปวด หายใจไม่ได้ นอนไม่หลับ สิ่งที่ผู้ป่วยพึงได้รับคือ บำบัดอาการเหล่านี้ตามอาการ (Symptomatic treatment) การพยายามลดเสียงด้วยเทคโนโลยี หรือวิธีการที่นอกเหนือไปจาก primary care หากไม่เกิดประโยชน์อะไรก็ไม่ควรทำ ครอบครัวของผู้ป่วยควรได้รับคำอธิบายและมีความเข้าใจต่อเรื่องนี้ โดยไม่พยายามลดเสียงหรือเหนียวรั้ง อันเป็นการเพิ่มความทุกข์เวทนา และเพิ่มปัญหาทางเศรษฐกิจ

3. ช่วยประคับประคองจิตใจของครอบครัวผู้ป่วย การรู้ข่าวของความตายของผู้ป่วยนั้นเป็นความทุกข์ ความสูญเสีย ความเศร้าหมอง แต่การที่ครอบครัวได้รับความเห็นใจ ได้รับคำแนะนำ คำเตือน ให้เตรียมการในบางเรื่องก็จะสามารถช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยไม่รู้สึก ว่าแห้ว หรือถูกทอดทิ้ง

4. ค่านิยมส่วนตัวทางวัฒนธรรมประเพณี ความเชื่อทางศาสนาเป็นสิ่งที่แยกกันไม่ออกจากตัวมนุษย์ การให้การดูแลแบบองค์รวม คือมองผู้ป่วยแต่ละคนตามสภาพความเป็นจริงของแต่ละบุคคล ผสมผสานความรู้ทุกๆด้าน มาใช้กับผู้ป่วยและครอบครัวแต่ละรายเป็นสิ่งสำคัญเหนือสิ่งอื่นใด

Kastenbaum (1992) ได้พัฒนามาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายขึ้น ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การดูแลผู้ป่วย

1.1 ให้การตอบสนองของความต้องการตามสิทธิที่พึงจะได้รับ ดำรงบุคลิกภาพและแบบแผนชีวิตในฐานะบุคคล ไม่ทำลาย หรือรบกวนศักยภาพความเป็นบุคคลของผู้ป่วยด้วยกิจวัตรประจำวัน และกฎระเบียบต่างๆ ของโรงพยาบาล

1.2 ให้การรักษาพยาบาล เพื่อบรรเทาอาการต่างๆ โดยไม่คำนึงถึงว่าผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่อีกนานเท่าใด เพราะผู้ป่วยยังต้องการปฏิบัติกิจกรรม หรือให้อวัยวะต่างๆ ได้ทำหน้าที่ตามความสามารถ

1.3 ควบคุมความเจ็บปวด เพื่อให้ผู้ป่วยทนทุกข์ทรมานน้อยที่สุด ซึ่งมีความสำคัญมากสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย

1.4 บอกเล่าข้อมูลอย่างเหมาะสมและชัดเจน เพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิต อยู่ด้วยความเต็มใจ

1.5 สร้างความรู้สึกที่มั่นคงปลอดภัยให้กับผู้ป่วยต่อการดูแลที่ได้รับ ให้การติดต่อสื่อสารด้วยความรู้สึกที่อบอุ่น แสดงออกซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสม

1.6 ให้โอกาสให้ผู้ป่วยได้เตรียมตัว เตรียมใจ หรือได้ล่ำลาบุคคลที่สำคัญของเขา

1.7 ให้โอกาสให้ผู้ป่วยได้มีประสบการณ์ในช่วงสุดท้ายของชีวิตตามวิถีทางที่ให้ความหมายและคุณค่าแก่เขา เลือกรับอยู่กับบุคคลที่เขาต้องการ กระทำในสิ่งที่ปรารถนาซึ่งขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน

2. การดูแลครอบครัว

2.1 ให้โอกาสสมาชิกครอบครัวได้แลกเปลี่ยนหรือแสดงความรู้สึกเกี่ยวกับความตายกับทีมสุขภาพ ให้เวลา และร่วมรับรู้ต่อความรู้สึกของญาติด้วย

2.2 ให้โอกาสครอบครัวได้อยู่กับผู้ป่วยเป็นการส่วนตัว ขณะที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ขณะที่ใกล้ตาย และเมื่อผู้ป่วยสิ้นใจทันที เพื่อปฏิบัติกิจกรรมตามประเพณี หรือตามความเชื่อทางศาสนา และให้โอกาสญาติได้ระบายความรู้สึกเศร้าเสียใจตามกระบวนการความโศกเศร้า

3. การดูแลทีมสุขภาพ

3.1 ให้สมาชิกทีมสุขภาพแต่ละคนมีเวลาเพียงพอในการสร้างและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพกับผู้ป่วย

3.2 จัดให้มีหน่วยงานสนับสนุน หรือมีระบบเกื้อหนุนทีมสุขภาพ (Support network) และมีสถานที่สำหรับบุคคลในการผ่อนคลาย ระบายความรู้สึกและให้กำลังใจแก่กัน

ทัศนีย์ ทองประทีป (2547) ได้กล่าวถึงบทบาทของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

1. พยาบาลต้องตระหนักว่าชีวิตมนุษย์ มีคุณค่าและมีความหมายมาก การปฏิบัติ การพยาบาลจึงควรกระทำด้วยความเคารพในชีวิต และศักดิ์ศรีมนุษย์เสมอ

2. พยาบาลต้องระลึกอยู่เสมอว่าเป้าหมายการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือการช่วยบรรเทาอาการไม่สุขสบายของผู้ป่วยให้มากที่สุด ทุกกิจกรรมพยาบาลต้องเกิดประโยชน์สูงสุด และเกิดโทษ (เจ็บปวด) น้อยที่สุดแก่ผู้ป่วย

3. พยาบาลควรดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยคุณภาพการดูแลแบบเดียวกับที่พยาบาลตั้งใจ จะปฏิบัติต่อบุคคลที่ตนรักหรือญาติของตนเอง

4. เปิดโอกาสให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากที่สุด และญาติควรได้รับทราบข้อมูลที่จำเป็น เช่น อาการเปลี่ยนแปลง ของผู้ป่วย การดำเนินของโรคและค่าใช้จ่าย ในการรักษาเป็นระยะๆ

5. ให้ความร่วมมือกับญาติผู้ป่วยกรณีผู้ป่วยต้องการพบพระสงฆ์ บาทหลวง ผู้นำศาสนาหรือต้องการประกอบพิธีทางศาสนาตามความเชื่อ โดยจัดสิ่งแวดล้อมให้มีความเหมาะสม และเป็นส่วนตัว

6. การทำงานร่วมกับสหวิชาชีพ พยาบาลต้องมีความหมายของวิชาชีพอย่างชัดเจน คุณภาพการดูแลขึ้นอยู่กับคุณภาพการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ทุกฝ่าย การให้เกียรติและการยอมรับระหว่างวิชาชีพ จะช่วยลดความขัดแย้งในการทำงานลงได้มาก

7. จัดระดับความสำคัญของปัญหาพร้อมกัน วางแผนงานว่าปัญหาใดควรกระทำก่อนหรือหลัง

8. มีการประชุมเพื่อให้คำแนะนำปรึกษา และให้กำลังใจกัน ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดในการปฏิบัติงาน ให้ทุกฝ่ายได้มีโอกาสระบายความรู้สึกเพื่อร่วมกันแก้ไข้ปัญหา

9. ตั้งเป้าหมายในการทำงานของตนเองให้มีความชัดเจน อย่าคาดหวังในสิ่งที่ไม่สามารถจะทำได้ เรียนรู้และทำในสิ่งที่ทำได้ และมีความสามารถอุทิศตนให้กับงาน แต่ก็ต้อง

ประเมินข้อจำกัดของตนเอง อย่างละเอียดที่จะส่งต่อผู้ป่วยให้อยู่ในความดูแล ของผู้ร่วมวิชาชีพอื่น หรือหยุดพักไปสักระยะหนึ่ง

10. แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการทำงานกับผู้อื่นไม่เป็นทางการและหาโอกาสเข้าร่วมประชุมสหวิชาชีพ เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ อภิปรายปัญหาในการดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยตายอย่างกะทันหัน การเผชิญสถานการณ์ที่ยากลำบาก เพื่อการช่วยเหลือผู้ป่วยบางราย อาจทำให้พยาบาลอ่อนแอลงทั้งร่างกายและจิตใจ จะก่อให้เกิดอาการท้อแท้ในการทำงานได้ง่าย การได้รับคำปรึกษาจากจิตแพทย์ก็จะช่วยให้พยาบาลเข้าใจกลไกทางจิตของตนเอง และเกิดการพัฒนาทางด้านความคิด

11. ตั้งเป้าหมายในชีวิตส่วนตัว และเป้าหมายในชีวิตการทำงาน คิดอย่างสร้างสรรค์และก้าวไปตามเป้าหมายนั้น จะช่วยให้อยู่ในวิชาชีพได้ดี

12. ดูแลสุขภาพตนเอง หมั่นออกกำลังกาย หาวิธีผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีการต่างๆ สร้างความแข็งแกร่งให้จิตวิญญาณ ด้วยวิธีที่หลากหลาย พยาบาลเป็นผู้ใกล้ชิดและมีหน้าที่โดยตรงในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายพยาบาลจะต้องตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยให้ครบองค์รวม จึงจะช่วยให้อาการผู้ป่วยระยะสุดท้ายพบกับความสุข และช่วยให้อาการผู้ป่วยอย่างสงบและสมศักดิ์ศรี พยาบาลจำเป็นที่จะต้องใช้ความรู้ ความสามารถ ทุ่มเทกำลังใจและมีความตั้งใจการดูแลผู้ป่วยและญาติ งานบริการของพยาบาลจึงมีความแตกต่างจากบริการอื่นๆ พยาบาลจำนวนไม่น้อย ที่คิดว่าการพยาบาลเป็นงานที่พยาบาลได้เรียนรู้สัจธรรมของชีวิตจากเพื่อนมนุษย์ สักวันหนึ่งพยาบาลก็ต้องเผชิญกับการเจ็บป่วย การสูญเสีย และการตาย เช่นเดียวกับผู้ป่วย และพยาบาลก็ปรารถนาที่จะได้รับการดูแล เพื่อให้การตายของตนเองนั้นเป็นการตายที่สงบและปราศจากความเจ็บปวดเช่นเดียวกับผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยเช่นกัน

2. แนวคิดเกี่ยวกับความต้องการด้านจิตวิญญาณ

2.1 ความหมายของความ ต้องการ

ความต้องการเป็นสิ่งที่เกิดตามธรรมชาติมีอยู่ในตัวของบุคคลทุกคน ซึ่งความต้องการจะเป็นกระบวนการที่มีความต่อเนื่องตั้งแต่เกิดจนตาย และจะมีความต้องการทั้งในเวลาปกติ และเมื่อเจ็บป่วย (สุชา จันทน์เอม, 2543) มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการและได้ให้ความหมายความต้องการไว้ดังนี้

Hampe (1975) ให้ความหมายของความต้อการไว้ว่า เป็นความประสงค์ของบุคคล ถ้าได้รับการตอบสนองจะช่วยลดความไม่สบายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้เกิดความสุขในชีวิต

Wingate and Leckey (1989) กล่าวว่า ความต้อการคือ แรงกระตุ้นที่ก่อให้เกิด การปรับการรับรู้ถึงสิ่งที่ขาดไปให้เข้าสู่ภาวะสมดุล

Ellis and Nowlis (1994) ให้ความหมายของความต้อการไว้ว่า เป็นความประสงค์ของบุคคลในสิ่งต่างๆเพื่อให้บุคคลมีความสามารถในการทำหน้าที่ของตนเองได้อย่างดีที่สุด

Taylor (2006) กล่าวว่า ความต้อการเป็นความปรารถนาบางสิ่งบางอย่างที่มีความ จำเป็น เพื่อการคงไว้ซึ่งความสมดุลของชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ

จากความหมายของความต้อการที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า ความต้อการเป็น ความประสงค์ ความปรารถนา เป็นสิ่งที่บุคคลอยากได้รับ เพื่อลดความไม่สุขสบายทั้งทางร่างกาย และจิตใจ ทำให้บุคคลสามารถทำหน้าที่ของตนเองได้อย่างดีที่สุด เพื่อให้เกิดการเข้าสู่ภาวะสมดุลใน ชีวิตและเกิดความสุขในชีวิต

2.2 ความหมายความต้อการด้านจิตวิญญาณ

ความต้อการด้านจิตวิญญาณ Henderson ที่เป็นผู้เริ่มต้นให้คำนิยามว่า ความต้อการด้านจิตวิญญาณ หมายถึง ความต้อการที่จะปฏิบัติกิจกรรมด้านศาสนาที่ตนเอง นับถือ หรือความต้อการที่จะปฏิบัติในสิ่งที่ตนเองเชื่อว่าเป็นสิ่งดี และหลีกเลี่ยงสิ่งที่ชั่ว Bernard Matray อธิบายขยายความหมายของความต้อการด้านจิตวิญญาณของ Henderson โดยกล่าวว่า ความต้อการด้านจิตวิญญาณ เป็นสิ่งที่มีอยู่ในมนุษย์ ในฐานะที่มนุษย์เป็นผู้นับถือศาสนา ซึ่งศาสนาผูกมัดให้เขาปฏิบัติในสิ่งต่างๆ ที่ได้รับการยอมรับจากประเพณี นอกจากนั้นความ ต้อการด้านจิตวิญญาณยังเกี่ยวกับมนุษย์ตัดสินใจกระทำ ซึ่งเป็นเรื่องเกี่ยวกับความดีและความชั่ว ทั้ง 2 สิ่งมีอิทธิพลต่อมิติแห่งความเป็นมนุษย์ที่แท้จริงในมนุษย์ทุกคน ที่พวกเขาจะต้อง บรรลุถึง ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วย หรือบุคคลที่มีสุขภาพดีก็ตาม ดังนั้นเราจะสังเกตเห็นว่าความ ต้อการด้านจิตวิญญาณ โดยปกติมักจะรวมถึงความต้อการด้านศาสนา แต่ไม่ใช่จำกัดขอบเขต อยู่แค่ความต้อการด้านศาสนาเท่านั้น แต่ยังหมายถึงความต้อการในการแสวงหา ความหมายของชีวิต จากการปฏิบัติศีลธรรมที่ตนเองยึดมั่นด้วย (เชิดชัย เลิศจิตรเลขา, 2547) มีผู้ศึกษาและให้ความหมายของความต้อการด้านจิตวิญญาณไว้ดังนี้

Highfield and Carson (1983) ให้ความหมาย ความต้องการด้านจิตวิญญาณ หมายถึงความประสงค์ใน 4 ด้านคือ ความประสงค์ที่เกี่ยวกับการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต ความประสงค์เกี่ยวกับความรัก ความประสงค์เกี่ยวกับความรักผู้อื่น และความประสงค์เกี่ยวกับความหวังและสิ่งที่สร้างสรรค์

Ross (1997) ให้ความหมาย ความต้องการด้านจิตวิญญาณ มีความหมาย กว้างขวางประกอบด้วย ความต้องการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต ต้องการความรัก การให้อภัย ความหวังและการสร้างสรรค์ ความรู้สึกพึงพอใจ และความสะดวกสบาย

วงรัตน์ ไสสุข (2544) ให้ความหมาย ความต้องการด้านจิตวิญญาณ หมายถึง ความประสงค์ ความปรารถนา ที่จะกระตุ้นให้เกิดการแสวงหา หรือดำเนินวิธีการทำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อการได้มาซึ่งการตอบสนองของความต้องการ

Murray et al. (2004) ให้ความหมาย ความต้องการด้านจิตวิญญาณว่า คือความ ต้องการปรารถนา และความคาดหวังที่มนุษย์มีเพื่อค้นหาความหมาย จุดมุ่งหมาย และคุณค่าในชีวิต

Taylor (2006) ให้ความหมายความต้องการด้านจิตวิญญาณ หมายถึง ความปรารถนาที่มีความจำเป็น เพื่อจะหาความหมายในชีวิต ความมีคุณค่า ความมีชีวิตจิตใจ หลักการของชีวิต มีอุดมการณ์ ค่านิยม และมีพลังในการดำเนินชีวิต การมีทัศนคติเชิงบวก การมีความหวัง การได้รับความรักจากผู้อื่นและการให้ความรักผู้อื่น ความศรัทธาทางศาสนาและทำ กิจกรรมให้จิตใจเข้มแข็ง การเตรียมพร้อมสู่ความตาย

สรุปได้ว่า ความต้องการด้านจิตวิญญาณ หมายถึง ความปรารถนาที่มีความจำเป็น ที่ลึกซึ้ง ที่จะทำให้ชีวิตดีขึ้น มีพลังในการดำเนินชีวิต เพื่อจะหาความหมายในชีวิต ความมีคุณค่า ความมีชีวิตจิตใจ หลักการของชีวิต มีอุดมการณ์ ค่านิยม และมีพลังในการดำเนินชีวิต การมี ทัศนคติเชิงบวก การมีความหวัง การได้รับความรักจากผู้อื่นและการให้ความรักผู้อื่น ความศรัทธา ทางศาสนาและทำกิจกรรมให้จิตใจเข้มแข็ง การเตรียมพร้อมสู่ความตาย

2.3 องค์ประกอบความต้องการด้านจิตวิญญาณ

ความต้องการด้านจิตวิญญาณ เป็นความต้องการเกี่ยวกับตนเอง เป็นความต้องการ ที่ลึกซึ้ง (Carven and Hirle, 2003) และเป็นความต้องการที่จะพัฒนาขึ้นบนพื้นฐานทางจิต และเห็นได้ชัดเจนเมื่อบุคคลตกอยู่ในอันตรายหรืออ่อนแอ (ลอบ ดันติศิริรินทร์, 2533) โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อยามเจ็บป่วย บุคคลมักมีความต้องการด้านจิตวิญญาณเป็นพิเศษ เพื่อเป็นความหวังและกำลังใจ หรือการต่อรองอื่นๆ อาจเป็นปาฏิหาริย์จากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ หรือ พระผู้เป็นเจ้า ที่นอกเหนืออำนาจการดลบันดาลของมนุษย์ธรรมดาที่จะทำได้ (ทัศนีย์

ทองประทีป, 2549) และเมื่อบุคคลค้นพบแล้ว จะทำให้บุคคลนั้นสามารถทำหน้าที่ของตนที่เต็มไปด้วยความหมายและจุดมุ่งหมาย (จิราพร เพิ่มเยาว์, 2547) บุคคลทุกคนมีความต้องการด้านจิตวิญญาณ ไม่ว่าจะนับถือศาสนาใดหรือแม้คนไม่มีศาสนา (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2549; เต็มศักดิ์ ฝรั่งศรี, 2548; Taylor, 2006) การตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณนั้น เป็นด้านที่ถูกพบว่าถูกเพิกเฉยและถูกละเลย (Highfield and Carson, 1983) ได้มีผู้ศึกษาและรวบรวมความต้องการด้านจิตวิญญาณไว้มากมาย ดังนี้

Highfield and Carson (1983) แบ่งความต้องการด้านจิตวิญญาณเป็น 4 ด้าน และยกตัวอย่างพฤติกรรมที่เหมาะสมที่แสดงออก ดังนี้ 1) ความต้องการความหมายและจุดมุ่งหมายในชีวิต พฤติกรรมที่เหมาะสมที่แสดงออก คือการดำเนินชีวิตยึดค่านิยมของตนเอง การแสดงออกถึงความต้องการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของศาสนา 2) ความต้องการแบ่งปันความรัก พฤติกรรมที่แสดงออกคือ แสดงความรักผู้อื่น โดยการกระทำแสวงหาส่วนที่ดีของบุคคลอื่น 3) ความต้องการได้รับความรัก โดยแสดงออกถึงความรู้สึกที่ตนได้รับความรักเมตตาจากผู้อื่น และพระเจ้าเป็นเจ้า 4) ความต้องการความหวังและการสร้างสรรค์ พฤติกรรมที่แสดงออกคือการตั้งเป้าหมายในชีวิตที่พอเหมาะพอควร และมีความเป็นไปได้ เช่นเป้าหมายด้านสุขภาพ

Highfield (1992) ได้พัฒนาและศึกษาความต้องการด้านจิตวิญญาณ และได้ลดความต้องการจากเดิม 4 ด้านเหลือเพียง 3 ด้าน คือ 1) ด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต โดยมีการยอมรับในตนเอง มีความผูกพัน ความไว้วางใจตนเอง 2) ด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งแวดล้อมและสิ่งนอกเหนือตน เช่น พระเจ้า สิ่งที่เคยร่ำพิศมัย ซึ่งเป็นลักษณะของความศรัทธา ความรัก ความไว้วางใจ และ 3) ด้านการให้อภัย โดยไม่มีเงื่อนไขใดๆ ต้องการมีความหวัง ซึ่งเป็นความต้องการตามจินตนาการ เพื่อให้ตนเองได้พบกับสิ่งที่ดีและมีชีวิตที่ดีขึ้น

Ross (1995) ได้แบ่งความต้องการด้านจิตวิญญาณเป็น 3 ด้าน คือ 1) ด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต 2) ต้องการมีความหวังในการมีชีวิตอยู่ 3) ต้องการมีความเชื่อและความศรัทธาในตนเอง บุคคลอื่น และ พระเจ้า

Herman (2001) ที่แบ่งความต้องการด้านจิตวิญญาณเป็น 6 ด้าน คือ 1) ความต้องการเกี่ยวกับศาสนา ได้แก่ ต้องการสวดมนต์ขอให้ตนเองเข้มแข็ง ต้องการอ่านคัมภีร์ทางศาสนา ต้องการใช้ศาสนาเป็นแนวทาง ในการดำเนินชีวิตและเป็นแรงบันดาลใจ ต้องการไปประกอบพิธีทางศาสนาที่โบสถ์ ต้องการร้องเพลงและฟังดนตรีทางศาสนา 2) ต้องการมีความสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคคลอื่นๆ ได้แก่ บุคคล ครอบครัว เพื่อนๆ เด็กๆ บุคคลทั่วไป และต้องการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลเหล่านั้น 3) ต้องการเกี่ยวกับตนเองและการควบคุมตนเอง

โดยต้องการเลือกและตัดสินใจชีวิตด้วยตนเอง ต้องการรับทราบข้อมูลที่จำเป็น ต้องการอิสรภาพ ต้องการมีสิ่งของต่างๆ ที่จำเป็นในการดำรงชีพ ต้องการมีส่วนร่วมกับครอบครัว และต้องการได้รับความช่วยเหลือกับบุคคลอื่น ๆ 4) ต้องการทำธุรกิจของตนให้เสร็จสิ้น โดยได้คิดทบทวนว่าชีวิตที่ผ่านมาได้ทำอะไรไปบ้างแล้ว ต้องการทำหน้าที่ของตนให้เสร็จสิ้นสมบูรณ์ ต้องการมองย้อนกลับตั้งแต่อดีตมาสู่ปัจจุบัน และต้องการเก็บความรู้สึกที่ดีไว้ 5) ต้องการสัมผัสกับธรรมชาติ ต้องการออกไปสู่อากาศนอก 6) ต้องการพบเห็นแต่สิ่งที่ดีๆ เช่น เห็นรอยยิ้ม ได้ยินเสียงหัวเราะ ทำให้เกิดความสบายใจในการดำเนินชีวิตในแต่ละวัน

Nolan and Crawford (1997) แบ่งความต้องการด้านจิตวิญญาณเป็น 4 ด้าน คือ 1) มีความเกี่ยวข้องกับตนเอง 2) มีความเกี่ยวข้องกับผู้อื่น 3) มีความเกี่ยวข้องกับสิ่งนอกเหนือตัวตน 4) เป็นส่วนหนึ่งในกลุ่ม

Taylor (2006) แบ่งความต้องการด้านจิตวิญญาณเป็น 7 ด้าน คือ 1) ต้องการมีทัศนคติเชิงบวกและต้องการมีความหวัง 2) ต้องการเชื่อมโยงกับศาสนา 3) ต้องการที่จะให้และได้รับความรักจากผู้อื่น 4) ต้องการทบทวนความเชื่อ 5) ต้องการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต 6) ต้องการปฏิบัติตามกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนา 7) การเตรียมพร้อมสู่ความตาย

ในการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดความต้องการด้านจิตวิญญาณของ Taylor (2006) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในงานวิจัย เนื่องจากแนวคิดของ Taylor มีความสอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และครอบคลุมความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ส่วนท่านอื่นความต้องการด้านจิตวิญญาณมีองค์ประกอบเป็นสากลทั่วไป

2.4 ความต้องการด้านจิตวิญญาณตามกรอบแนวคิดของ Taylor (2006)

มนุษย์ทุกคนมีความต้องการด้านจิตวิญญาณ และความต้องการด้านจิตวิญญาณนั้นมีผู้เชี่ยวชาญสุขภาพแบ่งกลุ่มอย่างหลากหลาย แต่โดยทั่วไปจะมีองค์ประกอบของความต้องการสากล เช่น ความต้องการที่จะรักและถูกรัก มีความสำคัญ มีจุดมุ่งหมาย มีความหวัง มีคุณค่า มีความเข้าใจ และอื่นๆ เมื่อความต้องการด้านจิตวิญญาณไม่เป็นที่พึงพอใจจะก่อให้เกิดความทุกข์หรือความกังวลใจ แม้จะมีงานวิจัยจากประสบการณ์ส่วนมากที่อธิบายถึงความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งและครอบครัว แต่มีเพียงส่วนน้อยที่รู้จักความต้องการนี้ ผู้ป่วยจำนวนน้อยที่รู้ว่า ปัจจัยอะไรบ้างที่เกี่ยวข้องกับความต้องการด้านจิตวิญญาณ ในงานวิจัยของ Taylor (2006) ได้ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยมะเร็งและครอบครัวที่มีทัศนคติต่อความต้องการด้านจิตวิญญาณอย่างไร ปัจจัยทางสังคมประชากร และปัจจัยทางคลินิก อะไรบ้างที่เกี่ยวข้องกับประเภทและจำนวนความต้องการความต้องการด้านจิตวิญญาณ Taylor (2006) ได้ให้คำนิยาม

ความต้องการด้านจิตวิญญาณไว้ว่า ความปรารถนาที่มีความจำเป็น และความคาดหวังที่มนุษย์มี เพื่อค้นหาความหมาย จุดมุ่งหมาย และคุณค่าในชีวิต นิยามนี้แสดงให้เห็นว่า มนุษย์ทุกคนมีแนวทางในการเลือกที่จะเชื่อในสิ่งที่ให้ความหมายและจุดมุ่งหมาย โดยอาจคำนึงถึงหรือไม่คำนึงถึงศาสนาก็ได้ มีผู้เขียนหลายท่านมีข้อเสนอว่า ความต้องการด้านจิตวิญญาณแสดงออกในระดับที่แตกต่างกัน กล่าวคือ ความต้องการด้านจิตวิญญาณแสดงให้เห็นว่า คนผู้นั้นสัมพันธ์กับตนเอง ผู้คนรอบข้าง และสิ่งแวดล้อมรอบตัวอย่างไร ความต้องการด้านจิตวิญญาณภายในบุคคล ประกอบไปด้วยความต้องการที่จะมีจุดมุ่งหมาย ความหวัง และสิ่งเร้าที่ดี ความต้องการด้านจิตวิญญาณ ระหว่างบุคคลประกอบด้วย ความต้องการที่จะให้อภัยและได้รับการให้อภัย และได้รับรักและได้รับความรักจากผู้อื่น ความต้องการที่จะเชื่อมโยงและบูชาผู้สูงสุด (พระเจ้า) Taylor (2006) ได้แบ่งความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งเป็น 7 ประเภท ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ต้องการมีทัศนคติเชิงบวก และต้องการมีความหวัง (Need for positivist and hope) ความหวังเป็นความคาดหวังหรือเป้าหมายที่สำคัญในทางบวกของชีวิต การมีความหวังทำให้ชีวิตมีความสุข (Taylor, 2006) ความหวังอาจเปรียบเหมือนน้ำทิพย์ชโลมใจของทุกคน ความหวังอาจเป็นความฝันหรือแรงบันดาลใจหรือเป็นพลังที่ทำให้บุคคลมีความพยายามที่จะก้าวไปสู่ความหวัง ดังที่ได้ตั้งเอาไว้ ทำให้ชีวิตหลุดพ้น จากสิ่งที่ทุกข์ทรมาน (Coyle, 2002) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายอาจมีความหวังหลายอย่าง ส่วนใหญ่หวังว่าอาการจะไม่ทรุดลงไปมากกว่านี้ หวังว่าจะช่วยตัวเองได้ หวังว่าอาการจะดีขึ้นจะได้กลับบ้านและได้อยู่ใกล้ชิดกับลูกหลาน หวังว่าจะได้ทำบุญ หรือดำเนินภารกิจสำคัญๆ ให้เสร็จสิ้นก่อนจะเสียชีวิต มีความต้องการความหวังที่จะจากไปอย่างสงบสุขไม่ทุกข์ทรมาน (นิตยา สมบัติแก้ว, 2541) ความหวังนี้ยังรวมไปถึงชาติหน้า เช่น หวังว่าจะได้ กลับมาเกิดเป็นสมาชิกในครอบครัวเดิม ขอให้ชีวิตใหม่(ชาติหน้า)ดีขึ้น ปราศจากทุกข์ โศกโรคภัยใดๆ หวังว่าจะได้เกิดในสวรรค์ หรือบางคนหวังจะได้บรรลุนิพพานก่อนตาย การช่วยให้ผู้ป่วยมีความหวังที่เป็นไปได้นั้นมีความสำคัญมาก

2. ต้องการมีความเชื่อมโยงกับศาสนา (Need associated with relating to an ultimate other) ซึ่งความต้องการด้านนี้ประกอบด้วยความต้องการที่จะได้ความรักและรับความรัก ความไว้วางใจ การให้อภัย และความสัมพันธ์กับสิ่งนอกเหนือตนเอง ความศรัทธาในพระเจ้า และศาสนา เช่น มีความเชื่อที่ถูกต้องกับพระเจ้า พระเจ้าได้รักษา และให้แนวทางในการช่วยเหลือตน ยอมรับว่าพระเจ้าสามารถควบคุมความเจ็บป่วยของตน

3. ต้องการที่จะให้และได้รับความรักจากผู้อื่น (Need to give and receiving love from other person) ความรักที่ยิ่งใหญ่ที่สุดคือการรักตนเอง Hall (1997) กล่าวว่า การจะเข้าใจ

จิตวิญญาณของบุคคลอื่นได้ดี จะต้องเข้าใจว่าคุณคนนั้นมีความรัก ยอมรับ และให้คุณค่าแก่ตนเองมากน้อยเพียงใด ความรู้สึกดังกล่าวจะช่วยให้บุคคลพึ่งตนเอง มีความพยายามที่จะต่อสู้ดิ้นรนเพื่อให้ความเป็นตัวตนดำรงอยู่ การเจ็บป่วยมักช่วยให้บุคคลได้สติ คิดได้ว่าจะหาทางเยียวยาตนเองอย่างไร หรือจะต้องยอมจำนนต่อกฎธรรมชาติ การมีสติระลึกได้ถึงกฎธรรมชาตินี้เป็นการทำหน้าที่ของจิตวิญญาณ (ปัญญา) นอกจากรักตนเองแล้วทุกคนยังต้องการเป็นผู้ให้และเป็นผู้ได้รับความรักจากผู้อื่น ดังที่ มาสโลว์ กล่าวไว้ว่าความรักเป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ทุกคน มนุษย์จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ที่อยู่รอบตัวความสัมพันธ์ดังกล่าวมีอิทธิพลต่อพัฒนาการของบุคคลในหลายๆด้าน ทั้งด้านความคิดและความรู้สึก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการที่บุคคลได้รับความรักจากคนที่รัก เช่น ครอบครัว เพื่อน เป็นสิ่งที่ช่วยเสริมและช่วยสนับสนุนให้บุคคลนั้น มีความรู้สึกที่เข้มแข็งมีความหวังที่จะเผชิญกับอาการเจ็บป่วย (Taylor, 2006; Walton, 1996) ส่วนบุคคลที่ไม่ได้รับความรักอาจก่อให้เกิดความเครียดทางจิตวิญญาณได้ โดยพบว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายทำการถูกทอดทิ้งให้ตายตามลำพังหรือขาดบุคคลอันเป็นที่รัก ทำให้เกิดความเครียดทางจิตวิญญาณ (จิตสิริ ปรียวาณิชย์, 2548)

4. ต้องการทบทวนความเชื่อ (Need to review beliefs) การทบทวนความทรงจำในอดีต การยกโทษ การขอโทษ ล้วนมีความหมายต่อจิตวิญญาณของผู้กำลังจะเสียชีวิต ในวัฒนธรรมไทยจะใช้คำว่าให้อโศกกรรมหรือขออโศกกรรมต่อกัน ผู้ที่นับถือศาสนาคริสต์ มักเชิญนักบวชหรือผู้สอนศาสนา มาพบผู้ป่วยเพื่อให้มีการสารภาพบาปก่อนจะเสียชีวิต พร้อมกันนั้นก็เตรียมจิตใจให้ใสสะอาดก่อนมีชีวิตอย่างเป็นอมตะ ในดินแดนของพระเจ้า พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเป็นเพื่อนร่วมทุกข์ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความทุกข์และความกังวลใจต่างๆ ผู้ป่วยบางรายที่มีเรื่องขมขื่นใจ อาจฝันร้ายหรือเห็นภาพหลอนจากการกระทำผิดบาปต่างๆ ที่ผ่านมา เช่น การไม่เชื่อสัตย์ต่อครอบครัว การลักสมบัติเก่าแก่ของพ่อแม่ไปขาย หรือเคยขับรถชนคนแล้วหนี เป็นต้น การเป็นผู้รับฟังที่ดี การปลอบโยน และให้กำลังใจ จะช่วยให้ความทุกข์ใจหรือความอัดอั้นในใจลดลง ควรช่วยจัดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยกับบุคคลที่มีความหมาย เพื่อให้ได้กล่าวคำขอโทษ/อโศกกรรม หรือได้กล่าวคำอำลาต่อกัน

5. ต้องการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต (Creating meaning, finding purpose) มนุษย์ไม่สามารถอยู่อย่างโดดเดี่ยวได้ ทุกคนต้องการมีความหมายหรืออยู่อย่างมีคุณค่าต่อบุคคลที่ตนรัก หรือทำประโยชน์ให้ตนเองและสังคมที่ตนดำรงอยู่ ความเอื้ออาทร ความรักและความผูกพันของบุคคลในครอบครัวหรือมิตรสหาย เป็นกำลังใจสำคัญในการดำเนินชีวิตทั้งในยามปกติและยามเจ็บป่วยของทุกคนการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงที่รักษาไม่หาย อาการป่วยหนักเนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังในระยะสุดท้ายหรือผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บรุนแรง ทำให้อวัยวะ

สำคัญทำงานล้มเหลว และหรือผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ล้วนเป็นภาวะวิกฤติที่ต้องอาศัยความเข้มแข็งของจิตใจ และต้องการความรักและกำลังใจจากคนรักและญาติมิตร เพื่อให้สามารถก้าวพ้นความทุกข์ทรมานนี้และตายอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีแห่งการเป็นมนุษย์ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มีสติดี มักมีคำถามว่า “ทำไมต้องตกอยู่ในสภาพเช่นนี้ ยังไม่ยอมตาย เพราะตนเองทำ ความผิดอะไรหรือ...” “ทำไมจึงมีเคราะห์กรรมหนักแบบนี้ ทำไมคนอื่นโชคดี” “ชีวิตนี้ไม่มีความ ยุติธรรมทำไมฉันทำดีมาตลอดจะต้องได้รับความทุกข์หรือเป็นโรคแบบนี้ด้วย” ผู้ป่วยที่มีจิต วิญญาณที่เข้มแข็งสนใจศาสนา หรือมีหลักปรัชญาในการดำเนินชีวิต มักใช้วิกฤตินี้เพื่อค้นหา ความหมายของชีวิตและการเจ็บป่วย และค้นหาคำตอบว่าจะใช้เวลาที่เหลือของชีวิตนี้อย่างไร จึงจะมีความหมายมากที่สุด ซึ่งการค้นหาความหมายของชีวิตและการเจ็บป่วยนี้เป็นผลมาจากการรักตนเอง พยายามมีบทบาทสำคัญในการรับฟังเรื่องราวของผู้ป่วยและญาติ เปิดโอกาสให้ ผู้ป่วยได้ระบายความคิดและความรู้สึกให้มากที่สุด ทุกครั้งที่เข้าไปดูแลหรือช่วยเหลือผู้ป่วยในการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยการป้อนอาหารหรือน้ำ เช็ดตัว และเปลี่ยนผ้าปูที่นอน หากพยาบาลได้ ใช้โอกาสนี้เป็นผู้รับฟังที่ดี ทำความรู้จักและเรียนรู้ชีวิตของผู้ป่วยให้มากขึ้น ควรใช้เทคนิคการ สนทนาช่วยสะท้อนความคิดของผู้ป่วย เพราะคำถามที่เกี่ยวกับความหมายของชีวิตและการ เจ็บป่วยเป็นประสบการณ์เฉพาะผู้ป่วย พยาบาลไม่จำเป็นต้องตอบคำถามเหล่านี้ทั้งหมด เพียงแต่ รับฟังแล้วช่วยตั้งคำถามเพื่อสะท้อนความคิดของผู้ป่วยเท่านั้น ผู้ป่วยจะเรียนรู้และค้นหาคำตอบ ได้ด้วยตนเอง พร้อมกันนี้พยาบาลควรค้นหาแหล่งของความหวัง และกำลังใจหรือแหล่งสนับสนุน ด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย เพื่อนำมาช่วยเหลือผู้ป่วยได้อีกทางหนึ่ง การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้ ตระหนักในความหมายและคุณค่าของชีวิต และการเจ็บป่วยเป็นการสัมผัสคุณค่าของมนุษย์ที่มี ค่ายิ่งต่อการพัฒนาจิตวิญญาณทั้งของผู้ป่วยและพยาบาลผู้ให้การดูแล

6. ต้องการได้กระทำกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนา (Religious needs) ศาสนาเป็นข้อผูกพันระหว่างชีวิตมนุษย์กับความจริงสูงสุดที่มนุษย์เชื่อและศรัทธา (สิวลี ศิริไล, 2542) และความศรัทธาเป็นการยอมรับในความเชื่อของบุคคลที่มีต่อบุคคลหรือสิ่งต่างๆ ซึ่งอาจ เป็นสิ่งที่ไม่สามารถพิสูจน์ได้ อาจเป็นสิ่งเดียวกับด้านจิตวิญญาณ รวมทั้งเป็นแนวทางในการ ดำรงชีวิตของบุคคล (Kozier et.al ., 2000) ความเชื่อของบุคคลจะมีผลต่อพฤติกรรมที่บุคคล แสดงออก เช่น ความเชื่อเกี่ยวกับชีวิตหลังความตาย โดยบุคคลที่รับรู้ว่าการตายเป็นสิ่งที่ คุกคามจะมีความรู้สึกวิตกกังวลและกลัว ตรงกันข้ามกับบุคคลที่เชื่อว่าความตายเป็นสิ่งที่สวยงาม ได้พบกับบุคคลอันเป็นที่รักก็จะมีชีวิตในระยะสุดท้ายหรือตายอย่างสงบ (นิตยา สมบัติแก้ว, 2541) การปฏิบัติตามคำสอนของศาสนาที่ตนนับถือได้การทำบุญ (Making merit) และการประกอบ พิธีกรรม (Rite) ผู้ป่วยชาวพุทธบางรายต้องการทำบุญสังฆทาน หรือทำบุญต่ออายุ บางราย

ต้องการดอกไม้ธูปเทียนเพื่อบูชาพระรัตนตรัย หรือต้องการลูกประคำ/สัญลักษณ์อื่นๆทางศาสนา เพื่อระลึกถึงสิ่งที่ตนเคารพ/ศรัทธา พิธีกรรมของศาสนา ทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจเข้มแข็ง กล้าหาญ ที่จะเผชิญกับการพลัดพรากที่กำลังจะเกิดขึ้นได้ การสวดมนต์ (Chanting) ผู้ป่วยบางรายอาจ ต้องการสวดมนต์ บางรายญาติจะสวดมนต์ให้ หรือต้องการนิมนต์พระสงฆ์หรือบาทหลวงที่เคารพ นับถือมาเป็นผู้ดำเนินการสวดมนต์ ชาวพุทธนิยมการนิมนต์พระสงฆ์มาสวดโพชฌงค์ให้กับผู้ป่วย หรือผู้ที่กำลังจะตาย การรู้ความหมายของคำสวดด้วยจะยิ่งเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและญาติในการพิจารณาธรรมชาติของชีวิต ในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวหรือระดับความรู้สึกตัวไม่แน่นอน ญาติ อาจขอให้นำเทปบันทึกเสียงการสวดมนต์มาเปิดให้ผู้ป่วยฟัง ควรให้ความสำคัญ และดูแลให้ผู้ป่วยได้ฟังเทปตามที่ญาติร้องขอ ซึ่งโดยปกติญาติผู้ป่วยจะนำเครื่องเล่นเทป มาให้พยาบาลเพียงช่วยอำนวยความสะดวกและเปลี่ยนเทปเสียงให้เป็นครั้งคราวก็พอ การทำสมาธิ (Meditation) หรือ การปฏิบัติสมาธิ หมายถึงการทำให้จิตสงบจากกิเลสหรืออกุศลมูลนับเป็นส่วนสำคัญมากในการปฏิบัติตามหลักคำสอนทางพุทธศาสนา เพราะถือว่าเป็นการสร้างกุศลจิตหรือการทำความดีขั้นสูง จิตที่สงบจะทำให้ผู้ป่วยได้รำลึกถึงบุญกุศล/ความดี หรือประสบการณ์ชีวิตที่งดงาม

7. การเตรียมพร้อมสู่ความตาย (Prepare for death) การเตรียมตัวเพื่อเผชิญกับความตายนั้นมีความสำคัญต่อบุคคลในทุกวัฒนธรรม ชาวไทยพุทธก็เช่นเดียวกัน ณ ช่วงเวลาที่จะเปลี่ยนไปสู่อีกชีวิตหนึ่งหรือเรียกว่าการเกิดในภพภูมิใหม่ ตามความเชื่อของชาวพุทธ ต้องการมีสติหรือรู้ตัวก่อนตาย เพื่อจะได้รำลึกถึงคุณความดี/บุญกุศลที่ได้เคยทำมา หรือได้สวดมนต์ภาวนา เพื่อให้จิตสงบ ขณะที่จิตสงบจะมีสภาพจิตใจสะอาดปราศจากกิเลสหรือเครื่องเศร้าหมองต่างๆ เชื่อว่าสภาพจิตใจที่ดีงามจะส่งผลให้ชีวิตที่จะไปเกิดใหม่ นั้นได้เกิดในภพภูมิที่ดี บุคคลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยและอยู่ในระยะสุดท้ายมักมีอาการอ่อนเพลียง่าย มีกิจกรรมได้อย่างจำกัดหรือถูกจำกัด การเคลื่อนไหวเนื่องจากการรักษา จึงทำให้มีเวลากับตัวเองมากกว่าปกติในการพิจารณา ประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา ทั้งเรื่องราวที่เป็นความสุข ความสมหวัง ความทุกข์และ/หรือความผิดพลาดที่เกิดขึ้น ทุกคนล้วนมีความผิดพลาดในอดีตอย่างน้อยแตกต่างกัน ความผิดพลาดที่เป็นความขัดแย้งระหว่างบุคคล บางครั้งบุคคลอื่น (ผู้ถูกกระทำ) อาจลืมหรือให้อภัยแล้ว แต่เจ้าตัว (ผู้กระทำ) ยังคงเก็บไว้ในความทรงจำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่คิดว่าตนคงไม่มีโอกาสจะได้แก้ตัวหรือทำความดีชดเชย เพราะเวลาในชีวิตเหลือน้อยเต็มที จะทำให้มีความทุกข์และขมขื่นในจิตใจได้มาก

2.5 ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (วาสนิวิเศษฤทธิ์, 2550)

ความต้องการด้านจิตวิญญาณ เป็นปัจจัยที่จำเป็นเพื่อสร้างและดำรงไว้ซึ่งความสัมพันธ์อย่างไม่หยุดนิ่งต่อสิ่งสูงสุด และต่อเพื่อนมนุษย์ ซึ่งก่อให้เกิดการให้อภัย ความรัก ความหวัง ความไว้วางใจ ความหมายและเป้าหมายของชีวิต ผู้ป่วยที่มีความต้องการด้านจิตวิญญาณจะปรารถนาการให้อภัยทั้งจากพระเจ้า จากตัวเอง และจากผู้อื่น ความไว้วางใจที่เกิดจากความศรัทธา ต่อพระเจ้าและบุคคลอื่นเห็นเป้าหมายและความหมายในชีวิต ถ้าผู้ป่วยไม่ประสบความสำเร็จในการตอบสนองความต้องการพื้นฐานทางจิตวิญญาณ และเป็นคนที่มีความรู้สึกขาดรัก ขาดความไว้วางใจ หรือขาดความหมายในชีวิต จะทำให้เกิดปัญหาทางจิตวิญญาณได้

ความต้องการด้านจิตวิญญาณ พัฒนาขึ้นบนความต้องการพื้นฐานของจิตและจะเห็นได้ชัดเจน เมื่อมีเหตุการณ์ในชีวิตที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่า คุกคามต่อชีวิต หรือเสี่ยงต่อความตาย ผู้ป่วยอยู่ในอันตราย หรืออ่อนแอลง จะแสดงออกมาในรูปของความกลัว ความวิตกกังวลระดับสูง ความโกรธ ความซึมเศร้า และการมีปฏิริยาโต้ตอบอย่างรุนแรง เป็นเหตุให้มีการดิ้นรนเพื่อให้พ้นจากสภาพที่เป็น อยู่เพื่อไปสู่สิ่งใหม่ ที่เหนือกว่าหรือแตกต่างไปจากเดิม

ความต้องการด้านจิตวิญญาณ หากได้รับการตอบสนอง จะทำให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณในทางตรงกันข้าม หากได้รับการตอบสนองไม่เพียงพอ จะเกิดความไม่สุขสบายหรือเกิดความบีบคั้นทางจิตวิญญาณขึ้น ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงภาวะของจิตวิญญาณที่มีลักษณะความต่อเนื่องคือมีตั้งแต่ความผาสุก การตอบสนองไม่เพียงพอ และขาดการตอบสนองหรือเกิดความบีบคั้นทางจิตวิญญาณ

ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จะมีความต้องการดังต่อไปนี้คือ ต้องการระบายความรู้สึก ความคับข้องใจ และปัญหาต่างๆที่คับข้องใจ อยากจะดูแลช่วยเหลือตนเอง และปฏิบัติกิจกรรมได้เองตามปกติ อยากได้การยอมรับและความเข้าใจจากบุคคลใกล้ชิด เช่น บุคคลในครอบครัว และ อยากจะมีคนคอยดูแลเป็นเพื่อนในยามที่ตนเองเจ็บป่วยจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ซึ่งจะแสดงออกทางพฤติกรรมดังนี้ มีอาการวิตกกังวลมาก คิดมาก ฟุ้งซ่าน หลงลืมง่าย ไม่มีสมาธิ โกรธง่าย เบื่อหน่าย ซึมเศร้า เหนง ว่าแห้ว ลึ้นหวังหมดความรู้สึกสนุกสนาน

2.6 การประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณ

ความต้องการด้านจิตวิญญาณเป็นภาวะที่ไม่คงที่ สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ยังคงมีความเป็นนามธรรมสูง จึงไม่สามารถใช้กรอบแนวคิดใดมาสร้างเป็นเครื่องมือที่จะใช้วัดได้ อีกทั้งความต้องการด้านจิตวิญญาณยังขึ้นอยู่กับความแตกต่างของบุคคล รวมถึงบริบทของบุคคลนั้นๆ ด้วย ในการประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณนั้น ต้องอาศัยพฤติกรรมที่บุคคลนั้นแสดงออกมา ซึ่งเป็นการแสดงออกทางการปฏิบัติ ที่สามารถสังเกตเห็นได้ แต่ในคนที่เราสังเกตเห็นไม่พบว่ามีกรปฏิบัติก็ใช้ว่าจะไม่มีความต้องการ ในกรณีนี้ต้องใช้วิธีการพูดคุยถาม ในการประเมินข้อมูลด้านจิตวิญญาณ มีผู้ให้แนวทางการประเมินไว้หลายแบบ ได้แก่ ฟาริดา อิบบราฮิม (2539) กล่าวว่า ต้องประเมินใน 4 ลักษณะ คือ 1) ปรัชญาของชีวิต 2) ความรู้สึกต่อสิ่งที่เหนือธรรมชาติ 3) แนวคิดเกี่ยวกับศาสนาหรือพระเจ้า และ 4) ความตระหนักในจิตวิญญาณ ซึ่งใกล้เคียงกับ Carson (1989) ให้แนวทางการสัมภาษณ์ ดังนี้ คือ 1) แนวคิดเกี่ยวกับผู้เป็นเจ้า 2) แหล่งของความหวังและความเข้มแข็ง 3) การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ซึ่งสามารถรวบรวมการประเมิน สภาพการเก็บรวบรวมข้อมูล ความต้องการด้านจิตวิญญาณมี 2 วิธี ดังนี้ คือ การสังเกต และการสัมภาษณ์ (ฟาริดา อิบบราฮิม, 2539; Carson, 1989; อวยพร ตันมุขยกุล, 2534) ซึ่งประเมินโดย

1. การสังเกต สามารถทำได้ทั้งในขณะที่ให้การพยาบาลข้างเตียง หรืออยู่ในลานสวดของพยาบาล ณ ที่ใด ที่หนึ่งของหอผู้ป่วย ในบางครั้งข้อมูลที่ได้จากการสังเกต อาจไม่สมบูรณ์หรือไม่ชัดเจน จึงต้องใช้การสัมภาษณ์ร่วมด้วย สิ่งที่ใช้การสังเกต ได้แก่

1.1 การสังเกตอารมณ์ และพฤติกรรมทั่วไป เช่น การสังเกตสีหน้า ได้แก่ ใบหน้าแสดงความวิตกกังวล เศร้า เฉยเมย หรือใบหน้าเบิกบาน การสังเกตพฤติกรรมอื่นๆ เช่น ชอบอ่านหนังสือธรรมะ เอาเครื่องรางของขลังออกมาราบไหว้ ชี้อพวงมาลัยมาไว้หน้าเตียง ขออนุญาตพยาบาลไปซื้อของใส่บาตร เป็นต้น

1.2 การสังเกตการพูด โดยปกติแล้วคนไทย จะเก็บความอดทน เก็บความรู้สึกเก่ง หลายรายไม่กล้าพูด ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่กล้าบอกความรู้สึกกับพยาบาล เนื่องจากอายพยาบาล การที่ผู้ป่วยยอมบอกความรู้สึกดังกล่าว แก่พยาบาล ย่อมแสดงให้เห็นว่า พยาบาลผู้นั้น เป็นผู้ที่ผู้ป่วยไว้วางใจ พฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วย เช่น การบ่น เกี่ยวกับความทุกข์ใจ บ่นคิดถึงลูก เป็นต้น

1.3 การสังเกตการนัดติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่น เช่น มีญาติมาเยี่ยมหรือไม่ ญาติที่มาเยี่ยมบ่อยที่สุดคือใคร เมื่อพบกับญาติแล้วผู้ป่วยมีพฤติกรรมอย่างไร เช่น ถ้าลูกชายคนเล็กมาเยี่ยมผู้ป่วยจะสดชื่น เบิกบาน สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ เป็นต้น

1.4 การสังเกตการเจ็บป่วยทางกาย การเจ็บป่วยทางกายหลายอย่างที่ไม่มีความสัมพันธ์กับปัญหาขณะนั้น เช่น ปวดศีรษะ เบื่ออาหาร หรือแสดงความกังวล ความกลัว เช่น นอนไม่หลับ เป็นต้น

1.5 การสังเกตสิ่งแวดล้อม สังเกตว่ามีสิ่งใดอยู่ใกล้ กับผู้ป่วยที่แสดงถึงความเชื่อ ความผูกพัน เช่น ฝ้ายันต์ ขวดน้ำมนต์ หนังสือธรรมะ รูปถ่ายของบุคคลอันเป็นที่รัก เป็นต้น

2. การสัมภาษณ์หรือการสนทนา การสัมภาษณ์หรือสนทนาเมื่อแรกรับ อาจได้ข้อมูลยากหรือไม่ตรงกับความเป็นจริง เพราะดังที่กล่าวไว้ข้างบนว่า มีผู้ป่วยไม่ใช่น้อยที่ไม่กล้าเปิดเผยความรู้สึก จนกว่าผู้ป่วยจะไว้ใจ การสัมภาษณ์ จะต้องเป็นการสัมภาษณ์เพื่อการช่วยเหลือ จะต้องมีการเตรียมตัวอยู่เสมอ และมีจุดมุ่งหมายในการสัมภาษณ์ หรือการสนทนา ทุกครั้ง (อุไรวรรณ ชัตยชนะวิโรจน์, 2543) ซึ่งการสัมภาษณ์นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทราบถึงความต้องการด้านจิตวิญญาณ ได้รับการตอบสนองอย่างน้อยเพียงใด หรือมีภาวะวิกฤติด้านจิตวิญญาณหรือไม่ ซึ่งในหัวข้อที่สัมภาษณ์ อาจลึกลงไปจนถึงความรู้สึกภายใน ที่สามารถบ่งบอกสภาพความต้องการด้านจิตวิญญาณ และอาจมองเห็นแนวทางการแก้ปัญหาได้ง่ายขึ้น โดยเป็นแนวคำถามที่เป็นปลายเปิด และคำถามปลายปิด เพื่อเป็นแนวทางในการสัมภาษณ์เกี่ยวกับความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยดังต่อไปนี้ ดังนี้ (อุไรวรรณ ชัตยชนะวิโรจน์, 2543)

1. ความต้องการด้านจิตวิญญาณ ได้รับการตอบสนองมากขึ้นเพียงใด โดยการสอบถามความต้องการทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ความต้องการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต ความต้องการให้ได้รับความรักและความผูกพัน ความต้องการให้และได้รับการอภัย และความต้องการมีความหวัง โดยใช้คำถามว่า ใครรักท่านมากที่สุด ถ้าไม่มีลูกหลานรู้สึกอย่างไรบ้าง ท่านโกรธแค้นใครหรือไม่ ท่านมีความหวังในเรื่องอะไร

2. สิ่งยึดเหนี่ยวในชีวิต เช่น ศาสนาหรือพระเจ้า มีความสำคัญต่อผู้ป่วยอย่างไร วัตถุประสงค์ที่สวมใส่ป้องกันภัยอันตรายอย่างไร บุคคล หรือแหล่งสร้างขวัญกำลังใจ เมื่อมีปัญหาอะไรบ้าง

3. การปฏิบัติต่อความเชื่อความศรัทธา เช่น ถามเกี่ยวกับการปฏิบัติศาสนกิจ มีผลต่อชีวิตอย่างไร มีการบวชหรือไม่

4. แหล่งความหวังและกำลังใจ เช่น บุคคล หรือแหล่งสร้างขวัญและกำลังใจ

Highfield (1992) ได้พัฒนาแนวคำถามในการใช้สัมภาษณ์ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยประกอบด้วยคำถาม 50 ข้อ โดยครอบคลุม 3 ด้าน คือ ด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต มีจำนวน 13 ข้อ ด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น

สิ่งแวดล้อม และสิ่งนอกเหนือตัวตน จำนวน 32 ข้อ ด้านการมีความหวัง จำนวน 5 ข้อ สมพร รัตนพันธ์ (2541) ได้นำกรอบแนวคิดและและแบบประเมินดังกล่าวมาดัดแปลงใช้วัดภาวะจิตวิญญาณในผู้สูงอายุ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach coefficient alphas) $r = .92$

นิภัตสรณ์ บุญญาสันติ (2548) ได้พัฒนาแบบสอบถามมิติด้านจิตวิญญาณจากกรอบแนวคิดของการดูแลแบบองค์รวมของวิทสันแบบสอบถามมีทั้งหมด 60 ข้อ โดยมีเนื้อหาครอบคลุม 3 มิติ คือ 1) ด้านความรู้สึที่อยู่ที่อยู่ในส่วนลึกของจิตใจ จำนวน 16 ข้อ 2) ด้านความเชื่อ ความหวัง ความศรัทธา จำนวน 28 ข้อ 3) ด้านการประกอบพิธีกรรมทางศาสนา จำนวน 16 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach coefficient alphas) $r = .91$

ชนิดดา ผาสุกมุล (2545) ได้ใช้แบบวัดการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเองดัดแปลงมาจาก The Spiritual Perspective Scale: SPS ของ Pamela G. Reed ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alphas) $r = .90$

Taylor (2006) ได้พัฒนาแบบสอบถามความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็ง โดยสร้างเป็นแบบสอบถามทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยมีบางข้อเท่านั้นที่ต่างกัน ข้อคำถามได้รับการพัฒนามาเพื่อให้ตอบคำถามเชิงคุณภาพเรื่องความต้องการด้านจิตวิญญาณ โดยเป็นข้อคำถามมุมมองเชิงบวกเรื่องความต้องการด้านจิตวิญญาณ มีทั้งหมด 44 ข้อ คือ 1) ต้องการมีทัศนคติที่ดี 6 ข้อ 2) เรื่องความต้องการที่เชื่อมโยงกับศาสนา 6 ข้อ 3) การให้ความรักแก่ผู้อื่น 5 ข้อ 4) การได้รับความรักจากผู้อื่น 4 ข้อ 5) การทบทวนเรื่องความเชื่อ 5 ข้อ 6) การค้นพบสิ่งที่มีความหมาย 8 ข้อ 7) การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนา 6 ข้อ 8) การเตรียมตัวก่อนตาย 4 ข้อ และข้อคำถามเกี่ยวกับการพยาบาลดูแลช่วยเหลือด้านจิตวิญญาณของพยาบาล จำนวน 8 ข้อ ตรวจสอบค่าความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ ค่า CVI เท่ากับ .88 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alphas) 0.76

ผู้วิจัยเลือกแบบสอบถาม ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ของ Taylor (2006) ซึ่งประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 44 ข้อ มาตรวจวัดเป็น Likert Scale 5 ระดับ เนื่องจากผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดของ Taylor (2006) และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alphas) อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ คือ .76 (.7-8) และค่า CVI เท่ากับ .88 ถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาดี

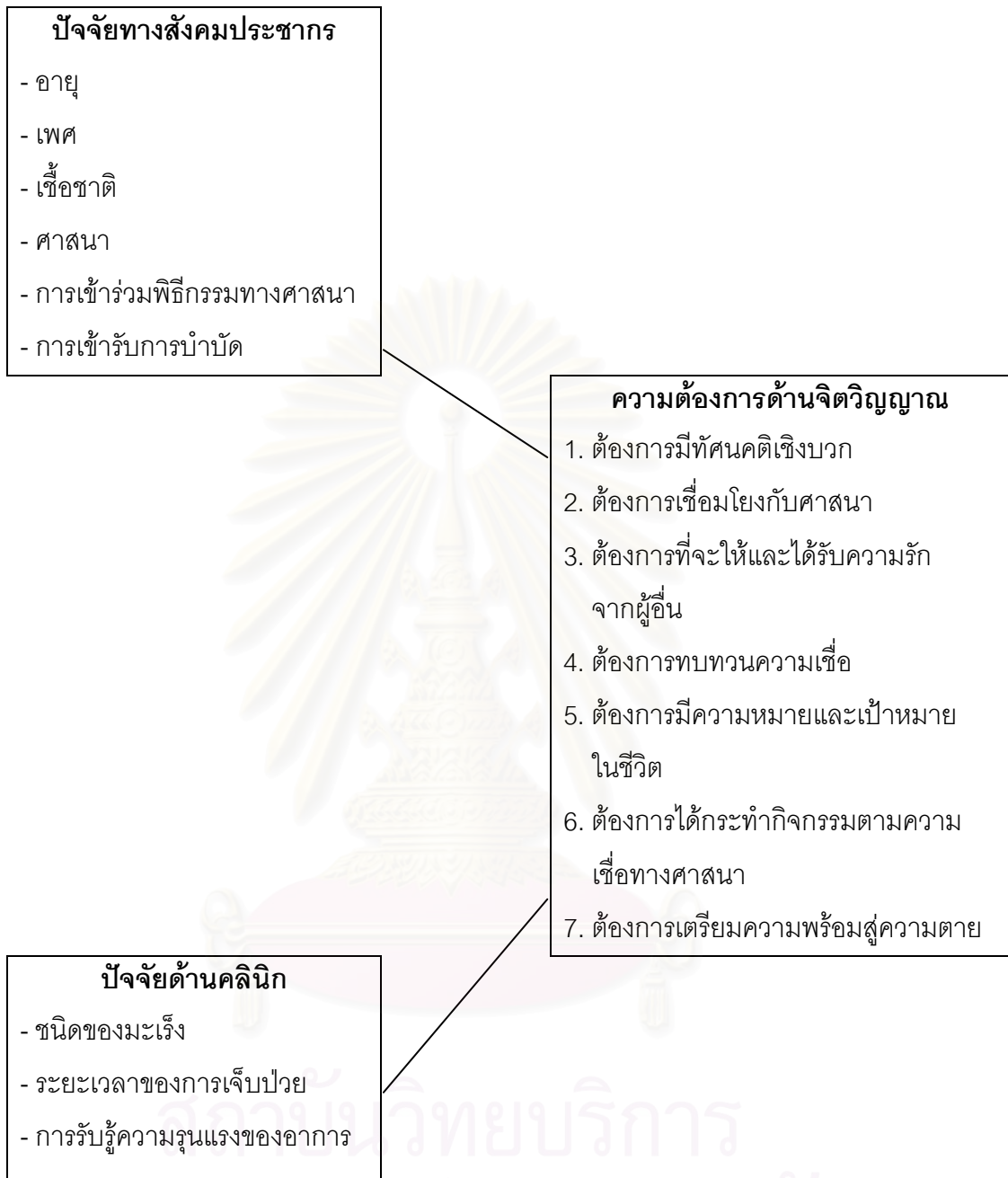
3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของ Taylor (2006) แบ่งออกเป็น ปัจจัยทางสังคมประชากร และ ปัจจัยด้านคลินิก

ปัจจัยทางสังคมประชากร ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ การศึกษา ศาสนา การเข้าร่วมปฏิบัติ พิธีกรรมทางศาสนา การเข้ารับการบำบัด จากแบบสอบถามความต้องการด้านจิตวิญญาณ พบว่า คะแนนของแบบสอบถามมีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนา ระยะ เวลาในการเจ็บป่วย และ ผู้ป่วยใน ระยะเวลาการมีชีวิตอยู่กับมะเร็งจะเกี่ยวข้องกับความต้องการด้านจิตวิญญาณที่เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยที่สนใจศาสนา เห็นได้จากความบ่อยครั้งที่เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา ไม่เพียงแต่พิจารณาว่าความต้องการด้านจิตวิญญาณมีความสำคัญเท่านั้น การคาดเดาจากสิ่งที่ค้นพบ คือ คนที่มีความต้องการในศาสนา คือ คนที่มีความต้องการด้านจิตวิญญาณ

ปัจจัยด้านคลินิก ได้แก่ ชนิดของมะเร็ง ระยะเวลาในการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของอาการ การวิจัยพบว่า ผู้ที่มีความต้องการด้านจิตวิญญาณต่ำ คือ ผู้ที่เห็นว่าโรคมะเร็งไม่เป็นอันตรายต่อชีวิต และผู้ป่วยนอก ชนิดของมะเร็ง หรือ การเจ็บป่วยที่รักษาไม่หายมีความเกี่ยวข้องกับความต้องการด้านจิตวิญญาณที่เพิ่มขึ้น ดังนี้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



แผนภาพที่ 1 แสดงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการด้านจิตวิญญาณตามแนวคิดของ Taylor (2006)

จากการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ยังพบน้อย ส่วนใหญ่จะศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะจิตวิญญาณและความต้องการทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งพอจะสามารถนำมาเทียบเคียงกับความต้องการทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ มีดังนี้

การเข้าร่วมในการปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนากับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จากแนวคิดของ Taylor (2006) ผู้ป่วยมะเร็งที่มีความทุกข์ใจไม่สบายใจอย่างมาก จะสนใจศาสนา เห็นได้จากจำนวนครั้งในการเข้าร่วมในการปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนา อันได้แก่ ความถี่ในการสวดมนต์ให้ตนเองเข้มแข็ง ความถี่ในการอ่านคัมภีร์ทางศาสนา พิจารณาว่าผู้ป่วยที่มีความต้องการทางศาสนา คือ คนที่มีความต้องการด้านจิตวิญญาณ การเข้าร่วมในการปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนาอย่างสม่ำเสมอ จะเป็นการช่วยทำให้ผู้ป่วยมะเร็งมีกำลังใจ มีความหวังขึ้น คือ การอ่อนน้อมสิ่งศักดิ์สิทธิ์ การรับรู้เกี่ยวกับตนเอง ไม่โกรธแค้นหรือผูกใจเจ็บผู้อื่น ความเชื่อทางศาสนา สร้างความตระหนัก กระบวนการคิด การควบคุมอารมณ์และประสบการณ์ทางจิตวิญญาณ ดังนั้นผู้ที่ต้องการศาสนา จะใช้ศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ และแนวทางในการดำเนินชีวิต จะได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Highfield (1983), Hermann (2001), Hampton et al. (2007) และ นุบผา ซอบใช้ (2536) พบว่าความถี่การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Mystakidou et al. (2008) พบว่าการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ที่สวดมนต์ ทำสมาธิ และอ่านไบเบิลทุกวัน มีสุขภาพที่แย่กว่าผู้ที่ทำเพียงสัปดาห์ละครั้ง แสดงว่า ความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ความเชื่อทางศาสนา มีความเกี่ยวข้องกับการมีสุขภาพกายที่ดีขึ้น และการศึกษาของ Narayanasamy (2004) พบว่า การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาอย่างแท้จริง จะทำให้บุคคลมีความสบาย และให้พ้นจากความกลัว ให้ชีวิตมีความหมาย เป็นสิ่งเริ่มต้นให้ผู้ป่วยพบกับความต้องการด้านจิตวิญญาณ รวมถึงการยอมรับการช่วยเหลือจากผู้อื่น แต่การศึกษาของ เกษตะวัน นาคดี (2544) พบว่า การปฏิบัติธรรม ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตวิญญาณ ของผู้ติดเชื้อเอดส์ ให้ผู้ป่วยหลุดพ้นจากความมีตัวตน จิตใจมีความสุขสงบไม่ฟุ้งซ่าน มีความมั่นคงทางอารมณ์ มีภูมิคุ้มกันทางจิตใจ มีความรู้สึกที่ดีกับชีวิตมากขึ้น ดังนั้น การเข้าร่วมในการปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนาที่เพิ่มขึ้นจากเดิมมีความสัมพันธ์ทางบวก ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ระยะเวลาของการเจ็บป่วยกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ระยะเวลาของการเจ็บป่วย มักจะเป็นประเด็นหลักในการศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Michael, 1997) โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ระยะเวลาของการเจ็บป่วยที่นานขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยหมดกำลังใจหมดหวัง จากการศึกษาของ Taylor (2006) พบว่า ระยะเวลาการมีชีวิตอยู่กับมะเร็ง จะเกี่ยวข้องกับความต้องการด้านจิตวิญญาณที่เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ

การศึกษาของ Moadel et al. (1999), Murray et al. (2004) พบว่า ระยะเวลาของการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งคือเมื่อระยะเวลาของการเจ็บป่วยมากขึ้นจะมีความต้องการด้านจิตวิญญาณมากขึ้น และ การศึกษาของ Highfield (1992) พบว่า ระยะเวลาของการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็ง และ Mystakidou et al. (2008) พบว่า ผู้ที่เจ็บป่วยนานขึ้น จะได้รับความใส่ใจและ กำลังใจจากโบสถ์ที่พวกเขาเข้าร่วมน้อยลง ขณะเวลาผ่านไปและอาการป่วยยังคงมีอยู่ ผู้ป่วยจะ สูญเสียความหวังในการรักษา ชมชื่น โกรธ ยกโทษให้ตัวเองและผู้อื่นน้อยลง ดังนั้น ระยะเวลาของการเจ็บป่วย จึงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็ง ระยะเวลาสุดท้าย

การรับรู้ความรุนแรงของอาการกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็ง ระยะเวลาสุดท้าย เป็นปัจจัยที่เป็นสิ่งเร้าที่บุคคลจะมีการเผชิญโดยตรง และมีผลกระทบต่อองค์รวมของบุคคล โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นโรคเรื้อรัง ต้องใช้เวลาที่รักษายาวนาน และมักจะมี ความรุนแรงของโรคที่ขึ้นเรื่อยๆ (Taylor, 2006) ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าการเจ็บป่วยคุกคามชีวิตโดยไม่อาจ รักษาให้หายได้อย่างสิ้นเชิงด้วยการรักษาใดๆ ส่วนการรักษาปัจจุบันเป็นการรักษาเพียงการ บรรเทาและประคับประคองทำให้ส่งผลต่อการดำเนินชีวิต ผู้ป่วยบางคนมองว่าเป็นการลงโทษ จากพระเจ้าหรือสิ่งที่ตนเองนับถือ ทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตไปสู่จุดมุ่งหมายที่ตนเองตั้งไว้ มีความรู้สึกสูญเสียอำนาจแห่งตน ทำให้มีการแสดงออกถึงความว่าวุ่น สับสน กลัว รู้สึกผิด เบื่อชีวิต หมดกำลังใจ เป็นสิ่งที่ขัดขวางเป้าหมายของชีวิต ทำให้เกิดความบีบคั้นทางจิตวิญญาณ (Carven and Hirle, 1996; Ross, 1995; Hoeman, 1996; Ross, 1995; Colliton, 1981) นั่นคือ ปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของอาการ จะกระทบต่อความต้องการด้านจิตวิญญาณของคน โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งที่มีทั้งระยะอาการสงบและอาการกำเริบ ซึ่งทำให้มีผลต่อความต้องการด้านจิต วิญญาณ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2549) สอดคล้องกับ Taylor (2006), สิดาร์ตัน สมัครสมาน(2550) ที่พบว่าความรุนแรงของอาการ มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็ง คือ ความรุนแรงของอาการที่เพิ่มขึ้น ความต้องการด้านจิตวิญญาณจะเพิ่มขึ้นด้วย ส่วน Coliton (1981) กล่าวว่า ระดับความรุนแรงของโรค และความเครียดเป็นตัวทดสอบการมีความหมาย และ เป้าหมายในชีวิตคน เช่นเดียวกับ Shaffer (1991) กล่าวว่า ระดับความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยที่ ทำให้เกิดความเจ็บปวดด้านจิตวิญญาณ จากการศึกษาของ Reed (1991) พบว่า ผู้ป่วยเรื้อรัง ระยะเวลาสุดท้าย มีความต้องการทางจิตวิญญาณสูงกว่าผู้ป่วยเรื้อรังที่ไม่ใช่ระยะสุดท้าย และผู้ใหญ่ ที่มีสุขภาพดี Craven and Hirle (2003) กล่าวว่า เมื่อการเจ็บป่วยเกิดขึ้นคนต้องมีการปรับตัว

ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ นั่นคือ ปัจจัยระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย จะกระทบต่อภาวะจิตวิญญาณของคน สรุปได้ว่า การรับรู้ความรุนแรงของอาการ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็ง

สัมพันธภาพในครอบครัวกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่งต่อความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ครอบครัวเป็นหน่วยที่มีความผูกพันใกล้ชิด ซึ่งกันและกัน ในระหว่างสมาชิก การได้รับการประคับประคอง ความรัก ความเข้าใจในสิ่งที่ต้องการ จากครอบครัวเมื่อเจ็บป่วย และเป็นหนทางในการสร้างจิตวิญญาณของคน (Hill and Smith, 1990) ผู้ป่วยจะมีสุขภาพกาย สังคม และจิตวิญญาณดีไม่ได้ ถ้าสัมพันธภาพภายในครอบครัวเสื่อมลง จากการศึกษาของ Taylor (2006) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งและครอบครัวที่เป็นคนดูแลจะมีความต้องการด้านจิตวิญญาณเหมือนกัน และจากการศึกษาของ Highfield (1992) พบว่าผู้ป่วยจัดอันดับให้ครอบครัวมีความสำคัญอันดับแรกในฐานะของผู้ที่บำบัดด้านจิตวิญญาณ เช่นเดียวกับ ศรีเรือน แก้วกังวาน (2534) กล่าวอ้างตามทฤษฎีของอิริคสันที่เชื่อว่า ผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพที่ดีกับลูกหลาน จะเป็นผู้สูงอายุที่มีขวัญดี มีความรู้สึกมั่นคงในชีวิต เกิดพลังใจในการเผชิญความเจ็บป่วย ยอมรับการความตาย ทำให้มีความหวังในการดำเนินชีวิต และจากการศึกษาของ Landis (1996) พบว่าการสนับสนุนของครอบครัวเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่กับเบาหวานอย่างมีความสุข ซึ่งความสัมพันธ์ในครอบครัว จะทำให้รู้สึกผูกพันอย่างลึกซึ้งด้วยความรัก ความอาทร และความไว้วางใจ ทำให้ผู้ป่วยมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นหรือสิ่งอื่นระหว่างตนเองกับบุคคลอื่นซึ่งจะนำไปสู่การมีความหมายชีวิต เช่นเดียวกับการศึกษาของ นุบผา ซอบใช้ (2536) พบว่าลูก หลาน คู่สมรส จะเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสิ่งที่มีความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ เนื่องจากเป็นกำลังใจ ได้เห็นหน้าพูดคุย คอยช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน และคอยช่วยเหลือในภารกิจต่างๆ ที่ให้ความหมายในชีวิตและเป็นจุดมุ่งหมายสูงสุดในชีวิต และจากการศึกษาของ สมพร รัตนพันธ์ (2541) พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะจิตวิญญาณโดยรวมและรายด้านทุกด้าน กล่าวคือ สัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี จะทำให้ผู้สูงอายุได้รับความมั่นใจว่าได้รับความรักการเอาใจใส่ดูแลแบบแผนการดำเนินชีวิตปลอบใจให้กำลังใจตลอดจนมีส่วนช่วยในการปฏิบัติกิจกรรมที่ให้ความหมายในชีวิต เช่น การทำบุญตักบาตร การช่วยสวดมนต์อ่อนนวยพระเจ้า กลุ่มตัวอย่างมีสัมพันธภาพในครอบครัวระดับที่ดี ทำให้มีแหล่งสนับสนุนที่ดี มีการดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดี เข้าใจถึงปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย ทำให้ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว มีการให้ความหมายของการ

เจ็บป่วย และการสร้างเป้าหมายในชีวิตใหม่ ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัว และยอมรับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนได้ ดังนั้นสัมพันธภาพในครอบครัว จึงมีความสัมพันธ์ทางลบกับความต้องการด้านจิตวิญญาณ

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นการกระทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันตามความจำเป็นและความต้องการพื้นฐาน เป็นเครื่องชี้วัดเบื้องต้นของภาวะสุขภาพและความผาสุกในชีวิต (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2547) เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตและทำกิจกรรมในแต่ละวันได้ด้วยตนเอง ดังนั้นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ระดับสูง จะแสดงถึงการมีความสามารถในการดำเนินชีวิตที่ดีสามารถดำรงบทบาทของตัวเองได้เหมาะสม รวมทั้งการปฏิบัติในกิจกรรมที่ให้ความหมายในชีวิต เช่น การไหว้พระ การละหมาด ทำให้รับรู้ว่าคุณค่ามีความหวังในการดำรงชีวิต ทำให้มีความต้องการด้านจิตวิญญาณน้อย ซึ่ง Hoeman (1996) กล่าวว่า การสูญเสียและข้อจำกัดต่างๆของร่างกายจากการเจ็บป่วยจะทำให้ผู้ป่วยพบกับข้อจำกัดต่างๆในการดำเนินชีวิต ทำให้มีผลกระทบต่อเป้าหมายและความหวัง เช่นเดียวกับ Carven and Himle (2003) กล่าวว่าเมื่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงจะทำให้ระดับจิตวิญญาณมีการเปลี่ยนแปลงด้วยเช่นกัน ดังนั้น ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์ทางลบกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

4. การประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

การประเมินการรับรู้ความรุนแรงของอาการ

การประเมินความรุนแรงของอาการ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า มีการประเมิน 2 ลักษณะ คือ

1. แบบประเมินความรุนแรงของอาการ ที่ประเมินจากสมรรถภาพของอวัยวะโดยตรง ซึ่งมีตัวอย่างของการประเมิน ดังนี้

1.1 การประเมินสภาวะของโรคตามความรุนแรงของอาการ ที่ใช้ในผู้ป่วยโรคหัวใจ ซึ่งแบ่งระดับความรุนแรงของอาการโดยสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก ตั้งแต่ระดับที่ 1-3

1.2 การประเมินความรุนแรงของอาการ ที่ใช้กับผู้ป่วยที่มีบาดแผลจากไฟไหม้ ซึ่งประเมินจากความลึกของบาดแผลที่ถูกไฟไหม้ ตั้งแต่ระดับที่ 1-3

1.3 การประเมินความรุนแรงของอาการ ที่ใช้กับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ซึ่งมีการประเมินจาก อาการอันเนื่องมาจากพยาธิสภาพของโรคไตวายเรื้อรัง 4 ระยะ

2. แบบประเมินความรุนแรงของอาการ ที่ประเมินจากการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นจริงของผู้ป่วย ซึ่งมีตัวอย่างของการประเมิน ดังนี้

2.1 แบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมที่ แวดดาว ทวีชัย สร้างขึ้นตามแนวคิดของ เบลลามีและคณะ (Bellamy et al., 1988) จากเครื่องมือ Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC) ซึ่งเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า โดยการเปรียบเทียบกับสายตา (Visual analog scales) ซึ่งเส้นตรงซึ่งมีความยาว 10 เซนติเมตร ที่แสดงถึงระดับความรุนแรงของโรค หาค่าความเที่ยงโดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .94

2.2 แบบวัดความรุนแรงของอาการ เป็นแบบวัดความรุนแรงของอาการ แบบช่อง 11 ระดับของสุมาพร บรรณสาร (2545) แบบวัดความรุนแรงของอาการนี้ กำหนดระดับความรุนแรงเป็น 11 ระดับ คือ 0 – 10 ซึ่งใช้ช่องความรุนแรงแทนระดับความรุนแรงในแต่ละระดับรวมทั้งหมด 11 ช่อง โดยเริ่มจากระดับคะแนน 0 หมายถึง อาการไม่มีความรุนแรงเลย ระดับคะแนน 5 หมายถึง อาการมีความรุนแรงปานกลาง ระดับคะแนน 10 หมายถึง อาการมีความรุนแรงมากที่สุด ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินความรุนแรงของอาการของสุมาพร บรรณสาร (2545) เนื่องจากแบบวัดนี้ทำได้ง่าย สะดวกต่อกลุ่มตัวอย่าง

การประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว

1. แบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวผู้ติดเชื้อของ รัตนกุล โพิธิ (2543) ได้สร้าง ประกอบไปด้วย การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม ความสัมพันธ์ที่มีต่อกัน การยอมรับกัน และกัน การช่วยเหลือเกื้อกูลกัน และการเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน ทั้งหมด 37 ข้อ และนำมาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.87 ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 3 ระดับ คิดค่าคะแนนเฉลี่ยและแปรผลเป็นระดับมาก ปานกลาง น้อย

2. แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยนำมาจากแบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว ของสมพร รัตนพันธ์ (2541) ซึ่งประกอบไปด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นบวกทั้งหมด โดยคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ คะแนน 1 คะแนน เมื่อตอบว่า ไม่เป็นจริง คะแนน 2 คะแนน เมื่อตอบว่า เป็นจริงน้อย คะแนน 3 คะแนน

เมื่อตอบว่าเป็นจริงปานกลาง คะแนน 4 คะแนน เมื่อตอบว่า เป็นจริงมาก คะแนนรวมทั้งหมดมีค่าต่ำสุด 15 คะแนน สูงสุด 60 คะแนน คะแนนสูงสุดจะแสดงถึงการมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีกว่าคะแนนต่ำกว่า

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพในครอบครัว ของสมพร รัตนพันธ์ (2541) เนื่องจากมีจำนวนข้อไม่มากจนเกินไป เพราะในงานวิจัยฉบับนี้มีเครื่องมือหลายอย่างจะได้ไม่เป็นการรบกวนกลุ่มตัวอย่างมากเกินไป

การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสามารถกระทำโดยการประเมินได้จากคนที่ผู้ป่วยสามารถทำหรือได้ทำกิจกรรมตามที่กำหนดหรือไม่ กิจกรรมที่เลือกใช้จะเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติอยู่ในชีวิตประจำวัน (Activity of Daily Living: ADL) ซึ่งประกอบด้วย กิจกรรมเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐาน (Basal Activity of Daily Living) และกิจกรรมเชิงปฏิบัติเพื่อ การดำรงชีวิต (Instrumental Activity of Daily Living: IADL) เครื่องมือที่นิยมใช้ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ได้แก่

1. The Katz Index of ADL (Katz and Stroud, 1989) เป็นการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐาน ในผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม 6 กิจกรรม ได้แก่ การอาบน้ำ การแต่งตัว การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่าย การเคลื่อนย้ายตนเอง และการรับประทานอาหาร

2. Barthel Index สร้างโดย Barthel and Mahoney (1958, cited in McDowell and Newell, 1996) เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นมาใช้ในการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การลุกจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนย้าย และการขึ้นลงบันไดหนึ่งชั้น

3. แบบประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติ พัฒนาโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2537) เป็นแบบวัดที่ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ดัชนีบาร์เทล เอดีแอล (Barthel ADL Index) เป็นแบบประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐาน เป็นแบบวัดที่ดัดแปลงมาจาก Barthel Index เพื่อให้เหมาะสมกับลักษณะวัฒนธรรมและสังคมไทย ประกอบด้วยกิจกรรมเช่นเดียวกับ Barthel Index ได้แก่ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การเคลื่อนย้าย การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนที่ การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้นลงบันไดหนึ่งชั้น การอาบน้ำ การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ และการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ

ส่วนที่ 2 ดัชนีจุฬา เอดีแอล (Chula ADL Index: CAI) เป็นแบบวัดกิจกรรมเชิงปฏิบัติเพื่อการดำรงชีวิตที่ซับซ้อนขึ้น สร้างขึ้นให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมและสังคมของคนไทยโดยเฉพาะ ประกอบด้วยกิจกรรม 5 กิจกรรม ได้แก่ การเดินหรือการเคลื่อนที่ออกนอกบ้าน การทำหรือการเตรียมอาหาร การทำความสะอาดบ้านหรือซักผ้า การทอนเงินหรือการแลกเงินและการใช้บริการรถเมล์หรือรถสองแถว

4. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นแบบวัดดัชนีบาร์เทล เอดีแอล (Barthel ADL Index) ของ เพ็ญพโยม เชนสมบัติ (2547) ซึ่งดัดแปลงมาจากสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2537) ซึ่งพัฒนาจากแบบวัด Barthel Index ของ Barthel and Mahoney เป็นการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 10 กิจกรรม คือ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การเคลื่อนย้าย การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนที่ การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้นลงบันได การอาบน้ำ การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ และการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ โดยมีเกณฑ์การประเมินและการให้คะแนนที่แตกต่างกันในแต่ละกิจกรรม ตั้งแต่ไม่สามารถปฏิบัติได้ ถึงสามารถปฏิบัติเองได้ ซึ่งแบบประเมินนี้ถูกนำไปใช้วัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุไทย พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นสูง แต่เนื่องจากในโรงพยาบาลไม่มีกิจกรรมการขึ้นลงบันได ผู้วิจัยจึงได้ดัดแปลงโดยการตัดกิจกรรมข้อนี้ออก จึงเหลือกิจกรรมทั้งสิ้น 9 กิจกรรมเกณฑ์การให้คะแนน ให้คะแนนตามความสามารถของผู้ป่วย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้ดัชนีบาร์เทลเอดีแอล เป็นแบบประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐาน ที่พัฒนาโดยเพ็ญพโยม เชนสมบัติ (2547) เนื่องจากเป็นแบบวัดที่สามารถประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย ได้ครอบคลุมมิติทุกด้านและเหมาะสมกับลักษณะวัฒนธรรมและสังคมไทย จึงเหมาะสมมากกว่าแบบประเมินอื่นๆ

5. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับหัวข้อความต้องการด้านจิตวิญญาณนั้นมีน้อยมาก จากการทบทวนวรรณกรรม พบงานที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบของความต้องการด้านจิตวิญญาณเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

Taylor (2006) ศึกษาเกี่ยวกับความแพร่หลายและปัจจัยองค์ประกอบของความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลในครอบครัวกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 156 คน และครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง 68 คน จากผู้ป่วยนอกจากศูนย์บำบัด Radiation และผู้ป่วยในจากหน่วย Oncology ที่มหาวิทยาลัยแพทย์แห่งหนึ่งในอเมริกา โดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับความ

ต้องการด้านจิตวิญญาณที่ Taylor สร้างขึ้น พบว่า จำนวนครั้งในการเข้าร่วมบริการทางศาสนา มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณ คือ ผู้ที่ต้องการศาสนาคือผู้ที่มีความต้องการด้านจิตวิญญาณ ส่วนระยะเวลาในการเป็นโรคจะเกี่ยวข้องกับความต้องการด้านจิตวิญญาณที่มากขึ้น มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณ ผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลมีความต้องการด้านจิตวิญญาณมากกว่าผู้ป่วยที่อยู่ที่บ้าน ส่วนเชื้อชาติและศาสนาในกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกันน้อยจึงไม่สามารถหาความสัมพันธ์ได้ เพศหญิงมีความต้องการด้านจิตวิญญาณสูงกว่าเพศชาย ชนิดของมะเร็ง หรือการเจ็บป่วยที่รักษาไม่หายมีความเกี่ยวข้องกับความต้องการด้านจิตวิญญาณที่เพิ่มขึ้น การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมักมีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณ คือผู้ที่ไม่เห็นว่าโรคมะเร็งจะเป็นอันตรายต่อชีวิต จะมีความต้องการด้านจิตวิญญาณน้อย

Barroso (1999) ศึกษาการมีชีวิตรยาวของผู้ป่วยเอดส์ โดยไม่เกิดอาการแทรกซ้อน ในกลุ่มผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 25 คน เป็นเพศชาย 20 คน และเพศหญิง 58คน มีระยะเวลาในการได้รับเชื้อนาน 7 ปีขึ้นไป และยังไม่เคยเกิดโรคแทรกซ้อน โดยการวิจัยเชิงคุณภาพ เกี่ยวกับปัจจัยใดที่ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตรยาวได้นาน พบว่า ผู้ป่วยมีความสนใจสุขภาพกาย สุขภาพจิต และดูแลด้านจิตวิญญาณ คือผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อความเจ็บป่วย ผู้ป่วยได้รับกำลังใจจากคู่สมรส ครอบครัว เพื่อน ผู้ป่วยค้นหาสิ่งที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ คือการยึดหลักคำสอนของศาสนา ช่วยให้เกิดมีความหวังและชีวิตยังมีคุณค่า สามารถปรับตัวต่อโรค และมีชีวิตรยาวได้ต่อไป

Kaidjian et al. (1988) ศึกษาความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยเอดส์ ในกลุ่มผู้ติดเชื้อโรคเอดส์จำนวน 104 ราย จาก 90 โรงพยาบาลในสหรัฐอเมริกา โดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับความต้องการด้านจิตวิญญาณ เกี่ยวกับการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต มีความหวังและมีสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการด้านจิตวิญญาณ คือ ส่วนใหญ่มีศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ การสวดมนต์เมื่อคิดถึงความตาย จำนวนครั้งในการสวดมนต์จะช่วยลดความรู้สึกผิด ยอมรับการติดเชื้อ ใส่ใจตนเองมากขึ้น และพร้อมที่จะเข้าสู่โรคเอดส์ระยะสุดท้าย

บุบผา ชอบใจ (2536) ได้ศึกษาความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือผู้ป่วยมะเร็งระยะ 3-4 ที่สูงอายุ จำนวน 75 คน เป็น เพศหญิง ร้อยละ 53.33 และสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 89.33 และประกอบศาสนกิจทางศาสนาอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 92 โดยใช้แบบสัมภาษณ์ชนิดเจาะลึก พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย คือ ศาสนาเป็นสิ่งที่มีความหมาย เป็นกำลังใจ และความหวัง ผู้ป่วยต้องการที่จะปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาอย่าง

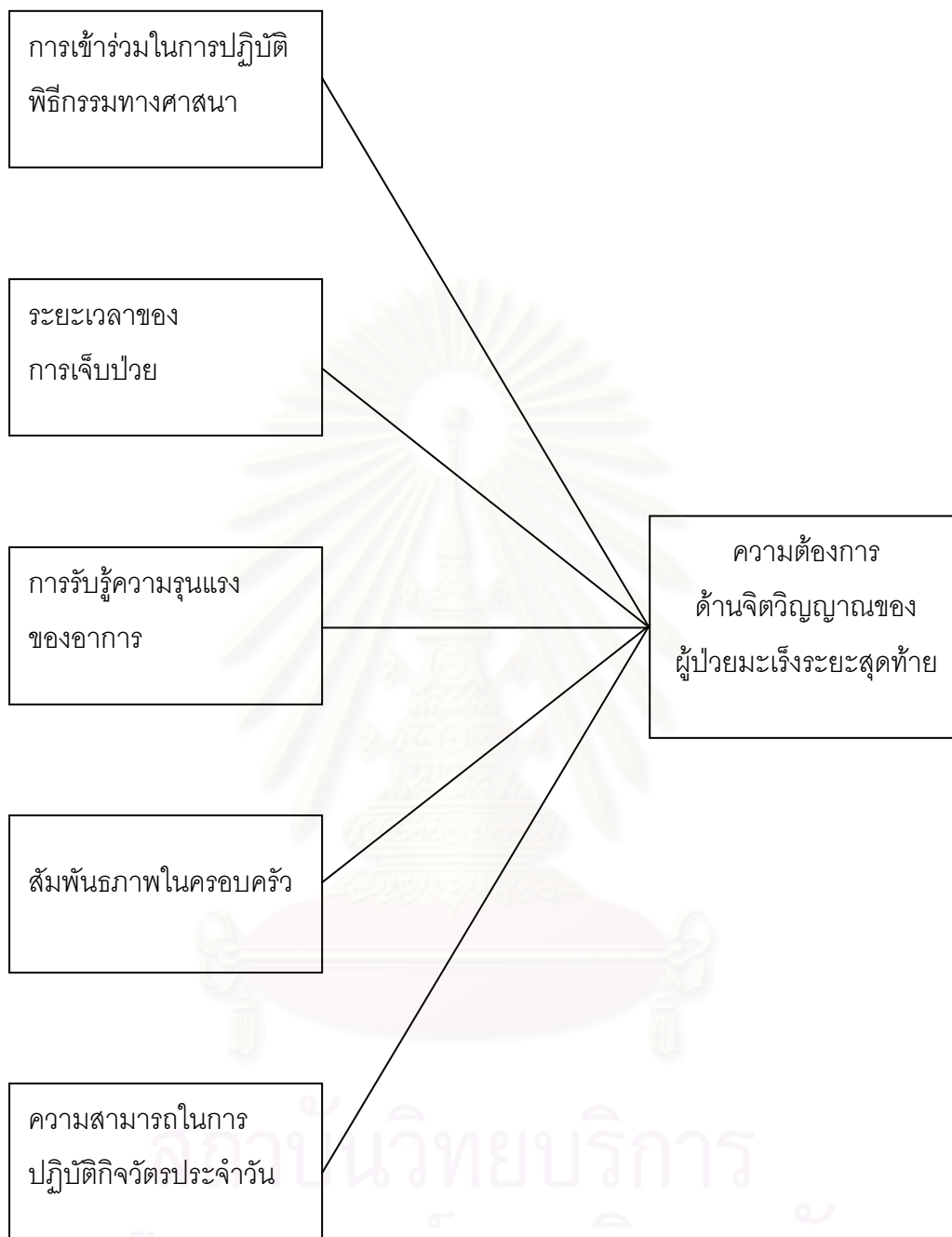
สม่ำเสมอ ลูก หลาน คู่สมรส เป็นสิ่งที่ให้ความหมาย เป็นกำลังใจและความหวัง ยังต้องการ กำลังใจ ความรัก และความห่วงใย ความเชื่ออาทรต่อกัน ในการที่ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ต้องการให้ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน หรือช่วยปฏิบัติภารกิจต่างๆ เช่น การถวายเป็นอาหาร พระสงฆ์ เป็นต้น การเจ็บป่วยทำให้รู้สึกว่ามีผลกระทบต่อความต้องการด้านจิตวิญญาณ การอยู่โรงพยาบาลเป็นอุปสรรคต่อสัมพันธภาพของครอบครัว สรุปได้ว่าความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งมีความเกี่ยวข้องกับศาสนา และสัมพันธภาพในครอบครัว

Herth (1990) ศึกษาความหวังในผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 30 คน เป็นเพศชาย 8 คน เพศหญิง 22 คน เป็นผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 11 คน โรคปอดจำนวน 8 คน โรคเอดส์จำนวน 7 คน และอื่นๆ จำนวน 4 คน โดยใช้แบบวัดความหวัง พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความหวังระดับสูง แต่ผู้ป่วยเอดส์มีความหวังน้อยกว่าผู้ป่วยอื่นๆ และเมื่อทำการสัมภาษณ์ ถึงปัจจัยที่ทำให้เกิดความหวัง พบว่าปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมีความหวัง มีปัจจัยสำคัญคือ ความเชื่อจากพลังสิ่งศักดิ์สิทธิ์ และความศรัทธาต่อศาสนา เช่น การสวดมนต์ขอพรให้เกิดสิ่งที่ดีในชีวิต การนั่งสมาธิเพื่อให้จิตใจสงบ การเข้าโบสถ์หรือเข้าวัด การอ่านหนังสือธรรมะ และการปฏิบัติศาสนกิจต่างๆเป็นที่พึงพอใจ ทำให้เกิดความหวัง ทำให้มองโลกในทางที่ดีขึ้น ทำให้ยอมรับความตายที่จะมาถึง และสัมพันธภาพในครอบครัว ที่ได้จากคู่สมรส ลูกๆทำให้รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และมีหวังที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป การรับรู้ถึงความต้องการด้านจิตวิญญาณของตนเอง ช่วยทำให้มีที่พึ่งพิงทางใจและมีความหวัง

Anderson (1995) ศึกษาการค้นหาคุณค่าและความหมายในชีวิตในผู้ป่วยเอดส์จำนวน 127 คน เป็นเพศชาย 77 คน เพศหญิง 50 คน พบว่า ปัจจัยที่ทำให้รู้สึกว่ามีความคุณค่าและความหมายในชีวิตในเพศชายคือสถานะทางเศรษฐกิจ ในเพศหญิงคือ การมีปฏิสัมพันธ์และการได้รับการช่วยเหลือจากคนรัก ครอบครัว และสังคมที่เพียงพอ

ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาปัจจัยดังต่อไปนี้คือ การเข้าร่วมในการปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนา ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของอาการสัมพันธภาพในครอบครัว และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้นำมาทำการศึกษาในครั้งนี้ โดยแสดงเป็นกรอบแนวคิดไว้ ดังนี้

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย



แผนภาพที่ 2 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าร่วมในการปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนา ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของอาการ สัมพันธภาพในครอบครัว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยมีการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรสำหรับการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อายุ 20-59 ปี ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และศูนย์ Hospice ที่เป็นของรัฐบาล และ Hospice ที่ดำเนินการโดยมูลนิธิโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เป็นโรงพยาบาลที่มีความสามารถและความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนมาก โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และมีทีมผู้เชี่ยวชาญที่มีความหลากหลายภายใต้มาตรฐานวิชาชีพ ให้การดูแลรักษาโรคมะเร็งระยะสุดท้ายทุกชนิด อย่างครอบคลุมแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ โดยไม่มีญาติอยู่ด้วยตลอด 24 ชั่วโมง ส่วนที่ศูนย์ Hospice ของรัฐบาล คือ เป็นสถานที่ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย โดยการช่วยผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิตให้ได้รับความสุข ลดความทุกข์ทรมานให้เหลือน้อยที่สุด หรือหมดไป และให้มีคุณภาพชีวิตต่อไปอย่างสมคุณค่า และตายอย่างสมศักดิ์ศรี โดยมีความเป็นอิสระไม่ต้องการพึ่งพาอุปกรณ์การช่วยชีวิตใด ๆ มีเป้าหมายคือ ช่วยดูแลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ในแง่ของการควบคุมความเจ็บปวด อาการคลื่นไส้อาเจียน รวมไปถึงการดูแลสมาชิกในครอบครัว โดยมีญาติอยู่ดูแลตลอด 24 ชั่วโมง และศูนย์ Hospice ที่ดำเนินการโดยมูลนิธิ มีวัตถุประสงค์และเป้าหมายเดียวกับ Hospice ของรัฐบาล แต่จะแตกต่างกันตรงที่ Hospice ที่ดำเนินการโดยมูลนิธิ จะเพิ่มการดูแลรักษาทางการแพทย์แผนไทย (การใช้สมุนไพร) การแพทย์แผนจีน (การฝังเข็ม) พร้อมใช้ธรรมชาติบำบัด ดนตรีบำบัด อาหารเพื่อสุขภาพ และจะเน้นให้มีญาติอยู่ดูแลตลอด 24 ชั่วโมง

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกสถานที่แบบเฉพาะเจาะจง คือโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เป็นตัวแทนของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่มีการดูแลแบบครบองค์รวม โดยเฉพาะด้านจิตวิญญาณ คือมีทีม

END OF LIFE ที่สามารถให้คำปรึกษากับผู้ป่วยได้ รวมทั้งมีการนิมนต์พระมารับบิณฑบาตข้างเตียงผู้ป่วย ส่วนศูนย์มหาวชิราลงกรณ์ รัชบุรี จังหวัดปทุมธานี เป็นศูนย์ Hospice ของรัฐบาลแห่งเดียว ที่เป็นสถานที่ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย และ อโรคยาศาล วัดคำประมง จังหวัดสกลนคร เป็นตัวแทนของศูนย์ Hospice ของที่ดำเนินการโดยมูลนิธิ ที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยเน้นการดูแลแบบผสมผสาน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้คือ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ศูนย์มหาวชิราลงกรณ์ รัชบุรี จังหวัดปทุมธานี และ อโรคยาศาล วัดคำประมง จังหวัดสกลนคร และผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติ ดังนี้.

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งระยะแพร่กระจาย ระยะที่ 3 หรือระยะที่ 4
2. มีอายุตั้งแต่ 20 - 59 ปี
3. มีสติสัมปชัญญะดี สามารถ พูด ฟัง ภาษาไทยรู้เรื่องและเข้าใจ
4. สมัครใจเข้าร่วมกลุ่มตัวอย่างในการทำวิจัย
5. ไม่มีอาการเฉียบพลันขณะเข้าร่วมโครงการวิจัย และไม่มีอาการรุนแรงกำเริบระหว่างเข้าร่วมโครงการวิจัย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จากสูตรของ Thorndike (1978 cited in Presscott, 1987: 130) คือ $10k + 50$ (k หมายถึง จำนวนตัวแปรที่ศึกษา) และเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้มีตัวแปรที่นำมาศึกษา จำนวน 6 ตัวแปร และจากการคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ $N=70+50=110$ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 110 คน แต่เป็นการป้องกันการสูญหายของข้อมูลผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 120 คน ดังนั้น ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการกำหนดโควต้าที่จะเก็บในแต่ละแห่ง ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนประชากร และกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามแต่ละสถานที่

สถานที่	ประชากร (คน)/ปี	กลุ่มตัวอย่าง(คน)
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	4,300	81
ศูนย์มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรญาณ กรุงเทพมหานคร	1,200	23
อโรคยาศาล วัดคำประมง จังหวัดสกลนคร	800	16

การสุ่มตัวอย่าง ในการสุ่มตัวอย่างดำเนินการดังนี้

1. สัมภาษณ์ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยสามัญและพิเศษ 2 ที่มีผู้ป่วยมะเร็งเข้ารับการรักษาทั้งชาย และหญิง ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ศูนย์มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรญาณ กรุงเทพมหานคร และ อโรคยาศาล วัดคำประมง จังหวัดสกลนคร ตามเกณฑ์ที่กำหนด บันทึกชื่อ หมายเลขเตียง และจำนวนผู้ป่วยที่ได้

2. สุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยการจับสลากแบบไม่คืนที่จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้ในแต่ละวัน ในจำนวน 3 ใน 4 จนได้ครบจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล โดยผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ได้ 100 คนและได้ใช้วิธีการสุ่มอย่างมีระบบ (Systemic sampling) อีกครั้งโดยเรียงลำดับของสมาชิกทุกหน่วยในจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด แล้วคำนวณอันตรภาคการได้ตัวอย่าง (Sampling interval) จากสูตร $SI = \text{ขนาดของประชากร/ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง}$ (อวยพร เรื่องตระกูล, 2552) คือ $100/81 = 1.23$ ประมาณค่าเท่ากับ 2 เมื่อสุ่มหมายเลขคนแรกได้หมายเลข 4 จะได้ตัวอย่างดังต่อไปนี้ 4,6,8,10,.....จนกระทั่งได้ตัวอย่างครบตามต้องการ เลือกข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเหลือเพียง 81 คน ส่วนศูนย์มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรญาณ กรุงเทพมหานคร จำนวน 23 คน และ อโรคยาศาล วัดคำประมง จังหวัดสกลนคร ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างได้ 20 คน และได้ใช้วิธีการสุ่มอย่างมีระบบอีกครั้งโดยเลือกข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเหลือเพียง 16 คนผู้วิจัยได้ไปเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ศูนย์มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรญาณ กรุงเทพมหานคร และ อโรคยาศาล วัดคำประมง จังหวัดสกลนคร ทุกวันจันทร์ถึงวันศุกร์ ระหว่างเดือนมีนาคม 2552 ถึงเดือนเมษายน 2552 จำนวน 120 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยแบบสอบถาม จำนวน 5 ส่วน ดังนี้

1. **แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล** เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง มีลักษณะให้เติมข้อความลงในช่องว่างและแบบคำถามปลายปิด จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การเข้าร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ต่อสัปดาห์ ส่วนนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองจากแฟ้มประวัติและจากการซักถามผู้ป่วย

2. แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของอาการ

เป็นแบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของอาการ ของ สุมาพร บรรณสาร (2545) เป็นแบบวัดความเจ็บปวดแบบช่อง 11 ระดับ มี 1 ข้อ

ลักษณะเครื่องมือ แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของอาการนี้ กำหนดระดับความรุนแรงเป็น 11 ระดับ คือ 0 – 10 ซึ่งใช้ช่องความรุนแรงแทนระดับความรุนแรงในแต่ละระดับรวมทั้งหมด 11 ช่อง โดยเริ่มจากระดับคะแนน 0 หมายถึง อาการไม่มีความรุนแรงเลย ระดับคะแนน 5 หมายถึง อาการมีความรุนแรงปานกลาง ระดับคะแนน 10 หมายถึง อาการมีความรุนแรงมาก ดังรายละเอียดที่แสดงมาตรวัดความรุนแรงของอาการของโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่มีความรุนแรงเลย					มีความรุนแรง					รุนแรง
					ปานกลาง					มาก

แสดงมาตรวัดความรุนแรงของอาการของโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

เกณฑ์การให้คะแนน

ในกรณีที่ผู้ป่วยเลือกตอบ โดยทำเครื่องหมาย “ X ” ลงในช่องตัวเลขใดให้คะแนนตามตัวเลขนั้น

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

การแปลคะแนนระดับความรุนแรงของโรคมะเร็งระยะสุดท้ายของกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดเกณฑ์เพื่อแบ่งระดับความรุนแรง ตามการแบ่งระดับของ Best (1977 อ้างถึงในหนึ่งฤทัย แก่นจันทร์, 2540) ด้วยการนำค่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคสูงสุดลบด้วยค่าการรับรู้

ความรุนแรงของโรคต่ำสุด จากนั้นนำมาหารด้วยระดับที่ต้องการแบ่ง จะทำให้ได้ช่วงคะแนนที่ใช้ในการแบ่งระดับ ซึ่งการวิจัยนี้แบ่งการรับรู้ความรุนแรงของอาการออกเป็น 3 ระดับ ดังนั้นการหาช่วงคะแนนในการแบ่งระดับการรับรู้ความรุนแรงของอาการ มีรายละเอียดดังนี้

การรับรู้ความรุนแรงของอาการ มีช่วงการแบ่งระดับเป็น $10-0 / 3 = 3.33$ แบ่งระดับการรับรู้ความรุนแรงของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ได้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 6.68-10.00	หมายถึง	ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีการรับรู้ความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับมาก
คะแนนเฉลี่ย 3.34 -6.67	หมายถึง	ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีการรับรู้ความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 0.01 -3.33	หมายถึง	ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีการรับรู้ความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับน้อย
คะแนน 0	หมายถึง	ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายไม่มีความรุนแรงของอาการ

3. แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว เป็นแบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว ของ สมพร รัตนพันธ์ (2541) ซึ่งประกอบไปด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นบวกทั้งหมด โดยคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือคะแนน 1 คะแนน เมื่อตอบว่าไม่เป็นจริง คะแนน 2 คะแนน เมื่อตอบว่า เป็นจริงน้อย คะแนน 3 คะแนน เมื่อตอบว่า เป็นจริงปานกลาง และ คะแนน 4 คะแนน เมื่อตอบว่าเป็นจริงมาก

เกณฑ์การแปลผลคะแนน การแปลคะแนนระดับสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของกลุ่มตัวอย่าง ใช้คะแนนรวมทั้งหมดที่มีค่าคะแนนต่ำสุด 15 คะแนน และคะแนนสูงสุด 60 คะแนน คะแนนรวมสูงสุด แสดงถึงการมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีกว่าคะแนนต่ำ จากนั้นจึงใช้เกณฑ์เพื่อแบ่งระดับสัมพันธภาพในครอบครัว ตามการแบ่งระดับของ Best (1977 อ้างถึงใน หนึ่งฤทัย แก่นจันทร์, 2540) ด้วยการนำผลรวมสัมพันธภาพในครอบครัวสูงสุดลบด้วยผลรวมสัมพันธภาพในครอบครัวต่ำสุด จากนั้นนำมาหารด้วยระดับที่ต้องการแบ่ง จะทำให้ได้ช่วงคะแนนที่ใช้ในการแบ่งระดับ ซึ่งการวิจัยนี้แบ่งสัมพันธภาพในครอบครัว ออกเป็น 3 ระดับ ดังนั้นการหาช่วงคะแนนในการแบ่งระดับของสัมพันธภาพในครอบครัว มีรายละเอียดดังนี้

สัมพันธภาพในครอบครัว มีช่วงการแบ่งระดับเป็น $60-15 / 3 = 15$ แบ่งระดับสัมพันธภาพในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ได้ดังนี้

คะแนน 46-60 หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี

คะแนน 31-45 หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับปกติ

คะแนน 15-30 หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับไม่ดี

4. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นแบบวัดดัชนีบาร์เธล เอดีแอล (Barthel ADL Index) ของ เพ็ญโพยม เชนสมบัติ (2547) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัด Barthel Index ของ Barthel and Mahoney เป็นการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 9 กิจกรรม คือ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การเคลื่อนย้าย การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนที่ การสวมใส่เสื้อผ้า การอาบน้ำ การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ และการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ โดยมีเกณฑ์การประเมินและการให้คะแนนในแต่ละกิจกรรม ตั้งแต่ไม่สามารถปฏิบัติได้ ถึงสามารถปฏิบัติเองได้ เกณฑ์การให้คะแนน ให้คะแนนตามความสามารถของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในการทำกิจกรรม ดังนี้ คือไม่สามารถปฏิบัติได้ มีคะแนน 1 คะแนน สามารถปฏิบัติเองได้บ้าง มีคะแนน 2 คะแนน สามารถปฏิบัติเองได้ มีคะแนน 3 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน การแปลคะแนนระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของกลุ่มตัวอย่าง ใช้คะแนนรวมทั้งหมดที่มีค่าคะแนนต่ำสุด 9 คะแนน และคะแนนสูงสุด 27 คะแนน คะแนนรวมสูงสุด แสดงถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับสูงกว่าคะแนนต่ำ จากนั้นจึงกำหนดเกณฑ์เพื่อแบ่งระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ตามการแบ่งระดับของ Best (1977 อ้างถึงในหนึ่งฤทัย แก่นจันทร์, 2540) ด้วยการนำผลรวมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงสุดลบด้วยผลรวมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่ำสุด จากนั้นนำมาหารด้วยระดับที่ต้องการแบ่ง จะทำให้ได้ช่วงคะแนนที่ใช้ในการแบ่งระดับ ซึ่งการวิจัยนี้แบ่งความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ออกเป็น 4 ระดับ ดังนั้นการหาช่วงคะแนนในการแบ่งระดับของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีรายละเอียดดังนี้

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีช่วงการแบ่งระดับเป็น 27-9 /4=4.5 แบ่งระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ได้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 22.8-27 หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 18.2-22.7 หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 13.6-18.1 หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 9-13.5 หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายไม่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

5. แบบสอบถามความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

เป็นเครื่องมือแบบสอบถามความต้องการด้านจิตวิญญาณ (SPIRIT) ของ Taylor (2006) หลังจากได้รับอนุญาตและได้เครื่องมือฉบับเต็มมา ผู้วิจัยได้นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันภาษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยแปล และให้ผู้ทรงคุณวุฒิอีกท่านจากสถาบันภาษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย Back Translation อีกครั้ง ดังรายละเอียดในภาคผนวกหน้า 99 ซึ่งแบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามที่มีลักษณะเชิงบวกรวม 41 ข้อ ที่ครอบคลุม 7 ด้าน คือ 1) ด้านต้องการมีทัศนคติเชิงบวก จำนวน 5 ข้อ 2) ด้านต้องการเชื่อมโยงกับศาสนา จำนวน 6 ข้อ 3) ด้านการให้ความรักต่อผู้อื่นและการได้รับความรักจากผู้อื่น จำนวน 9 ข้อ 4) ด้านการทบทวนความเชื่อ 4 ข้อ 5) ด้านการค้นพบความหมายของชีวิต จำนวน 8 ข้อ 6) ด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา จำนวน 6 ข้อ และ 7) ด้านการเตรียมพร้อมสู่ความตาย จำนวน 3 ข้อ แบบสอบถามเป็นมาตราวัดแบบ Likert scale (1 คะแนน คือ ไม่มีเลย จนถึง 5 คะแนน คือ มีมาก)

เนื่องจากแบบสอบถามเป็นบริบทของประเทศตะวันตก ในแบบสอบถามจะใช้คำว่า “พระเจ้า” เป็นสิ่งที่สื่อถึง สิ่งที่มีความหมายในชีวิต ผู้วิจัยจึงเพิ่มข้อคำถาม 1 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการระบุถึงสิ่งที่มีความหมายในชีวิต ทำให้ชีวิตท่านมีคุณค่า ในบริบทตะวันออกและให้กลุ่มตัวอย่างระลึกถึง ก่อนที่จะให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามความต้องการด้านจิตวิญญาณ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละระดับ ดังนี้

เกณฑ์การแปลผลคะแนน การแปลคะแนนระดับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของกลุ่มตัวอย่าง ใช้คะแนนรวมทั้งหมดที่มีค่าคะแนนต่ำสุด 41 คะแนน คะแนน และ คะแนนสูงสุด 205 คะแนน คะแนนรวมสูงสุด แสดงถึงความต้องการด้าน

จิตวิญญาณอยู่ในระดับมากกว่าคะแนนต่ำ จากนั้นจึงกำหนดเกณฑ์เพื่อแบ่งระดับการพิจารณา ดังนี้ (ประคอง กรรณสูต, 2538)

$$\frac{(\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด})}{\text{จำนวนอัตรภาคชั้น}} = \frac{(5 - 1)}{3} = 1.33$$

ระดับของความต้องการด้านจิตวิญญาณ	ระดับคะแนนเฉลี่ยโดยรวม
มาก	≥ 3.68
ปานกลาง	2.34-3.67
น้อย	1.00-2.33

คุณภาพของเครื่องมือ

ความตรงของเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางการแพทย์จำนวน 6 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญทางด้านอายุรศาสตร์ จำนวน 2 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 3 ท่าน และอายุรแพทย์โรคปอด 1 ท่าน ดังรายละเอียดในภาคผนวกหน้า 99 ผู้วิจัยตัดสินใจผ่านการตรวจสอบโดยใช้เกณฑ์ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index, CVI) มากกว่า .80 ซึ่งผลจากการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำนิยาม และกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ดังนี้ (Polit and Hungler, 1999)

- 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยามเลย
- 2 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมากจึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม
- 3 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม
- 4 หมายถึง ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

ใช้สูตรในการคำนวณคือ

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ผลการคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของอาการแบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทุกชุดแบบสอบถาม ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 ส่วนแบบสอบถามความต้องการด้านจิตวิญญาณ ผู้วิจัยนำเครื่องมือนี้มาจากต่างประเทศ แปลและ Back Translation โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน จากสถาบันภาษาจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดังนั้นผู้วิจัยจึงไม่ได้นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาลตรวจสอบอีกครั้ง

หลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะต่างๆมาปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ดังต่อไปนี้

1. แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของอาการ จากระดับคะแนน 0 หมายถึง อาการไม่มีความรุนแรงเลย ระดับคะแนน 5 หมายถึง อาการมีความรุนแรงปานกลาง ระดับคะแนน 10 หมายถึง อาการมีความรุนแรงมาก ให้อธิบายเพิ่มเติม จากระดับคะแนน ปรับเปลี่ยนเป็นคือ ไม่มีความรุนแรง หมายถึง มีอาการบ้างแต่ไม่มีผลกระทบต่อความอยากอาหาร (การกิน) การรับประทานอาหารนอนพักผ่อนได้ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ มีความรุนแรงปานกลางหมายถึง อาการที่มีผลกระทบต่ออาการกินอาหาร พักผ่อนได้เป็นพักๆ ขณะมีอาการไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ มีความรุนแรงมาก หมายถึง อาการที่มีผลกระทบต่ออารมณ์ ความรู้สึกมาก ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย

2. แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว

ข้อที่ 1 ท่านสามารถขอคำปรึกษาหรือให้คำปรึกษากับสมาชิกในครอบครัวได้
ปรับแก้เป็น ท่านสามารถให้คำปรึกษากับสมาชิกในครอบครัวได้

ข้อที่ 3 ท่านคิดว่ามีบุคคลในครอบครัว ซึ่งท่านไว้วางใจและเป็นที่ยอมรับของท่านได้
ปรับแก้เป็น ท่านมีบุคคลในครอบครัว ซึ่งท่านไว้วางใจและเป็นที่ยอมรับของท่านได้

ข้อที่ 4 ท่านคิดว่าสมาชิกในครอบครัวเห็นความสำคัญในตัวท่าน ปรับแก้เป็นท่านคิดว่าสมาชิกในครอบครัวให้ความสำคัญในตัวท่านโดยเคารพและให้เกียรติเสมอ

ข้อที่ 15 สมาชิกในครอบครัวของท่านไม่ปล่อยให้ ท่านอยู่คนเดียวหรือไปที่ไหนเพียงลำพัง ปรับแก้เป็น สมาชิกในครอบครัวของท่านยินดีไปเป็นเพื่อนหรือร่วมเดินทางไปเพื่อสนับสนุนให้กำลังใจ

3. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ข้อที่ 4 การใช้ห้องส้วม

() 3. สามารถนั่งโกส้วม ลูกได้เอง ถอดและสวมใส่เสื้อผ้าได้เอง ใช้กระดาษชำระเอง อาจจะต้องอาศัยที่ยึดเวลาลูกนั่ง สามารถวางโถถ่ายลงบนเก้าอี้ นำไปเก็บและทำความสะอาดได้เอง

() 2. ต้องการความช่วยเหลือ อาจเพราะการทรงตัวไม่ปกติ ถอดหรือใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้

() 1. ช่วยเหลือตนเองไม่ได้

ปรับแก้เป็น () 3 เป็น สามารถลูกนั่งโกส้วม และสวมใส่เสื้อผ้าได้เอง ภายหลังขับถ่าย สามารถทำความสะอาดตนเองได้ และนำโถถ่ายไปเก็บทำความสะอาดได้

ข้อที่ 8. การควบคุมการถ่ายอุจจาระ

() 3. สามารถควบคุมการถ่ายอุจจาระได้ อาจมีการสวนอุจจาระด้วยตนเอง ได้ถ้าจำเป็น

() 2. ต้องการความช่วยเหลือในการถ่ายอุจจาระ

() 1. ควบคุมการถ่ายอุจจาระไม่ได้ ต้องสวนอุจจาระอยู่เสมอ

ปรับแก้เป็น () 3. สามารถควบคุมการถ่ายอุจจาระได้ อาจมีการได้รับยาระบาย ถ้าจำเป็น

ความเที่ยงของเครื่องมือ นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 30 คน ที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ได้ดังนี้

แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของอาการมีการวัด 2 ครั้งโดยนำแบบวัดชุดเดิมไปให้ผู้ป่วยกลุ่มเดิมตอบอีกครั้งหนึ่ง ซึ่งในการตอบแบบวัดความรุนแรงของอาการในครั้งที่ 2 นี้ มีระยะห่างระหว่างการตอบแบบวัดในครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 นี้ มีระยะห่างกัน 3-7 วัน (ประคอง กรรณสูต, 2538; ทศนีย์ นะแสง, 2542) จากนั้นนำผลที่ได้จากการวัดทั้ง 2 ครั้งมาหาค่าความสัมพันธ์โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง 0.91

ส่วนแบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และ แบบสอบถามความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ก่อนนำแบบสอบถามไปใช้จริง และ หลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 120 คน ผลการคำนวณได้

สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ก่อนได้ไปใช้จริงเท่ากับ .96,.93 และ.94 ตามลำดับ และหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลครบ 120 คน ได้เท่ากับ .81, .96 และ .80 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการเป็นขั้นตอน คือ

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตจาก คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผู้อำนวยการศูนย์มหาวิทาลงกรณ์ ธีญบุรี จังหวัดปทุมธานี และ เจ้าอาวาส วัดคำประมง จังหวัดสกลนคร เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการหน่วยวิจัยและคณะกรรมการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และอนุญาตให้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลได้ หลังจากดำเนินการไปประมาณ 4 สัปดาห์ หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ส่งหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยถึง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและเจ้าอาวาสวัด

3. เมื่อได้รับหนังสืออนุญาตให้เก็บข้อมูลวิจัยจากผู้อำนวยการของโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยพบหัวหน้าหน่วยโรคมะเร็ง และพยาบาลหัวหน้าหน่วยโรคมะเร็ง และเจ้าอาวาสวัด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัย

4. สํารวจรายชื่อผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน จากแฟ้มรายงานประวัติประจำตัว และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ขณะที่ผู้ป่วยว่างจากภารกิจประจำวัน ผู้วิจัยจะให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วย /เจ้าหน้าที่ดูแลผู้ป่วย สอบถามความสมัครใจของผู้ป่วยทุกรายในการเข้าร่วมวิจัยเบื้องต้น หลังจากนั้น ผู้วิจัยจะเข้าไปแนะนำตนเองและสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือเข้าร่วมวิจัย กรณีที่ผู้ป่วยสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยอ่านเอกสารการพิทักษ์สิทธิสิทธ์กลุ่มตัวอย่าง และใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยจนเข้าใจ จึงให้เซ็นใบเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งในการขอความร่วมมือจากผู้ป่วยจำนวน 150 คน ได้ถูกปฏิเสธจากผู้ป่วยจำนวน 2 คน เนื่องจาก ผู้ป่วยต้องการพักผ่อน

5. เมื่อผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะอธิบายการตอบแบบสอบถามให้กับผู้ป่วยโดยละเอียด เมื่อผู้ป่วยเข้าใจ จึงให้เริ่มดำเนินการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ9.52 นอกนั้นผู้วิจัยเป็นคนอ่านให้ผู้ป่วยตอบ จำนวน 133 คน คิดเป็นร้อยละ 90.47

เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับอาการปวด ไม่สามารถนั่งได้นานจึงไม่สะดวกในการทำด้วยตนเอง และมีปัญหาเกี่ยวกับสายตา ไม่ได้นำแว่นตามา ผู้วิจัยจะอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลาในการตอบแบบสอบถาม เพื่อชี้แจงรายละเอียดในกรณีที่ผู้ป่วยสงสัย และในกรณีที่ผู้ป่วยอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ หรือไม่สะดวกที่จะเขียนคำตอบด้วยตนเอง ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้ผู้ป่วยฟังทีละข้อ และเขียนคำตอบตามที่ผู้ป่วยบอก

6. เมื่อผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเสร็จ โดยใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 25-40 นาทีต่อคน ผู้วิจัยจะตรวจสอบความครบถ้วนของการตอบแบบสอบถามแต่ละชุด หากผู้ป่วยตอบไม่ครบถ้วน ผู้วิจัย จะบอกให้ผู้ป่วยทราบเพื่อให้ผู้ป่วยตอบจนครบ หลังจากนั้นผู้วิจัยจะเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อมูลในเรื่องที่ผู้ป่วยสนใจ หรือปัญหาที่ต้องการได้รับความช่วยเหลือ หรือ กล่าวในสิ่งที่ผู้ป่วยอยากกล่าว

7. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน 148 คน ได้ข้อมูลที่มีความสมบูรณ์ทั้งหมดจำนวน 141คน คิดเป็นร้อยละ 95.27 อีก 7 คนที่เหลือทำแบบสอบถามไม่ครบชุด เนื่องจากมีปัญหาเรื่องปวดจำนวน 4 คน และเหนื่อยขณะทำแบบสอบถามจำนวน 3 คน หลังจากนั้นทำการสุ่มแบบสอบถามดังที่ได้กล่าวแล้วข้างต้น จำนวน 120 ชุด มาคำนวณ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับการอนุมัติโดยคณะกรรมการหน่วยวิจัย และคณะกรรมการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยจาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่ได้ตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลในการสมัครเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่ถูกบังคับ รวมถึงประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับจากผลของการวิจัยนี้ โดยผู้วิจัยจะคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามกำหนดจากข้อมูลในบัตรตรวจโรคผู้ป่วย ขณะที่ผู้ป่วยว่างจากภารกิจประจำวัน ผู้วิจัยจะให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วย หรือ เจ้าหน้าที่ดูแลผู้ป่วย สอบถามความสมัครใจของผู้ป่วยทุกรายในการเข้าร่วมวิจัยเบื้องต้น หลังจากนั้นผู้วิจัยจะเข้าไปแนะนำตัวกับผู้ป่วยเพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย โดยชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีวิจัย ประโยชน์ การวิจัย และผลกระทบจากการวิจัย ในกรณีที่ผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย ผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยเซ็นชื่อในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย พร้อมทั้งให้ใบข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้เข้าร่วมในการวิจัย ในกรณีที่ผู้ป่วยเขียนหนังสือไม่ได้ ผู้วิจัยจะเขียนลงไป ในช่องลงนามผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยว่า ผู้ป่วยเขียนหนังสือไม่ได้ หรือในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สะดวกใจที่จะเขียนชื่อ ผู้วิจัยจะเขียนลงไป ในช่องลงนามผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยว่า ผู้ป่วยไม่สะดวกใจที่จะเขียนชื่อ ซึ่งในกรณีเขียนหนังสือไม่ได้มีจำนวน 5 ราย และ ในกรณีที่ไม่สะดวกใจเขียนชื่อมี 3 ราย

โดยผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของผู้ป่วยเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้ เท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และในกรณีที่ผู้ป่วยปฏิเสธไม่เข้าร่วมงานวิจัย หรือยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยแล้วแต่ปฏิเสธการเข้าร่วมในเวลาต่อมา ผลจากการปฏิเสธเหล่านี้จะไม่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยในกระบวนการรักษาพยาบาลทั้งสิ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นลำดับขั้น โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระยะเวลาของการเจ็บป่วย และการเข้าร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา โดยใช้สถิติ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความต้องการด้านจิตวิญญาณ การรับรู้ความรุนแรงของอาการสัมพันธภาพในครอบครัว และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยรวมและรายด้าน โดยใช้สถิติหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแบ่งระดับจากคะแนน หรือค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์ที่แปลผลคะแนน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ความรุนแรงของอาการ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สัมพันธภาพในครอบครัว กับ ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้าย โดยใช้สถิติคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product moment correlation) โดยทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กำหนดเกณฑ์การแปลความหมายของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ดังนี้ (ประคอง กรวรรณสุต, 2542)

ค่าระหว่าง .70-.90	มีความสัมพันธ์ในระดับสูง
ค่าระหว่าง .30-.69	มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
ค่าต่ำกว่า .29	มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เป็นบวก หมายความว่าตัวแปรทั้งสองมีลักษณะเพิ่ม หรือลดตามกัน แต่ถ้าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เป็นลบ หมายความว่า ตัวแปรทั้งสองมีลักษณะเพิ่ม หรือลดตรงข้ามกัน

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลของการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ศูนย์มหาวิทราชสงฆ์ รัชบุรี จังหวัดปทุมธานี และ อโรคยาศาล วัดคำประมง จังหวัดสกลนคร จำนวน 120 คน ผู้วิจัยได้เสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัยด้วยตารางประกอบคำบรรยายตามลำดับดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแสดงในตารางที่ 2

ตอนที่ 2 ข้อมูลความต้องการด้านจิตวิญญาณ การเข้าร่วมในการปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนา ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของอาการ สัมพันธภาพในครอบครัว และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำแนกตามรายด้านและโดยรวม แสดงตารางที่ 3-9

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณ โดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง แสดงในตารางที่ 10

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผลการวิเคราะห์

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำแนกตามอายุ เพศ สถานภาพสมรส และศาสนา (n=120)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
อายุ		
20 - 30 ปี	13	10.80
31 - 40 ปี	13	10.80
41 - 50 ปี	27	22.60
51 - 59 ปี	67	55.80
$\bar{X}=48.18$ S.D.=10.97		
เพศ		
ชาย	75	62.50
หญิง	45	37.50
สถานภาพสมรส		
คู่	78	65.00
หม้าย/ หย่า/แยกกันอยู่	22	18.30
โสด	20	16.70
ศาสนา		
พุทธ	115	95.80
อิสลาม	4	3.40
คริสต์	1	0.80

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่รักษาที่โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ อโรคยาศาล วัดคำประมง จังหวัดสกลนคร และศูนย์ชีวะรังสีรพ. ธีรบุรี จังหวัดปทุมธานี จำนวน 120 คน มีอายุระหว่าง 51 ปีถึง 59 ปี จำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 55.80 รองลงมา มีอายุระหว่าง 41-50 ปี จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 22.50 กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 48.18 ปี เป็นเพศชาย 75 คน คิดเป็นร้อยละ 62.50 เพศหญิง 45 คน คิดเป็นร้อยละ 37.50 สถานภาพสมรส พบว่า มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด จำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 65 กลุ่มตัวอย่างนับถือศาสนาพุทธมากที่สุด จำนวน 115 คน คิดเป็นร้อยละ 95.80 นับถือศาสนา

อิสลาม จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 3.30 และนับถือศาสนาคริสต์ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.80

ตอนที่ 2 ข้อมูลความต้องการด้านจิตวิญญาณ การเข้าร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของอาการ สัมพันธภาพในครอบครัว และ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายด้านและโดยรวม

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ของความต้องการด้านจิตวิญญาณ จำแนกตามรายด้านและโดยรวม (n =120)

ความต้องการด้านจิตวิญญาณ	\bar{X}	SD	Min	Max	ระดับ
การทบทวนความเชื่อ	2.82	0.56	1.25	4.25	ปานกลาง
การได้กระทำกิจกรรมตามความเชื่อ					
ทางศาสนา	2.66	0.70	1.00	3.50	ปานกลาง
การเตรียมความพร้อมสู่ความตาย	2.66	0.89	1.00	4.33	ปานกลาง
การมีชีวิตที่มีความหมาย	2.25	0.53	1.13	3.88	น้อย
ความเชื่อมโยงกับศาสนา	1.93	0.72	1.00	3.50	น้อย
การให้ความรัก และได้รับความรัก					
จากผู้อื่น	1.83	0.66	1.00	3.22	น้อย
การมีทัศนคติเชิงบวก	1.68	0.58	1.00	3.40	น้อย
โดยรวม	2.21	0.40	1.38	2.98	น้อย

จากตารางที่ 3 พบว่า ความต้องการด้านจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยรวมนี้นับว่าต่ำ เนื่องจากค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.21 คือมีความต้องการระดับน้อย เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การทบทวนความเชื่อ มีคะแนนเฉลี่ย 2.82 แปลผลได้ว่ามีความต้องการระดับปานกลาง รองลงมา คือ การได้กระทำกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนามีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.66 ซึ่งเท่ากับด้านการเตรียมความพร้อมสู่ความตาย แปลผลได้ว่า มีความต้องการระดับปานกลาง ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ การมีทัศนคติเชิงบวก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.68 แปลผลได้ว่า มีความต้องการระดับน้อย

ตารางที่ 4 จำนวน และ ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างแยกตามระดับความต้องการด้านจิตวิญญาณ
(n =120)

ระดับความต้องการด้านจิตวิญญาณ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความต้องการด้านจิตวิญญาณระดับน้อย	72	60.00
ความต้องการด้านจิตวิญญาณระดับปานกลาง	48	40.00
ความต้องการด้านจิตวิญญาณระดับมาก	0	0.00

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 60 มีความต้องการด้านจิตวิญญาณในระดับน้อย รองลงมาคือความต้องการด้านจิตวิญญาณระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 40 และไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีความต้องการด้านจิตวิญญาณในระดับมาก

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของการเข้าร่วมในการปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนา (n =120)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การเข้าร่วมในการปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนา		
ต่อสัปดาห์)		
เท่าเดิม	21	17.50
น้อยลง	36	30.00
เพิ่มขึ้น	63	52.50
จำนวนครั้งที่เพิ่มขึ้น (ครั้ง/สัปดาห์)		
0	57	47.50
1	1	0.80
2	6	5.00
3	7	5.80
4	4	3.30
5	4	3.30
6	2	1.80
7	39	32.50

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเข้าร่วมในการปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนาเพิ่มขึ้น จากเดิมต่อสัปดาห์ จำนวน 63 คน คิดเป็นร้อยละ 52.50 โดยจำนวนครั้งในการเข้าร่วมในปฏิบัติ พิธีกรรมทางศาสนาที่เพิ่มขึ้น มีจำนวน 7 ครั้งต่อสัปดาห์ มากที่สุด จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 32.50 รองลงมา มีจำนวน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 5.80 ส่วนที่เหลือมีการ เข้าร่วมในการปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนา น้อยกว่าเดิมต่อสัปดาห์ จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 30 และการเข้าร่วมในการปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนาเท่าเดิม จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 17.50

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ระดับ ของระยะเวลาของการ เจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของอาการ สัมพันธภาพในครอบครัว และ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (n =120)

ตัวแปร	\bar{X}	SD	Min	Max	ระดับ
ระยะเวลาของการเจ็บป่วย (ปี)	3.38	2.65	1	10	-
การรับรู้ความรุนแรงของอาการ	4.57	2.51	1	10	ปานกลาง
สัมพันธภาพในครอบครัว	57.64	3.31	41	60	ดี
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	22.43	6.04	9	27	ปานกลาง

จากตารางที่ 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.38 ปี ระยะเวลาของการวินิจฉัย สูงสุด 10 ปี ระยะเวลาของการเจ็บป่วยต่ำสุด 1 ปี การรับรู้ความรุนแรงของอาการ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.57 แปลผลได้ว่า มีการรับรู้ความรุนแรงของอาการระดับปานกลาง การรับรู้ระดับความรุนแรงของอาการต่ำสุดอยู่ที่ระดับ 1 และการรับรู้ระดับความรุนแรงของอาการ สูงสุด อยู่ที่ระดับ 10 สัมพันธภาพในครอบครัวมีคะแนนรวมโดยเฉลี่ยเท่ากับ 57.64 แปลผลได้ว่า สัมพันธภาพในครอบครัว อยู่ในระดับดี และ คะแนนรวมต่ำสุด 41 คะแนน และ คะแนนรวม สูงสุด 60 คะแนน ส่วนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีคะแนนรวมโดยเฉลี่ย เท่ากับ 22.43 คะแนน แปลผลได้ว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับปาน กลาง โดยมีคะแนนรวมต่ำสุด 9 คะแนน และมีคะแนนรวมสูงสุด 27 คะแนน

ตารางที่ 7 จำนวน และ ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างแยกตามระดับการรับรู้ความรุนแรงของอาการ และ ระดับสัมพันธภาพในครอบครัว (n =120)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การรับรู้ความรุนแรงของอาการ		
ไม่มีความรุนแรงของอาการ	27	22.50
การรับรู้ความรุนแรงของอาการระดับน้อย	56	46.70
การรับรู้ความรุนแรงของอาการระดับปานกลาง	19	15.80
การรับรู้ความรุนแรงของอาการระดับมาก	18	15.00
สัมพันธภาพในครอบครัว		
สัมพันธภาพในครอบครัวระดับไม่ดี	0	0.00
สัมพันธภาพในครอบครัวระดับปกติ	1	0.80
สัมพันธภาพในครอบครัวระดับดี	119	99.20
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน		
ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้	18	15.00
ความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ระดับน้อย	14	11.70
ความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ระดับ		
ปานกลาง	9	7.50
ความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ระดับสูง	79	65.80

จากตารางที่ 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 46.70 มีการรับรู้ระดับความรุนแรงของอาการ อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 99.20 มีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี และ ร้อยละ 65.80 มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ระดับสูง

ตอนที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่าง (n =120)

ตัวแปร	ความต้องการด้านจิตวิญญาณ	ระดับ
ระยะเวลาของการเจ็บป่วย	0.68**	ปานกลาง
การรับรู้ความรุนแรงของอาการ	0.64**	ปานกลาง
การเข้าร่วมในการปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนา	0.40**	ปานกลาง
สัมพันธภาพในครอบครัว	- 0.30**	ปานกลาง
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	- 0.51**	ปานกลาง

** p < 0.01

จากตารางที่ 8 พบว่า ระยะเวลาของการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$, $r = .68$)

การรับรู้ความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$, $r = .64$)

การเข้าร่วมในการปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$, $r = .38$)

สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$, $r = -.51$)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$, $r = -.30$)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ศึกษาความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
2. ศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่าง การเข้าร่วมในการปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนา ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของอาการ สัมพันธภาพในครอบครัว และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กับ ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อายุ 20-59 ปี ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ศูนย์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนคร และอโรคยาศาล วัดคำประมง จังหวัดสกลนคร จำนวน 120 ราย โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งระยะแพร่กระจาย ระยะที่ 3 หรือระยะที่ 4
2. มีอายุตั้งแต่ 20 - 59 ปี
3. มีสติสัมปชัญญะดี สามารถ พูด ฟัง ภาษาไทยรู้เรื่องและเข้าใจ
4. สม่ครใจเข้าร่วมกลุ่มตัวอย่างในการทำวิจัย
5. ไม่มีอาการเฉียบพลันขณะเข้าร่วมโครงการวิจัย และไม่มีอาการรุนแรงกำเริบ

ระหว่างเข้าร่วมโครงการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Thorndike (1978 cited in Presscott, 1987: 130) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 120 คน

สมมติฐานการวิจัย

1. การเข้าร่วมในการปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนา ระยะเวลาของการเจ็บป่วย และการรับรู้ความรุนแรงของอาการ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

2. สัมพันธภาพในครอบครัว และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์ทางลบกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยแบบสอบถาม จำนวน 5 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง มีลักษณะให้เติมข้อความลงในช่องว่างและแบบคำถามปลายปิด จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การเข้าร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ต่อสัปดาห์ ส่วนนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองจากแฟ้มประวัติและจากการซักถามผู้ป่วย

2. แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของอาการ เป็นแบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของอาการของ สุมาพร บรรณสาร (2545) เป็นแบบวัดความเจ็บปวดแบบช่อง 11 ระดับ มี 1 ข้อ

3. แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว เป็นแบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัวของ สมพร รัตนพันธ์ (2541) ซึ่งประกอบไปด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นบวกทั้งหมด โดยคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือคะแนน 1 คะแนน เมื่อตอบว่าไม่เป็นจริง คะแนน 2 คะแนน เมื่อตอบว่า เป็นจริงน้อย คะแนน 3 คะแนน เมื่อตอบว่า เป็นจริงปานกลาง และ คะแนน 4 คะแนน เมื่อตอบว่าเป็นจริงมาก

4. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นแบบวัดดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) ของ เพ็ญไพยม เขยสมบัติ (2547) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัด Barthel Index ของ Barthel and Mahoney เป็นการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 9 กิจกรรม คือ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การเคลื่อนย้าย การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนที่ การสวมใส่เสื้อผ้า การอาบน้ำ การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ และการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ โดยมีเกณฑ์การประเมินและการให้คะแนนในแต่ละกิจกรรม ตั้งแต่ไม่สามารถปฏิบัติได้ ถึงสามารถปฏิบัติเองได้ เกณฑ์การให้คะแนน ให้คะแนนตามความสามารถของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในการทำกิจกรรม ดังนี้ คือไม่สามารถปฏิบัติได้ มีคะแนน 1 คะแนน สามารถปฏิบัติเองได้บ้าง มีคะแนน 2 คะแนน สามารถปฏิบัติเองได้ มีคะแนน 3 คะแนน

5. แบบสอบถามความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นเครื่องมือแบบสอบถามความต้องการด้านจิตวิญญาณ (SPIRIT) ของ Taylor (2006) หลังจากได้รับอนุญาตและได้เครื่องมือฉบับเต็มมา ผู้วิจัยได้นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันภาษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยแปล และให้ผู้ทรงคุณวุฒิอีกท่านจากสถาบันภาษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย Back Translation อีกครั้ง ดังรายละเอียดในภาคผนวกหน้า 100 ซึ่งแบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามที่มีลักษณะเชิงบวกรวม 41 ข้อ ที่ครอบคลุม 7 ด้าน คือ 1) ด้านต้องการมี

ทัศนคติเชิงบวก จำนวน 5 ข้อ 2) ด้านต้องการเชื่อมโยงกับศาสนา จำนวน 6 ข้อ 3) ด้านการให้ความรักต่อผู้อื่นและ การได้รับความรักจากผู้อื่น จำนวน 9 ข้อ 4) ด้านการทบทวนความเชื่อ 4 ข้อ 5) ด้านการค้นพบความหมายของชีวิต จำนวน 8 ข้อ 6) ด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา จำนวน 6 ข้อ และ 7) ด้านการเตรียมพร้อมสู่ความตาย จำนวน 3 ข้อ แบบสอบถามเป็นมาตราวัดแบบ Likert scale (1 คะแนน คือ ไม่มีเลย จนถึง 5 คะแนน คือ มีมาก)

เนื่องจากแบบสอบถามเป็นบริบทของประเทศตะวันตก ในแบบสอบถามจะใช้คำว่า “พระเจ้า” เป็นสิ่งที่สื่อถึง สิ่งที่มีความหมายในชีวิต ผู้วิจัยจึงเพิ่มข้อคำถาม 1 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการระบุถึงสิ่งที่มีความหมายในชีวิต ทำให้ชีวิตท่านมีคุณค่า ในบริบทตะวันออกและให้กลุ่มตัวอย่างระลึกถึง ก่อนที่จะให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามความต้องการด้านจิตวิญญาณ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ด้านความตรงเชิงเนื้อหา ได้นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 ท่าน ตรวจสอบความเหมาะสมของภาษา การตีความของข้อคำถาม ความครอบคลุมของเนื้อหา หลังจากนั้นได้นำไปทดลองใช้ กับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ นำคะแนนที่ได้ไปวิเคราะห์ และหาความเที่ยง ของเครื่องมือ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว เท่ากับ .96 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเท่ากับ .93 แบบสอบถามความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เท่ากับ .94 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 120 ราย ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .81, .96 และ .80 ตามลำดับ หาค่าความเที่ยงของแบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของอาการ โดยวิธีการวัดซ้ำ โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันของแบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของอาการ ได้ค่าความสัมประสิทธิ์ความเที่ยงเท่ากับ .91

การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม 2552 ถึงเดือนเมษายน 2552 โดยส่วนใหญ่ ร้อยละ 90.47 ผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ผู้ป่วย และร้อยละ 9.52 ผู้ป่วยดำเนินการตอบคำถามด้วยตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป คำนวณค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

1. ความต้องการด้านจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.21 คือมีความต้องการระดับน้อย เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การทบทวนความเชื่อ มีคะแนนเฉลี่ย 2.82 แปลผลได้ว่า มีความต้องการระดับปานกลาง รองลงมา คือ การได้กระทำกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนามีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.66 ซึ่งเท่ากับด้านการเตรียมความพร้อมสู่ความตาย แปลผลได้ว่า มีความต้องการระดับปานกลาง ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ การมีทัศนคติเชิงบวก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.68 แปลผลได้ว่า มีความต้องการระดับน้อย

2. ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของอาการ การเข้าร่วมในการปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนา มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05, r = .68, .63$ และ $.38$ ตามลำดับ)

3. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05, r = -.51$ และ $-.30$ ตามลำดับ)

อภิปรายผลการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้อภิปรายประเด็นสำคัญที่ค้นพบในงานวิจัย ดังนี้

1. ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ผลการวิจัยพบว่า ความต้องการด้านจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยรวม มีระดับความต้องการด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับน้อย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ อยู่ในสถานที่ที่มีการดูแลผู้ป่วยเป็นองค์รวมอยู่แล้ว มีการเน้นการดูแลด้านจิตวิญญาณเป็นหัวใจสำคัญ มีการจัดบริการที่หลากหลายเพื่อตอบสนองต่อความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นการพัฒนาทั้งระบบ โดยเฉพาะพัฒนาการทำงานของพยาบาลได้เข้าถึงจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และ อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยในครั้งนี้เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีอายุอยู่ในช่วง 51-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 55.80 ซึ่งอายุมีส่วนเกี่ยวข้องกับความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับตนเอง การรับรู้ การแปลความหมาย การเข้าใจชีวิต การตัดสินใจรวมถึงความต้องการต่างๆ รวมถึงกลุ่มตัวอย่าง พบว่าสถานภาพ

สมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 65.00 สถานภาพสมรส เป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เนื่องจากผู้ป่วยที่สมรสและครองชีวิตคู่ยาวนานมักเป็นกลุ่มบุคคลที่มีกำลังใจดี สามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ได้ดี (ศรีเรือน แก้วกังวาน, 2536) คู่สมรสจะให้ความสนิทสนม มีความรัก ความเข้าใจ และการพึ่งพาเป็นพื้นฐานแม้ว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจะมีความรุนแรงเพียงใด ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจะมีคู่สมรสให้ความช่วยเหลือ ห่วงใย อาหารและเต็มใจร่วมทุกข์ ร่วมสุขอย่างแท้จริง ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความอบอุ่น ไม่เกิดความเหงา มีความรู้สึกไว้วางใจ การมีความรัก การให้อภัย คอยช่วยเหลือในสิ่งต่างๆ ที่เป็นความต้องการด้านร่างกาย จิตสังคม จิตวิญญาณ ด้วยเหตุนี้ จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ ทำให้ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอยู่ในระดับน้อย

เมื่อพิจารณาความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นรายด้าน พบว่าด้านการทบทวนความเชื่อมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}=2.82$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก เป็นความต้องการส่วนลึกที่เกี่ยวกับตัวตนของตนเอง ต้องการการทบทวนความทรงจำในอดีต ไม่ว่าจะในเรื่องการยกโทษ การขอโทษ ล้วนมีความหมายต่อจิตวิญญาณของผู้ที่กำลังเสียชีวิต ในวัฒนธรรมไทยจะใช้คำว่า ให้อโหสิกรรมหรือขออโหสิกรรมต่อกัน สำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ส่วนใหญ่ที่ผ่านประสบการณ์ชีวิตมามากมาย ย่อมมีเรื่องที่ยังค้างคาใจ เป็นสิ่งหนึ่งที่ทำให้เกิดความทุกข์แก่จิตใจ และทำให้ไม่อาจตายอย่างสงบได้ (พระไพศาล วิสาโร, 2549)

ด้านการเตรียมความพร้อมสู่ความตายมีค่าเฉลี่ยรองลงมา ($\bar{X}=2.66$) อธิบายได้ว่าผู้ป่วยต้องการที่จะทำสิ่งเหล่านี้ ได้แก่ ภารกิจงานที่ยังค้างคั่ง ททรัพย์สินที่ยังแบ่งสรรไม่แล้วเสร็จ ความน้อยเนื้อต่ำใจในคนใกล้ชิด ความโกรธแค้นใครบางคน หรือความรู้สึกผิดบางอย่างที่เกาะกุมจิตใจมานาน (พระไพศาล, 2549) เพราะการที่ผู้ป่วยรู้ว่าวาระสุดท้ายใกล้จะมาถึง ย่อมช่วยให้ผู้ป่วยมีเวลาเตรียมตัวเตรียมใจในขณะที่สังขารยังเอื้ออำนวยอยู่ จากการศึกษาของสิดารัตน์ สัมครสมาน (2550) พบว่าผู้ป่วยพยายามที่จะทำในสิ่งที่ค้างคาใจ และพยายามที่ยอมรับธรรมชาติของชีวิต ทำให้สามารถลดความทุกข์ทางใจลงได้

ด้านการได้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา มีค่าเฉลี่ยเท่ากับด้านที่ต้องการเตรียมความพร้อมสู่ความตาย ($\bar{X}=2.66$) อธิบายได้ว่า การสวดมนต์ การนั่งสมาธิ การฟังธรรมะ หรืออ่านหนังสือธรรมะ หรือความต้องการให้ญาตินำพระที่ตนเองนับถือมาเยี่ยม ทำบุญถวายสังฆทาน สิ่งเหล่านี้เป็นการอำนวยความสะดวกให้ช่วยคุ้มครองผู้ป่วยไม่ให้เจ็บปวดหรือทุกข์ทรมาน ตามที่แสง จันทร์งาม (2531) กล่าวว่า มีบ่อยครั้งที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าหมดที่พึ่ง ผู้ป่วยจะพึ่งในสิ่งที่อยู่เหนือกฎเกณฑ์ธรรมชาติ ซึ่งศาสนาสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในส่วนนี้ได้ สามารถทำ

ให้จิตใจสงบลงได้ ซึ่งสอดคล้องกับหลายๆการศึกษา ที่พบว่า ศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ และเป็นกลวิธีในการเผชิญปัญหา เมื่อประสบภาวะวิกฤติในชีวิต เช่น การเจ็บป่วย ทำให้เกิดความสุขสงบในจิตใจ ทำให้เข้าใจความหมายของชีวิต เข้าใจความหมายของการเจ็บป่วย สามารถปรับตัวให้ยอมรับในเรื่องความเจ็บป่วย ทำให้มองเห็นสัจธรรม มีความหวัง และสามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุข ภายใต้สถานการณ์ที่จำกัดของชีวิตจากการเจ็บป่วย (Reed ,1986; Walton, 1996; กนกพร สุคำวัง ,2540 ; บุปผา ซอบใช้ ,2536 และ สมพร รัตนพันธ์, 2541) และมีการศึกษาในผู้ป่วยเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยเรื้อรังมีประสบการณ์มีความต้องการด้านจิตวิญญาณสูง จะใช้วิธีการสวดมนต์เพื่อสื่อสารกับผู้เป็นเจ้าเพื่อเป็นแหล่งความเชื่อและความเข้มแข็ง (Narayanazamy, 1995)

2. การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ผลการศึกษาคั้งนี้ พบว่า ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของอาการ การเข้าร่วมในการปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนา สัมพันธภาพในครอบครัว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังต่อไปนี้

2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาของการเจ็บป่วยกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาของการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < .05, r = .68$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐาน กล่าวคือ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีระยะเวลาของการเป็นโรครที่ยาวนาน จะมีแนวโน้มที่มีความต้องการด้านจิตวิญญาณที่เพิ่มขึ้น สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่จัดว่าเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งมักเป็นภาระในการดูแลของครอบครัวที่ยืดเยื้อไปตลอดชีวิต ล้นเปลืองทั้งด้านการเงินและระยะเวลา จึงทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ เกิดความวิตกกังวล หวาดหวั่นกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ยิ่งระยะเวลาของการเจ็บป่วยที่นานขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยหมดกำลังใจหมดหวัง (Michael, 1997; Taylor, 2006) สอดคล้องกับการศึกษาของ Taylor (2006), Moadel et al. (1999), Murray et al. (2004), Highfield (1992) และ Mystakidou et al. (2008) พบว่า ระยะเวลาของการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็ง คือเมื่อระยะเวลาของการเจ็บป่วยมากขึ้นจะมีความต้องการด้านจิตวิญญาณมากขึ้น

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของอาการกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05, r = .63$) สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ การรับรู้ความรุนแรงของอาการกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นปัจจัยที่เป็นสิ่งเร้าซึ่งบุคคลเผชิญได้โดยตรง และมีผลกระทบต่อองค์รวมของบุคคล โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นโรคเรื้อรัง ต้องใช้เวลาที่รักษายาวนาน และมักจะมีความรุนแรงของโรคทวีขึ้นเรื่อยๆ (Taylor, 2006) ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าการเจ็บป่วยคุกคามชีวิตโดยไม่อาจรักษาให้หายได้ ทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตไปสู่จุดมุ่งหมายที่ตนเองตั้งไว้ มีความรู้สึกสูญเสียอำนาจแห่งตน ทำให้ว้าวุ่น สับสน กลัว รู้สึกผิด เบื่อชีวิต หมดกำลังใจ เป็นสิ่งที่ขัดขวางเป้าหมายของชีวิต โดยที่ปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของอาการ จะกระทบต่อความต้องการด้านจิตวิญญาณของคน (ทัศนีย์ ทอง ประทีป, 2549) สอดคล้องกับการศึกษาที่ Taylor (2006) และสิดาร์ตัน สมัครสมาน (2550) พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของอาการ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็ง เช่นเดียวกับ Shaffer (1991) ที่กล่าวว่าระดับความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดด้านจิตวิญญาณ

2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าร่วมในการปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนากับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่าการเข้าร่วมในการปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ($r = .38$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานกล่าวคือ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีการเข้าร่วมในการปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนาที่มากขึ้น จะมีความต้องการด้านจิตวิญญาณมากขึ้น สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ที่มีความทุกข์ใจ ไม่สบายใจ จะสนใจในศาสนาเพิ่มขึ้น มีความต้องการที่จะมีความสัมพันธ์กับศาสนา ต้องการความคุ้มครองจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เพื่อให้อาการเจ็บป่วยทุเลาอาจแสดงออก เห็นได้จากที่ส่วนใหญ่ มีจำนวนครั้งในการเข้าร่วมพิธีกรรมทางศาสนาที่มากกว่าเดิม การเข้าร่วมในการปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนาอย่างสม่ำเสมอจะเป็นการช่วยทำให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีกำลังใจ มีความหวังขึ้น พิจารณาได้ว่าผู้ป่วยที่มีความต้องการศาสนา คือคนที่มีความต้องการด้านจิตวิญญาณ (Taylor, 2006) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศหลายฉบับ ที่พบว่าการเข้าร่วมปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการด้านจิตวิญญาณ (Highfield, 1983;

Hermann, 2001; Hampton et al., 2007; นุบผา ซอบไ้, 2536) กล่าวคือ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีการเข้าร่วมปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนาเพิ่มขึ้น เพราะมีความต้องการด้านจิตวิญญาณมากขึ้น และการศึกษาของ Narayanasamy (1995) ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยเรื้อรังมีความต้องการด้านจิตวิญญาณสูง จะมีการสวดมนต์เพื่อการสื่อสารกับพระเจ้า เพื่อเป็นแหล่งความเชื่อความเข้มแข็ง เช่นเดียวกับการศึกษาอื่นๆ ที่พบว่า ผู้ป่วยมีพระเจ้าเป็นปัจจัยสำคัญในการเผชิญกับความเจ็บป่วย (Soeken and Carson, 1987) การยึดมั่นในศาสนามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความหวังในผู้ป่วยเรื้อรังระยะสุดท้าย (Herth, 1990) รวมถึงการศึกษาของ เกษตะวัน นาคดี (2544) พบว่า การปฏิบัติธรรม ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อเอดส์ ให้ผู้ป่วยหลุดพ้นจากความมืดมน จิตใจมีความสุขสงบไม่ฟุ้งซ่าน มีความมั่นคงทางอารมณ์ มีภูมิคุ้มกันทางจิตใจ มีความรู้สึกที่ดีกับชีวิตมากขึ้น

2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ผลการศึกษาพบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05, r = -.30$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐาน อธิบายได้ว่า จากกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ระดับดี คิดเป็นร้อยละ 99.2 ดังนั้น สัมพันธภาพระดับดีในครอบครัวจะทำให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ได้รับความมั่นใจว่าจะได้รับความรัก การเอาใจใส่ ดูแลแบบแผนการดำเนินชีวิต ปลอดภัย ให้กำลังใจจากครอบครัว สนใจซักถามอาการเจ็บป่วย ตลอดจนมีส่วนร่วมช่วยในการปฏิบัติกิจกรรมที่ให้ความหมายในชีวิต เช่น การทำบุญตักบาตร การช่วยสวดมนต์ ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายรู้สึกได้ถึงค่าแห่งตน มีความสำคัญ มีความมั่นคงในชีวิต ชีวิตมีความหมาย เกิดพลังใจและแรงจูงใจในการเผชิญความเจ็บป่วย สามารถยอมรับการเจ็บป่วยได้ มีความหวังในการดำเนินชีวิต สามารถดำรงชีวิตในสภาวะการเจ็บป่วยได้อย่างมีความสุข และมีความมั่นคงทางจิตวิญญาณ (Walton, 1996; Kemp, 1995) อีกทั้งการที่ผู้ป่วยไม่ถูกทอดทิ้ง ได้รับการดูแลทางด้านสุขภาพ ยังเป็นการส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการรักษาและปฏิบัติตามแผนการรักษา (อัญชลี ลีตะปุละ, 2546) นั่นคือผู้ป่วยมีความต้องการด้านจิตวิญญาณน้อยลง ผลการศึกษานี้สนับสนุนการศึกษาของ Burbank (1992), Soderstrom and Martinson (1987), ธารณี เพชรรัตน์ (2541) และนุบผา ซอบไ้ (2536) ที่พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณ และเป็นสิ่งที่ให้ความหมายและเป้าหมายในชีวิต โดยจะเป็นสิ่งที่ให้กำลังใจ ช่วยในการปฏิบัติภารกิจต่างๆที่ให้ความหมาย และเป็นจุดมุ่งหมายในชีวิต ลูก หลาน หรือคู่สมรส และญาติ จะเป็น

กำลังใจ ได้เห็นหน้าพูดคุย คอยช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน และคอยช่วยเหลือในการกิจต่างๆ ที่ให้ความหมายในชีวิตและเป็นจุดมุ่งหมายสูงสุดในชีวิต ผู้ป่วยจะมีสุขภาพกาย สังคม และจิตวิญญาณดีไม่ได้ ถ้าสัมพันธ์ภายในครอบครัวเสื่อมลง และ จากการศึกษาของ Highfield (1992) พบว่าผู้ป่วยจัดอันดับให้ครอบครัวมีความสำคัญอันดับแรกในฐานะของผู้ให้การบำบัดด้านจิตวิญญาณ

2.5 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางลบกับความต้องการด้านจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อยู่ในระดับปานกลาง ($r = -0.51$) โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $.05$ ซึ่งสอดคล้องตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ กล่าวคือ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นการกระทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันตามความจำเป็นและความต้องการพื้นฐาน เป็นเครื่องชี้วัดเบื้องต้นที่จะแสดงถึงสมรรถภาพด้านร่างกายที่สะท้อนให้เห็นถึงภาวะสุขภาพ และความสามารถในการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข ดังนั้นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ระดับสูง จะแสดงถึงสามารถดำรงบทบาทตัวเองได้อย่างเหมาะสม และสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ เช่น ไหว้พระ การลูบนึ่งพูดคุย สนทนากับญาติพี่น้อง บุคคลอื่นๆ ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายรับรู้ตนเองว่ามีคุณค่า มีความหวังในการดำเนินชีวิต ตนเองยังปกติแม้จะใกล้ตาย มีความสุขและเพลิดเพลินในชีวิต จิตใจสงบพร้อมที่จะเผชิญความตาย มีความเชื่อและความหวังว่าตนเองจะตายดี (สิริมาศ ปิยะวัฒน์พงศ์, 2548) ทำให้มีความต้องการด้านจิตวิญญาณน้อย ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนแนวคิดของ Craven and Hirnle (1992) ที่กล่าวว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีการเปลี่ยนแปลงจะส่งผลให้ความต้องการด้านจิตวิญญาณมีการเปลี่ยนแปลงเช่นกัน เช่นเดียวกับ Hoeman (1996) กล่าวว่า การสูญเสียและข้อจำกัดต่างๆ ของร่างกายจากการเจ็บป่วย จะทำให้ผู้ป่วยพบกับข้อจำกัดต่างๆ ในการดำเนินชีวิต ทำให้มีผลกระทบต่อเป้าหมายและความหวัง ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความต้องการด้านจิตวิญญาณเพิ่มมากขึ้น

สรุปได้ว่า ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของอาการ และการเข้าร่วมในการปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนา มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่า แนวคิดความต้องการด้านจิตวิญญาณของ Taylor (2006) สามารถนำมาใช้ในการอธิบายความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้

ข้อเสนอแนะ

1. การนำไปใช้ประโยชน์ทางด้านบริการพยาบาล

การให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ พยาบาลต้องคำนึงถึง ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายว่ามีความต้องการด้านไหนมาก ควรตอบสนองให้ตรงกับด้านที่ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต้องการ ซึ่งความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยแต่ละคนจะไม่เหมือนกัน แต่การตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ดังนี้ มีส่วนทำให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีจิตใจสงบ ลดความวิตกกังวล และความทุกข์ทรมาน รู้สึกถึงความมีคุณค่าในตนเอง มีความมั่นคงในชีวิต และจิตวิญญาณ ทำให้เกิดพลังและแรงจูงใจในการเผชิญความเจ็บป่วย นอกจากนี้ผลการวิจัยยังแสดงให้เห็นว่า เมื่อผู้ป่วยมีความต้องการด้านจิตวิญญาณ ส่วนใหญ่ก็จะมี การปฏิบัติร่วมด้วย เพื่อสนองความต้องการ ถ้ากิจกรรมนั้นสามารถกระทำได้ขณะนอนโรงพยาบาล พยาบาลควรมีบทบาทในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีที่พึ่งทางจิตวิญญาณ และอำนวยความสะดวกเพื่อให้ผู้ป่วย สามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณด้วย ทั้งนี้เพื่อความสงบสุขทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยและอาจส่งผลถึงญาติด้วย อีกอย่างที่ต้องคำนึงถึงคือ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เช่น การรับรู้ความรุนแรงของอาการที่ผู้ป่วยรับรู้ขณะนั้น ว่าตรงกับความเป็นจริงของอาการที่ผู้ป่วยเป็นอยู่หรือไม่ โดยมีการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของอาการ พร้อมทั้งพยาบาลควรมีการบอกถึงความรุนแรงของอาการให้กับผู้ป่วยรับรู้ เพราะบางครั้งสิ่งที่ผู้ป่วยรับรู้อาจจะเกินความเป็นจริง ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานใจได้ ส่วนสัมพันธ์ภาพในครอบครัว พยาบาลควรมีการส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน เช่น สนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวได้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ช่วยเช็ดตัว ป้อนอาหารให้ผู้ป่วย พุดคุยกับผู้ป่วย เพราะบุคคลเหล่านี้เข้าใจในความต้องการของผู้ป่วยดีกว่าพยาบาล ในการดูแลด้านความรัก ความหวังใยเอื้ออาทรต่อกัน จะเป็นกำลังใจสำคัญในการเผชิญกับความเจ็บป่วยเป็นอย่างดี และในเรื่องการเข้าร่วมในการปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนา พยาบาลควรจัดสถานที่ให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนาในหอผู้ป่วย และจัดหารูปแบบการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีการปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนา เพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ นอกจากนั้นควรมีการส่งเสริมและกระตุ้นให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง เพราะสิ่งนี้จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ทำให้ความต้องการด้านจิตวิญญาณน้อยลง

2. การนำไปใช้ประโยชน์ทางการศึกษาพยาบาล

ในการเรียนการสอนพยาบาล การจัดการเรียนควรที่จะเพิ่มเติมการพยาบาลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยทุกกลุ่ม เน้นความสำคัญของการประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณ การวางแผนการพยาบาล ต้องคำนึงถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณที่มีความผาสุก การมีพลังในการดำเนินชีวิตอย่างมีความหมายและมีจุดมุ่งหมาย ของผู้ป่วย

3. ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อต่อยอดสู่การพัฒนาวิธีการบำบัดทางการพยาบาล เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการตอบสนองของความต้องการด้านจิตวิญญาณ เช่น การสร้างโปรแกรมการส่งเสริมการตอบสนองของความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย รวมถึงขยายผลเพิ่มเติมถึงกลุ่มประชากรอื่นๆ ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดความต้องการด้านจิตวิญญาณ เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กนกพร สุคำวัง. (2540). **แบบจำลองเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเสื่อม**.
วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต. คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เกษตะวัน นากดี. (2544). **ผลการปฏิบัติธรรมต่อการเปลี่ยนแปลงด้านจิตวิญญาณของผู้
ติดเชื้และผู้ป่วยเอดส์ จังหวัดสุรินทร์**. รายงานการศึกษาระดับปริญญาโทบัณฑิต.
สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ขวัญตา บาลทิพย์ และคณะ. (2543). ความต้องการของผู้ป่วยเอดส์ขณะเผชิญภาวะตาย.
วารสารสงขลานครินทร์ 20(1): 33-43.
- จอนณะจ พึ่งจาด. (2546). การดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย. **วารสารพยาบาล**
52(1): 11-15.
- จิตสิริ ปริยวานิชย์. (2548). **ความเข้าใจสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด การรับรู้ความ
ต้องการด้านจิตวิญญาณกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลมุสลิมในการดูแลจิต
วิญญาณผู้ป่วยมุสลิมที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต.
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จิราพร เพิ่มเยาว์. (2547). **ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท**.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต. สาขาวิชาสุขภาพจิตและจิตเวช. คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชนกพร จิตปัญญา. (2551). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. **เอกสารคำสอนการพยาบาลผู้ใหญ่
ชั้นสูง 1**. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชัชชาภ ญ นคร และคณะ. (2538). บทบาทของพยาบาลแบบองค์รวมที่มีต่อผู้ป่วยระยะสุดท้าย
และความต้องการพยาบาลของผู้ป่วยระยะสุดท้าย. **วิทยาสารพยาบาลวิทยาลัย
พยาบาลสภากาชาดไทย** 20(3): 331-338.
- ชนัดดา ผาสุกมุล. (2545). **สภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่เข้ารับการรักษา ณ
วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต. สาขาวิชา
สุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เชิดชัย เลิศจิตรเลขา. (2547). ความต้องการและการอภิบาลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยที่ใกล้
ตาย. **หนังสือประกอบโครงการสัมมนาวิชาการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**.
14-15 มิถุนายน 2547 ณ อาคารเรือนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย และ
การแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร.

- เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี. (2548). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. ใน ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย (บรรณาธิการ), **การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**, หน้า1-6. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทัศนีย์ นะแสง. (2542). **การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัยทางการแพทย์**. สงขลา: เหมการพิมพ์.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2543). กิจกรรมการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ. **วารสารสภาการพยาบาล** 15(3): 55-64.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2545). การส่งเสริมสุขภาพะด้านจิตวิญญาณ. **วารสารสภาการพยาบาล** 17(3): 51-62.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2547). เสียงสะท้อนจากพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. **วารสารเภสัชกรรม** 11(2): 36-46.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2548). **จิตวิญญาณ:มิติหนึ่งของการพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2549). **จิตวิญญาณ:มิติหนึ่งของการพยาบาล**. เอกสารประกอบการประชุมเวทีสาธารณะเรื่องสุขภาพจิต-วิญญาณ. วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2549. ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จังหวัดกรุงเทพมหานคร.
- ทิพาพันธ์ ศศิธรเวชกุล. (2533). เมื่อต้องเผชิญกับความตาย. **วารสารพยาบาลกองทัพบก** 11(4): 54-57.
- ธารทิพย์ วิเศษธาร. (2541). **ความต้องการการพยาบาลและการพยาบาลที่ได้รับของผู้ป่วยระหว่างการได้รับเครื่องช่วยหายใจ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ธาริณี เพชรรัตน์. (2541). **ความต้องการ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ดูแล ผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นิตยา สมบัติแก้ว. (2541). **จิตสังคมและจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายและผู้ป่วยใกล้ตาย**. **วารสารพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลสภากาตไทย** 23(1): 61-67.
- นิภัสสรณ์ บุญญาสันติ. (2548). **การสร้างเครื่องมือเพื่อวัดความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดระหว่างการรับการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤติ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

- นุจรินทร์ ลภันท์กุล. (2543). **ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาล.**
วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา .
- บำเพ็ญจิต แสงชาติ. (2540). **วัฒนธรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์:
การศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย.** วิทยานิพนธ์ปริญญาตรี
บัณฑิต. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุบผา ขอบใช้. (2536). **ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง.**
วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- บุบผา ขอบใช้. (2546). **การพยาบาลในมิติจิตวิญญาณโดยใช้กระบวนการพยาบาล
เป็นหลัก.** ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ประคอง กรรณสูต. (2538). **สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์.** พิมพ์ครั้งที่ 2.
กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- แผนงานและสถิติ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2550). **สถิติโรคมะเร็ง 20/9/2550** [Online]
แหล่งที่มา: <http://www.hoangcoth.com/index.php> [2 พฤษภาคม 2551].
- พระไพศาล วิสาโล. (2549). **การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธ.**
กรุงเทพมหานคร: เครือข่ายพุทธิกา.
- พินิจ รัตนกุล. (2547). **จริยธรรมและการดูแลในผู้ป่วยมะเร็งวิถี. วารสารเกื้อการุณย์**
11(2):12-15.
- เพ็ญไพยม เชนสมบัติ. (2547). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความว่าเหวใน
ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล.** วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- พาริดา อิบราฮิม. (2534). **เรื่องของจิตวิญญาณ.** ใน อรพินท์ วีระฉัตร (บรรณาธิการ), **การ
พยาบาลในมิติ จิตวิญญาณ,** หน้า 17-19. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้วการ
พิมพ์.
- พาริดา อิบราฮิม. (2539). **ปฏิบัติการประเมินภาวะสุขภาพอนามัย.** กรุงเทพมหานคร:
สามเจริญพาณิชย์.

- ภักศุภพิชญ์ ศรีกสิพันธ์. (2536). การพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวที่จะต้องเผชิญกับความตาย. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), **การพยาบาลอายุรศาสตร์เล่ม 3**, หน้า 295-309. กรุงเทพมหานคร:วิศิษฎ์สิน.
- เยาวรัตน์ อินทอง. (2547). แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์. **หนังสือประกอบโครงการสัมมนาวิชาการการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. 14-15 มิถุนายน 2547 ณ อาคารเรือนไทย กรมพัฒนาการแพทย์ แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร.
- รวี เดือนดาว. (2547). **ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย:การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ระวีวรรณ ถวายทรัพย์. (2545). **ความผาสุกด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยHIV/เอดส์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ละออ ตันติศิริพันธ์. (2533). พยาบาลกับความตาย. **พยาบาลสาร 7**: 59-73.
- วงรัตน์ ใสสุข. (2544). **ความต้องการด้านจิตวิญญาณและการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยวิกฤติ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วนิดา รัตนานนท์. (2550). วิเคราะห์ประเด็น Symptom management ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย. **เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. 5-6 มิถุนายน 2550 ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กรุงเทพมหานคร.
- วนิดา ศรีวรรณกุล. (2537). **การพัฒนารูปแบบงานบริการผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายในโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วันดี โภคกุล. (2548). ภาวะสุดท้ายของชีวิตแนวคิด-ปรัชญา. **คู่มือการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายสำหรับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์**, หน้า1-49. ณ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ นนทบุรี.
- วาสนี วิเศษฤทธิ์. (2550). **ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว**. **เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย** 5-6 มิถุนายน 2550 ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กรุงเทพมหานคร.

- วาสิณี วิเศษฤทธิ์. (2550). การดูแลด้านจิตวิญญาณ. ใน สุวีพร ธนศิลป์ (บรรณาธิการ), **การดูแลสุขภาพองค์รวมในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน**, หน้า 93-117. นครปฐม: เอส พี กราฟฟิค.
- วงเดือน เขี่ยมสกุล. (2540). Hospice Care: บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. **วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย** 9(1): 1-8.
- ศรีเรือน แก้วกังวาน. (2536). **จิตวิทยาพัฒนาการ: พฤติกรรมศาสตร์ ตลอดช่วงชีวิตเล่ม 2**. กรุงเทพมหานคร: คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศูนย์ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข. สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. (2550). สถิติสาธารณสุข [Online]. แหล่งที่มา: <http://www.moph.org.th>.
- สมพร รัตนพันธ์. (2541). **ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สันต์ หัตถ์รัตน์. (2542). สิทธิที่จะอยู่หรือตาย. **หมอชาวบ้าน** 10: 18-24.
- ลีดารัตน์ สัมครสมาน. (2550). **ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สิริมาศ ปิยะวัฒน์พงศ์. (2548). การสังเคราะห์งานวิจัยเชิงคุณภาพ: คุณภาพชีวิตการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. **วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น** 28(2): 46-55.
- สิวลี ศิริไล. (2542). **จริยศาสตร์สำหรับพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุชา จันทน์เอม. (2543). **จิตวิทยาเด็ก**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.
- สุพัตรา แสงรุจิ. (2544). การดูแลรักษาต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. **สารศิริราช** 53(7): 456-462.
- สุมาพร บรรณสาร. (2545). **ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย กับการปรับตัวของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคไตวายเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- แสง จันทร์งาม. (2534). **ศาสนศาสตร์**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช จำกัด.

- เสาวลักษณ์ มณีรักษ์. (2545). **ประสบการณ์ของพยาบาลในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยวิกฤติ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อรรช ศรีไทยล้วน. (2548). การส่งเสริมสุขภาพ: กรณีศึกษาผู้ป่วยมะเร็งปอด. **วารสารเกื้อการุณย์** 12(2): 14-22.
- อวยพร ตันมขยกุล. (2534). การตอบสนองด้านจิตวิญญาณโดยใช้กระบวนการการพยาบาล. ใน อรุณี วีระฉัตร (บรรณาธิการ), **การประชุมวิชาการเรื่อง การพยาบาลในมิติจิตวิญญาณวันที่ 26-27 พฤศจิกายน 2533**, หน้า 36-37. กรุงเทพมหานคร: โรงแก้วการพิมพ์.
- อัจฉรา ต้นศรีรัตนวงศ์. (2541). **การเยียวยาจิตวิญญาณของผู้ติดเอไอวีที่นับถือพุทธศาสนา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อัญชลี ลีตะปุระ. (2546). **ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคคลื่นหัวใจ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม. (2546). สุขภาพจิตทางวิญญาณ [Online] แหล่งที่มา: http://www.jogandjoy.com/Html/Colums_March/Soul1.html. (28 เมษายน 2551).
- อุบล จังวานิช. (2544). บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. **วารสารการศึกษาพยาบาล** 12(3): 72-77.
- อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. (2547). การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้าน. **วารสารเกื้อการุณย์** 11(2): 47-52.
- อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์. (2543). **ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวภาวะสุขภาพการปฏิบัติธรรมกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

ภาษาอังกฤษ

- Ameling, A., and Povilonis, M. (2001). Spirituality Meaning, Mental Health and Nursing. **Journal of Psychosocial Nursing** 39 (4): 15-20.
- Anderson, S. E. (1995). Personality, appraisal, and adaptational outcomes in HIV seropositive men and women. **Research Nursing Health** 18: 303-312.

- Barroso, J. (1999). Long-term nonprogressors with HIV disease. **Nursing Research** 48(1): 242-249.
- Brooke, V. (1987). The spiritual well-being of the elderly. **Geriatric Nursing** 8(4): 194-195.
- Burbank, P.M. (1992). An exploration study : assessing the meaning in life among older adult client. **Journal of Gerontological Nursing** 18(9): 19-28.
- Carson, V.B. (1989). **Spiritual Dimention of Nursing Practice**. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Carven, R. F., and Hirnle, C. J. (2003). **Fundamentals of nursing: Human health and function**. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Colliton, M. (1981). The spiritual dimension of nursing, In I. C., Beland, and J. Y., Passos (eds.). **Clinical nursing: Pathophysiological approach**, pp.89-96. New York: Macwilliam.
- Coyle, J. (2002). Spirituality and health: Towards a framework for exploring the relationship between spirituality and health. **Journal of Advanced Nursing** 37(6): 589-597.
- Ellis, J. R., and Nowlis, E. A. (1994). **Nursing: A human needs approach**. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Hall, B. A. (1997). Spiritual in terminal illness: An alternative view of theory. **Journal of Holistic Nursing** 15(1): 82-96.
- Hampe, S. O. (1975). Need of the grieving spouse in a hospital setting. **Nursing Research** 24(2): 113-120.
- Hamtons, D. M., et.al. (2007). Spiritual need of persons with advanced cancer. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine** 24(1): 42-48
- Herman, C. P. (2001). Spiritual need of dying patient: a qualitative study. **Oncology Nursing Forum** 28(1): 67-72.
- Herth, K. (1990). Fostering hope in terminally-ill people. **Journal of Advanced Nursing** 15: 1250-1259.
- Highfield, M. F., and Cason, C. (1983). Spiritual need of patient .**Cancer Nursing** 6(1): 187-192.

- Highfield, M. F. (1992). Spiritual health of oncology patients. *Cancer Nursing* 15(1): 1-8.
- Hill, L., and Smith, N. (1990). **Self care nursing: Promotion of health**. Norwalk: Applet and Lange.
- Hoeman, S. P. (1996). **Rehabilitation nursing: process and application**. St Louise: Mosby Year Book.
- Kaldjian, L. C., et al. (1988). End of life decision in HIV-positive patients: The role of spiritual belief. *AIDS* 12: 103-107.
- Kastenbaum. (1992). **Care of terminal ill and dying patient**. Philadelphia: W.B. Saunder.
- Katz, S., and Stroud, M. (1989). Functional assessment in geriatrics: A review of progress and directions. *Journal of American Geriatrics Society* 37: 267-271.
- Kemp, P. C. (1995). **Terminal illness : a guide for nursing care** . Philadelphia: J.B. Lippincott Company.
- Kozier, B., et al. (2000). **Fundamentals of nursing: Concepts, process and practices**. New Jersey: Prentice Hall Health.
- Kubler-Ross, E. (1969). **On death and dying**. New York: Macmillan Publishing.
- Landis, B. J. (1996). Uncertainly, spiritual well- being and psychosocial adjustment to chronic illness. *Issues in mental Health Nursing* 17(3): 217-213.
- McDowell, I., and Newell, C. (1996). **Measurement Health: A guide to Rating Scales and Questionnaires**. 2nd ed. New York: Oxford University Press.
- Magrath, I., and Litvak, J. (1993). Cancer in developing countries: Opportunity and challenge. *Journal of the National Cancer Institute* 85: 826-876.
- Micheal V. R. (1997). Illuminating meaning and transforming issues of spirituality in HIV disease and AIDS: An Application of Parse's theory of human Becoming. *Holistic nursing Practice* 12(1): 1-16.
- Moadel, A., et al. (1999). Seeking meaning and hope: self-reported spiritual and existential needs among an ethnically-diverse cancer patient population. *Psycho-Oncology* 8: 378-385.

- Murray, S. A., et al. (2004). Exploring the spiritual needs of people dying of lung cancer or heart failure: a prospective qualitative review study of patients and their cancers. **Palliative Medicine** 18: 39-45.
- Mystakidou, K., et al. (2008). Demographic and clinical predictors of spirituality in advanced cancer patients: a randomized control study. **Journal of Clinical Nursing** 4(8): 1779-1785.
- Narayanasamy, A. (1995). Spiritual care of chronically ill patient. **Journal of Clinical Nursing** 4(6): 379-400.
- Narayanasamy, A. (2004). Responses to the spiritual needs of older people. **Journal Advanced Nursing** 48(1): 6-16.
- Nolan, P., and Crawford, P. (1997). Toward rhetoric of spirituality in mental health care. **Journal of Holistic Nursing** 26: 289-294.
- O'Brien, M. E. (1999). **Spiritual in nursing: Standing on holy ground**. Boston: Jones and Batre.
- Piles, C. L. (1990). Providing spiritual care. **Nursing Educator** 15(1): 36-41.
- Prescott, P. M. (1987). Multiple Regression Analysis with Small Samples : Cautions and Suggestions. **Nursing Research** 36(2): 130-133.
- Reed, P. G. (1986). Religiousness among terminally ill and healthy adult. **Research in Nursing and Health** 9(1): 35-41.
- Reed, P. G. (1987). Spirituality and well-being in terminally ill hospitalized adults. **Research in Nursing and Health** 10: 335-344.
- Reed, P. G. (1991). Spirituality and mental health in older adult : Extant knowledge for nursing. **Family Community Health** 14(2): 14-15.
- Ross, L. A. (1995). Spiritual aspect of nursing. **Journal of Advanced Nursing** 19: 439-447.
- Ross, L. A. (1997). Elderly patients perceptions of their spiritual need and care: a pilot study. **Journal of Advanced Nursing** 26: 710-715.
- Sellers, S. C., and Haag, B. A. (1998). Spiritual nursing interventions. **Journal of Holistic in Nursing** 16(3): 338-354.
- Shaffer, J. L. (1991). Spiritual distress and critical illness. **Critical Care Nursing**

11(1): 42-43.

Sodestrom, K. E., and Martinson, J. M. (1987). Patient spiritual coping strategies :a study of nurse and patient perspective. **Oncology Nursing Forum** 14(2): 41-46.

Soeken, K. L., and Carson, V. B. (1987). Response to the spiritual need of the chronically ill. **Nursing Clinics of North American** 19(3): 113-116.

Stuart, E. M., et al. (1989). Spiritual in health and healing : a clinical program. **Holistic Nursing Practice** 3(1): 35-46.

Taylor, E. J. (2006). Prevalence and associated factors of spiritual needs among patients with cancer and family caregivers. **Oncology Nursing Forum** 33 (4): 729-735.

Walton, J. (1996). Spiritual relationships : a concept analysis. **Journal of Holistic Nursing** 14(3): 237-250.

Weisman, A. (1972). **On dying and denying: A psychiatric study of terminally**. New York: Behavioral Publications.

Wingate, L. A., and Lackey, R. N. (1989). A descriptive of the needs of no institutionalized cancer patients and their primary caregivers. **Cancer Nursing** 12(4): 216-225.

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

เอกสารจรรยาบรรณ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ชื่อผู้วิจัย นางทิวาวิมล วัฒนาวัดฤ นิติสาขาพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เลขที่ของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

1. คำชี้แจงสำหรับผู้ป่วยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย และ

ผลกระทบจากการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย ซึ่งผู้วิจัยจะทำการวิจัยโดยให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตอบแบบสอบถามทั้งหมด จำนวน 5 ชุด เพียงอย่างเดียว โดยไม่มีการใช้ยาหรือวิธีการรักษาอื่นใดอีก หลังจากได้ข้อมูลแล้วผู้วิจัยจะนำไปข้อมูลวิเคราะห์ และสรุปเป็นผลของการวิจัย

การวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ในด้าน การเป็นแนวทางสำหรับการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย และการศึกษาค้นคว้าวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในครั้งต่อไป

ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับผลกระทบจากการที่ต้องใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 25 - 40 นาที

2. คำชี้แจงเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วย

การวิจัยนี้ รวบรวมข้อมูลโดยให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ตอบแบบสอบถาม จำนวน 5 ชุด ประกอบด้วย 1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2. แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของอาการ 3.แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว 4.แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 5.แบบสอบถามความต้องการด้านจิตวิญญาณ ซึ่งถ้าหากผู้เข้าร่วมการวิจัยมีปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้น สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และสามารถไม่เข้าร่วมวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยพึงได้รับ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะส่วนที่เกี่ยวกับผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นความลับ และจะเปิดเผยในลักษณะที่เป็นผลสรุปการวิจัย

2. คำยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/ นาง/ นางสาวได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย ถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย รวมถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นต่อที่ข้าพเจ้า ในอันที่ต้องสละเวลาในการตอบแบบสอบถามแล้วอย่างชัดเจน ไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น และยินยอมให้ทำการวิจัยในโครงการที่มีชื่อข้างต้น และข้าพเจ้ารู้ว่าถ้ามีปัญหหรือข้อสงสัยเกิดขึ้น ข้าพเจ้าสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถไม่เข้าร่วมวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ข้าพเจ้าพึงได้รับ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นผลสรุปการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้ซักถาม ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัยโดยสมัครใจ เพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

..... ลงนาม

สถานที่/วันที่

ลงนาม ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

..... ลงนาม

สถานที่/วันที่

(นางทิวาวิณณ์ วัฒนาวัตถุ)

ลงนาม ผู้วิจัยหลัก

..... ลงนาม

สถานที่/วันที่

(.....)

พยาน

หมายเหตุ : กรณีผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในใบยินยอมฯ นี้ ให้แก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยฟังจนเข้าใจดีแล้ว และยินยอมให้ทำวิจัยโดยลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบ ในการให้ความยินยอมดังกล่าวข้างต้นไว้ด้วย

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้เข้าร่วมในการวิจัย

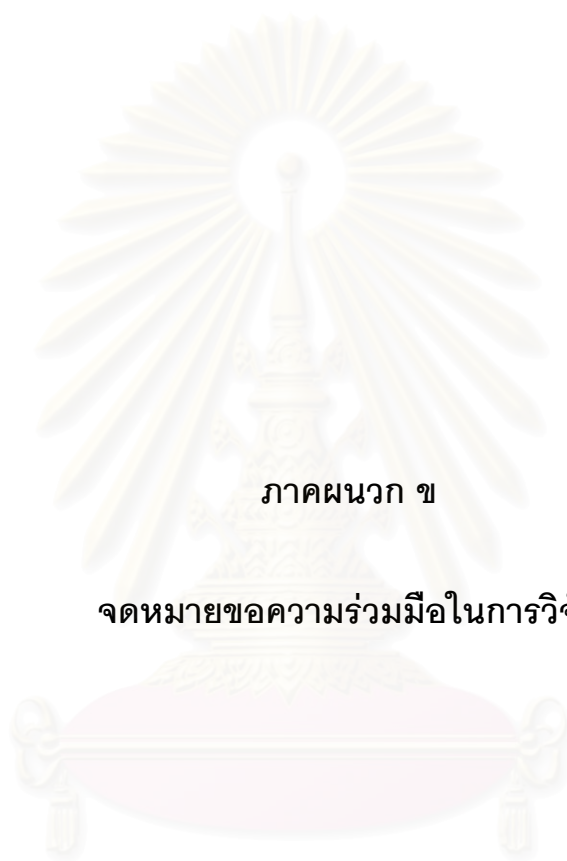
(Patient/Participant information Sheet)

1. ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย
มะเร็งระยะสุดท้าย
2. ชื่อผู้วิจัย นางทิวาวิณณ์ วัฒนาวัตถุ
3. สถานที่ปฏิบัติงาน ตึกประสิทธิ์ ๕ พร้อมพันธุ์ ชั้น 2 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 1873
ถนนพระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทรศัพท์(ที่ทำงาน) 02-2564323 โทรศัพท์มือถือ 081-3503927
E-mail: unipun@hotmail.com
4. ข้อมูลที่เกี่ยวกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วย คำอธิบายต่อไปนี้
 - 4.1 โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
 - 4.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย คือ 120 คน
 - 4.3 ผู้วิจัยใช้วิธีให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบแบบสอบถาม จำนวน 1 ชุดซึ่งมี 5 ตอน ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆเกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมการวิจัยในการเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักแก่ผู้วิจัย การให้ข้อมูลผู้วิจัยจะไม่ถูกระบุชื่อ- นามสกุล และที่อยู่ลงในรายงานการวิจัย การนำเสนอจะนำเสนอเฉพาะเชิงวิชาการ และจะไม่ทำความเสียหายต่อผู้ร่วมการวิจัยและบุคคลที่เกี่ยวข้องข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามจะถูกเก็บเป็นความลับ และทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย
5. รายละเอียดและขั้นตอนที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการปฏิบัติ
 - 5.1 หากท่านมีคุณสมบัติที่เหมาะสมและยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งผู้วิจัยจะทำการวิจัยโดยให้ท่านตอบแบบสอบถามทั้งหมด จำนวน 5 ส่วน ประกอบด้วย
 1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
 2. แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของอาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
 3. แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
 4. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
 5. แบบสอบถามความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เพียงอย่างเดียว ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 25 - 40 นาที
 - 5.2 หากผู้ให้ข้อมูลมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัยไม่ว่าก่อนหรือขณะให้ข้อมูลกับผู้วิจัย ผู้ให้ข้อมูลสามารถสอบถามเพิ่มเติมได้

6. ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิจะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย และแม้ผู้ให้ข้อมูล ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้วก็สามารถยกเลิกได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆต่อผู้ให้ข้อมูล
7. ไม่มีค่าใช้จ่ายตอบแทนให้แก่ผู้ให้ข้อมูลที่เข้าร่วมในโครงการวิจัย
8. ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น ส่วนชื่อและที่อยู่ของผู้วิจัยจะได้รับการปกปิดอยู่เสมอ การเปิดเผยชื่อของผู้ให้ข้อมูลนั้น จะกระทำเฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางกฎหมายเท่านั้น
9. ระยะเวลาที่คาดว่าผู้ให้ข้อมูลจะต้องเกี่ยวข้องกับภารกิจโดยประมาณ 25-40 นาทีต่อผู้ให้ข้อมูล 1 ราย
10. จำนวนผู้ให้ข้อมูล ที่ใช้ในการวิจัยนี้ คือ 120 ราย



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

จดหมายขอความร่วมมือในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

- | | |
|----------------------------------|---|
| 1.รศ.ดร. จอนณะจง เพ็งจาด | ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย |
| 2.รศ.ดร. ทศนีย์ ทองประทีป | ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์
วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ |
| 3.รศ.นายแพทย์ฉันทชาย สิทธิพันธุ์ | อายุรแพทย์โรคปอด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ |
| 4.น.ส.ทิพย์พร แซ่เจิน | พยาบาลระดับ 6 โรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย |
| 5.น.ส.วนิดา รัตนานนท์ | พยาบาลระดับ 7 (APN ทางศัลยกรรม)
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย |
| 6.น.ส.อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช | พยาบาลระดับ 8 (APN การดูแลผู้ป่วย
ประคับประคอง) โรงพยาบาลรามารินทร์ |

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิของสถาบันภาษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1. อาจารย์ดร. จรูญ เกณี (แปลจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย)
2. อาจารย์ดร. เต๋อมพร พิษพันธ์ (Back Translation)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศษ 0512.11/0146



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

กรุงเทพฯ 2552

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางทิวาริณณ์ วัฒนาวัดถุ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ


(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยูพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-9829

ชื่อนิสิต นางทิวาริณณ์ วัฒนาวัดถุ โทร. 08-1350-3927

ที่ ศธ 0512.11/ 0146



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทย์กิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

1 กงทท 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางทิวาริณณ์ วัฒนาวัดฤ นิติชั้นปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุริพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนีย์ ทองประทีป เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิติสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. บุพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ตำแหน่งเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนีย์ ทองประทีป

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. สุริพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-9829

ชื่อนิติ

นางทิวาริณณ์ วัฒนาวัดฤ โทร. 08-1350-3927

ที่ ศร 0512.11/ 01๒๖



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

พ.ศ. 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางทิวาวิมล วัฒนาวิฑู นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

1. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ ฉันทชาย สิริพันธ์
2. นางสาวนิตา รัตนานนท์ พยาบาลระดับ 7 (APN ทางศัลยกรรม)

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. อุทัย อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ ฉันทชาย สิริพันธ์ และนางสาวนิตา รัตนานนท์
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-9829
ชื่อนิสิต นางทิวาวิมล วัฒนาวิฑู โทร. 08-1350-3927

ที่ ศบ 0512.11/ 0184



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๒๑ กุมภาพันธ์ 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางชิวาวิณณ์ วัฒนาวัตถุ นิสิตชั้นปริญญาโท ภาควิชาจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ชนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวทิพย์พร แซ่เงิน พยาบาลระดับ 6 เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

สถาบันนวัตกรรมการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยูพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	นางสาวทิพย์พร แซ่เงิน
งานบริการการศึกษา	โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ชนศิลป์ โทร. 0-2218-9829
ชื่อนิสิต	นางชิวาวิณณ์ วัฒนาวัตถุ โทร. 08-1350-3927

ที่ ศบ 0512.11/ 01๗๖



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทย์กิดดี ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๑ พฤษภาคม 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณะบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางจิตวาริณณ์ วัฒนาวัดดู นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช พยาบาลระดับ 8 (APN การดูแลผู้ป่วยระดับประคอง) เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. อุทัย อังสุโรจน์)

คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์

เข้าเนมาเรียน

นางสาวอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-9829

ชื่อนิสิต

นางจิตวาริณณ์ วัฒนาวัดดู โทร. 08-1350-3927

ที่ ศธ 0512.11/ 0204

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทย์กิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

6 กุมภาพันธ์ 2552

เรื่อง ขอกความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาดำเนินการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

เนื่องด้วย นางทิวาวิมล วัฒนาวัดตุ นักศึกษาระดับปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอกความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 30 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของอาการ แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และแบบสอบถามความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ทั้งนี้คาดว่าจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางทิวาวิมล วัฒนาวัดตุ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

สถาบันนวัตกรรมการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุธิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-9829

ข้อนิสิต

นางทิวาวิมล วัฒนาวัดตุ โทร. 08-1350-3927

ที่ ศบ 0512.11/ 0391



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

ใน ผนวกที่ 2552

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

เนื่องด้วย นางจิตวาริณณ์ วัฒนาวัดดู นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุริพร ชนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 40 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของอาการผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และแบบประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางจิตวาริณณ์ วัฒนาวัดดู ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยูพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. สุริพร ชนศิลป์ โทร. 0-2218-9829

ชื่อนิสิต

นางจิตวาริณณ์ วัฒนาวัดดู โทร. 08-1350-3927

ที่ ศธ 0512.11/ ๐๖๖



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

พ. ๖ มี. ค. ๖ 2552

เรื่อง ขอลาอนุเคราะห์ให้นิติศาสตร์รวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์มหานิติศาสตร์และนิติศาสตร์ ปทุมธานี

เนื่องด้วย นางจิตติวณิช วัฒนาวัดดู นิติศาสตร์บัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิติศาสตร์รวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 40 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของอาการผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และแบบประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ทั้งนี้นิติศาสตร์ประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางจิตติวณิช วัฒนาวัดดู ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.ค.อ.หญิง ดร. อุทัย อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-9829

ชื่อนิติศาสตร์ นางจิตติวณิช วัฒนาวัดดู โทร. 08-1350-3927

ที่ ศบ 0512.11/0391



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

ปี พ.ศ. 2552

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน เจ้าอาวาสวัดคำประมง

เนื่องด้วย นางจิตวาริณี วัฒนาวัดดู นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 40 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของอาการผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และแบบประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางจิตวาริณี วัฒนาวัดดู ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-9829

ชื่อนิสิต

นางจิตวาริณี วัฒนาวัดดู โทร. 08-1350-3927



ภาคผนวก ค

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วันที่แบบสอบถามเลขที่ [] [] []

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย มีข้อความรวม 10 ข้อ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน [] หรือเติมคำลงในช่องว่าง

สำหรับผู้วิจัย

1. เพศ [] 1. ชาย [] 2. หญิง

[]

2. อายุ ปี

[] []

3. สถานภาพสมรส

[] 1. โสด [] 2. คู่ [] 3. หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่

[]

4. ศาสนา/ความเชื่อ/ความศรัทธา

[] 1. พุทธ [] 2. คริสต์ [] 3. อิสลาม [] 4. อื่นๆระบุ

[]

5. ระยะเวลาตั้งแต่ท่านได้รับการวินิจฉัยโรคจนถึงปัจจุบัน ปี

[]

6. ในรอบ 1 สัปดาห์ ที่ผ่านมานี้ท่านได้ประกอบกิจกรรมตามความเชื่อและศรัทธาในศาสนาซึ่งช่วยให้มีความสุขและกำลังใจเข้มแข็งที่มากกว่าที่เคยปฏิบัติอยู่เดิม

[] 1. ไม่ใช่

[]

[] 2. ใช่ เพิ่มขึ้น จำนวน..... ครั้ง / สัปดาห์

[] []

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของอาการของผู้ป่วย

คำชี้แจง แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของอาการนี้ กำหนดระดับความรุนแรงเป็น 11 ระดับ คือ 0 -10 ซึ่งใช้ช่องความรุนแรงแทนระดับความรุนแรงในแต่ละระดับ รวมทั้งหมด 11 ช่องแบบวัด ไม่มี ความรุนแรงเลย หมายถึง มีอาการบ้างแต่ไม่มีผลกระทบต่อความอยากอาหาร (การกิน) การ ซ้ำถ่าย การนอนพักผ่อนได้ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ มีความรุนแรงปานกลางหมายถึง อาการที่มีผลกระทบต่อกรกินอาหาร พักผ่อนได้เป็นพักๆ ขณะมีอาการไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันได้ มีความรุนแรงมาก หมายถึง อาการที่มีผลกระทบต่ออารมณ์ ความรู้สึกมาก ไม่ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย

โปรดทำเครื่องหมาย × ลงในช่องระดับคะแนนที่ตรงกับระดับความรุนแรงของอาการของ โรค ที่ท่านรับรู้ได้ในขณะนี้

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

ไม่มีความ
รุนแรงเลย

มีความรุนแรง
ปานกลาง

มีความ
รุนแรงมากที่สุด

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามรวม 15 ข้อ
คำชี้แจง แบบสอบถามส่วนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสัมพันธภาพภายในครอบครัวของท่านโปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว โดยเกณฑ์การเลือกตอบ มีดังนี้

ไม่เป็นจริง	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก หรือไม่ตรงกับความจริงที่เกิดขึ้นกับท่าน
เป็นจริงน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านน้อย
เป็นจริงปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านปานกลาง
เป็นจริงมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านมาก

ข้อความ	เป็นจริงมาก	เป็นจริงปานกลาง	เป็นจริงน้อย	ไม่เป็นจริง	ส่วนนี้สำหรับผู้วิจัย
	4	3	2	1	
1. ท่านสามารถให้คำปรึกษากับสมาชิกในครอบครัวได้					[]
2. ท่านรู้สึกว่าสมาชิกในครอบครัวรักและห่วงใยท่านเสมอ					[]
.....					[]
.....					[]
.....					[]
14. ท่านรู้สึกอบอุ่นเมื่ออยู่กับสมาชิกในครอบครัว					[]
15. สมาชิกในครอบครัวของท่านยินดีไปเป็นเพื่อนหรือร่วมเดินทางไปกับท่าน					[]

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ผู้วิจัยประเมินเอง)

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้เกี่ยวข้องกับกรกระทำกิจกรรมต่างๆ ในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล มีวัตถุประสงค์ เพื่อวัดว่าผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล ทำอะไรได้บ้างหรือทำได้ถูกต้องหรือไม่ใช่ เป็นการทดสอบหรือถามว่าสามารถทำได้หรือไม่ ให้ผู้วิจัยพิจารณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในวงเล็บ หน้าข้อความที่ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลกระทำ กิจกรรมนั้นได้ตามความเป็นจริง

1. การรับประทานอาหาร

- () 3. ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้เองจากถาดหรือบนโต๊ะ ซึ่งมีผู้จัดไว้ให้ในระยะเอื้อมถึงหรืออาจมีเครื่องช่วยบางอย่าง
- () 2. ต้องมีผู้ช่วยทำบางอย่างให้ เช่น เมื่อจะตัดอาหารเป็นชิ้นเล็กหรือกิจกรรมอื่นๆ
- () 1. ไม่สามารถตัดอาหารรับประทานได้ ต้องมีคนป้อน

2. การทำความสะอาดร่างกาย

- () 3. ผู้ป่วยสามารถ ล้างมือ หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด แต่งหน้า โดยไม่ต้องมีคนช่วย
- () 2. ผู้ป่วยต้องขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นบางกิจกรรม
- () 1. ผู้ป่วยต้องขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นทุกกิจกรรม

8. การควบคุมการถ่ายอุจจาระ

- () 3. สามารถควบคุมการถ่ายอุจจาระได้ อาจมีการได้รับยาระบาย ถ้าจำเป็น
- () 2. ต้องการความช่วยเหลือในการถ่ายอุจจาระ
- () 1. ควบคุมการถ่ายอุจจาระไม่ได้ ต้องสวมอุจจาระอยู่เสมอ

9. การควบคุมการถ่ายปัสสาวะ

- () 3. สามารถควบคุมได้ปกติ
- () 2. สามารถควบคุมได้บางครั้ง ต้องการความช่วยเหลือบางครั้ง
- () 1. ควบคุมไม่ได้เลยต้องใส่สายยางสวนปัสสาวะ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความคิดเห็นด้านความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็นด้านความต้องการด้านจิตวิญญาณ ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ประกอบด้วย ความต้องการมีทัศนคติเชิงบวก ความต้องการเกี่ยวข้องกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ความต้องการให้ความรักต่อผู้อื่น ความต้องการได้รับความรักจากผู้อื่น ความต้องการทบทวนความเชื่อ ความต้องการค้นพบความหมายของชีวิต ความต้องการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และความต้องการเตรียมความพร้อมสู่ความตาย ให้ผู้ตอบทำเครื่องหมาย x ในช่องข้อความที่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น ความเชื่อ หรือความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุด ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา เพียงคำตอบเดียว โดยการเลือกคำตอบให้ถือเกณฑ์ดังนี้

ความต้องการด้านจิตวิญญาณ

มีมาก	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกว่าข้อความนี้มีความสำคัญมากที่สุด และต้องการการตอบสนองในประเด็นนี้ในระดับสูงที่สุดหรือมากที่สุด
มีค่อนข้างมาก	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกว่าข้อความนี้มีความสำคัญมาก และต้องการการตอบสนองในประเด็นนี้ในระดับสูงหรือมาก
มีบ้าง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกว่าข้อความนี้มีความสำคัญในระดับปานกลาง และต้องการการตอบสนองในประเด็นนี้ในระดับปานกลาง
มีเล็กน้อย	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกว่าข้อความนี้มีความสำคัญน้อย และไม่ได้ต้องการการตอบสนองในประเด็นนี้
ไม่มีเลย	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกว่าข้อความนี้ไม่มีความสำคัญและไม่ได้ต้องการการตอบสนองในประเด็นนี้เลย

กรุณาตอบคำถามข้างล่างนี้ สามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

สิ่งที่มีความหมายในชีวิต และทำให้ชีวิตท่านมีคุณค่าคือ

- () 1 สิ่งศักดิ์สิทธิ์ () 2 คำสั่งสอนทางศาสนา () 3 บุญกรรมที่ได้ทำ
 () 4. พระเจ้าอยู่หัว () 5. ผู้ที่เป็นที่รัก เช่น บิดา มารดา ลูก เป็นต้น
 () 6. อื่นๆ(ระบุ).....

การกระทำต่อไปนี้มีความสำคัญ มากเพียงใดในขณะนี้:	ไม่มี เลย 1.....	มี เล็กน้อย 2.....	มี บ้าง 3.....	มีค่อนข้าง มาก 4.....	มีมาก 5.....
ความต้องการมีทัศนคติเชิงบวก					
1.มีความหวังว่าท่านจะหายป่วย					
2.ภาวนา					
3.บอกคนอื่นเกี่ยวกับสิ่ง ที่ดี ๆ ในชีวิตท่าน					
4.เพียงแต่มีความสุขก็พอ					
5.มีความศรัทธาในตนเอง					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
การเตรียมความพร้อมสู่ความตาย					
39.สร้างความสมดุลเกี่ยวกับความตายและ ความหวังที่จะมีสุขภาพดี					
40.รู้ว่าจะมีเป้าหมายสำหรับความตายของ ท่าน เมื่อไรก็ตามที่มันจะเกิดขึ้น					
41.คิดเกี่ยวกับสิ่งที่จะเกิดขึ้น หลังจากความ ตายในชีวิตหลังจกล้มหายใจ					

ขอขอบคุณมาก ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย ความช่วยเหลือของท่านจะทำให้พยาบาล
สามารถให้ความช่วยเหลือทางจิตใจแก่ผู้ป่วยได้ดีขึ้น



ภาคผนวก ง

1. จำนวน ร้อยละ ของสิ่งที่มีความหมายในชีวิต และทำให้ชีวิตมีคุณค่า สำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
2. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง การเข้าร่วมในการปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนา การรับรู้ความรุนแรงของอาการ สัมพันธภาพในครอบครัว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความต้องการด้านจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 9 จำนวน ร้อยละ ของสิ่งที่มีความหมายในชีวิตและทำให้ชีวิตมีคุณค่าสำหรับ
ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

สิ่งที่มีความหมายในชีวิต	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ผู้ที่เป็นที่รัก เช่น บิดา มารดา ลูก	114	95.00
สิ่งศักดิ์สิทธิ์	78	65.00
คำสั่งสอนทางศาสนา	75	62.50
พระเจ้าอยู่หัว	65	54.50
บุญกรรมที่ได้ทำมา	63	52.50
อื่นๆ เช่น เจ้านาย	6	5

จากตารางที่ 9 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ได้ระบุถึงสิ่งที่มีความหมายในชีวิตและ ทำให้ชีวิตมีคุณค่า มากที่สุดคือ ผู้ที่เป็นที่รัก เช่น บิดา มารดา ลูก จำนวน 114 คน คิดเป็นร้อยละ 95 รองลงมา คือ สิ่งศักดิ์สิทธิ์ มีจำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 65

ตารางที่ 10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง การเข้าร่วมในการปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนา
ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของอาการ สัมพันธภาพ
ในครอบครัว และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กับความ
ต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ตัวแปร	A	B	C	D	E	F
การเข้าร่วมในการปฏิบัติ						
พิธีกรรมทางศาสนา (A)	1					
ระยะเวลาของการเจ็บป่วย (B)	0.5**	1				
การรับรู้ความรุนแรงของอาการ (C)	0.39**	0.75**	1			
สัมพันธภาพในครอบครัว (D)	-0.18*	-0.17	-0.25**	1		
ความสามารถในการปฏิบัติ						
กิจวัตรประจำวัน (E)	0.36**	-0.6**	-0.6**	0.15	1	
ความต้องการด้านจิตวิญญาณ (F)	0.38**	0.68**	0.63**	-0.3**	0.51**	1

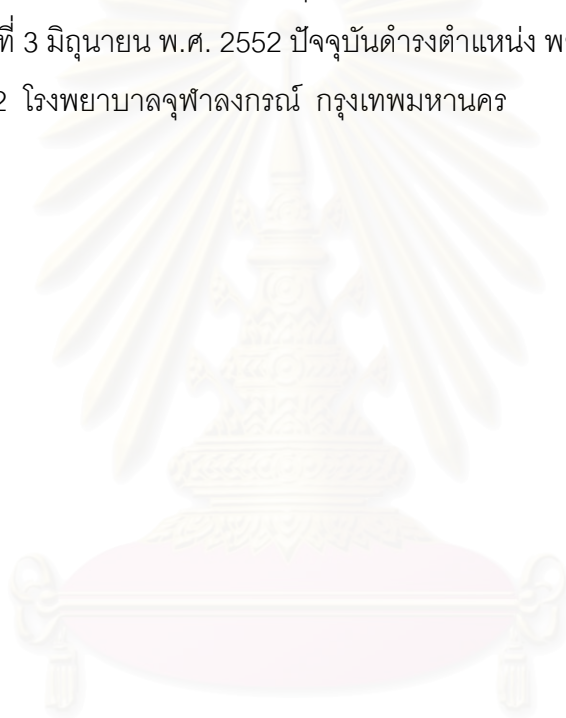
**p < 0.01 level (2-tailed)

*p < 0.05 level (2-tailed)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางทิวาริณณ์ วัฒนาวัตถุ เกิดวันที่ 15 ตุลาคม พ.ศ.2513 ที่จังหวัดเพชรบุรี สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ จากวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย จังหวัดกรุงเทพ ในปีการศึกษา 2536 และได้ปฏิบัติงานอยู่ที่ตึกประสิทธิ์ ๓ พร้อมพันธุ์ ชั้น 2 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กรุงเทพมหานคร หลังจากนั้นได้ลาศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตั้งแต่วันที่ 4 มิถุนายน พ.ศ. 2550 ถึง วันที่ 3 มิถุนายน พ.ศ. 2552 ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 6 ตึกประสิทธิ์ ๓ พร้อมพันธุ์ ชั้น 2 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กรุงเทพมหานคร



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย