

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย



นางสาว วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2552

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

FACTORS RELATED TO SPIRITUAL WELL BEING OF TERMINAL CANCER PATIENTS



Miss Wilailuck Thuntitrakul

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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2009

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของ  
ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

โดย

นางสาววิไลลักษณ์ ดันติตระกูล

สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

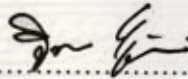
รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยรับนี้เป็น  
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทบัณฑิต

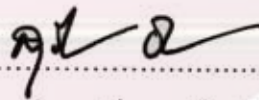


..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

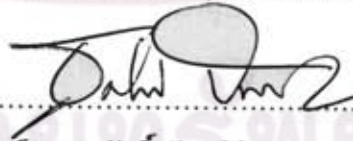
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



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



..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์)



..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลชิต)

ศูนย์วิทยุหรือวิทยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิจัยลักษณะ ดันติตระกูล : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของ  
ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. (FACTORS RELATED TO SPIRITUAL WELL BEING  
OF TERMINAL CANCER PATIENTS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก:รศ.ดร.สุวิพร ธนศิลป์,  
134 หน้า.

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนาย  
ระหว่างการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม กับ  
ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย  
จำนวน 110 คน ซึ่งได้จากการเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ที่มารับการรักษาที่แผนก  
ผู้ป่วยใน ศูนย์มหาวชิราลงกรณ์ ธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี และ อโรคยศาล วัดคำประมง จังหวัด  
สกลนคร เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบ  
ประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ แบบประเมินการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา แบบ  
ประเมินการรับรู้ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย และแบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งได้ผ่าน  
การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และมีค่าความเที่ยงจากการคำนวณสัมประสิทธิ์  
แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .89, .82, .82 และ .96 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดย  
การหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติการวิเคราะห์  
ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า

1.ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}=5.26$ ,  $SD=0.39$ )

2.แรงสนับสนุนทางสังคม และการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา มีความสัมพันธ์  
ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  
ระดับ .05 ( $r = 0.49$  และ  $0.18$  ตามลำดับ) แต่ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทาง  
ลบกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  
.05 ( $r = -0.49$ )

3.ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา และแรง  
สนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความผาสุกทางจิตวิญญาณของ  
ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ร้อยละ 40.00 ( $R^2 = .40$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา.....การพยาบาลผู้ใหญ่.....

ลายมือชื่อผู้วิจัย

*La A*

ปีการศึกษา..... 2552.....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

*Dr. S. W. P.*



## 5077610036 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS : SPIRITUAL WELL BEING / SEVERITY OF ILLNESS / PRACTICE RELATED TO RELIGIOUS ACTIVITIES/ SOCIAL SUPPORT / TERMINAL CANCER PATIENTS

WILAILUCK TANTITRAKUL : FACTORS RELATED TO SPIRITUAL WELL BEING OF TERMINAL CANCER PATIENTS. THESIS ADVISOR: ASSOC. PROF. SUREEPORN THANASILP, D.N.S., 134 pp.

The purposes of this study were to examine the relationships and predictors between practice related to religious activities, severity of illness, social support and spiritual well being of terminal cancer patients. Participants included 110 terminal cancer patients from two settings: The Cancer Center of Mahavachilalongkorn, Tanyaburi Pathumthani Province, and Arokhayasala Wat Khampramong, Sakon Nakhon Province. Data were collected by using five instruments: Demographic data form, Spiritual Well Being Scale, Practice Related to Religious Activities Questionnaire, Perceived Severity of Illness Questionnaire and Social Support Questionnaire. All instruments were tested for content validity and reliability. Cronbach's alpha coefficients for the scales were .89, .82, .82, and .96, respectively. Data were analyzed using mean, standard deviation, Pearson's Product moment coefficient and Stepwise multiple regression. The research results were as follows:

1. Spiritual well being of terminal cancer patients was at the high level ( $\bar{X}$  = 5.26, SD = 0.39).
2. Social support and practice related to religious activities were significantly positive related to the spiritual well being of terminal cancer patients ( $r$  = 0.49, and 0.18, respectively;  $p$  < .05).
3. The severity of illness was significantly negative related to the spiritual well being of terminal cancer patients ( $r$  = -0.49;  $p$  < .05).
4. The severity of illness ( $\beta$  = -.40;  $p$  < .05), social support ( $\beta$  = .32;  $p$  < .05) and practice related to religious activities ( $\beta$  = .22;  $p$  < .05) were the significant predictors and together accounting for 40 percent of the variance to spiritual well being of terminal cancer patients ( $R^2$  = .40;  $p$  < .05).

Field of Study ..... Adult Nursing ..... Student's Signature: *Wilailuck Thum*  
Academic Year ..... 2009 ..... Advisor's Signature: *Sureeporn Thanasilp*

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความสำเร็จและความเมตตากรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่ง จาก รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร รัตนศิลป์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้สละเวลาในการให้ คำปรึกษา ข้อคิดเห็น เสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่อง ด้วยความ ห่วงใย เอาใจใส่ และสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาของการทำวิทยานิพนธ์อย่างดี ยิ่งเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณ เป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ ที่ กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอ กราบขอบพระคุณอาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ผู้กรุณาให้คำแนะนำ ให้ ข้อเสนอแนะเพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้นและกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะ พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และ ประสบการณ์ที่มีค่ายิ่งตลอดระยะเวลาของการศึกษา ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์ มหวิทยาลัย ที่สนับสนุนทุนอุดหนุนการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงแก่ พระอาจารย์ ดร.ปพนพัชร์ จิรธัมโม เจ้าอาวาสวัดคำ ประมง ที่ได้สละเวลาอันมีค่ายิ่งและให้โอกาสผู้วิจัยได้รับประสบการณ์ที่ดีอย่างยิ่งในชีวิต และ ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่และจิตอาสาทุกคน ณ อโรคยศาล วัดคำประมง จังหวัดสกลนคร ที่ได้ให้ ความกรุณาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการวิจัยครั้งนี้ ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการ ศูนย์มะเร็งมหาราชวิทยาลัย จังหวัดปทุมธานี หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ตลอดจนเจ้าหน้าที่ทุก ท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการทำวิจัย รวมทั้งขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ทุกท่านที่ได้ สละเวลาอันมีค่ายิ่งในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยพร้อมทั้งให้ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง และขอขอบพระคุณอย่างสูงแก่ผู้ป่วยมะเร็ง ระยะสุดท้ายทุกท่านที่กรุณาสละเวลาและให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ด้วยความเต็มใจ

ท้ายที่สุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณครอบครัวและคุณแม่อันเป็นที่รักยิ่งที่คอย สนับสนุนด้านเงินทุนและกำลังใจด้วยความรักความห่วงใย และขอบคุณเพื่อนรัก ที่เป็นแบบอย่าง ของเพื่อนแท้ ช่วยเหลือและให้กำลังใจกับผู้วิจัยตลอดมา รวมทั้งกัลยาณมิตรทั้งหลายและเพื่อน ร่วมรุ่นทุกคน วิทยานิพนธ์เล่มนี้จึงสำเร็จลงได้ด้วยดี

## สารบัญ

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ณ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	5
สมมติฐานการวิจัย.....	8
ขอบเขตของการวิจัย.....	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่ได้รับ.....	10
2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย.....	12
แนวคิดเกี่ยวกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย.....	24
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย.....	38
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	49
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	55
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	56
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	56
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	58
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	64
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	67
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	67



4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	69
5	สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	85
	สรุปผลการวิจัย.....	86
	อภิปรายผลการวิจัย.....	87
	ข้อเสนอแนะ.....	94
	รายการอ้างอิง.....	96
	ภาคผนวก.....	105
	ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	107
	ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายอนุญาตให้ใช้ เครื่องมือวิจัย และจดหมายขอความร่วมมือในการเก็บ ข้อมูลวิจัย.....	108
	ภาคผนวก ค หนังสืออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และสัตว์ทดลอง เอกสารข้อมูลสำหรับประชากรกลุ่มตัวอย่าง และตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	115
	ภาคผนวก ง การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอย พหุคูณ.....	128
	ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	134

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	แสดงจำนวนขนาดของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละแห่ง.....	58
2	แสดงค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม.....	64
3	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจำแนกตามอายุ เพศ สถานะระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว บุคคลที่ช่วยเหลือดูแล โรคประจำตัวที่เป็น ระยะเวลาในการเจ็บป่วย การรักษาที่ได้รับปัจจุบันและอาการข้างเคียงที่ได้รับจากการรักษา.....	70
4	ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยรวมและรายข้อ.....	74
5	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความผาสุกทางจิตวิญญาณและการปฏิบัติกิจที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจำแนกตามสถานที่เก็บข้อมูล.....	76
6	ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาโดยรวมและรายด้าน.....	77
7	ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยโดยรวมและรายด้าน.....	79
8	ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและรายด้าน.....	81
9	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา การรับรู้ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม .....	82
10	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรที่ได้รับเลือกเข้าสู่สมการถดถอย ค่าอำนาจการพยากรณ์ ( $R^2$ ) ค่าอำนาจการพยากรณ์ที่เพิ่มขึ้น ( $R^2$ Change) ในการพยากรณ์ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเมื่อใช้วิธีแบบขั้นตอน (Stepwise).....	83
11	ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน(Beta) การทดสอบนัยสำคัญของค่า b และแสดงสมการถดถอยพหุคูณที่ใช้พยากรณ์ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้จากการคัดเลือกตัวแปรโดยใช้วิธีขั้นตอน (Stepwise).....	84

สารบัญแผนภาพ

ภาพที่		หน้า
1	A Conceptual Model ทฤษฎีความผาสุกทางจิตวิญญาณในสภาวะที่เจ็บป่วย (A Middle-Range Theory of Spiritual Well-Being in illness).....	30
2	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	55



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุข เป็นโรคที่คุกคามชีวิตมนุษย์ เพราะต้องอาศัยการรักษาพยาบาลเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน และผลข้างเคียงของการรักษาค่อนข้างรุนแรง ทำให้เกิดผลกระทบทางเศรษฐกิจ ทรัพยากรบุคคล และเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ WHO (2006) ได้คาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ.2563 ทั่วโลกจะมีคนตายด้วยโรคมะเร็งมากกว่า 11 ล้านคน และพบว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับสองรองจากโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดในประเทศสหรัฐอเมริกา สำหรับในประเทศไทยมีแนวโน้มของการเกิดโรคมะเร็งเพิ่มมากขึ้นเป็นไปในทิศทางเดียวกับประเทศอื่นทั่วโลก จากข้อมูลสถิติของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุขปี 2550 ที่ผ่านมามีผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี และเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ.2546-พ.ศ.2550 นอกจากนี้ การคาดการณ์ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ในปี 2551 ประเทศไทยจะมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 120,000 ราย และประมาณการว่าจะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 50 ในช่วง 10 ปี (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2550)

ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายต้องเผชิญกับปัญหาและความต้องการที่ซับซ้อนเนื่องจากระบบสำคัญ ๆ ในร่างกายทำงานผิดปกติ ทำให้มีอาการต่าง ๆ เช่น เจ็บปวด หายใจไม่สะดวก อาหารไม่ย่อย และมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนเป็นต้น ด้วยพยาธิสภาพของโรค ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องหยุดงานหรือออกจากงานเพื่อรักษาตัว จึงทำให้สูญเสียรายได้ ก่อให้เกิดความเครียดและวิตกกังวลได้สูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่ไม่มีญาติหรือมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะรับรู้ได้ว่าความตายกำลังใกล้เข้ามาทำให้เสียกำลังใจ จากผลกระทบต่าง ๆ ดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยแต่ละคนมีปฏิกิริยาต่อความเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552) ผู้ป่วยบางรายเมื่อได้รับรู้ว่าเป็นมะเร็งจะคิดถึงแต่เรื่องของความตาย ความรู้สึกสูญเสียและความทุกข์ทรมานที่จะเกิดขึ้น เกิดความขัดแย้งว่าทำไมโรคนี้อาจเกิดขึ้นกับตน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่มั่นใจ หมดกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรค ท้อแท้สิ้นหวัง รู้สึกถึงความไม่แน่นอนในอนาคตตนเอง ไม่สามารถค้นหาความหมายของชีวิตได้ จนก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทางจิตวิญญาณขึ้น (Ferrell et al., 1998) โดยจิตวิญญาณ จะเป็นสิ่งสูงสุดที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพอีก 3 ด้านซึ่งได้แก่ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งหากมีความทุกข์ทางจิตวิญญาณเกิดขึ้น บุคคลจะไม่พบความผาสุกที่แท้จริงและขาดความสมบูรณ์ในตัวเอง



(ประเวศ วะสี, 2543) ดังนั้นผู้ป่วยมะเร็งจึงต้องแสวงหาแนวทางต่าง ๆ เพื่อเยียวยาด้านจิตวิญญาณของตนเอง ในผู้ป่วยบางรายหวังให้ชีวิตยืนยาวขึ้น บางรายหวังเพียงไม่ทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยและการรักษา โดยการหาสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ประกอบพิธีกรรมทางศาสนา สะเดาะเคราะห์ ทำบุญและทำสมาธิ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) การปฏิบัติตามหลักของศาสนาหรือความเชื่อจึงมีส่วนสำคัญ ในการสร้างกำลังใจที่เข้มแข็งในยามที่ต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนของชีวิตและความตาย (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552) ผู้ป่วยจึงต้องการค้นหาความหมายและเป้าหมายในชีวิต ความมีคุณค่าในตนเอง การมีความหวังในการมีชีวิตอยู่ เพื่อให้ตนเองมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่เหลืออยู่ดีขึ้น พร้อมทั้งจะต่อสู้กับสิ่งต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง (O'Brien, 2008)

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Spiritual Well-Being) เป็นความรู้สึก การรับรู้ ความเชื่อในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ การมีสิ่งยึดมั่นทางด้านจิตใจก่อให้เกิดกำลังใจและทำให้ผู้ป่วยมีความสุข มีความเข้มแข็งในจิตใจ และพร้อมที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (Paloutzian & Ellison, 1982) จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา พบว่าความผาสุกทางจิตวิญญาณส่งผลให้ผู้ป่วยมีเป้าหมายในชีวิต มีความเข้มแข็งอดทนมากขึ้น มีความวิตกกังวลและความซึมเศร้าในระดับต่ำ กลัวความตายลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวอย่างมีประสิทธิภาพ มีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตได้ตามปกติ (Ellison, 1989) ความผาสุกทางจิตวิญญาณมักเกิดควบคู่ไปกับความสามารถในการเผชิญปัญหา ทำให้ผู้ป่วยมีความหวังและกำลังใจในการมีชีวิตอยู่ กล้าเผชิญความจริง ยอมรับสภาพที่เป็นอยู่ มีความเข้มแข็งและความหวังในการดำเนินชีวิตพร้อมที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ที่จะดำเนินต่อไปซึ่งจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Cotton et al., 1999) สอดคล้องกับการศึกษาของ Murray และคณะ (2004) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด และผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวพบว่าสภาวะจิตใจและสภาวะจิตวิญญาณที่เข้มแข็งจะส่งผลให้สุขภาพดีขึ้นและสามารถลดภาวะเครียดได้ ความผาสุกทางจิตวิญญาณจึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้เกิดความหวัง และมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรค มีเจตคติที่ดีต่อโรค และมีความตั้งใจที่จะมีชีวิตอยู่

เนื่องจากความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความเกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในชีวิต และความเชื่อ ความศรัทธาทางศาสนา ทำให้ผู้ป่วยมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ มีความพึงพอใจในสิ่งที่เป็นอยู่ ในขณะที่เจ็บป่วย แม้จะเกิดการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ทางด้านร่างกาย (ธัญญา น้อยเปียง, 2545) ผู้ป่วยมะเร็งที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณจะเป็นผู้ใช้สติ และจิตสำนึกในการพิจารณาปัญหาที่เกิดขึ้น ยอมรับในสิ่งที่เป็นอยู่ มองเห็นชีวิตของตนเองมีคุณค่า ถึงแม้จะป่วยด้วยโรคร้ายแต่ก็สามารถทำความเข้าใจกับความหมายของภาวะวิกฤต และความจริงที่เกิดขึ้นในชีวิต ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Ferrell et al., 1998) ความผาสุกทางจิตวิญญาณจะทำให้ผู้ป่วยมะเร็งสามารถดำรงชีวิตอย่างมี

ความสุข มีความเข้มแข็งในจิตใจ ยอมรับสภาพที่เผชิญอยู่และพร้อมที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ที่จะดำเนินต่อไป สามารถเผชิญกับความตายอย่างเข้มแข็งและมีสติ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานน้อยลง (Narayanasamy, 1995) ดังนั้นความผาสุกทางจิตวิญญาณทำให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายซึ่งอยู่ในภาวะคุกคามชีวิต คงไว้ซึ่งความหวัง กำลังใจ ทำให้สามารถก้าวผ่านปัญหาหรืออุปสรรค ความยากลำบากของชีวิต (Ross, 1997) เกิดความมั่นคงในอารมณ์ มีความหวัง สามารถค้นหาความหมายของชีวิตและเผชิญกับตายอย่างสงบ (Narayanasamy, 1995) จะเห็นว่าความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสำคัญและส่งผลต่อผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายทั้งทางร่างกายและจิตใจ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณ ได้แก่ การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาของฉวีวรรณ ไพรวลัย (2540) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การประพฤติกิจทางศาสนา พฤติกรรมการดูแลทางการแพทย์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยเอดส์โรงพยาบาลบาราคนราดูร พบว่าการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยเอดส์ ส่วนการศึกษาของเสาวลักษณ์ มณีรักษ์ (2545) พบว่าความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งได้รับความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยและผลข้างเคียงของการรักษา ส่งผลให้อาการรุนแรงเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ จนถึงระยะสุดท้ายทำให้ผู้ป่วยต้องการสิ่งยึดเหนี่ยวและหาหนทางประคับประคองจิตใจโดยการพึ่งพาทางด้านจิตวิญญาณ ซึ่งสอดคล้องกับการส่งเสริมการปฏิบัติตามความเชื่อ การสวดภาวนา การทำสมาธิตามความศรัทธาของผู้ป่วย อันจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงความหวังของตนเอง เพราะเป็นวิธีที่ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าสู่ความสงบ เข้าใจสัจธรรมของชีวิตยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นอีกปัจจัยหนึ่งซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไป โดยเฉพาะการสนับสนุนจากบุคคลรอบครัว มีความสำคัญต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยมากที่สุด (สุจรรยา โลหาชีวะ, 2548) การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ จึงเป็นเรื่องสำคัญและเป็นสิ่งซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและยอมรับกับความเจ็บป่วยได้

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ผ่านมา พบว่ามีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณ และวิธีปฏิบัติเพื่อคงไว้ซึ่งความผาสุกทางจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นการศึกษาของต่างประเทศเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งองค์ความรู้ที่ได้ไม่สามารถนำมาอ้างอิงในคนไทยได้ เนื่องจากมีความแตกต่างกันในด้านของความเชื่อ ความศรัทธาทางศาสนา ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรม ส่วนของไทยยังไม่มีการศึกษาความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย แต่มีการศึกษาในผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วย

เรื้อรัง และในผู้ป่วยมะเร็งเฉพาะโรค ดังนั้นการศึกษาความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในบริบทสังคมไทยจึงมีความจำเป็น เนื่องจากความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาและพัฒนาไปตามช่วงวัยและประสบการณ์ชีวิต เป็นเรื่องที่เป็นการรับรู้เฉพาะบุคคล มีมุมมองที่มีความหลากหลาย

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาถึงระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในบริบทสังคมไทย และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์รวมถึงปัจจัยที่สามารถทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นผู้ที่ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากโรค และได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจน สอดคล้องกับความเชื่อ ความศรัทธาทางศาสนา ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมภายใต้บริบทของสังคมไทย ผลที่ได้จากการวิจัยจะทำให้พยาบาลมีความรู้ และตระหนักถึงความสำคัญของความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และแสวงหาแนวทางส่งเสริมให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยและความตายได้อย่างสงบหรือตายดี (Good Death) ซึ่งหมายถึงการจากไปอย่างสงบ มีจิตน้อมนำให้เกิดความสุข สงบ โดยการระลึกถึงสิ่งที่เป็นบุญเป็นกุศลที่ได้สะสมมา การตั้งจิตมั่นไม่ฟุ้งซ่าน ไม่หวาดหวั่นต่อความตาย (จินต์จุฑา รอดพาล, 2549)

### ปัญหาการวิจัย

1. ระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นอย่างไร
2. การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายหรือไม่ อย่างไร
3. การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายหรือไม่ อย่างไร

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย



2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนายระหว่างการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

### แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ความผาสุกทางจิตวิญญาณถือเป็นองค์ประกอบหนึ่งในสภาวะของบุคคลแบบองค์รวม ตามประกาศขององค์การอนามัยโลก(ประเวศ วะสี, 2543) การจะเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณได้ต้องอาศัยกระบวนการผสมผสานกันอันนำไปสู่การรู้สึกหรือความเข้าใจในจุดมุ่งหมาย และความหมายของชีวิต (Taylor, 1998) ผู้ที่ป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิตจึงต้องการค้นหาความหมายและเป้าหมายในชีวิต ความมีคุณค่าในตนเองการมีความหวังในการมีชีวิตอยู่ เพื่อให้ตนเองมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่เหลืออยู่ดีขึ้น พร้อมทั้งจะต่อสู้กับสิ่งต่างๆที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง หากบุคคลไม่มีประสบการณ์ของความผาสุกทางจิตวิญญาณหรือมีความพร่องของจิตวิญญาณอาจจะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า อ้างว้างวิตกกังวลในการมีชีวิตอยู่และอยู่อย่างไร้ความหมาย (O'Brien, 2008)ความผาสุกทางจิตวิญญาณจะทำให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายซึ่งอยู่ในภาวะคุกคามชีวิต คงไว้ซึ่งความหวัง กำลังใจ ทำให้สามารถก้าวผ่านปัญหาหรืออุปสรรค ความทุกข์ทรมาน ภาวะวิกฤติในชีวิต (Ross, 1997) ดังนั้นปัจจัยที่ทำให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องพิจารณา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดจากทฤษฎีความผาสุกทางจิตวิญญาณในสภาวะที่เจ็บป่วย (A Middle-Range Theory Of Spiritual Well-Being in illness) ของ O'Brien (2008) มาเป็นกรอบในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณ ซึ่งกรอบแนวคิดดังกล่าวมาจากแนวคิดการดูแลมนุษย์แบบองค์รวม โดยพยาบาลมีหน้าที่เป็นผู้ร่วมในกระบวนการช่วยผู้ป่วยค้นหาความหมายของจิตวิญญาณจากประสบการณ์ความเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมาน จากสภาวะโรค เพื่อนำไปสู่ความผาสุกทางจิตวิญญาณ ให้ผู้ป่วยมีความสุขทั้งร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ โดยประกอบไปด้วยปัจจัยหลักคือ 1) ความศรัทธาทางศาสนา วัฒนธรรม และความเชื่อในการดำรงอยู่และมีความไว้วางใจในองค์พระศาสดา 2) ความพอใจและเชื่อมั่นในพระศาสดา 3) แนวปฏิบัติทางศาสนา เช่นการสักการบูชาพระศาสดา การสวดมนต์ 4)ระดับความรุนแรงของโรค 5) การเผชิญกับเหตุการณ์วิกฤติในชีวิต ทั้งทางด้านอารมณ์ สังคมและวัฒนธรรม และเศรษฐกิจ 6) แรงสนับสนุนทางสังคม ทั้งจากครอบครัว เพื่อน หรือผู้ดูแล โดยพยาบาลและผู้ป่วยสามารถร่วมกันค้นหาความหมายของจิตวิญญาณจากประสบการณ์ความเจ็บป่วย มองชีวิตและความตายเป็นสังขารซึ่งจะนำไปสู่ความผาสุกทางจิตวิญญาณ

จากแนวคิดทฤษฎีดังกล่าว ผู้วิจัยเลือกศึกษาเฉพาะปัจจัยที่มีข้อมูลสนับสนุนว่ามีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณโดยตรง ได้แก่ 1) การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา 2) ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย 3) แรงสนับสนุนทางสังคม ที่ส่งผลโดยตรงต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ส่วนปัจจัยอื่นๆ ตามแนวคิดทฤษฎีที่ O'Brien (2008) ได้แก่ ตัวแปรความศรัทธาทางศาสนา และตัวแปรความพอใจและเชื่อมั่นในพระศาสดา ซึ่งมีรายละเอียดและเนื้อหาในเรื่องของความเชื่อ ความศรัทธา ความพอใจ ยึดถือและไว้วางใจในแนวทางขององค์พระศาสดา การปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา จึงถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของตัวแปรความผาสุกทางจิตวิญญาณและการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา ส่วนตัวแปรการเผชิญกับเหตุการณ์วิกฤติในชีวิตนั้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าส่วนใหญ่สภาวะนี้มักพบในผู้ป่วยมะเร็งที่เพิ่งทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคมะเร็ง และต้องเผชิญกับผลกระทบหลายด้าน แต่ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายถือว่าผู้ป่วยสามารถยอมรับสภาพและรับรู้ในการดำเนินของโรคมะเร็งในระยะเวลาหนึ่งแล้ว นอกจากนี้ยังไม่มีการศึกษาความสัมพันธ์ที่ครอบคลุมปัจจัยเหล่านี้ ตามแนวคิด ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเฉพาะปัจจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม ดังรายละเอียด

การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา (Practice Related to Religious Activities) เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำตามหลักความเชื่อในศาสนาที่ตนเองยึดถือ ซึ่งทุกศาสนาต่างก็มีหลักคำสอนเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติและเป็นหลักในการดำเนินชีวิตอย่างเป็นสุขของบุคคล รวมทั้งเป็นแบบอย่าง กฎเกณฑ์ และต้นกำเนิดของขนบธรรมเนียม ประเพณี ค่านิยม วัฒนธรรมที่ก่อให้เกิดความสงบสุขในการอยู่ร่วมกันนอกจากนี้ การมีศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ จะทำให้บุคคลสามารถปล่อยวาง และยอมรับสภาพความเป็นจริงของชีวิตได้ ดังนั้นการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา จึงเป็นการพัฒนาจิตใจ ส่งเสริมให้จิตใจมีความสงบ มีความสุข สามารถแก้ปัญหาชีวิตและอุปสรรคได้ด้วยเหตุผลและปัญญา คลายความเครียด และแก้ทุกข์ทางใจได้ (พรพรหม รุจิไพโรจน์, 2550) นอกจากนี้การส่งเสริมการปฏิบัติตามความเชื่อ การสวดภาวนา ทำสมาธิตามความศรัทธาของผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงความหวังของตนเอง เพราะเป็นวิธีที่ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าสู่ความสงบ มีโอกาสในการมองย้อนถึงชีวิต และเข้าใจสัจธรรมของชีวิตยิ่งขึ้น (เสาวลักษณ์ มณีรักษ์, 2545) จากการศึกษาพบว่า การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยเอดส์ (จวีวรรณ ไพรวัลย์, 2540) ซึ่งสอดคล้องกับนงเยาว์ กันทะมุล (2546) ที่ศึกษาพบว่า การปฏิบัติตามหลักธรรมของพุทธศาสนาและการประกอบพิธีกรรมตามความเชื่อช่วยให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอด จากการศึกษาของ Ferrell, et al. (1998)

พบว่าผู้ป่วยมะเร็งด้านมโนทัศน์การใช้ศาสนาและความเชื่อทางศาสนา เพื่อให้ตนเองเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ สอดคล้องกับการศึกษาของ Meraviglia (2002) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งใช้การสวดมนต์ซึ่งเป็นการปฏิบัติตามหลักพระพุทธศาสนา เพื่อให้ตนเองสามารถยอมรับกับการเจ็บป่วยได้ ดังนั้น การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา จึงมีความสัมพันธ์ทางบวก และน่าจะทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้

ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย (Severity of illness) เป็นสิ่งเร้าที่บุคคลรับรู้โดยตรง และมีผลกระทบต่อองค์รวมของบุคคล (เสาวลักษณ์ มณีรักษ์, 2545) และเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งได้รับความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยและผลข้างเคียงของการรักษาที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษายาวนาน และมีอาการรุนแรงเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ จนถึงระยะสุดท้าย จึงต้องการสิ่งยึดเหนี่ยวและหาหนทางประคับประคองจิตใจโดยการพึ่งพาทางด้านจิตวิญญาณ ดังนั้น ผู้ป่วยที่รับรู้ว่าการเจ็บป่วยของตนเองมีความรุนแรง และไม่สามารถยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ จึงทำให้ความผาสุกทางจิตวิญญาณลดลง แต่ถ้าผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าการเจ็บป่วยของตนเองไม่มีความรุนแรงสามารถทำใจยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้น และมีชีวิตอยู่กับการเจ็บป่วยด้วยมะเร็งอย่างมีความสุข จะทำให้ผู้ป่วยมีความผาสุกทางจิตวิญญาณได้ (ธัญญา น้อยเปียง, 2545) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมพร รัตนพันธ์ (2540) พบว่าความรุนแรงของความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะจิตวิญญาณ ด้านการให้ความหมายและการมีเป้าหมายในชีวิต และด้านการมีความหวัง ในผู้ป่วยสูงอายุ ในโรงพยาบาลโดยผู้ป่วยจะรู้สึกถึงความไม่แน่นอนในชีวิตของตนเอง ความหมายและเป้าหมายในชีวิตเปลี่ยนแปลงไป ไร้ความหวัง ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะมีผลต่อการปรับตัวในการดำเนินชีวิตอยู่อย่างไร้ความสุข ดังนั้นความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยจึงมีความสัมพันธ์ทางลบ และน่าจะทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไป จากแนวคิดของ Schaefer, Coyne, & Lazarus (1981 อ้างใน นิตยา คงชุม, 2539) ได้แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกมาใน 3 ด้าน ได้แก่แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ แรงสนับสนุนด้านข้อมูล แรงสนับสนุนด้านสิ่งของและบริการ ซึ่งเป็นการช่วยเหลือโดยตรง ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมในการวิจัยนี้ จะหมายถึงการรับรู้ของบุคคลต่อการได้รับการสนับสนุนด้านต่างๆ และทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกโดดเดี่ยวและช่วยในการค้นหาความหมายและเป้าหมายในชีวิต (O'corner, 1990) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธัญญา น้อยเปียง(2545)ที่ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งด้านมโนทัศน์พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ จากการศึกษาจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากของ Walton & Sullivan (2004) พบว่า ผู้ป่วยมีการเยียวยาด้านจิตวิญญาณโดยใช้



แรงสนับสนุนทางสังคม การมีจิตใจที่เข้มแข็ง เพื่อทำให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมพร รัตนพันธ์ (2541) ศึกษาปัจจัยที่ทำนายภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะจิตวิญญาณในผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ดังนั้น แรงสนับสนุนทางสังคมจึงมีความสัมพันธ์ทางบวก และน่าจะทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

จากกรอบแนวคิดดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยกำหนดสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้

1. การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
2. ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
3. การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

#### ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนายของ การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในบริบทของศาสนาพุทธ

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นโรคมะเร็งในระยะที่มีการแพร่กระจายของโรคไปตามอวัยวะต่าง ๆ ไม่สามารถรักษาให้หายได้ มีเป้าหมายในการรักษาเพื่อประคับประคองและบรรเทาความทุกข์ทรมาน อันเป็นผลมาจากโรคและอาการแทรกซ้อนของโรค มีอายุ 18 – 60 ปี จำนวนทั้งสิ้น 110 รายและนับถือศาสนาพุทธ ที่เข้ารับการรักษา ณ ศูนย์มะเร็งมหาชิราลงกรณ์ จังหวัดปทุมธานี และศูนย์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อโรคยศาล วัดคำประมง จังหวัดสกลนคร

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรต้น ได้แก่ การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม
2. ตัวแปรตาม ได้แก่ ความผาสุกทางจิตวิญญาณ

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**ความผาสุกทางจิตวิญญาณ** หมายถึง ความรู้สึกส่วนลึกภายในจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่แสดงถึงภาวะสงบ เป็นสุข มีความเข้มแข็งในจิตใจ ยอมรับความจริง มีเป้าหมายในชีวิต มีความหวัง ยอมรับ และพึงพอใจในสิ่งที่เป็นอย่างของตนเอง รู้สึกมั่นใจว่าตนเองมีความสัมพันธ์กับสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรือสิ่งที่ตนเองยึดเหนี่ยว ประกอบด้วย

1.ความผาสุกในสิ่งที่เป็นอย่างอยู่ หมายถึง ความรู้สึกที่ชีวิตมีเป้าหมายหรือมีจุดมุ่งหมาย มองเห็นว่าชีวิตเป็นสิ่งที่มีความหมาย พึงพอใจในชีวิตตนเอง มีอารมณ์เบิกบาน มองโลกในแง่ดี ไม่ท้อแท้สิ้นหวัง พยายามที่จะมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้อื่น

2.ความผาสุกในความผูกพันยึดมั่นกับศาสนา หมายถึง ความรู้สึกเป็นสุข สงบภายในจิตใจ ซึ่งเกิดจากการมีศรัทธา ความเชื่อในศาสนา มีศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจและมีความสุขในการปฏิบัติตามคำสอนทางศาสนา

ประเมินโดยแบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณของ Palouzion & Eillison (1982) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยธัญญา น้อยเปียง (2545) คะแนนรวมสูงหมายถึง มีความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับสูง

**การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา** หมายถึง การปฏิบัติที่ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายกระทำตามหลักความเชื่อในศาสนาพุทธ เหมือนพุทธศาสนิกชนทั่วไป ได้แก่ ทาน ศีล ภาวนา ซึ่งประเมินด้วยแบบประเมินเพื่อวัดการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ วารสาร เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง คะแนนรวมมาก หมายถึง มีการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา อยู่ในระดับมาก

**ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย** หมายถึง ความรับรู้และความเข้าใจของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต่อความเลวร้ายของสถานการณ์ที่มีสาเหตุจากการเจ็บป่วย ซึ่งก่อให้เกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิต ซึ่งประเมินด้วยแบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยของธัญญา น้อยเปียง (2545) เกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย ที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณตามการรับรู้ของผู้ป่วย คะแนนรวมมาก หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงโรคอยู่ในระดับมาก

**แรงสนับสนุนทางสังคม** หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต่อการได้รับการสนับสนุนด้านต่างๆจาก บิดา มารดา สามี ลูก-หลาน ญาติ พี่น้อง รวมถึงบุคลากรทางสาธารณสุข เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ ครอบคลุมในมิติต่อไปนี้

1. การสนับสนุนด้านข้อมูลคือการให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ และให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค และการรักษา ที่สามารถนำไปใช้แก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ และทำให้บุคคลรับรู้ถึงพฤติกรรมและการปฏิบัติของตนเอง

2. การสนับสนุนด้านอารมณ์ คือการให้ความรักและดูแลเอาใจใส่ การสนับสนุน การยกย่อง การให้ความรัก ความจริงใจ ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ ความผูกพันใกล้ชิด การได้รับการยืนยันว่าบุคคลมีความสำคัญและได้รับความรักหรือการดูแลเอาใจใส่ การให้ความมั่นใจ ความรู้สึกที่สามารถพึ่งพาและไว้วางใจผู้อื่น

3. การสนับสนุนด้านสิ่งของ คือการให้ความช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคลเรื่อง การเงิน สิ่งของหรือแรงงานและการปรับสภาพแวดล้อม การได้รับการช่วยเหลือด้านวัตถุ และการบริการและทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า เกิดกำลังใจ มีความมั่นใจและรับรู้การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

ประเมินด้วยแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer และคณะ (1981) ซึ่งแปลและดัดแปลงโดยสมจิต หนูเจริญกุล (1988) คะแนนรวมมาก หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก

**ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย** หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งที่นับถือศาสนาพุทธ และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งในระยะที่มีการแพร่กระจายของโรคไปตามอวัยวะต่าง ๆ ไม่สามารถรักษาให้หายได้ และเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค มีเป้าหมายในการรักษาเพื่อประคับประคองและบรรเทาความทุกข์ทรมาน อันเป็นผลมาจากโรคและอาการแทรกซ้อนของโรค

### ประโยชน์ที่ได้รับ

1. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเพื่อส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย
2. เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อส่งเสริมให้เกิดแนวปฏิบัติทางการพยาบาลและนำไปสู่การส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายโดยเน้นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย รวมทั้งศึกษาความสามารถในการพยากรณ์ของปัจจัยเหล่านี้กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของกลุ่มประชากรดังกล่าว โดยผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องสรุปเป็นเนื้อหาสาระสำคัญเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยนำเสนอลำดับ ดังนี้

#### 1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

- 1.1 ความหมายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
- 1.2 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย
- 1.3 แนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
- 1.4 บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

#### 2. แนวคิดเกี่ยวกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

- 2.1 ความหมายของความผาสุกทางจิตวิญญาณ
- 2.2 องค์ประกอบของความผาสุกทางจิตวิญญาณ
- 2.3 แนวคิดทฤษฎีความผาสุกทางจิตวิญญาณในสภาวะที่เจ็บป่วย
- 2.4 การประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ
- 2.5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ

#### 3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

- 3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนากับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
- 3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
- 3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

#### 4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## 1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

1.1 ความหมาย ได้มีผู้ให้ความหมายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายไว้ดังนี้

Keck &Walther (1977 อ้างถึงในสุภาพร ดาวดี, 2537) ได้ให้ความหมายผู้ป่วยระยะสุดท้ายว่าเป็นบุคคลที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของโรคและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหรือมีอาการที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้

Johnson & Bourgeois (2003) กล่าวว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายคือ บุคคลที่ต้องทนทรมานในโรคด้วยความกลัว ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาจจะต้องทนทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ บุคคลที่อยู่ในการเจ็บป่วยระยะสุดท้ายจะมีกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่ยาวนาน เริ่มต้นจากความขัดแย้ง ความพ่ายแพ้ หมดหวัง และขาดความมั่นใจ สิ่งเหล่านี้เพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ การพยาบาลที่ให้มีจุดประสงค์เพื่อลดความทุกข์ทรมาน การจัดการกับอาการแสดงต่างๆ เพื่อเตรียมพร้อมในการเผชิญกับความตาย

สมนึก สกุลหงษ์โสภณ (2540) ให้ความหมาย ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ว่าหมายถึงผู้ป่วยซึ่งมีการกระจายของโรคเป็นไปอย่างกว้างขวาง มีเป้าหมายในการรักษาเพื่อประคับประคองและบรรเทาความทุกข์ทรมาน อันเป็นผลจากโรคและอาการแทรกซ้อนของโรค

สันต์ หัตถ์รัตน์ (2544 อ้างถึงในจินตนา ตั้งวรพงษ์ชัย, 2548) ให้ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือผู้ป่วยที่เจ็บหนัก และผู้ป่วยที่หมดหวัง ป่วยด้วยโรคทางกายหรือทางใจที่ไม่มีโอกาสพ้นทุกข์ทรมาน โรคกำเริบแพร่กระจายหรือโรคก้าวหน้าไปมาก ไม่สามารถรักษาได้ เข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรคตามทรรศนะของแพทย์แผนปัจจุบัน ผู้ป่วยมีแนวโน้มอาการทรุดลงเรื่อย ๆ มีอาการแสดงต่าง ๆ ที่บ่งชี้ว่าจะมีชีวิตอยู่ไม่นานและไม่แน่นอน ได้แก่ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจาย ต้องทุกข์ทรมานกับอาการผิดปกติ และกระบวนการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช (2546) ให้ความหมายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายว่าหมายถึงผู้ป่วยที่มีอาการของโรคลุกลามจนถึงขั้นรักษาไม่หายและไม่มีแผนการรักษาใด ๆ อีกต่อไป นอกจากการดูแลแบบประคับประคองตามอาการจนถึงวาระสุดท้าย

สรุป ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายคือ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า จากอาการและการแสดงต่าง ๆ รวมถึงการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามระบบของแพทย์ ว่าเป็นโรคมะเร็งในระยะที่มีการแพร่กระจายของโรคไปตามอวัยวะต่าง ๆ ไม่สามารถรักษาให้หายได้ และเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค มีเป้าหมายในการรักษาเพื่อประคับประคองและบรรเทาความทุกข์ทรมาน อันเป็นผลมาจากโรคและอาการแทรกซ้อนของโรค

## 1.2 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นผู้ที่ชีวิตอยู่ระหว่างความเป็นหรือการมีชีวิตอยู่กับความตาย (Living – dying interval) เป็นเวลาที่ผู้ป่วยตระหนักว่าการเจ็บป่วยในครั้งนี้จะนำมาซึ่งความตายและจะไม่มีโอกาสฟื้นคืนชีพเพื่อกลับมาใช้ชีวิตได้ดังเดิม ผู้ป่วยจึงรู้สึกสูญเสียสิ่งที่สำคัญในชีวิต ผู้ป่วยแต่ละคนมีวิธีเผชิญความตายต่างกัน และแสดงปฏิกิริยาตอบสนองต่อความตายต่างกัน การตอบสนองของความต้องการด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นสิ่งสำคัญยิ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า สามารถดำรงไว้ซึ่งความเป็นตัวของตัวเองและมีความปลอดภัย

Weisman (1972 อ้างถึงใน รัชมน นามวงษ์, 2540) ได้แบ่งระยะของการเผชิญกับความตายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้ 4 ระยะคือ

1.ระยะของการมีชีวิตอยู่ด้วยความทุกข์ เริ่มเมื่อผู้ป่วยทราบผลการวินิจฉัยจนถึงได้รับการรักษาอย่างครบถ้วน ผู้ป่วยจะมีอาการช็อคเมื่อทราบความจริงว่าตนจะต้องตาย

2.ระยะพัก เริ่มเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะฟื้นฟู จะไม่มีการรักษาใดๆ บางรายอาจกลับไปทำงานเหมือนเดิม และประพฤติตนเหมือนกับว่าตนไม่มีโรคใดๆ

3.ระยะเสื่อมและถดถอย ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิเสธต่อไปได้ อาการของโรคกำลังกำเริบขึ้นอย่างชัดเจน มีการเสื่อมทางด้านจิตใจมากกว่าร่างกาย เริ่มคิดถึงอนาคต ความตายและการพึ่งพาผู้อื่น แต่ยังคงมีความหวังและไม่ปฏิเสธความจริง

4.ระยะสุดท้าย มุ่งเพื่อการประคับประคอง เป็นระยะที่รอคอยความตาย ซึ่งไม่อาจทำนายได้ว่าจะเกิดขึ้นเมื่อใด

การดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้ายประกอบไปด้วย (สิวลี ศิริไล, 2534)

1. การร่วมมือและประสานงานกันจากทีมสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ผู้ให้การรักษา พยาบาลประจำ ผู้ให้การดูแลช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วย พระสงฆ์หรือผู้รู้ทางศาสนาที่ฝ่ายผู้ป่วยนับถือ บางกรณีอาจมีนักสังคมสงเคราะห์ จิตแพทย์ และนักกฎหมายมาเกี่ยวข้อง โดยที่ทุก ๆ ฝ่ายช่วยให้ผู้ป่วยได้บรรลุสิ่งที่ต้องการในวาระสุดท้ายของชีวิต องค์ประกอบประการแรกนี้เรียกว่า Multi disciplinary team

2. การให้การดูแลรักษาตามอาการ และการให้การพยาบาลขั้นพื้นฐานเมื่ออาการของโรคได้ทรุดลงตามลำดับ จนถึงขั้นที่หมดหวังจากการดีขึ้น หรือคืนสู่สภาพที่ดีตามปกติ ความตายเป็นสิ่งที่จำเป็นต้องได้รับการมองอย่างเหมาะสม และได้รับการปฏิบัติที่ช่วยให้เป็นความตายที่สงบตั้งนั้นกรณีของผู้ป่วยวาระสุดท้ายที่เกิดความทุกข์ทรมานจากอาการของโรค เช่น เจ็บปวด หายใจไม่ได้ นอนไม่หลับ สิ่ง que ผู้ป่วยพึงได้รับคือก็คือนำบำบัดอาการเหล่านี้ตามอาการ (Symptomatic treatment) การพยายามลดเสียงด้วยเทคโนโลยี หรือวิธีการที่นอกเหนือไปจาก primary care หากไม่เกิดประโยชน์อันใดก็ไม่



ควรทำ ครอบครัวของผู้ป่วยควรได้รับคำอธิบายและมีความเข้าใจต่อเรื่องนี้ โดยไม่พยายามลงเสียงหรือเหนียวรั้ง อันเป็นการเพิ่มความทุกข์ทรมานและเพิ่มปัญหาทางเศรษฐกิจ

3. ช่วยประคับประคองจิตใจครอบครัวของผู้ป่วย การรู้ข่าวของความตายของผู้ป่วยนั้นเป็นความทุกข์ ความสูญเสีย ความเศร้าหมอง แต่การที่ครอบครัวได้รับความเห็นใจ ได้รับคำแนะนำ คำเตือน ให้เตรียมการในบางเรื่องก็จะสามารถช่วยทำให้ครอบครัวผู้ป่วยไม่รู้สึกว่าเหวหรือถูกทอดทิ้ง

4. ค่านิยมส่วนตัวทางวัฒนธรรมประเพณี ความเชื่อทางศาสนาเป็นสิ่งที่แยกไม่ออกจากตัวมนุษย์ การให้การดูแลแบบองค์รวม คือมองผู้ป่วยแต่ละคนตามสภาพความเป็นจริงของแต่ละบุคคล ผสมผสานความรู้ทุกๆ ด้านมาใช้กับผู้ป่วยและครอบครัวแต่ละรายเป็นสิ่งสำคัญเหนือสิ่งอื่นใด

ในระยะสุดท้ายของผู้ป่วย เป็นระยะที่ผู้ป่วยต้องการอยู่ใกล้ชิดแพทย์และพยาบาลมาก (ลักษณะ ช่างเวซซ์, 2542) ภาวะที่หมดหวังนั้นเป็นภาวะที่ทำให้เกิดความทุกข์ต่อผู้ป่วยและญาติเป็นอย่างมาก ดังนั้น อาจพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมซึ่งผิดไปจากเดิม มีอาการซึมเศร้า และมีการฆ่าตัวตาย แต่บางคนก็อาจปรับตัวได้ สามารถที่จะจัดการภาวะต่าง ๆ ในครอบครัวได้ บางคนอาจมีพฤติกรรมที่ก่อความรำคาญให้กับพยาบาลหรือญาติ หรือผู้ใกล้ชิด ดังนั้นทีมสุขภาพจะต้องเป็นผู้ที่มีความอดทน เข้าใจถึงพฤติกรรมของผู้ป่วยให้ความเอาใจใส่มากขึ้น พยายามให้ความช่วยเหลือและการพยาบาลที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ด้วยความทุกข์ทรมานน้อยที่สุด ควรจัดสภาพแวดล้อมให้น่าอยู่ ดูแลสวยงาม ด้วยการติดภาพที่สวยงามสดชื่นไว้ให้ผู้ป่วยได้มองเห็น หรืออาจมีโทรทัศน์ วิทยุ ให้ผู้ป่วยได้ดู ได้ฟัง เพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด มีหนังสือพิมพ์ หนังสือธรรมะไว้ให้อ่านเป็นต้น ความสะอาดและการป้องกันโรคแทรกซ้อนเป็นสิ่งสำคัญอีกอย่างหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตในระยะสุดท้ายด้วยความสุขสบายพอสมควร ความมีเมตตาธรรม มีน้ำใจเห็นอกเห็นใจ และความกรุณาเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ลำบากจากโรคร้ายด้วยความสงบสุข

### 1.3 แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การดูแลแบบประคับประคอง คือ การดูแลที่จัดตั้งขึ้นเพื่อให้บริการแก่ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายหรือใกล้ตาย และรวมไปถึงครอบครัว โดยเน้นทางด้านมนุษยธรรม และการดูแลช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีคุณภาพมากที่สุด ขณะเดียวกันก็เฝ้าต่อสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยด้วย (Burn, Carney and Brobst, 1989 อ้างถึงใน รวี เดือนดาว, 2547) เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยในระยะสุดท้าย แผนการรักษาจากการมุ่งเน้นเพื่อการรักษาจะกลายเป็นการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) หรือการให้การดูแลในระยะสุดท้าย (terminal care) (สถาพร ลีลานันทกิจ, 2543) ประเทศทางตะวันตกได้จัดให้มีการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย (terminal ill patients) โดยเฉพาะที่เรียกว่า “Hospice care” เพื่อเป็นสถานที่ที่ให้การดูแลผู้ป่วยแบบ

องค์รวม บรรเทาความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยทีมงานที่มีความรู้และประสบการณ์ อำนวยความสะดวกสบายด้านสิ่งแวดล้อม และการตอบสนองที่ดีทางด้านจิตวิญญาณ ตามที่ผู้ป่วยต้องการ และให้ผู้ป่วยถึงแก่กรรมอย่างสงบ รวมทั้งให้การดูแลครอบครัวของผู้ป่วยอย่างดี ในระหว่างที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจนถึงแก่กรรม เพื่อบรรเทาความโศกเศร้าจากการสูญเสียผู้ป่วย

Hospice มีรากศัพท์มาจากภาษาละติน "Hospitium" ที่หมายถึง สถานที่ที่แขก (ที่มาพัก) จะได้รับการเอาใจใส่ดูแลให้สะดวกสบาย ในปัจจุบันคำว่า "hospice" ถูกใช้กันในหลายความหมาย เช่น สถานพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย องค์การเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โครงการของรัฐ ในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่จะมีชีวิตอยู่ไม่เกิน 6 เดือน ในประเทศไทยก็มีหน่วยงานที่จัดให้บริการตามรูปแบบ Hospice care คือศูนย์มะเร็งมหาชิราลงกรณ์ และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ซึ่งให้บริการแบบผู้ป่วยใน และดำเนินการให้บริการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่บ้านด้วย ในสมัยกรีกและโรมัน มีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสถานที่ทางศาสนา (พัชรี เจริญพร, 2546) ปัจจุบันในประเทศไทยก็มีที่ วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี และวัดคำประมง จังหวัดสกลนคร ซึ่งมีแนวคิดไม่เก็บค่ารักษาใด ๆ กับผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีการรักษาร่วมกับการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก เช่นสมาธิบำบัด ดนตรีบำบัด เป็นต้นโดยที่ไม่ได้ปิดกั้นการรักษาแผนปัจจุบัน นอกจากนี้ยังมีพระภิกษุเป็นผู้นำทางด้านจิตวิญญาณ ซึ่งถือเป็นสถานที่ที่สนองตอบความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างแท้จริง

จากการศึกษาค้นคว้างานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากต่างประเทศ พบว่ามีการจัดรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองใน ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างจริงจัง มีการจัดตั้งโรงพยาบาล หรือหน่วยงานขึ้นมารับผิดชอบหลายแห่ง เช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศออสเตรเลีย ประเทศอังกฤษ และประเทศแคนาดา ซึ่งหน่วยงานเหล่านี้มีหน้าที่หลักเหมือนกัน คือ ทำหน้าที่ในการเป็นที่ปรึกษา ให้ข้อมูลข่าวสารทำการค้นคว้าวิจัย ตลอดจนให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายภายใต้การสนับสนุนงบประมาณจากภาครัฐ ในประเทศไทยยังไม่มี การจัดตั้งหน่วยงานขึ้นมารับผิดชอบโดยตรง จากทางภาครัฐบาลมีแต่สถานพยาบาล โรงพยาบาล องค์การการกุศลของภาคเอกชนที่เปิดให้บริการ ซึ่งสถานบริการเหล่านี้จะต้องเสียค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูงก่อให้เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจต่อญาติและผู้ที่ต้องรับผิดชอบผู้ป่วย จะเห็นว่าการจะสร้างสถานพยาบาลระยะสุดท้าย (Hospice) ขึ้นในประเทศไทย นอกจากจะต้องคำนึงถึงเรื่องค่าใช้จ่าย ศักยภาพและคุณภาพของบุคลากรที่จะดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ และทรัพยากรอื่น ๆ แล้ว ยังต้องคำนึงถึงวัฒนธรรม ประเพณี และค่านิยมของสังคม ตลอดจนความปรารถนาของผู้ป่วยด้วย

#### 1.4 บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย หรืออาจกล่าวได้ว่า พยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด ได้เผชิญกับปัญหาและสถานการณ์ต่าง ๆ ของผู้ป่วยและญาติและให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตลอด 24 ชั่วโมง การดูแลผู้ป่วยระยะนี้ ถือว่าเป็นการดูแลในช่วงเวลาที่ไม่มีความสามารถควบคุมเวลาหรือรักษาโรคให้หายขาดได้แล้ว ผู้ป่วยต้องพบกับความตาย ดังนั้นพยาบาลผู้ดูแลควรช่วยให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างเหมาะสม (กฤษณา เจลียวศักดิ์, 2544) การให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พยาบาลจะต้องประเมินผู้ป่วยในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ การประเมินปัญหาและความต้องการตลอดจนทำการศึกษาผลการปฏิบัติการต่าง ๆ แผนการรักษาของแพทย์ รวมทั้งการให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติแล้วนำมาสรุปประเด็นปัญหา เพื่อหาแนวทางให้การพยาบาลในทุกๆ ด้าน

1.4.1 การดูแลเมื่อเวลาใกล้ตาย (Care at the Time of Death) (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552) การดูแลเมื่อเวลาใกล้ตายมาถึง เป็นอีกบทบาทหนึ่งที่มีความสำคัญมากสำหรับพยาบาล ผู้ป่วยบางรายเมื่อการดูแลรักษาได้ดำเนินมาในระดับหนึ่งแล้วก็ไม่อาจยับยั้งธรรมชาติของชีวิตได้ เพราะทุกชีวิตเมื่อเกิดมาแล้วย่อมต้องตายทุกคน ในทางการแพทย์ไม่ควรถือว่าการตายของผู้ป่วยเป็นความล้มเหลวของทีมผู้ให้การดูแลรักษา แต่ควรมองว่าความตายเป็นโอกาสดีของชีวิตที่จะก้าวสู่โลกใหม่ หรือมิติใหม่ของผู้ที่กำลังจะจากไป ควรดูแลและจัดสิ่งแวดล้อมให้มีความเหมาะสมแก่วัฒนธรรมและความเชื่อของผู้ป่วยและญาติมากที่สุด สภาพของผู้ป่วยก่อนตายมักอยู่ในความทรงจำของผู้คนที่รายล้อมเสมอ ทั้งญาติและเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ การที่พยาบาลอยู่เป็นเพื่อน เพื่อให้การดูแลอย่างใกล้ชิดจะทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความอบอุ่นใจ การดูแลอย่างใกล้ชิดไม่ทอดทิ้งไปในเวลาที่ลมหายใจสุดท้ายกำลังจะหมดไปนี่ถือเป็นโอกาสพิเศษที่เพื่อนมนุษย์พึงปฏิบัติต่อกัน ยกเว้นในผู้ป่วย/ญาติบางรายที่อาจต้องการความเป็นส่วนตัว ซึ่งพยาบาลควรประเมินความต้องการเป็นรายๆ ไป เพื่อจะได้ให้การดูแลได้อย่างเหมาะสม

เมื่อการตายใกล้เข้ามา ในภาษาอังกฤษใช้คำว่า “Death or active dying” ผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายหลายประการ บางอาการอาจเกิดขึ้นพร้อมกัน บางอาการอาจไม่ปรากฏในผู้ป่วยบางราย ผู้ดูแลจำเป็นต้องเรียนรู้และทำความเข้าใจ เพื่อให้การดูแลในระยะเวลาที่สำคัญยิ่งนี้มีความเหมาะสม พยาบาลมักได้รับคำถามจากญาติเสมอว่า “ผู้ป่วยจะสิ้นลมหายใจเมื่อไหร่” “เวลา (ตาย) ใกล้เข้ามาขนาดน้อยเพียงใด” “ทำไมใช้เวลามากกว่า..ผู้ป่วย..จะสิ้นลมหายใจ” คำถามเหล่านี้ยากที่จะตอบได้ชัดเจน เพราะยังไม่มีใครสามารถพยากรณ์เวลาตายได้อย่างแท้จริง เพียงแต่



เป็นการคาดคะเนจากสถิติที่รวบรวมจากอาการบางอย่างของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ่งบอกว่าเวลาตายนั้นใกล้เข้ามาเต็มที่แล้ว

### การเปลี่ยนแปลงในระบบต่าง ๆ

ภาวะใกล้ตาย (active dying) เป็นกระบวนการที่เกิดจากอวัยวะสำคัญ ๆ ในระบบต่าง ๆ ของร่างกายทำงานลดลงหรือถึงขั้นล้มเหลว ผู้ป่วยระยะสุดท้ายแต่ละคนมีสาเหตุการตายที่แตกต่างกันจึงมีอาการแสดงที่แตกต่างกันได้ กระบวนการใกล้ตายนี้อาจใช้เวลา 10 ถึง 14 วัน แต่ในบางรายอาจใช้เวลาเพียง 24 ชั่วโมง ในทางการแพทย์มักจะถือว่าระยะใกล้ตาย คือ 48 ชั่วโมงสุดท้าย ซึ่งตรงกับภาษาอังกฤษว่า “final hours” ซึ่งเป้าหมายสำคัญของพยาบาลในการดูแลในระยะนี้ คือ การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยเสียชีวิต (ตาย) อย่างสงบ หรือที่เรียกว่า การตายดี (good death) นั่นคือ ตายโดยปราศจากความเจ็บปวด ได้รับการดูแลเพื่อให้มีความสุขสบาย มีโอกาสบอกกล่าวญาติ/มิตร ช่วยจัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นส่วนตัว และเอื้อต่อการแสดงความรักและความเข้าใจระหว่างญาติ/มิตร ช่วยเหลือให้ได้ปฏิบัติพิธีกรรมตามความเชื่อหรือวัฒนธรรมของตน การจะดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยตายดีนั้น พยาบาลควรเข้าใจการเปลี่ยนแปลงของระบบต่าง ๆ ของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะใกล้ตายดังนี้

**ระบบหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular system)** ผู้ใกล้เสียชีวิตส่วนใหญ่มักจะมีความต้องการอาหารและน้ำลดลง เนื่องจากระบบต่าง ๆ ของร่างกายทำงานลดลงหรือล้มเหลว ผู้ป่วยอาจมีอาการกลืนลำบากร่วมด้วยจึงทำให้อยู่ในภาวะขาดน้ำ (dehydrate) ซึ่งมีผลทำให้ปริมาณของเลือดลดลงตามไปด้วย ดังนั้นหัวใจต้องเต้นเร็วขึ้น เพื่อชดเชยปริมาณเลือดในส่วนต่าง ๆ เมื่อร่างกายไม่สามารถชดเชยต่อไปได้ อวัยวะสำคัญ ๆ กำลังจะหยุดทำงาน เซลล์ในร่างกายจะขาดเลือดและออกซิเจน (hypoxia) หัวใจจะเต้นช้าลงและความดันโลหิตจะลดลง เลือดที่ไหลเวียนไปที่แขนและขาจะลดลง จะทำให้แขนขาเย็นชื้น (clammy) สีผิวจะเปลี่ยนไป เป็นซีดหรือเขียวคล้ำหรือมีจ้ำเลือดเป็นแห่ง ๆ โดยเฉพาะบริเวณปลายเท้า กระบวนการเผาผลาญในร่างกายจะลดลง ส่งผลให้อุณหภูมิในร่างกายจะลดลง ผิวกายจะเย็น (ยกเว้นในรายที่มีการติดเชื้อ) การห่มผ้าหนา ๆ ไม่ได้ช่วยให้ผู้ป่วยสบายแต่กลับจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอึดอัดมากขึ้น เพราะน้ำหนักของผ้าห่มที่แม้จะเพียงเล็กน้อยก็ตาม

**ระบบหายใจ (respiratory system)** เมื่อหัวใจทำงานลดลงจะทำให้การพอกเลือดที่ปอดลดลงตามไปด้วย จึงมีการคั่งของเลือดและน้ำเหลืองที่ปอด ฟังเสียงปอดผิดปกติ เหมือนมีน้ำคั่ง ผู้ป่วยจะมีอาการหายใจลำบาก (dyspnea) อาการนี้จะพบได้ในผู้ป่วยใกล้ตายบ่อยถึง 50-70% (Pitorak, 2003) ผู้ป่วยต้องใช้ความพยายามมากในการหายใจ (air hunger) มีอาการกระวนกระวาย แพทย์อาจช่วยด้วยการให้ยากกลุ่มยาเสพติด (opioid) ในขนาดต่ำ ๆ เพื่อช่วยให้หลอดเลือดดำที่ปอดขยายตัวดีขึ้น ลดการคั่งของน้ำที่ปอดลง (lung congestion) เพราะการให้ออกซิเจนเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอ หาก

พบว่ามีอาการไอแห้ง ๆ เสมหะเหนียวข้น ควรให้ออกซิเจนที่มีละอองไอน้ำความชื้นช่วย ผู้ดูแลควรเปิดประตูหน้าต่าง ควรเปิดพัดลมเบา ๆ เพื่อช่วยให้อากาศเวียนของอากาศดีขึ้น สายลมที่พัดสัมผัสผิวใบหน้าเบา ๆ จะเป็นการกระตุ้นเส้นประสาท (trigeminal nerve) บริเวณแก้มและรอบ ๆ จมูก เพื่อไปลดความรู้สึกหายใจลำบากให้น้อยลง ญาติหรือมิตรสหายไม่ควรยืนมุงดู แต่ควรอยู่ในระยะห่างพอสมควร เพื่อช่วยให้อากาศบริเวณรอบเตียงถ่ายเทได้ดี การช่วยพุดน้ำเพื่อให้ผู้ป่วยผ่อนคลายด้วยการหายใจเข้าออกลึก ๆ หรือการปฏิบัติสมาธิแบบอานาปานัสสติก็ช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลายได้ระดับหนึ่ง

การหายใจเร็วและหายใจลำบากควรให้ยากลุ่มยาเสพติด เช่น มอร์ฟีน โดยควบคุมอัตราการหายใจให้อยู่ระหว่าง 10-15 ครั้ง/นาที จะช่วยลดอาการกระวนกระวายของผู้ป่วย เนื่องจากหายใจไม่ออกลงได้ ควรช่วยให้อาการหายใจลำบากลดลงก่อนให้ยากลุ่มระงับประสาท (sedation) โดยปกติแล้วการมีคาร์บอนไดออกไซด์เพิ่มขึ้นในเลือดจะช่วยกระตุ้นการหายใจ แต่ในผู้ป่วยใกล้ตายกลไกนี้ใช้ไม่ได้ผล การหายใจจะตื้น/สั้นและมีหยุดหายใจ (apnea) ได้ 10-30 วินาทีในทุก 2 นาทีเป็นระยะ ๆ ซึ่งเรียกว่าการหายใจแบบ Cheyne-Stokes Respiration ซึ่งพยาบาลควรอธิบายให้ญาติเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนี้

**ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก (musculoskeletal system)** เมื่อผู้ป่วยได้รับสารอาหารและน้ำลดลง ทั้งนี้ย่อมขึ้นกับสภาวะโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ก่อน ย่อมมีผลทำให้กล้ามเนื้ออ่อนล้าลง รวมทั้งกล้ามเนื้อที่ช่วยในการกลืน แม้แต่น้ำก็กลืนลำบาก ในเกือบทุกสังคมที่ยอมรับว่า การให้อาหารและน้ำดื่ม เป็นข้อบ่งชี้ถึงการดูแลกันด้วยความรักและห่วงใย การให้น้ำและสารอาหารอย่างเหมาะสมเป็นผลดีต่อการทำงานของผิวหนังและเยื่อเมือมีความชุ่มชื้น ถ้าได้ทำงานได้ดี ส่งเสริมการหายใจของแผล ทำให้ไตทำงานดีขึ้น มีพลังงานเพียงพอที่จะสื่อสารได้ แต่ถ้าผู้ป่วยมีความต้องการอาหารลดลง (loss of appetite) ผู้ดูแลไม่ควรฝืนความต้องการของร่างกายผู้ป่วย คอยดูแลให้อาหารเท่าที่ผู้ป่วยต้องการ บางครั้งอาจไม่เป็นไปตามมืออาหารแบบปกติ

การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (IV fluids) ในผู้ป่วยใกล้ตายบางรายจะเป็นภาระแก่ร่างกายในการขจัดของเสียออกมากกว่าจะเป็นผลดี เพราะสารน้ำจะออกจากเซลล์ไปอยู่ในช่องว่างระหว่างเซลล์ (third-spacing) และทำให้มีอาการบวม คลื่นไส้ และมีอาการปวดมากขึ้น ญาติควรได้รับรู้ว่าการไม่ให้อาหารและน้ำในระยะนี้จะทำให้ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น เพราะร่างกายจะสลายพลังงานจากไขมันมาใช้ทำให้มีระดับ ketonemia สูงขึ้น และผู้ป่วยในระยะใกล้ตายจะไม่รู้สึกหิว แต่การให้สารอาหารพวกแป้ง (carbohydrate) จะไปยับยั้งการสร้างสาร ketone และทำให้หิวมากขึ้น การดูแลที่ดีที่สุด คือการรักษาอนามัยในช่องปาก ดูแลให้เยื่อช่องปากชุ่มชื้นอยู่เสมอ แพทย์/พยาบาล ผู้ดูแลผู้ป่วยควรจะ

อธิบายให้ญาติเข้าใจถึงผลดีและข้อจำกัดในการให้สารอาหารแก่ผู้ป่วยในระยะสุดท้าย การให้สารน้ำ และอาหารด้วยสายยาง อาจจำเป็นในบางรายเท่านั้น เพราะอาการขาดน้ำอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการ สับสน (delirium) และไตทำงานล้มเหลวได้ ในผู้ป่วย ไตวายที่ได้ยาในกลุ่ม opioid จะทำให้ยามีฤทธิ์ สะสมและทำให้ผู้ป่วยสับสน อาจมีกล้ามเนื้อกระตุกและชักได้ จึงควรปรึกษาแพทย์เพื่อปรับลดระดับ ยาลง และให้น้ำอย่างเพียงพอ

เมื่อเวลาใกล้ตายกล้ามเนื้อบริเวณโคนลิ้น เพดานปาก และลิ้นไก่จะอ่อนแรง ทำให้ไม่สามารถ ขจัดเสมหะและน้ำลายได้อย่างปกติ ทำให้มีการสะสมของเสมหะ และสารคัดหลั่งในหลอดคอและ หลอดลม (oropharynx and bronchi) ได้ง่าย ทำให้ลมที่ผ่านเข้าออกเกิดเป็นเสียงคราง (death rattle) คล้ายผู้ป่วยกำลังเจ็บปวด ทำให้ญาติและผู้ดูแลกังวลใจ จึงคอยดูดเสมหะให้บ่อย ๆ ซึ่งไม่ช่วย ให้เสียงนั้นหายไปแต่จะเพิ่มความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วย เนื่องจากการดูดเสมหะ ในการดูแลควรจัด ท่านอนแบบตะแคงข้างและไขเตียงให้ศีรษะสูงขึ้น จะช่วยทำให้เสียงครางนี้หายไปได้ หากมีเสมหะ มากควรรายงานแพทย์ เพื่อพิจารณาให้ยาที่ช่วยยับยั้งการหลั่งของเสมหะ เช่น atropine หรือยาอื่น ๆ ในกลุ่ม anticholinergic and antispasmodic agents

**ระบบการทำงานของไต (renal system)** จากการทำงานของหัวใจทำงานลดลง ก็ส่งผลให้ไต ทำงานลดลง และมีผลต่อการกรองของเสียและมีปริมาณน้ำปัสสาวะลดลง ผู้ป่วยในระยะใกล้ตาย กล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการขับถ่ายปัสสาวะจะหย่อนตัว (relax) ทำให้ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้ ซึ่ง การดูแลผู้ป่วยในระยะนี้ไม่จำเป็นจะต้องใส่สายสวน สำหรับผู้ป่วยชายอาจใช้ถุงพลาสติกกรองรับน้ำ ปัสสาวะไว้เท่านั้น ส่วนผู้ป่วยสตรีควรใช้ผ้าอ้อมที่ซับน้ำรองไว้ เพื่อกันการเปียกชื้นก็พอเพียง

อาการอื่น ๆ ที่ผู้ดูแลควรรู้ความสนใจเป็นพิเศษ คือ อาการปวด ควรมีการประเมินความ เจ็บปวดเป็นระยะ ๆ แม้ว่าผู้ป่วยจะใกล้เสียชีวิตแล้วก็ตาม ระดับยาแก้ปวดควรปรับให้เหมาะสมกับ สภาพผู้ป่วย ผลจากการวิจัยในต่างประเทศ พบว่าผู้ป่วยที่อยู่ในระยะ 24 ชั่วโมงสุดท้ายของชีวิตยัง ต้องการยาแก้ปวดอยู่ แต่มักต้องการในระดับต่ำ (Pitorak, 2003) ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถตอบสนองหรือ สื่อสารได้แล้ว อาการกระสับกระส่ายหรือกระวนกระวายอาจมาจากอาการปวดได้ จึงควรให้ยาแก้ปวด ในระดับที่เคยให้ต่อไป เพราะการหยุดยาอาจทำให้เกิดความเจ็บปวดได้ในผู้ป่วยที่เคยได้รับยาแก้ปวด ทางปาก หากไม่สามารถกลืนยาได้ควรพิจารณาให้ยาที่ดูดซึมได้ลิ้น ทางทวารหนักหรือทางหลอด เลือดดำแทน ควรปรึกษาแพทย์ เพื่อปรับขนาดยาอย่างเหมาะสม พร้อมทั้งนี้ควรให้ข้อมูลแก่ญาติ/ มิตรของผู้ป่วยเรื่องเสียงครางต่าง ๆ ว่าไม่ได้เกิดจากการเจ็บปวด เพราะได้ให้ยาแก้ปวดอย่าง ระมัดระวังอยู่แล้ว



**ระบบประสาท (Neurologic system)** เมื่อระบบหัวใจ/หลอดเลือดและปอดทำงานลดลงย่อมมีผลทำให้เลือดไหลไปเลี้ยงสมองลดลงและมีของเสียคั่งในสมอง จึงทำให้มีอาการแสดงทางระบบประสาทและการรับรู้เปลี่ยนแปลงได้จากหลายสาเหตุ เช่น มีปริมาณเลือดในสมองลดลง (hypoxemia) การเผาผลาญอาหารลดลง (metabolic imbalance) ภาวะเป็นกรดในร่างกาย (acidosis) มีของเสียในเลือดเพิ่มขึ้นจากภาวะที่ตับและไตล้มเหลว หรือเกิดจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) ร่วมด้วยเป็นต้น

อาการสับสนหรือกระวนกระวายใกล้ตาย (terminal delirium) นี้จะแสดงออกเป็นอาการสับสน (confusion) วิตกกังวล (anxiety) กระวนกระวาย (agitation) หรือ พักไม่ได้ (restlessness) มักพบได้เสมอในคนใกล้ตาย ถึง 28-83% (Casarett & Inouye, 2001) อาการสับสน คือ อาการที่ผู้ป่วยแสดงไม่เป็นเหตุผลหรือไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ปัจจุบัน อาการนี้อาจมาจากฤทธิ์ของยาบางตัวได้ ส่วนอาการวิตกกังวลอาจเกิดจากความตายที่ใกล้เข้ามา อาจรู้สึกตื่นกลัวจนมีอาการแสดงทางกายร่วมด้วย เช่น หายใจตื้น ๆ คลื่นไส้ หรือ ท้องเสีย ผู้ป่วยอาจใช้มือไขว่คว้าสิ่งที่อยู่รอบตัว อยากรู้นั่งหรือปีนลงจากเตียง อาการเหล่านี้อาจทำให้พยาบาลคิดว่าเกิดจากอาการเจ็บปวดได้ จึงควรค้นหาสาเหตุที่แท้จริง เพราะอาการสับสนใกล้ตายนี้อาจเกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาาระงับประสาท ภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ การทำงานของตับล้มเหลว ท้องผูก หรือภาวะที่สมองได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ (hypoxia) เป็นต้น หรืออาจจะเกี่ยวข้องกับสาเหตุทางด้านจิตใจและอารมณ์อื่น ๆ เช่นมีอะไรค้างคาใจ อยากรบอกลา/ขออโหสิกรรมกับบางคน หรืออยากปฏิบัติพิธีกรรมบางอย่างตามความเชื่อ ซึ่งทีมผู้ให้การดูแลและญาติควรได้ค้นหาสาเหตุที่แท้จริง เมื่อค้นหาสาเหตุและให้การช่วยเหลือด้านอื่น ๆ แล้วอาการยังไม่สงบลง การให้ยาช่วยจึงเป็นทางเลือกสุดท้าย ซึ่งแพทย์อาจพิจารณาให้ยาในกลุ่ม haloperidol

มีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่จะเจียบลง สนใจสิ่งแวดล้อมลดลง มักนอนหลับตาเงิบ ๆ ไม่อยากพูดคุยดังแต่ก่อน เหมือนจะเก็บสำรองพลังงานสำหรับการเดินทางไปสู่อีกมิติหนึ่งที่ใกล้เข้ามา ศัพท์ภาษาอังกฤษใช้คำว่า "Transitional withdrawal" เป็นอาการสงบเจียบในระยะเปลี่ยนผ่านที่ใกล้เข้ามา ญาติใกล้ชิดบางคนอาจรู้สึกน้อยใจได้ว่าตนเองนั้นไม่สำคัญสำหรับผู้ป่วยแล้ว โดยสรุปแล้วเมื่อใกล้จะสิ้นลมหายใจ ระดับความรู้สึกตัวผู้ป่วยจะเปลี่ยนไป ปลุกตื่นบ้างเป็นครั้งคราว ไม่ควรปลุกผู้ป่วยบ่อยเกินไป หายใจมีเสียงคราง มีการเขียวตามปลายมือและเท้า คลำชีพจรที่ข้อมือไม่ได้

**การเฝ้าระวังและดูแลอย่างใกล้ชิดก่อนตาย (the death vigil)** พยาบาลควรดูแลเรื่องความสุขสบายทางด้านร่างกายของผู้ใกล้ตายให้มากที่สุด ในรายที่สติยังดี ควรสอบถามความต้องการว่าต้องการอะไรเป็นพิเศษบ้าง เพื่อช่วยให้มีความสุขสบายและสงบที่สุด ถ้าผู้ป่วยถามว่าเวลาของเขา

เหลือน้อยแล้วใช่ไหม ก็ควรตอบตรงตามความเป็นจริง หากผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารเพื่อบอกความต้องการได้ พยาบาลควรปรึกษากับญาติ/มิตรถึงความประสงค์หรือความต้องการที่ผู้ป่วยได้เคยบอกไว้ ถ้าไม่ทราบควรถามความคิดเห็นของญาติแทนว่าต้องการให้พยาบาลช่วยอย่างไรหรือไม่ พยาบาลควรอธิบายให้ญาติทราบว่าประสาทการรับรู้ทางหูจะสูญเสียเป็นอันดับสุดท้าย ดังนั้น การพูดคุยที่ใกล้เตียงผู้ป่วย ควรเป็นเรื่องที่ผู้ป่วยมีความยินดี/พอใจ หรือพูดในสิ่งที่เป็นกุศลหรือเป็นความดี ถ้าต้องการพูดให้ผู้ป่วยได้ยินควรพูดด้วยเสียงที่ดังพอสมควร ไม่ควรใช้การกระซิบที่ข้างหู เพราะจะทำให้ผู้ป่วยได้ยินไม่ชัดและสับสนได้ ในระยะสุดท้ายนี้สายตาผู้ป่วยจะพร่ามัวเห็นภาพไม่ชัดเจน ควรเปิดไฟเพียงสลัว ๆ แสงที่สว่างมากเกินไปจะทำให้ผู้ป่วยไม่สบาย ผู้ที่มาเยี่ยมควรแนะนำตัวเองมากกว่าจะสอบถามผู้ป่วยว่าจำตนได้หรือไม่ ผู้ป่วยบางรายอาจเห็นภาพญาติ/มิตรที่เสียชีวิตไปแล้ว และผู้ป่วยอาจแสดงท่าทางคล้ายมีการพูดคุยโต้ตอบระหว่างกัน พยาบาลควรวางใจเป็นกลาง ไม่ต้องพยายามโต้แย้งหรือให้เหตุผลหรือไม่ตัดสินใจในสิ่งที่ผู้ป่วยรับรู้ ควรรับฟังที่ผู้ป่วยบอกเล่า ไม่ควรพยายามชักชวนละเอียดมากนักเพราะผู้ป่วยอาจเหนื่อย การจัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นส่วนตัวและมีความเงียบสงบนั้นมีความจำเป็นอย่างยิ่ง พยาบาลควรช่วยอำนวยความสะดวกให้ญาติ/มิตรได้ปฏิบัติตามหลักศาสนา หรือพิธีกรรมตามวัฒนธรรม พยาบาลควรถามความต้องการของญาติว่าต้องการให้พยาบาลอยู่เป็นเพื่อนหรือไม่หรือต้องการเป็นส่วนตัว ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีญาติ พยาบาลควรทำหน้าที่แทนญาติในการดูแลเรื่องความสบาย อยู่เป็นเพื่อน ควรเตือนสติผู้ป่วยให้อยู่กับปัจจุบัน ไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยเผชิญกับความตายเพียงลำพัง การอยู่เป็นเพื่อนผู้ตายอย่างเงียบ ๆ ด้วยการนั่งที่ข้างเตียง รับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการบอกเล่า สัมผัสตัวผู้ป่วยเป็นครั้งคราวเพื่อแสดงให้ผู้ป่วยรู้ว่าไม่ได้อยู่เพียงลำพัง แต่ไม่ควรปลุกผู้ป่วย สำหรับช่วงเวลานี้การตรวจวัดสัญญาณชีพไม่มีความจำเป็นอีกต่อไป

#### 1.4.2. การดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ระยะเวลาก่อนที่ผู้ป่วยจะสิ้นลมหายใจนั้นมีความสำคัญมากที่สุด ญาติมิตรที่คอยดูแลผู้ป่วยควรศึกษาและทำความเข้าใจ พระอาจารย์ไพศาล วิสาโล ท่านเป็นพระนักปฏิบัติที่สนใจเรื่องความตาย ท่านได้บรรยายในที่ต่าง ๆ ว่า “คนเราตายได้ครั้งเดียว ดังนั้น ทุกคนก็อยากให้การตายของตนเป็นการตายที่ดีเพราะไม่มีโอกาสกลับมาแก้ตัวใหม่” ในคำสอนตามหลักพระพุทธศาสนา พระพุทธเจ้าทรงสอนว่า “เมื่อจิตเศร้าหมองแล้ว ก็เป็นอันหวังทุกคติได้ เมื่อจิตไม่เศร้าหมองแล้ว สุกคติก็เป็นอันหวังได้” ดังนั้นการบอกทางหรือการพูดนำเพื่อเตือนสติให้ผู้กำลังจะเสียชีวิตได้มีสติจดจ่อกับลมหายใจ คำภาวนา บทสวดมนต์ พระเจ้าหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ผู้ป่วยยึดถือ นับว่ามีความหมายมากสำหรับจิตวิญญาณของผู้ที่กำลังจะจากไป ในกรณีที่ไม่ทราบว่าคุณป่วยนับถือศาสนาใดและไม่สามารถสื่อสารกับผู้ป่วยได้ การเปิดเทปเสียงดนตรีบรรเลง(ที่ไม่มีเนื้อร้อง) ท่วงทำนองที่มีความอ่อนโยนหรือเสียง

ธรรมชาติต่าง ๆ ก็จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสงบและผ่อนคลาย ปัจจุบันหอผู้ป่วยโดยทั่วไปมักมีการจัดเตรียมไว้แล้ว เพียงแต่พยาบาลช่วยจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบและเปิดเสียงเพลงดังกล่าให้ผู้ป่วย (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552)

ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการกระวนกระวาย หายใจลำบากเหมือนมีอะไรยั้งค้ำคาในจิตใจ ญาติที่ใกล้ชิดหรือพยาบาลควรเตือนสติให้ผู้ป่วยปล่อยวางสิ่งที่ยึดโยงจิตใจ อาจใช้คำพูดนำว่า “หลับให้สบาย วางใจให้สบาย ๆ ไม่ต้องกังวลต่อภาระทางนี้ ญาติอยู่กันพร้อมหน้าแล้ว ทุกคนเป็นกำลังใจให้เดินทางไปในที่ที่มีความสุขสงบ” อาจช่วยนำสวดมนต์ ทำสมาธิระลึกถึงสิ่งที่ดีงามในชีวิต หรือสิ่งที่ผู้ป่วยเคารพ/ศรัทธา กิจกรรมเหล่านี้เรียกว่า การดูแลผู้ป่วยในมิติจิตวิญญาณ (spiritual guidance) หรือ “การบอกหนทาง” ญาติผู้ป่วยบางรายอาจต้องการประกอบพิธีกรรมตามความเชื่อ พยาบาลควรเปิดใจให้กว้าง เคารพในการตัดสินใจของญาติผู้ป่วยและช่วยอำนวยความสะดวกให้

ศาสตราจารย์นายแพทย์จำลอง ดิษยวณิช (2544) ได้เขียนเกี่ยวกับทฤษฎีทางพุทธศาสนาของภาวะใกล้ตาย โดยอ้างถึงคัมภีร์อภิธรรมมัตถสังคหะ มีข้อความระบุว่า เวลาใกล้ตายแบ่งออกเป็น 2 ระยะเวลา คือ 1) มรณาสันนกาล และ 2) มรณาสันนวิถิ

**มรณาสันนกาล** บุคคลที่อยู่ในระยะใกล้สิ้นลมหายใจนี้ อาจเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วหรือช้าก็ได้ จะมีการรับรู้ได้ทางปัญจทวาร (ตา หู จมูก ลิ้น และกาย) และมโนทวาร ไม่ทวารใดก็ทวารหนึ่งเสมอ ผู้ที่อยู่ในระยะนี้อาจเห็นภาพกรรมที่ได้กระทำบ่อย ๆ ทั้งกุศลและอกุศล เช่น ภาพการให้ทาน การรักษาศีล หรือการช่วยเหลือเกื้อกูลผู้อื่นรวมทั้งอาจเห็นภาพอุปกรรม/อาวุธที่ใช้ก่อกรรม หรือเห็นสัตว์ที่ตนเคยฆ่า จึงจัดว่ามรณาสันนกาลเป็นระยะหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิตบุคคลที่อยู่ในระยะนี้ยังมีโอกาสฟื้นคืนสติได้ ถ้าไม่ฟื้นจิตจะเคลื่อนสู่มรณาสันนวิถิ “การบอกหนทาง” จึงมีความหมายมากในระยะมรณาสันนกาลนี้

**มรณาสันนวิถิ** เป็นวิถิจิตที่ไม่สามารถฟื้นกลับมาได้อีกแล้ว ผู้ที่อยู่ในระยะนี้จะไม่มีการรับรู้ทางปัญจทวารอีก การบอกหนทางก็ไม่มีประโยชน์ แต่ผู้ใกล้ตายจะมีอารมณ์ (สิ่งที่จิตรู้) ที่มากระทบทวารใดทวารหนึ่งได้ ที่เรียกว่า กรรม กรรมนิมิต และคตินิมิต ซึ่งเกี่ยวข้องกับการคิดคำนึงและการเห็นภาพ ทั้งกรรมดีและกรรมไม่ดีที่ได้กระทำไว้แล้ว ส่วนใหญ่จะปรากฏทางมโนทวาร อาจเรียกว่าเป็นฝันครั้งสุดท้ายของชีวิต ถ้าเป็นฝันดีก็มั่นใจได้ว่าจะไปเกิดในสุคติภพ

สังเกตได้ว่าผู้ป่วยบางคนรู้เวลาตายของตนได้ เช่น บางรายจะรอให้คนที่ตนรักและผูกพันด้วยมาถึงก่อนเพื่อบอกลากัน แล้วจึงจะสิ้นลมหายใจแต่ก็มีบ่อยครั้งเช่นเดียวกัน ผู้ป่วยบางรายมีระยะใกล้สิ้นลมหายใจนานนับเป็นวัน ๆ ทั้ง ๆ ที่มีอาการบ่งชี้ชัดเจนว่าใกล้ตาย มีญาติรายล้อมอยู่รอบเตียงเพื่ออำลากัน แต่ผู้ป่วยกลับยังมีลมหายใจไม่ยอมจากไปง่าย ๆ แต่เมื่อญาติออกไปทำธุระ



เพียงครึ่งหรือหนึ่งชั่วโมง ผู้ป่วยกลับสิ้นลมหายใจ ซึ่งปรากฏการณ์เช่นกรณีหลังนี้อาจทำให้ญาติยอมรับไม่ได้ อาจคิดว่าแพทย์หรือพยาบาลให้ยาอะไรผิดพลาด เพราะญาติหวังเหลือเกินว่าจะได้ดูแลกันจนลมหายใจสุดท้าย ความรู้สึกผิดหวังและรู้สึกผิดที่ทิ้งผู้ป่วยไป จะทำให้ญาติสับสนมาก ซึ่งความไม่แน่นอนเกี่ยวกับชีวิตและความตายนี้อาจทำให้เป็นประเด็นปัญหาที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งได้ ซึ่งแพทย์และพยาบาลไม่ควรมองข้าม ควรให้ข้อมูลแก่ญาติถึงความไม่แน่นอนเรื่องเวลาของชีวิตเช่นนี้ไว้บ้าง

#### 1.4.3 การดูแลภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552)

เมื่อลมหายใจสุดท้ายของผู้ป่วยสิ้นสุดลง พยาบาลควรยื่นส่งบิ๊งด้วยความเคารพ ผู้ป่วยระยะหนึ่ง ไม่ควรรีบร้อนที่จะบอกญาติว่าผู้ป่วยได้สิ้นชีวิตลงแล้ว ญาติมักสังเกตและรับรู้ได้เอง ปฏิกริยาของญาติที่สูญเสียบุคคลที่ตนรัก ณ เวลานั้นอาจมีความหลากหลาย ญาติอาจเข้าไปกอด ผู้ตายหรือเขย่าตัว ร้องไห้เสียงดัง หรือบางคนอาจเงยบังัน พุดไม่ออก ไม่มีน้ำตาหรือแน่นิ่งเป็นลมล้มลง พยาบาลควรช่วยเหลือญาติด้านสุขภาพ ช่วยปฐมพยาบาลเบื้องต้น แสดงความเสียใจด้วยกับญาติของผู้ป่วย อาจโอบไหล่หรือจับมือญาติเพื่อปลอบโยน (พิจารณาตามความเหมาะสมกับเพศและวัย) ควรพูดให้กำลังใจเพื่อให้คลายความทุกข์โศก เสนอตัวเพื่อช่วยติดต่อประสานงานกับญาติคนอื่น ๆ ให้มาเป็นกำลังใจ เมื่อช่วยเหลือญาติให้คลายทุกข์โศกแล้ว ควรใช้เวลาญาติในการสัมผัสร่างกายของผู้เสียชีวิตเป็นครั้งสุดท้ายขณะที่ร่างกายยังมีไออุ่นอยู่ แล้วจึงค่อยเช็ดตัวทำความสะอาดและจัดสภาพศพให้ใกล้เคียงกับการนอนหลับให้มากที่สุด ด้วยการปิดตา ใส่ฟันปลอม ปิดปาก ถอดสายยางต่าง ๆ ออกจากร่างกาย ตกแต่งบาดแผลด้วยผ้าปิดแผลชุดใหม่ หวีผมให้ได้รูปทรง ไข่เตี๋ยงให้ศีรษะสูงขึ้นเล็กน้อย เพื่อให้เลือดไม่ไปกองที่หน้า สิวที่หน้าจะได้ไม่ดำคล้ำมากนัก และแต่งตัวใส่เสื้อผ้าให้ศพตามความเชื่อ ทั้งนี้ควรปฏิบัติต่อศพด้วยความเคารพ ควรถามความสมัครใจของญาติในการมีส่วนร่วมในการเช็ดทำความสะอาดหรือใส่เสื้อผ้าให้ผู้เสียชีวิตเป็นครั้งสุดท้าย เมื่อเตรียมสภาพศพอยู่ในสภาพดีแล้ว ญาติอาจต้องการให้ลูกหลานที่ใกล้ชิดได้เข้าเยี่ยมศพอีกครั้งเพื่อสัมผัสและเห็นกันเป็นครั้งสุดท้าย ก่อนที่สภาพศพจะเปลี่ยนแปลงมากไปกว่านี้ ในระยะ 2-6 ชั่วโมงหลังจากเสียชีวิต กล้ามเนื้อทั้งหมดจะเริ่มแข็งตัว (rigor mortis) มักจะเริ่มที่หนังตา คอ และบริเวณขากรรไกรก่อน โดยปกติระเบียบของโรงพยาบาลจะนำศพออกจากหอผู้ป่วยไปยังสถานที่เก็บศพของโรงพยาบาล (morgue or mortuary unit) หลังการเสียชีวิต 2 ชั่วโมง ดังนั้นควรให้ญาติผู้ป่วยได้มีโอกาสใกล้ชิดกับ ผู้เสียชีวิตได้เท่าที่ต้องการในเวลาดังกล่าว ทั้งนี้ต้องไม่ทิ้งให้ญาติที่มีความใกล้ชิดอยู่เพียงลำพังกับศพของผู้เสียชีวิตจะต้องมีบุคคลที่สามอยู่ด้วยเสมอ เพื่อป้องกันเหตุร้ายอื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการควบคุมอารมณ์ทุกข์โศกไม่ได้ของญาติ

การดูแลผู้ป่วยดังกล่าวขึ้นอยู่กับผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยแต่ละคน ที่มีปัญหาและความต้องการไม่เหมือนกัน ไม่มีใครสามารถพยากรณ์สภาพของผู้ป่วยและเวลาที่สิ้นลมหายใจได้อย่างชัดเจนและแม่นยำ มีผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลจำนวนหนึ่งที่นอนหลับและสิ้นลมหายใจไปอย่างสงบ โดยไม่ต้องมีขั้นตอนการดูแลที่ยุ่งยากแต่อย่างใด ดังนั้นผู้ที่ปรารถนาจะให้การตายของตนมีความสุขสงบ จึงควรฝึกฝนตนเองให้คุ้นเคยกับความสุขสงบเป็นปกติในชีวิตประจำวัน เมื่อเวลาใกล้ตายมาถึงจิตใจที่คุ้นเคยและฝึกมาดีแล้วจะได้สงบและเป็นกุศลได้ง่าย ดังธรรมะที่พระธรรมปิฎก (2538) นิพนธ์ไว้ตอนหนึ่งว่า “อึดอัดสัมปทา หมายถึง ความถึงพร้อมด้วยการที่จะฝึกฝนพัฒนาตนเอง” ตนที่ฝึกดีแล้วจึงจะเป็นที่พึ่งแห่งตนได้ บุคคลไม่ควรรอหรือหวังว่าใครจะมาบอกทางหรือเตือนสติให้ เพราะหวังได้ยาก

ในการดูแลผู้ป่วยระยะใกล้ตาย ควรมีทีมงาน และจัดให้มีผู้รับผิดชอบหลักในแต่ละเวร หากพยาบาลเปลี่ยนหน้ากันทุกเวรจะทำให้มีปัญหาคือต่อความศรัทธาและความไว้วางใจระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและญาติ การมีพยาบาลผู้รับผิดชอบผู้ป่วยเป็นรายบุคคลจะทำให้การดูแลมีความต่อเนื่อง เพราะการดูแลผู้ป่วยที่ใกล้จะเสียชีวิตเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่มีความละเอียดอ่อน ต้องอาศัยความอดทนและความเมตตาต่อผู้ที่กำลังจะจากไปในระดับที่สูงมากกว่าปกติ (deep compassion) พยาบาลควรมีที่ปรึกษาเพื่อช่วยกันวางแผนการดูแลที่ดีที่สุดให้แก่ผู้ป่วย และเพื่อให้ทีมผู้ดูแลได้เรียนรู้จากประสบการณ์ระหว่างกัน และสนับสนุนให้กำลังใจในการทำงานร่วมกัน

## 2. แนวคิดเกี่ยวกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

### 2.1 ความหมายของความผาสุกทางจิตวิญญาณ

สุขภาวะทางจิตวิญญาณเป็นยอดสูงสุดที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพอีก 3 มิติคือ มิติทางสังคม ทางจิต และทางกาย ถ้าบุคคลขาดสุขภาวะทางจิตวิญญาณ มนุษย์จะไม่พบความสุขที่แท้จริงและขาดความสมบูรณ์ในตัวเอง (ประเวศ วะสี, 2543) จิตวิญญาณเปรียบเสมือนเป็นแหล่งของความหวังและกำลังใจ หรือเครื่องยึดเหนี่ยวของจิตใจที่ทำให้บุคคลสามารถก้าวผ่านอุปสรรคความลำบากและความยุ่งยากในชีวิต เป็นมิติหนึ่งที่มีความสำคัญมากเนื่องจากเป็นส่วนที่เป็นแกนหลักของชีวิตที่ทำหน้าที่เชื่อมประสานการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ และสังคมให้มีความหมายเป็นองค์รวมและความผาสุกในชีวิต (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2543) สำหรับในประเทศไทยได้มีผู้ให้ความหมายของความผาสุกทางจิตวิญญาณไว้หลากหลาย เช่น จากพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิต พ.ศ. 2542 ได้ให้ความหมายของคำว่า “ ผาสุก ” หมายถึง ความสำราญ ความสบาย คำว่า “ จิต ” หมายถึง สิ่งที่มีหน้าที่รู้คิดและสำนึก และคำว่า “ วิญญาณ ” หมายถึง สิ่งที่อยู่ภายในตนเองทำให้เป็นบุคคลขึ้น

เมื่อร่างกายเปื่อยเน่าแล้วยังคงมีต่อไป เป็นความรู้แจ้ง รู้สึกตัว ดังนั้นคำว่า “ ความผาสุกทางจิตวิญญาณ ” จึงหมายถึงความรู้สึกสุขสบายที่มีอยู่ในตัวตนของบุคคล หรือตระหนักรู้ถึงความสบายภายในตัวตน

พระราชวรมุนี (2540 อ้างใน จวีวรรณ ไพรวลัย, 2540) กล่าวว่า คือสภาวะจิตใจที่มีความเป็นสุข แยกจากดินแดนของวัตถุ ไม่เกี่ยวข้องกับสภาพของร่างกาย เป็นเรื่องของจิตใจล้วนๆ ที่มีประสบการณ์ทางศาสนาเข้ามาเกี่ยวข้อง จะทำให้บุคคลนั้นเป็นผู้ที่มีความสุขสงบ ชีวิตมีเป้าหมาย มีอุดมคติ มีความหวัง มีแรงจูงใจในการดำเนินชีวิตหรือกล่าวได้ว่า บุคคลนั้นจิตใจจะต้องมีสภาวะเป็นที่พึ่งที่ระลึก

ประเวศ วะสี (2543) ได้ให้ความหมายของสภาวะที่สมบูรณ์ (spiritual well-being) ว่า หมายถึง สภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อทำความดี หรือจิตสัมผัสกับสิ่งที่มีคุณค่าอันสูงส่งหรือสิ่งสูงสุด เช่น การเสียสละ การมีความเมตตา กรุณา การเข้าถึงพระรัตนตรัยหรือการเข้าถึงพระเจ้าความสุขทางจิตวิญญาณเป็นความสุขที่ไม่ระคนอยู่กับความเห็นแก่ตัว แต่เป็นสภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อมนุษย์หลุดพ้นจากความมีตัวตน (self transcending) จึงมีอิสรภาพ มีความผ่อนคลายอย่างยิ่งเบาสบาย มีความปิติแผ่ซ่านทั่วไป มีความสุขอันประณีตและล้ำลึกหรือความสุขอันเป็นทิพย์ สบายอย่างยิ่ง สุขภาพดีอย่างยิ่ง มีผลดีต่อสุขภาพทางกาย ทางจิต และทางสังคม

แม่ชีคันสนีย์ เสถียรสุด (2544 อ้างถึง โนนงเยาว์ กันทะมุล, 2546) ได้ให้ความหมายว่าความผาสุกทางจิตวิญญาณ หมายถึงสภาวะที่จิตใจมีความสุข มีความสงบเยือกเย็น มีความแข็งแรงทางจิตวิญญาณ ตลอดจนมีภูมิคุ้มกันทางจิตที่มีกระแสการรับรู้ที่ไวต่อสิ่งที่เข้ามากระทบ รู้ตื่นและเบิกบานกับการทำหน้าที่และการใช้ชีวิต ไม่ประมาทหรือขาดสติ เป็นพลังงานแห่งความเข้าใจในการใช้ชีวิต เป็นสิ่งที่สามารถทำอะไรที่มีประโยชน์ต่อตนเองและผู้อื่นได้อีกมาก และเป็นส่วนหนึ่งที่เกิดความสุขทางกายและจิตใจที่ดีอย่างถ่องแท้

Hungelmann, Kenkel-Rossi, Klassen & Stolenwerk (1987) ให้ความหมายของ ความผาสุกทางจิตวิญญาณว่า ความรู้สึกในความเกี่ยวพันที่มีความสมดุล ระหว่างตนเอง บุคคลอื่น ธรรมชาติ และสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่อยู่ในทุกช่วงเวลาและทุกสถานที่ รวมทั้งสิ่งที่ประสบความสำเร็จจากกระบวนการที่เป็นพลวัตร ซึ่งนำไปสู่ความรับรู้เป็นหมาย และความหมายของชีวิตอย่างแท้จริง

Landis (1996) ให้ความหมายความผาสุกทางจิตวิญญาณว่า เป็นลักษณะของความเข้มแข็งภายในของบุคคลที่จะเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้น เป็นความพึงพอใจที่เกิดขึ้นในการมีความสัมพันธ์กับพระเจ้าหรือสิ่งนอกเหนือธรรมชาติ และมีการรับรู้เกี่ยวกับการมีความหมายในชีวิต



O'Brien (2008) ให้ความหมายของความผาสุกทางจิตวิญญาณว่าเป็น สิ่งที่เกี่ยวข้องกับความเป็นองค์รวมในบุคคล ที่ประกอบด้วยความศรัทธาในศาสนา และความเข้าใจในศักยภาพของตน มองตนเองด้วยความไว้วางใจ เป็นความรู้สึกรับรู้ที่อยู่ภายในตัวตนทั้งหมด รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์และยอมรับ

Paloutzian & Ellison (1982) กล่าวว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณหมายถึง เป็นความรู้สึกของบุคคลว่าตนสามารถดำเนินชีวิตไปตามปกติ โดยมีเป้าหมายของชีวิต และมีความสำเร็จตามความประสงค์ เป็นสิ่งที่ชี้ให้เห็นถึงความเข้มแข็งของจิตวิญญาณที่เป็นอยู่ในปัจจุบันของตัวบุคคล

สรุป ความผาสุกทางจิตวิญญาณ หมายถึง ความรู้สึกส่วนลึกภายในจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่แสดงถึงภาวะสงบ เป็นสุข มีความเข้มแข็งในจิตใจ ยอมรับความจริง มีเป้าหมายในชีวิต มีความหวัง ยอมรับ และพึงพอใจในสิ่งที่เป็นอย่างของตนเอง รู้สึกมั่นใจว่าตนเองมีความสัมพันธ์กับสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรือสิ่งที่ตนเองยึดเหนี่ยว

## 2.2 องค์ประกอบของความผาสุกทางจิตวิญญาณ

ความผาสุกทางจิตวิญญาณจะเกิดขึ้นได้เมื่อบุคคลได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณอย่างเพียงพอ (เกศรินทร์ ศรีสง่า, 2544) โดย Highfield & Cason (1983) ได้กล่าวถึงความต้องการด้านจิตวิญญาณของบุคคลประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ต้องการมีความหมายและมีจุดมุ่งหมายในชีวิต (need for meaning and purpose) โดยบุคคลจะมีพฤติกรรมแสดงออกอย่างเหมาะสมดำเนินชีวิตตามค่านิยมที่ตนเองได้ให้ความหมายและได้ให้คุณค่า ต้องการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางศาสนา 2) ต้องการรับความรักจากผู้อื่น (need to receive love) โดยการแสดงออกถึงความรู้สึกที่ได้รับความรักความเมตตาจากผู้อื่นและพระเจ้า 3) ต้องการให้ความรักกับผู้อื่น (need to give love) โดยการแสดงความรักกับผู้อื่น โดยการกระทำและแสวงหาส่วนที่ดีของบุคคลอื่น และ 4) ต้องการความหวังและการสร้างสรรค์ (need for hope and creativity) โดยบุคคลจะแสดงถึงการตั้งเป้าหมายในชีวิตที่เหมาะสมมีความเป็นไปได้ เช่น เป้าหมายด้านสุขภาพ ซึ่งความต้องการด้านจิตวิญญาณของบุคคลเป็นความต้องการสูงสุดของมาสโลว์ คือ ความต้องการถึงซึ่งความสำเร็จแห่งตน (self actualization) (ทัศนาศ บุญทอง, 2533) หากบุคคลได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณก็ทำให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ เกิดความสงบ เป็นสุข มีจิตใจที่เข้มแข็งสามารถทนต่อภาวะของโรคและการรักษาได้

Palouzian & Eillison (1982) ได้แบ่งองค์ประกอบของความผาสุกทางจิตวิญญาณไว้ คือ

1. ความผาสุกในสิ่งที่เป็นอย่างอยู่ (The existential well-being : EWB) หมายถึง ความรู้สึกที่ชีวิตมีเป้าหมายหรือมีจุดมุ่งหมาย มองเห็นว่าชีวิตเป็นสิ่งที่มีความหมาย พึงพอใจในชีวิตตนเอง มีอารมณ์เบิกบาน มองโลกในแง่ดี ไม่ท้อแท้สิ้นหวัง พอใจที่จะมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น

2. ความผาสุกในความผูกพันยึดมั่นกับศาสนา (The religious well-being : RWB) หมายถึง ความรู้สึกเป็นสุข สงบภายในจิตใจ ซึ่งเกิดจากการมีศรัทธา ความเชื่อในศาสนา มีศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจและมีความสุขในการปฏิบัติตามคำสอนทางศาสนา

Hungelmann และคณะ (1996) ได้แบ่งองค์ประกอบของความผาสุกทางจิตวิญญาณไว้ 3 มิติ คือ

1. มิติของความศรัทธาและความเชื่อ (Faith/Belief Dimension) ประกอบด้วยความเชื่อทางจิตวิญญาณ การให้ความหมายของชีวิต ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางจิตวิญญาณกับวิถีชีวิต ความเชื่อในพลังของสิ่งศักดิ์สิทธิ์ และความเชื่อในชีวิตหลังความตายเป็นความเชื่อด้านจิตวิญญาณ เป้าหมายในชีวิต เป็นความเชื่อในสิ่งที่มีพลังอำนาจสูงสุด (Hungelmann et al., 1996) เกี่ยวกับศาสนา

2. มิติของชีวิตและความรับผิดชอบของตนเอง (Self-Responsibility) เป็นความเชื่อด้านอำนาจ สูงสุด การให้อภัยผู้อื่น ยอมรับความเปลี่ยนแปลงในชีวิตและตัดสินใจเรื่องที่เกิดขึ้นในชีวิต

3. มิติของความพึงพอใจในชีวิต (Life Satisfaction/Self Actualization) ประกอบด้วยความพึงพอใจในชีวิต การตั้งเป้าหมายในชีวิต การยอมรับต่อสถานการณ์ในชีวิต สัมพันธภาพในด้านความรักที่มีต่อบุคคลอื่นและการรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความผาสุกทางจิตวิญญาณจะออกมาเป็นแรงขับสูงสุดที่ขับออกจากจิตวิญญาณ โดยเกี่ยวกับความรู้สึกที่มีความหมาย มีเป้าหมายในชีวิต และการพึงพอใจในชีวิต การมีความหมายและเป้าหมายในชีวิตจะทำให้มีความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณ

นอกจากนี้ Hungelmann และคณะ (1996) อธิบายว่า สภาวะที่บ่งชี้ว่าบุคคลมีความผาสุกทางจิตวิญญาณ คือ สภาวะที่บุคคลมีความสมบูรณ์พร้อมของร่างกายจิตใจ และบุคคลสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างดี สภาวะที่มีความสมบูรณ์พร้อมนี้บุคคลจะรู้สึกมีความสุขในการมีชีวิตอยู่ตลอดเวลาความผาสุกทางจิตวิญญาณจะเกิดผลสำเร็จได้ต้องการเปลี่ยนแปลง เคลื่อนที่ของสิ่งต่างๆ รวมทั้งกระบวนการเติบโตแบบผสมผสานกันอันนำไปสู่การรู้สึกหรือความเข้าใจในจุดมุ่งหมาย และความหมายของชีวิต

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดความผาสุกทางจิตวิญญาณของ Paloutzian & Eillison (1982) ประกอบด้วย

1. ความผาสุกในสิ่งที่เป็นอยู่ หมายถึง ความรู้สึกที่ชีวิตมีเป้าหมายหรือมีจุดมุ่งหมาย มองเห็นว่าชีวิตเป็นสิ่งที่มีความหมาย พึงพอใจในชีวิตตนเอง มีอารมณ์เบิกบาน มองโลกในแง่ดี ไม่ท้อแท้สิ้นหวัง พอใจที่จะมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น

2. ความผาสุกในความผูกพันยึดมั่นกับศาสนา หมายถึง ความรู้สึกเป็นสุข สงบภายในจิตใจ ซึ่งเกิดจากการมีศรัทธา ความเชื่อในศาสนา มีศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจและมีความสุขในการปฏิบัติตามคำสอนทางศาสนา

2.3 แนวคิดทฤษฎีความผาสุกทางจิตวิญญาณในสภาวะที่เจ็บป่วย (A Middle-Range Theory of Spiritual Well-Being in illness)

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดจากทฤษฎีความผาสุกทางจิตวิญญาณในสภาวะที่เจ็บป่วย (A Middle-Range Theory of Spiritual Well-Being in illness) ของ O'Brien (2008) ซึ่งมาจากแนวคิดการดูแลมนุษย์แบบองค์รวม โดยพยาบาลมีหน้าที่เป็นผู้ร่วมในกระบวนการช่วยผู้ป่วย ค้นหาความหมายของจิตวิญญาณจากประสบการณ์ความเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมาน จากสภาวะโรค เพื่อนำไปสู่ความผาสุกทางจิตวิญญาณ ให้ผู้ป่วยมีความสมดุลทั้งร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ โดยประกอบไปด้วยปัจจัยหลัก คือ

1. ความศรัทธาทางศาสนา วัฒนธรรม และความเชื่อในการดำรงอยู่และมีความไว้วางใจในองค์พระศาสนา คนที่มีความศรัทธาทางศาสนาจะยึดพระเจ้าเป็นที่พึ่ง มีแรงจูงใจในการเจริญทางจิตวิญญาณ แสดงออกถึงความพึงพอใจ คนที่ขาดความศรัทธาในพระเจ้าจะแสดงออกถึงความไม่แน่ใจในพระเจ้า ขาดความศรัทธาในอำนาจเหนือตนเอง กลัวความตายและชีวิตหลังความตาย รู้สึกการถูกแยกออกจากสังคมเนื่องจากความศรัทธาแตกต่างกัน

2. ความพอใจและเชื่อมั่นในพระศาสนา โดยบุคคลจะรู้สึกปลอดภัยและเชื่อมั่น ไม่เกรงกลัว มีความศรัทธา

3. แนวปฏิบัติทางศาสนา เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำตามหลักความเชื่อในศาสนาที่ตนเองยึดถือ รวมทั้งเป็นแบบอย่าง กฎเกณฑ์ และต้นกำเนิดของขนบธรรมเนียม ประเพณี ค่านิยม วัฒนธรรมที่ก่อให้เกิดความสงบสุขในการอยู่ร่วมกันนอกจากนี้ การมีศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ เช่น การสักการบูชาพระศาสนา การสวดมนต์

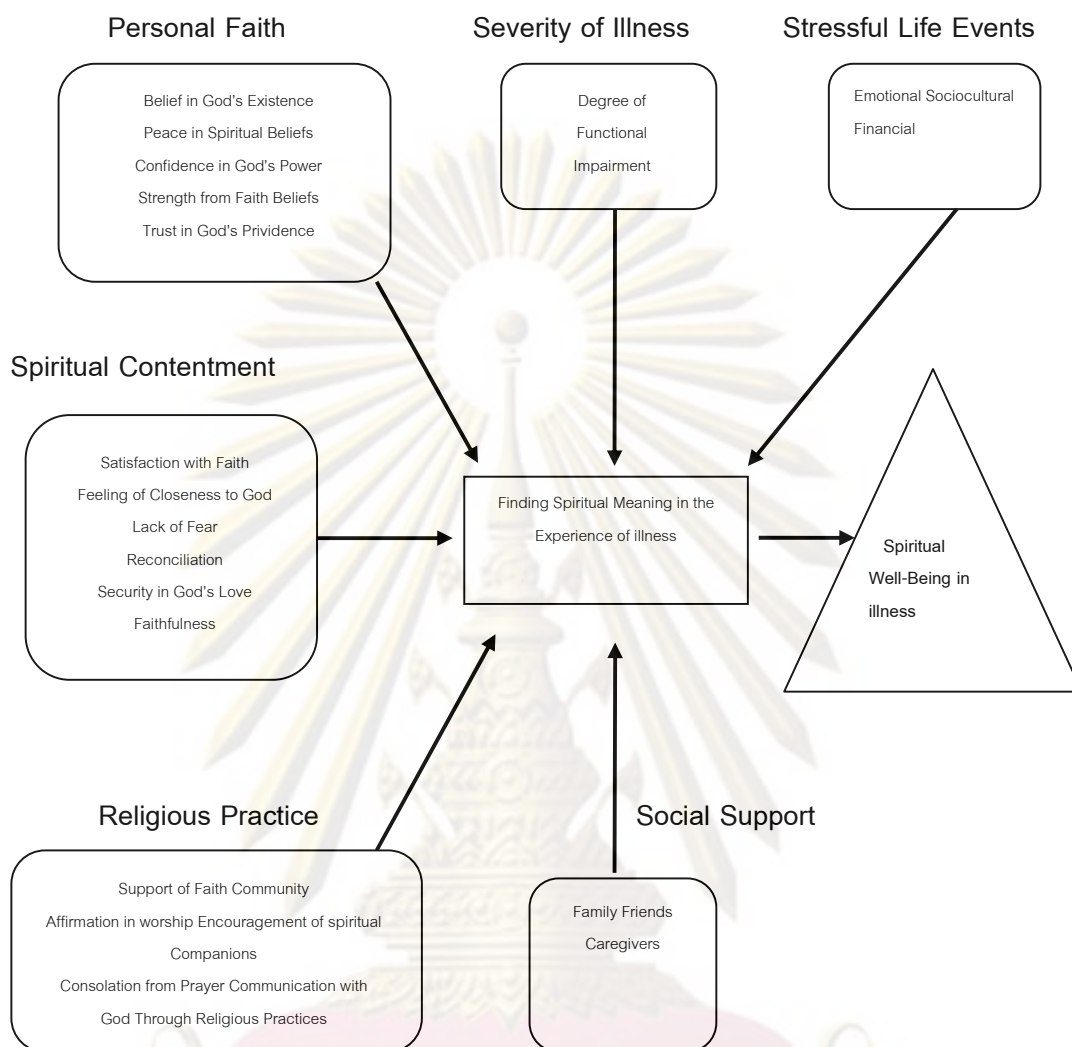
4. ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย เป็นปัจจัยหนึ่งที่ผู้ป่วยเรื้อรังและมีภาวะคุกคามต่อชีวิต ซึ่งได้รับความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยและผลข้างเคียงของการรักษาต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา ยาวนาน และมีอาการรุนแรงเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ



5. การเผชิญกับเหตุการณ์วิกฤติในชีวิต ทั้งทางด้านอารมณ์ สังคมและวัฒนธรรม และเศรษฐกิจ ภาวะวิกฤติในชีวิตเป็นสิ่งที่ทุกคนต้องประสบอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ทั้ง ความชรา ความเจ็บป่วย และการสูญเสียต่างๆ ประสบการณ์เหล่านี้จะทำให้คนดิ้นรน เพื่อให้พ้นจากสภาพและภาวะวิกฤติที่เป็นอยู่ ภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นนี้จะช่วยให้บุคคลสร้างกลไกใหม่ในการเผชิญ กับปัญหาเพื่อเพิ่มความแข็งแกร่งและความสามารถในการแก้ปัญหาที่ผ่านเข้ามาในชีวิต จิตวิญญาณเป็นแหล่งประโยชน์ที่มีความสำคัญที่ทำให้บุคคลสามารถเผชิญกับภาวะของชีวิตที่เกิดขึ้น

6. แรงสนับสนุนทางสังคม ทั้งจากครอบครัว เพื่อน หรือผู้ดูแล โดยพยาบาลและผู้ป่วยสามารถร่วมกันค้นหาความหมายความหมายของจิตวิญญาณจากประสบการณ์ความเจ็บป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไป โดยเฉพาะการสนับสนุนจากบุคคลรอบตัว มีความสำคัญต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยมากที่สุด มองชีวิตและความตายเป็นสัจธรรมซึ่งจะนำไปสู่ความผาสุกทางจิตวิญญาณ

จากแนวคิดทฤษฎีดังกล่าวผู้วิจัยเลือกศึกษาเฉพาะปัจจัยที่มีข้อมูลสนับสนุนว่ามีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณโดยตรง ได้แก่ 1) การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา 2) ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย 3) แรงสนับสนุนทางสังคม ที่ส่งผลโดยตรงต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ส่วนปัจจัยอื่นๆ ตามแนวคิดทฤษฎีที่ O'Brien (2008) ได้แก่ ตัวแปรความศรัทธาทางศาสนา และตัวแปรความพอใจและเชื่อมั่นในพระศาสนา ซึ่งมีรายละเอียดและเนื้อหาในเรื่องของความเชื่อ ความศรัทธา ความพอใจ ยึดถือและไว้วางใจในแนวทางขององค์พระศาสนา การปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา จึงถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของตัวแปรความผาสุกทางจิตวิญญาณและการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา ส่วนตัวแปรการเผชิญกับเหตุการณ์วิกฤติในชีวิตนั้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าส่วนใหญ่สภาวะนี้มักพบในผู้ป่วยมะเร็งที่เพิ่งทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคมะเร็ง และต้องเผชิญกับผลกระทบหลายด้าน แต่ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายถือว่าผู้ป่วยสามารถยอมรับสภาพและรับรู้ในการดำเนินของโรคมานี้แล้ว นอกจากนี้ยังไม่มีการศึกษาความสัมพันธ์ที่ครอบคลุมปัจจัยเหล่านี้ ตามแนวคิด ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยดังกล่าวตามแนวคิดทฤษฎีที่ O'Brien (2008) อธิบายไว้ได้แก่ การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม



รูปภาพที่ 1 A Conceptual Model of Spiritual Well-Being in Illness

แหล่งที่มา : O'Brien, M. E. 2008. Spirituality in Nursing: Standing on Holy Ground. Jones and Bartlett. (page 85 - 93)

2.4 การประเมินความทุกข์ทางจิตวิญญาณ การประเมินทางด้านจิตวิญญาณต้องมีการประเมินอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากภาวะจิตวิญญาณ มีลักษณะเป็นนามธรรม เป็นกระบวนการที่ต่อเนื่อง (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2545) มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาตามประสบการณ์และสิ่งๆที่เข้ามากระทบซึ่งมีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่นการเจ็บป่วย การรักษา วยที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามพัฒนาการ เป็นต้น ดังนั้นจึงต้องกระทำอย่างต่อเนื่องเช่นเดียวกับการประเมินสภาพทางด้านร่างกาย จิตและสังคม การ

เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อใช้ในการประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณมีดังนี้ (อวยพร ตัณมุขกุล, 2534)

2.4.1 การสังเกต พยาบาลสามารถสังเกตผู้ป่วยต่างๆ หรือขณะปฏิบัติกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วย บางครั้งอาจต้องมีการสัมภาษณ์ร่วมด้วย ข้อมูลที่พยาบาลสามารถเก็บรวบรวมได้ด้วยวิธีการสังเกต ได้แก่ การสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยที่แสดงออก ได้แก่ สีหน้าท่าทาง การแสดงออกของอารมณ์ กิจกรรมที่ผู้ป่วยปฏิบัติ เช่น การสวดมนต์ การสังเกตพฤติกรรมทางวาจา เช่น การพูดเน้นเกี่ยวกับความเจ็บปวดของตนเอง ลักษณะคำพูดที่ใช้ตลอดจนน้ำเสียงเมื่อพูดถึง พระเจ้า สิ่งศักดิ์สิทธิ์ ความเชื่อ ความศรัทธาของตนเอง ความหมายและเป้าหมายของชีวิต ความสัมพันธ์ระหว่างความเจ็บปวดต่อชีวิตประจำวัน และกิจกรรมทางศาสนา การสังเกตสิ่งแวดล้อม เช่น หนังสือธรรมะ การสวดมนต์ดวงดลต่างๆ วิธีการปฏิบัติศาสนกิจ การใช้วัตถุทางศาสนาในขณะปฏิบัติศาสนกิจ หรือเมื่อมีปัญหาการใช้สิ่งใดไปลอบใจ (อวยพร ตัณมุขกุล, 2534) นอกจากนี้อาจสังเกตพฤติกรรมทางวาจาของผู้รับบริการ เช่น การพูดเน้นเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมานของตน ลักษณะคำพูดที่ใช้ ตลอดจนน้ำเสียงเมื่อพูดถึงพระเจ้า สิ่งศักดิ์สิทธิ์ ความเชื่อ ความศรัทธาของตนเอง ความหมายและเป้าหมายในชีวิต ความสัมพันธ์ระหว่างความเจ็บป่วยต่อชีวิตประจำวัน กิจกรรมทางศาสนา เป็นต้น (David & Richard, 2000)

2.4.2 การสัมภาษณ์ บางครั้งอาจใช้ร่วมกับการสังเกต เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องตามการรับรู้และประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยอย่างแท้จริง ซึ่งหัวข้อการสัมภาษณ์ที่เกี่ยวข้องกับภาวะจิตวิญญาณ เช่น แนวคิดเกี่ยวกับสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ แหล่งสร้างกำลังใจ แหล่งสร้างกำลังใจและความหวังในชีวิตของผู้ป่วย และการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีนักวิชาการหลายท่านได้สร้างแนวคำถามที่มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด เพื่อเป็นแนวทางในการสัมภาษณ์เกี่ยวกับภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยไว้ดังนี้

2.4.2.1 แบบสัมภาษณ์เพื่อใช้ในการประเมินภาวะทางจิตวิญญาณ Stoll (1979) ประกอบด้วยข้อคำถาม 17 ข้อ แยกเป็น 4 ด้าน คือด้านการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับพระเจ้า จำนวน 4 ข้อ ด้านแหล่งความหวังจำนวน 5 ข้อ ด้านการปฏิบัติศาสนกิจและพิธีกรรม จำนวน 4 ข้อ ด้านความเชื่อทางจิตวิญญาณกับภาวะสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ

2.4.2.2 แบบสัมภาษณ์เพื่อใช้ในการประเมินภาวะจิตวิญญาณของ Burkhardt (1989) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 55 ข้อโดยแบ่งเป็น 3 ด้านคือ ด้านความหมายและเป้าหมายในชีวิต จำนวน 9 ข้อเป็นคำถามที่ประเมินความสามารถของบุคคลในการค้นหาความหมายและความสมบูรณ์ในชีวิต การแสดงออกถึงความหวังและการยอมรับความไม่แน่นอนของชีวิต ด้าน



ความเข้มแข็งภายใน จำนวน 12 ข้อ เป็นการประเมินความสามารถของบุคคลในการแสดงความสุข ความเข้มแข็ง เป้าหมายและความศรัทธา ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ จำนวน 34 ข้อ เป็นการประเมินความสามารถของบุคคลในการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งต่างๆ โดยแบ่งเป็นด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับตนเอง จำนวน 6 ข้อ เป็นการประเมินความมีคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการรักและการให้อภัยตนเอง ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นจำนวน 9 ข้อ เป็นการประเมินความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว เพื่อน และกลุ่มสังคมและการให้อภัยผู้อื่น ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งศักดิ์สิทธิ์และสิ่งที่อยู่เหนือธรรมชาติจำนวน 12 ข้อ เป็นการประเมินความสามารถในการค้นหาความหมายในความสัมพันธ์ และการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาและการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งศักดิ์สิทธิ์และจักรวาล และด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมจำนวน 7 ข้อ เป็นการประเมินความรู้สึกที่มีความสัมพันธ์กับชีวิตและธรรมชาติ และการคำนึงถึงสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ

2.4.2.3 แบบสัมภาษณ์เพื่อใช้ในการประเมินภาวะจิตวิญญาณของ Carson (1998) ได้พัฒนาแนวคำถามเพื่อใช้ในการประเมินภาวะจิตวิญญาณประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน และมีตัวอย่างคำถามดังนี้ คือ ด้านแนวคิดเกี่ยวกับพระเจ้า จำนวน 4 ข้อ ด้านแหล่งความเข้มแข็งและความหวัง จำนวน 4 ข้อ และด้านการปฏิบัติศาสนาอีก 4 ข้อ

2.4.3 การใช้แบบประเมิน มีนักวิชาการหลายท่านที่ได้สร้างเครื่องมือเพื่อเป็นแนวทางในการประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณดังนี้

2.4.3.1 แบบวัดสุขภาพจิตวิญญาณ (spiritual health inventory: SHI) พัฒนาโดย Highfield (1992) เป็นแบบประเมินภาวะจิตวิญญาณด้วยตนเอง มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert-scale) โดยมีกรอบแนวคิดในการประเมินภาวะทางจิตวิญญาณ ออกเป็น 3 ด้านคือ ด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต จำนวน 11 ข้อ ด้านมีความสุข จำนวน 8 ข้อ และด้านการปฏิบัติสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งแวดล้อมและสิ่งที่อยู่เหนือธรรมชาติ จำนวน 12 ข้อ รวมทั้งหมด 31 ข้อ มีข้อคำถามทางบวกจำนวน 18 ข้อ และข้อคำถามทางลบจำนวน 13 ข้อ ถ้าระดับคะแนนสูง แสดงถึงการมีระดับสุขภาพทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูงหรือมีความผาสุกทางจิตวิญญาณ แต่ถ้าระดับคะแนนต่ำกว่า 93 แสดงถึงระดับสุขภาพจิตวิญญาณอยู่ในระดับต่ำหรือมีความทุกข์ทรมานทางจิตวิญญาณ สมพร รัตนพันธ์ (2540) ได้นำกรอบแนวคิดและแบบประเมินดังกล่าวมาดัดแปลงเพื่อวัดภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช และจากการตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมินโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)  $r = .92$

2.4.3.2 แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ พัฒนาโดย Paloutzian & Ellison (1992) มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ โดยมีกรอบแนวคิดในการประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณออกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านการมีความผาสุกที่มีความสัมพันธ์กับศาสนา จำนวน 10 ข้อ และด้านการมีความผาสุกในการดำรงชีวิต จำนวน 10 ข้อ รวมทั้งหมด 20 ข้อ มีข้อคำถามทางบวกจำนวน 11 ข้อ และข้อคำถามทางลบจำนวน 9 ข้อ ถ้าระดับคะแนนสูงแสดงถึงการมีความผาสุกทางจิตวิญญาณ แต่ถ้าระดับคะแนนต่ำแสดงถึงการมีความทุกข์ทรมานทางจิตวิญญาณ ฉวีวรรณ ไพรวลัย (2540) ได้นำกรอบแนวคิดและแบบประเมินดังกล่าวมาดัดแปลงเพื่อวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลบาราศนราดูร และจากการตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมิน โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค  $r = .90$  และ ธัญญา น้อยเปียง (2545) นำไปใช้ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่คลินิกผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 120 คน และนำมาคำนวณความเชื่อมั่นของแบบวัด โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .84

2.4.3.3 แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ The JARAL Spiritual well-being scale พัฒนาโดย Hungelman และคณะ(1996) มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ โดยมีกรอบแนวคิดในการประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณออกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านความเชื่อ/ความศรัทธาจำนวน 7 ข้อ ด้านชีวิต/ความรับผิดชอบต่อตนเอง จำนวน 7 ข้อ ด้านความพึงพอใจในชีวิต/ความเป็นจริงของชีวิต จำนวน 7 ข้อ รวมทั้งหมด 21 ข้อ มีข้อคำถามทางบวกจำนวน 14 ข้อ และ ข้อคำถามทางลบจำนวน 7 ข้อ ถ้าระดับคะแนนสูงแสดงถึงการมีความผาสุกทางจิตวิญญาณ แต่ถ้าระดับคะแนนต่ำแสดงถึงการมีความทุกข์ทรมานทางจิตวิญญาณ ฉวีวรรณ คำแสน (2540) ได้นำกรอบแนวคิดและแบบประเมินดังกล่าวมาดัดแปลงเพื่อวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข และจากการตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมิน โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค  $r = .88$

สำหรับในประเทศไทยได้มีนักวิชาการเสนอแนวทางในการประเมินภาวะจิตวิญญาณ แต่ยังไม่ได้มีการนำมาใช้ในการวิจัยอย่างแพร่หลาย เช่น ฟาริดา อิบราฮิม (2539) ได้เสนอแนวทางในการประเมินภาวะจิตวิญญาณไว้ 4 ด้าน คือ

1. ด้านปรัชญาของชีวิต จะประเมินการให้ความหมาย และความสำคัญของชีวิต ที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อและค่านิยมของตน
2. ด้านความรู้สึกต่อสิ่งเหนือตนเอง จะประเมินเกี่ยวกับความเชื่อมั่นบางอย่างที่ไม่สามารถอธิบายได้ด้วยเหตุผลในช่วงชีวิตของคนเราทั้งในอดีต ปัจจุบันและอนาคต

3. ด้านแนวคิดเกี่ยวกับพระเจ้า จะประเมินการปฏิบัติทางศาสนาที่ผู้ป่วยนับถือ เช่น การสวดมนต์ การล้างบาป การสารภาพผิด

4. ด้านความตระหนักในจิตวิญญาณ พิจารณาถึงความรู้สึก ความสนใจ การมีจิตสำนึกในการประกอบกรรมดีตามความเชื่อของตน

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณของ Paloutzian & Ellison (1992) ที่แปลโดยธัญญา น้อยเปียง (2545) มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ โดยมีกรอบแนวคิดในการประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณออกเป็น 2 ด้าน ด้านความผาสุกในสิ่งที่เป็นอย่าง หมายถึง ความรู้สึกที่ชีวิตมีเป้าหมายหรือมีจุดมุ่งหมาย มองเห็นว่าชีวิตเป็นสิ่งที่มีความหมาย พึงพอใจในชีวิตตนเอง มีอารมณ์เบิกบาน มองโลกในแง่ดี ไม่ท้อแท้สิ้นหวัง พึงพอใจที่จะมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นจำนวน 10 ข้อ และด้านความผาสุกในความผูกพันยึดมั่นกับศาสนา (หมายถึง ความรู้สึกเป็นสุข สงบภายในจิตใจ ซึ่งเกิดจากการมีศรัทธา ความเชื่อในศาสนา มีศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจและมีความสุขในการปฏิบัติตามคำสอนทางศาสนาจำนวน 10 ข้อ รวมทั้งหมด 20 ข้อ มีข้อคำถามทางบวกจำนวน 11 ข้อ และข้อคำถามทางลบจำนวน 9 ข้อ ถ้าระดับคะแนนสูงแสดงถึงการมีความผาสุกทางจิตวิญญาณ แต่ถ้าระดับคะแนนต่ำแสดงถึงการมีความทุกข์ทรมานทางจิตวิญญาณ

แบบประเมินนี้ ธัญญา น้อยเปียง (2545) นำไปใช้ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่คลินิกผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 120 คน และนำมาคำนวณความเชื่อมั่นของแบบวัด โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 120 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .84

2.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ จากรายงานการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกทางจิตวิญญาณมีดังนี้

**อายุ** มีความสัมพันธ์ต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณ ทั้งนี้อาจเนื่องจากในแต่ละช่วงของพัฒนาการแห่งชีวิตและการเจ็บป่วย บุคคลในวัยต่างๆจะมีการพัฒนาการทางจิตวิญญาณต่างกัน (Taylor; Lillis & Lemone, 2001) จากการศึกษาของ Highfield (1992) พบว่า อายุจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งปอด การศึกษาของ Kaczorowski (1989) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความผาสุกทางจิตวิญญาณกับความวิตกกังวลในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็ง กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณสูงจะเป็นผู้ที่มีอายุมาก เช่น ผู้สูงอายุจะมีศรัทธา สนใจ และมีความเข้าใจเรื่องของ



จิตวิญญาณมากกว่าคนหนุ่มสาว (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2545) ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ Fernsler & Klemm (1999) ที่พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้

**สถานภาพการสมรส** เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยเฉพาะความคิด ความรู้สึก ความเชื่อ การสมรสจะทำให้บุคคลรู้สึกเป็นปึกแผ่นมั่นคงมีคู่คิดที่คอยให้คำปรึกษา หรือ คอยดูแลซึ่งกันและกัน นับว่าเป็นการสนับสนุนทางจิตใจที่สำคัญในการตอบสนองความต้องการทางจิตวิญญาณ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์วิกฤต ซึ่งการปรับตัวได้ของบุคคลในภาวะดังกล่าว จะทำให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข (Peri, 1995 อ้างในธนิญา น้อยเปียง, 2545) และจากการศึกษาของ ฉวีวรรณ ไพรวลย์ (2540) พบว่าสถานภาพการสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยเอดส์ ดังนั้นสถานภาพการสมรสอาจมีผลหรือไม่มีผลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณ ทั้งนี้อาจขึ้นอยู่กับระดับความสัมพันธ์และความเข้าใจของคู่สมรส และปัจจัยที่มีผลต่อความสัมพันธ์ของการสมรส

**เพศ** เพศหญิงจะมีการปรับตัวตามหน้าที่ดีกว่าเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วัยที่มากขึ้น เนื่องจากเพศชายจะเฉื่อยชา แต่ผู้หญิงมีบทบาทเด่นขึ้น ทำให้การมีความหมายในชีวิตเด่นกว่าเพศชาย (Shock, 1984 อ้างในธนิญา น้อยเปียง, 2545) จากการศึกษาของ Fernsler & Klemm (1999) พบว่าผู้ป่วยเพศหญิงที่เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่จะมีระดับคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณสูงกว่าเพศชาย

**ระดับการศึกษา** การศึกษาจะช่วยเพิ่มพูนปัญญา ให้สามารถควบคุมการตัดสินใจให้อยู่ในขอบเขตที่ถูกต้อง และเป็นปัจจัยที่แสดงให้บุคคลใช้กระบวนการคิดและทักษะในการแก้ปัญหา ซึ่งมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมที่นำไปสู่พัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ ผู้ที่มีการศึกษามากย่อมสามารถใช้สถานการณ์หรือประสบการณ์ในชีวิตที่ผ่านมาเป็นแนวคิดในการให้ความหมายในการดำเนินชีวิตที่ดีกว่าผู้มีการศึกษาน้อย (สมพร รัตนพันธ์, 2541) การศึกษาช่วยให้บุคคลสามารถมีมุมมองชีวิตที่กว้างขึ้น ช่วยให้มีกระบวนการคิดและทักษะในการแก้ปัญหา กล่าวคือ มีรูปแบบการคิดที่มีเหตุผล เป็นขั้นตอน ซึ่งมีผลกับพฤติกรรมที่นำไปสู่การพัฒนาจิตวิญญาณได้ การศึกษาของ Ben-Zur (2001) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่มีระดับการศึกษาที่สูงจะมีความเข้าใจต่อเหตุการณ์ได้มากกว่าผู้ป่วยมะเร็งที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำ เป็นต้น

**รายได้** เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถที่จะเลือกแหล่งบริการสุขภาพ การร่วมกิจกรรมหรือการประกอบพิธีกรรมต่างๆ ผู้ที่มีรายได้สูงจะมีโอกาสแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ดีกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย ระดับของรายได้เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถที่จะเลือกแหล่งบริการทางสุขภาพ การร่วมกิจกรรมทางสังคม

หรือการประกอบพิธีกรรมต่างๆ เช่น การทำบุญ เพื่อให้เกิดความมั่นคงทางด้านจิตใจ โดยเฉพาะในผู้ป่วยมะเร็งซึ่งเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง และผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหลายครั้ง ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก (ระวีวรรณ ถวายทรัพย์, 2545) เนื่องจากการเจ็บป่วย การรักษาที่ต้องใช้ระยะเวลาและค่าใช้จ่ายสูง อาจทำให้มีผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งในเรื่องการประกอบอาชีพ สัมพันธภาพระหว่างนายจ้างและผู้ร่วมงาน ซึ่งทำให้กระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (มาศอุบล วงศ์พรหมชัย, 2548)

**การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา** เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำตามหลักความเชื่อในศาสนาที่ตนเองยึดถือ ซึ่งทุกศาสนาต่างก็มีหลักคำสอนเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติและเป็นหลักในการดำเนินชีวิตอย่างเป็นสุขของบุคคล รวมทั้งเป็นแบบอย่าง กฎเกณฑ์ และต้นกำเนิดของขนบธรรมเนียม ประเพณี ค่านิยม วัฒนธรรมที่ก่อให้เกิดความสงบสุขในการอยู่ร่วมกัน นอกจากนี้ยังเป็นส่วนหนึ่งของจิตวิญญาณและเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อมนุษย์ตั้งแต่เกิดจนตาย การปฏิบัติในทางศาสนาจะช่วยให้จิตวิญญาณของคนสมบูรณ์ขึ้น ศาสนายังเป็นความศรัทธาของมนุษย์ที่ช่วยให้เข้าใจตนเอง และช่วยทำให้เกิดกำลังใจ (Shaffer, 1991) จากการ ศึกษาของ ฉวีวรรณ ไพรวลัย (2540) พบว่าการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยเอดส์ สมพร รัตนพันธ์ (2541) จากการศึกษาของPargament (2001) ศึกษาถึงความสำคัญของการไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อกับอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยที่รับรู้ว่าคุณค่าตนเองถูกละทิ้งจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนเองนับถืออยู่ หรือรู้สึกว่าการเจ็บป่วยนี้เป็นการลงโทษจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ จะเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหรือการเสียชีวิตได้สูง จะเห็นว่าศาสนาเป็นส่วนหนึ่งที่มีความสำคัญในการดูแลบุคคลด้านจิตวิญญาณ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพุทธศาสนานั้นได้ผสมผสานในวิถีชีวิตของคนในสังคม ยิ่งในภาวะวิกฤตของชีวิต ความเชื่อและการได้ปฏิบัติตามในสิ่งที่เชื่อในศาสนาโดยไม่ขัดต่อการรักษา จะมีส่วนช่วยให้บุคคลมีความหวังและมีความผาสุกในชีวิต (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2545)

**สัมพันธภาพในครอบครัว** เป็นปัจจัยสำคัญต่อภาวะทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยในโรงพยาบาล และเป็นหนทางในการสร้างจิตวิญญาณของคน นงเยาว์ กันทะมูล (2546) ศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดที่มีสัมพันธภาพดีกับลูกหลานจะเป็นผู้ที่มีกำลังใจดี มีความรู้สึกมั่นคงในชีวิต เกิดพลังใจในการเผชิญกับการเจ็บป่วยทำให้มีความหวังในการดำเนินชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ สมพร รัตนพันธ์ (2541) พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์กันในทางบวกกับภาวะทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลโดยรวม และรายด้านทุกด้าน กล่าวคือ ความสัมพันธ์ในครอบครัว จะทำให้ผู้สูงอายุในโรงพยาบาลได้รับความมั่นใจว่าจะได้รับความรัก การเอาใจใส่ดูแล

แบบแผนการดำเนินชีวิต ปลอดภัยให้กำลังใจ ตลอดจนมีส่วนร่วมช่วยในการปฏิบัติกิจกรรมที่ให้ความหมายในชีวิต เช่น การทำบุญตักบาตร การสวดมนต์ และจากการศึกษาของ อัจฉรา ต้นศรีรัตน์วงศ์ (2541) ที่ศึกษาการเยียวยาด้านจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อ HIV ที่นับถือพุทธศาสนา พบว่าบุคคลในครอบครัวร้อยละ 27 เป็นผู้ดูแลช่วยเหลือทำให้ผู้ติดเชื้อมีกำลังใจ มีความเข้าใจชีวิตมากขึ้น โดยการแสดงความห่วงใย เอาใจใส่ไม่ทอดทิ้ง พุดคุยปลอบโยน ซึ่งแนวทางในการดำเนินชีวิตให้เข้าใจว่ามีเกิด มีเจ็บ และมีตาย และจากการศึกษาของ อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ (2543) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว ภาวะสุขภาพการปฏิบัติธรรมกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ และสัมพันธภาพในครอบครัวสามารถทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 52

**ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย** เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยจะรู้สึกถึงความไม่แน่นอนในชีวิตของตนเอง ความหมายและเป้าหมายในชีวิตเปลี่ยนแปลงไป ไร้ความหวัง ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะมีผลต่อการปรับตัวในการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิตอย่างผู้ป่วยมะเร็งและมีอาการรุนแรงเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ จนในระยะสุดท้ายดังนั้นผู้ป่วยที่รับรู้ว่าการเจ็บป่วยของตนเองมีความรุนแรงมากขึ้น และไม่สามารถยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ จึงทำให้ความผาสุกทางจิตวิญญาณลดลง แต่ถ้าผู้ป่วยสามารถทำใจยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้นและมีชีวิตอยู่กับความเจ็บป่วยด้วยมะเร็งอย่างมีความสุขจะทำให้ผู้ป่วยมีความผาสุกทางจิตวิญญาณได้ (ธัญญา น้อยเปียง, 2545) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Shaffer (1991) ว่าระดับความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทางด้านจิตวิญญาณได้ จากการศึกษาของ สมพร รัตนพันธ์ (2540) พบว่าระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะจิตวิญญาณด้านการให้ความหมายและการมีเป้าหมายในชีวิต และด้านการมีความหวัง ในผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล

**แรงสนับสนุนทางสังคม** เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณเนื่องจากสามารถ ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ช่วยเหลือในการค้นหาความหมายและเป้าหมายในชีวิต (O'Connor et al., 1990) ไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว คู่สมรส บุคลากรทางการแพทย์หรือองค์กรต่างๆ โดยให้การช่วยเหลือสนับสนุนต่างๆ เช่น เงินทอง สิ่งของ การให้กำลังใจ ให้ความใกล้ชิด รักใคร่ผูกพัน มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารซึ่งกันและกัน เกิดความรู้สึกคุ้นเคย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รู้สึกว่าชีวิตมีความหมาย มีความหวังและกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไปนอกจากนี้แล้วการสนับสนุนทางสังคมยังรวมไปถึงการมีสัมพันธภาพใน



ครอบครัวที่ดี เนื่องจากครอบครัวเป็นหน่วยที่มีความผูกพันใกล้ชิดซึ่งกันและกันในระหว่างสมาชิก การได้รับการประคับประคอง ความรัก ความเข้าใจจึงเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนาจะได้รับจากครอบครัวเมื่อเจ็บป่วย ผู้ที่จะช่วยเหลือทางจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยได้ดีคือบุคคลในครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธัญญา น้อยเปียง (2545) ที่ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ จากการศึกษาด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากของ Walton และ Sullivan (2004) พบว่า ผู้ป่วยมีการเยียวยาทางด้านจิตวิญญาณโดยใช้การสนับสนุนทางสังคม การมีจิตใจที่เข้มแข็ง เพื่อทำให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ

**ความเข้มแข็งอดทน** ความเข้มแข็งอดทน เป็นปัจจัยภายในที่จะช่วยให้บุคคลสามารถป้องกันเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ตนรับรู้ว่ามีผลคุกคามต่อภาวะสุขภาพ และช่วยให้สามารถต่อต้านความเครียดอันเนื่องมาจากการเผชิญกับความเจ็บป่วยที่มากกระทบ และสามารถใช้แหล่งประโยชน์ทางสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Pollock, 1989) จากการศึกษาของมณีนุช ธรรมวัฒน์ (2542) พบว่า ความเข้มแข็งอดทน มีส่วนช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกิดความรู้สึกทำทนายที่จะเอาชนะและมีชีวิตอยู่กับการติดเชื้อเอชไอวี สามารถเผชิญความกลัว จนกระทั่งกลายเป็นความไม่กลัว รู้สึกเป็นอิสระ สงบ และมีความสุข เช่นเดียวกับการศึกษาของ Carson และ Green (1992) พบว่า ความเข้มแข็งอดทนมีความสัมพันธ์ทางบวก กับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวัลลภา ครุฑแก้ว (2540) พบว่า ความเข้มแข็งอดทนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ

### 3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ปัญหาสำคัญที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย คือ ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องเข้า-ออกโรงพยาบาลอยู่ตลอดเวลา ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยและญาติ ความวิตกกังวลและความกลัวตายของผู้ป่วยจะเพิ่มมากขึ้นตามระยะของโรค นั่นคือ ถ้าผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็งในระยะลุกลามจะมีผลกระทบด้านจิตใจมากกว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งระยะต้น ๆ (Hood and Dincher, 1992 อ้างถึงในนิตยา ปัญจมีดิถี, 2542) ปัญหาที่พบบ่อยในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามได้แก่ ความเจ็บปวด นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร เหนื่อยหอบ ซึมเศร้าคลื่นไส้อาเจียน การกลืนปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ และปัญหาด้านจิตใจ การรักษาพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยจะเป็นการรักษาพยาบาลแบบประคับ ประคองเพื่อแก้ไขปัญหาตามอาการที่ปรากฏ เพื่อผู้ป่วยไม่ต้องทนทุกข์ทรมาน เช่น การให้ยาระงับความเจ็บปวด หรืออื่น ๆ เพื่อบรรเทาอาการที่เกิดขึ้น จากปัญหาความซับซ้อนของภาวะความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่มักจะมีปัญหาในหลายด้านพร้อมกัน

ผู้ป่วยมีขีดจำกัดทางร่างกาย ที่ทำให้ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลงมีความผิดปกติในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย และมีปัญหาทางอารมณ์แปรปรวนง่ายกว่าผู้ป่วยอื่น ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทางจิตวิญญาณเกิดขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามแนวคิดทฤษฎี ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้แก่ การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม ดังรายละเอียด

3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา กับความผาสุกทางจิตวิญญาณ

3.1.1 ความหมายของการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา (Religious practice) คือกิจกรรมที่บุคคลกระทำตามหลักความเชื่อในศาสนาที่ตนเองยึดถือ ซึ่งทุกศาสนาต่างก็มีหลักคำสอนเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติและเป็นหลักในการดำเนินชีวิตอย่างเป็นสุขของบุคคลรวมทั้งเป็นแบบอย่าง กฎเกณฑ์ และต้นกำเนิดของขนบธรรมเนียม ประเพณี ค่านิยม วัฒนธรรมที่ก่อให้เกิดความสงบสุขในการอยู่ร่วมกันนอกจากนี้ การมีศาสนาเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ จะทำให้บุคคลสามารถปล่อยวาง และยอมรับสภาพความเป็นจริงของชีวิตได้ ดังนั้นการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา จึงเป็นการพัฒนาจิตใจ ส่งเสริมให้จิตใจมีความสงบ มีความสุข สามารถแก้ปัญหาชีวิตและอุปสรรคได้ด้วยเหตุผลและปัญญา คลายความเครียด และแก้ทุกข์ทางใจได้ (พรพรหม รุจิไพโรจน์, 2550)

3.1.2 แนวคิดการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา ศาสนาแต่ละศาสนามีแนวคำสอนที่แตกต่างกัน ซึ่งการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาพุทธ ที่พุทธศาสนิกชนปฏิบัติกันโดยทั่วไป ได้แก่ ทาน ศีล ภavana ดังนี้ (พระธรรมโกศาจารย์, 2533)

3.1.2.1 ทาน หมายถึง การให้โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อบูชาคุณ สวรรณประโยชน์ อนุเคราะห์ สงเคราะห์ ชำระกิเลส เพื่อสร้างความดี โดยที่ก่อนให้ต้องมีใจใฝ่ดี กำลังให้มีใจเลื่อมใส และเมื่อให้เสร็จมีจิตใจเบิกบาน ซึ่งการให้ทานแบ่งเป็น 5 ประเภท ดังนี้

- 1) วัตถุทาน คือการให้สิ่งของ เช่น อาหาร ที่อยู่อาศัย เครื่องบำบัดโรค เสื้อผ้า ยานพาหนะ ทรัพย์สินต่าง ๆ เงิน ทรัพย์สินต่าง ๆ เป็นต้น ที่ได้มาโดยบริสุทธิ์ ดีและมีค่า
  - 2) ธรรมทาน คือการให้ความรู้ที่เป็นประโยชน์กับผู้รับ
  - 3) อภัยทาน คือการให้ความเป็นมิตร การไม่เป็นภัยต่อกัน การยกโทษให้กัน
- ให้ความเมตตากรุณา

4) เวชยาวิัจฉมัย หมายถึง การกระทำในสิ่งที่มีประโยชน์ต่อผู้อื่นและส่วนรวม

5) ปัตติทานมัย หมายถึง การทำบุญแล้วอุทิศส่วนกุศลให้ผู้มีพระคุณหรือสัตว์

3.1.2.2 ศิล หมายถึง การทำให้เป็นปกติทั้งกายและวาจา ซึ่งปกติหมายถึง การไม่ทำให้ตนเองและผู้อื่นเดือดร้อน โดยได้บัญญัติข้อปฏิบัติเพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติให้เกิดความเป็นปกติ ซึ่งอ้างอิงกฎธรรมชาติ มุ่งความสำคัญที่กาย วาจา เป็นหลัก เพราะเป็นการแสดงออกภายนอกที่มีผลกระทบต่อผู้อื่น ถ้าการแสดงออกเป็นปกติก็ย่อมไม่ทำความเดือดร้อนต่อตนเองและผู้อื่น ข้อบัญญัติที่เป็นแนวทางสำหรับประพฤติปฏิบัติที่เป็นแม่บทข้อศีลทั้งหลายทั้งปวง และใช้ปฏิบัติกันในหมู่มนุษย์ทั่วไป คือ ศิล 5 ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

1) ปาณาติบาต หมายถึง การไม่ประทุษร้ายชีวิตผู้อื่น  
2) อทินนาทาน หมายถึง การไม่ประทุษร้ายต่อทรัพย์สินสมบัติของผู้อื่นทุกวิถีทาง เช่นการลักขโมย การทำลาย

3) กาเมสุมิจฉาจาร หมายถึง การไม่ประทุษร้ายของรักของผู้อื่น  
4) มุสาวาท หมายถึง การละเมิดสิทธิอันชอบธรรม หรือทำให้ผู้อื่นเสียสิทธิอันชอบธรรมด้วยวาจา

5) สุราเมรยมัชชปมาทะ หมายถึง การไม่ประทุษร้ายสติสัมปชัญญะของตนเอง ได้แก่ การกิน ทา สูด ดม สุราหรือของมึนเมาเข้าไปในร่างกาย

3.1.2.3 ภาวนา หมายถึง การพัฒนาจิต ทำความเจริญในฝ่ายจิตใจ มีอารมณ์ดี มีจิตใจแน่วแน่ ซึ่งกระทำได้หลายวิธี เช่นการฟังธรรมเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจ การท่องธรรมะ (การสวดมนต์) การตั้งใจปฏิบัติตามหลักคำสอนตามพระพุทธศาสนา การฝึกจิตให้มีจิตที่แน่วแน่ (สมาธิ) จนเกิดปัญญาในการพิจารณาสิ่งที่ปฏิบัติ และปฏิบัติสิ่งนั้นด้วยความแน่วแน่ ไม่เกิดอารมณ์ว่าวุ่น เรียกว่า สมาธิภาวนา ซึ่งหมายถึง การทำจิตให้อยู่ในภาวะที่เหมาะสมแก่การที่จะทำงาน จัดเป็นภาวนาในระดับที่ 1 และถ้าใช้ปัญญาพิจารณาจนเกิดความรู้แจ้งในหลักความจริง สามารถตัดกิเลสต่างๆ ไม่หลงใหลในรูป รส กลิ่น เสียง หรือหลุดพ้นจากวิภวภูมิจนถึงสภาวะ เรียกว่า วิปัสสนาภาวนา เป็นภาวนาในระดับที่ 2

ดังนั้นในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาพุทธ ซึ่งประกอบด้วย ทาน ศิล ภาวนา มาสร้างเป็นแบบสัมภาษณ์ เพื่อวัดการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย



### 3.1.3 การประเมินการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา

3.1.3.1 แบบประเมินการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา ของฉวีวัลย์ ไพรวลัย(2540)ที่สร้างขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดเรื่องทางแห่งความสุขตามหลักของพระพุทธศาสนา ในด้านของท่าน ศิลและภาวนา ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ มีเนื้อหาครอบคลุม 3 ด้านดังนี้ ท่าน คือ การปฏิบัติตนในเรื่องการทำบุญ ตักบาตร และการบริจาคทาน มีข้อคำถามจำนวน 1 ข้อ ศิล คือ การปฏิบัติตนในเรื่องการรักษาศีล 5 ได้แก่เว้นการทำลายชีวิต เว้นจากประพฤติดีในกาม เว้นจากการถือเอาของที่เขาไม่ได้ให้ เว้นจากการพูดเท็จและเว้นจากของมีนเมา มีข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ ภาวนา คือ การปฏิบัติตนในเรื่องการสันทนาธรรม ฟังธรรม อ่านหนังสือธรรมะ สวดมนต์ เติมน้ำใจ นิ่งสมาธิ การระลึกถึงความคิดและการกระทำของตนเองมีข้อคำถามจำนวน 2 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบสอบถาม กำหนดรายการข้อคำถามที่เป็นพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อให้เลือกตอบใน 3 ระดับ สำหรับข้อคำถามที่เป็นเรื่องของท่านและศิล ได้แก่ความคิดเห็นในระดับมาก ปานกลาง น้อย กำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนนเป็นมากเท่ากับ 3 คะแนน ปานกลางเท่ากับ 2 คะแนน น้อยเท่ากับ 1 คะแนนตามลำดับสำหรับข้อคำถามที่เป็นบวก ส่วนข้อคำถามที่เป็นลบ กำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนนเป็นน้อยเท่ากับ 3 คะแนน ปานกลางเท่ากับ 2 คะแนน มากเท่ากับ 1 คะแนนตามลำดับ สำหรับข้อคำถามที่เป็นเรื่องของภาวนากำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนนเป็น เป็นมากเท่ากับ 6 คะแนน ปานกลางเท่ากับ 4 คะแนน น้อยเท่ากับ 1 คะแนนตามลำดับ

3.1.3.2 แบบประเมินเพื่อวัดการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาที่ สุวรรณ วุฒิธรณฤทธิ์ (2544) สร้างขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา พุทธ ได้แก่ ท่าน ศิล ภาวนา ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนรวมของแบบวัดการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา มาก หมายถึงมีการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา อยู่ในระดับสูง คะแนนรวมของแบบวัดการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา น้อย หมายถึงมีการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา อยู่ในระดับต่ำ

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้เครื่องมือแบบประเมินการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการศึกษา ค้นคว้า ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ตามแนวคิดเรื่อง ท่าน ศิล ภาวนา ของพระธรรมโกศาจารย์ (2533) สร้างประเมินการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบให้เลือกตอบจำนวน 25 ข้อประกอบด้วย การปฏิบัติกิจกรรมที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา ด้านทาน ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ ด้านศิลประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ ด้านภาวนาประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตรวจสอบแบบสอบถามฉบับร่าง

เพื่อปรับปรุงแก้ไขโดยผู้ทรงวุฒิ และได้ปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้แล้วนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยจำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตรประสิทธิผลแอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .79

3.1.4 ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา กับความผาสุกทางจิตวิญญาณ จากการศึกษาของ McMillan และ Weitzner (2000) พบว่า ศาสนาเป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่จะช่วยคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยเลือกที่จะระลึกหรือสวดมนต์ถึงพระเจ้าเมื่อเจ็บป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของฉวีวรรณ ไพรวัลย์(2540) พบว่าการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยเอดส์ นอกจากนี้การมีความผาสุกทางจิตวิญญาณที่ดีได้นั้นจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลได้ทำความดี หรือจิตได้สัมผัสกับสิ่งที่มีคุณค่าอันสูงส่งหรือสูงสุด เช่น การเสียสละ การมีเมตตากรุณา การเข้าถึงพระรัตนตรัย หรือการเข้าถึงพระเจ้าเป็นเจ้า (ประเวศ วะสี, 2543) ซึ่งสอดคล้องกับนงเยาว์ กันทะมูล (2546) ที่ศึกษาพบว่าการปฏิบัติตามหลักธรรมของพุทธศาสนาและการประกอบพิธีกรรมตามความเชื่อช่วยให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอด จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของ Ferrell และคณะ (1998) พบว่าผู้ป่วยใช้ศาสนาและความเชื่อทางศาสนา เพื่อให้ตนเองเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ สอดคล้องกับการศึกษาของ Meraviglia (2002) พบว่าผู้ป่วยใช้การสวดมนต์ซึ่งเป็นการปฏิบัติสัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา เพื่อให้ตนเองสามารถยอมรับกับการเจ็บป่วยได้ ดังนั้นการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา จึงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

### 3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย กับความผาสุกทางจิตวิญญาณ

ความเจ็บป่วยเป็นภาวะเครียดของบุคคล โดยเฉพาะการรับรู้กับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยที่มีการรับรู้และเข้าใจในโรคที่เกิดขึ้นถูกต้องมากเพียงใด รวมทั้งความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมากเท่าใด จะเป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญหน้าและสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้และก่อให้เกิดความสมดุลทางด้านจิตใจของบุคคลนั้น โดยช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวลของบุคคลนั้น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) การรับรู้ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยเป็นความรู้สึกและความเข้าใจของบุคคลต่อความเลวร้ายของสถานการณ์ที่มีสาเหตุมาจากการเจ็บป่วย ที่ก่อให้เกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิต ซึ่งความรุนแรงของการเจ็บป่วยนั้นขึ้นอยู่กับ การดำเนินของโรค พยาธิสภาพ กระบวนการรักษา และความสามารถของบุคคลในการทำความเข้าใจ การปรับการรับรู้

หรือความรู้สึกของตนเองให้เป็นไปในทางบวกหรือลบต่อสิ่งที่ตนเองกำลังประสบอยู่ กล่าวคือ บางคนอาจเผชิญกับโรคและการเจ็บป่วยด้วยความวิตกกังวล ความเครียด ความสิ้นหวัง ในขณะที่บางคนอาจมีการปรับไปในทางที่จะช่วยให้ความรู้สึกในทางลบเกิดขึ้นน้อยลง เช่น แสวงหาทางเลือกอื่นๆ การแสวงหาสิ่งยึดเหนี่ยวเหนื่อธรรมชาติและการปฏิบัติตามความเชื่อที่จะช่วยให้ตนเองสามารถเผชิญได้ดี คืออาศัยกระบวนการรับรู้เป็นตัวกลั่นกรองหรือเปลี่ยนแปลงความรุนแรงของเหตุการณ์นั้นต่อตนเอง (Kozier, Erb, & Bufalino, 1989)

เนื่องจากความรุนแรงของความเจ็บป่วยเป็นการเปลี่ยนแปลงในวงจรต่อเนื่อง และเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญอย่างหนึ่งซึ่งแสดงถึงการเคลื่อนไหวระดับหรือมีการเปลี่ยนแปลงจากการมีสุขภาพดีไปสู่ด้านตรงข้าม ยิ่งความรุนแรงของการเจ็บป่วยมากขึ้นเท่าใด ย่อมส่งผลต่อความเป็นอยู่การดำรงชีวิต และคุณภาพชีวิตของบุคคลมากขึ้นตามไปด้วย (Antonovsky, 1982) รุนแรงของการเจ็บป่วยจะมากขึ้นในหลายกรณี เช่น การป่วยด้วยโรคที่ร้ายแรง ทำลายระบบต่างๆของร่างกายมาก มีการรักษาที่ซับซ้อนหรือเป็นโรคที่รักษาไม่หาย การพยากรณ์ของโรคเลวลงอาการกำเริบหรือกลับเป็นซ้ำบ่อยๆ และเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยหรือการรักษาที่ได้รับเช่น ผู้ป่วยมะเร็ง หรือผู้ป่วยในระยะสุดท้าย เป็นต้น ซึ่งอาจจะตรงหรือไม่ตรงกับความรู้สึกและการรับรู้ของผู้ป่วย เนื่องจากขึ้นอยู่กับการเผชิญหรือการมีประสบการณ์ตรงของบุคคล (Wehmeier, 2000) ผู้ป่วยมะเร็งจะเผชิญกับความเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกาย ความยากลำบากในการดำรงชีวิต อันเนื่องมาจากพยาธิสภาพและการรักษาที่ได้รับ หรือรับรู้ไปตามค่านิยมและความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็ง ประสบการณ์จากตัวอย่างผู้ป่วยรายอื่นๆที่เคยพบเห็นสิ่งแวดล้อมและกลุ่มสังคมที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนแต่มีอิทธิพลต่อความรุนแรงของการเจ็บป่วยทั้งสิ้น

### 3.2.1 ความหมายของความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย

เซฟเฟอร์ (Shaffer, 1991) กล่าวว่าระดับความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทางด้านจิตวิญญาณได้ ความรุนแรงของการเจ็บป่วยเป็นความรู้สึกและความเข้าใจของบุคคลต่อความเลวร้ายของสถานการณ์ที่มีสาเหตุมาจากการเจ็บป่วย ซึ่งก่อให้เกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิตจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งบุคคลแต่ละคนจะมีการเรียนรู้ที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ความรู้สึก ประสบการณ์ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต (พรพรม รุจิไพโรจน์, 2550)



ทิมเมอร์ช (Timmerch, 1997) ได้ให้ความหมายว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยเป็นความเข้าใจและความเชื่อของความเลวร้ายของสถานการณ์ หรือเหตุการณ์ที่ปรากฏขึ้นจากการเจ็บป่วยและการบาดเจ็บ ซึ่งเป็นเรื่องที่ซับซ้อน มีผลต่อสุขภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย

สรุป ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย หมายถึง ความรับรู้และความเข้าใจของผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้ายต่อความเลวร้ายของสถานการณ์ที่มีสาเหตุจากการเจ็บป่วย ซึ่งก่อให้เกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิต

3.2.2 การประเมินระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า มีการประเมิน 2 ลักษณะ คือ

3.2.2.1 แบบประเมินความรุนแรงของอาการ ที่ประเมินจากสมรรถภาพของอวัยวะโดยตรง ซึ่งมีตัวอย่างของการประเมิน ดังนี้

1) การประเมินสภาวะของโรคตามความรุนแรงของอาการที่ใช้ในผู้ป่วยโรคหัวใจ ซึ่งแบ่งระดับความรุนแรงของอาการโดยสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์กตั้งแต่ว่าระดับที่ 1-3

2) การประเมินความรุนแรงของอาการ ที่ใช้กับผู้ป่วยที่มีบาดแผลจากไฟไหม้ ซึ่งประเมินจากความลึกของบาดแผลที่ถูกไฟไหม้ ตั้งแต่ว่าระดับที่ 1-3

3) การประเมินความรุนแรงของอาการ ที่ใช้กับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังซึ่งมีการประเมินจาก อาการอันเนื่องมาจากพยาธิสภาพของโรคไตวายเรื้อรัง 4 ระยะ

3.2.2.2 แบบประเมินความรุนแรงของอาการ ที่ประเมินจากการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นจริงของผู้ป่วย ซึ่งมีตัวอย่างของการประเมิน ดังนี้

1) แบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมที่แวนดาว ทวีชัย สร้างขึ้นตามแนว คิดของ Bellamy et al(1988) จากเครื่องมือ Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC) ซึ่งเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่าโดยการเปรียบเทียบด้วยสายตา (Visual analog scales) เข็มเส้นตรงซึ่งมีความยาว 10 เซนติเมตรที่แสดงถึงระดับความรุนแรงของโรค หาค่าความเที่ยงโดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .94

2) แบบวัดอาการความเจ็บปวด ซึ่งเป็นการวัดความรุนแรงของอาการตามการรับรู้ของผู้ป่วย แบบวัดอาการความเจ็บปวดมีหลายรูปแบบ เช่น มาตราวัดความเจ็บปวดแบบง่าย (Simple descriptive scale) แบ่งระดับความเจ็บปวดออกเป็น 6 ระดับ ตามตัวเลข ตั้งแต่ 0-5 แทนระดับความรุนแรงของความเจ็บปวด มาตราวัดความเจ็บปวดด้วยการเปรียบเทียบด้วยสายตา

(Vertical visual analogue scale) แบ่งระดับความเจ็บปวดออกเป็น 11 ระดับ ตามตัวเลข ตั้งแต่ 0-11 โดยที่หมายเลขศูนย์อยู่ในระดับต่ำสุดของสายตา และหมายเลข 10 อยู่ในระดับสูงสุดของสายตา

3) แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่ธัญญา น้อยเปียง (2545) สร้างขึ้นและได้นำมาปรับใช้ในในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณตามการรับรู้ของผู้ป่วยขณะตอบแบบสอบถาม ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า ข้อคำถามมีจำนวน 18 ข้อ ลักษณะคำถามจะมีทั้งทางด้านบวกและทางด้านลบ แต่ละข้อมีให้เลือก 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนคือระดับคะแนนมากหมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด ในแบบประเมินนี้มีรายข้อคำถามที่มีความหมายในทางลบ (reverse item) ทั้งหมด 3 ข้อ คือข้อ 9, 14 และ 17 คำถามเหล่านี้จะได้รับการกลับค่าคะแนนไปในทางตรงกันข้ามก่อนที่จะนำมารวมคะแนนกับข้ออื่นๆที่เหลือ ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ตามแบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีค่าระหว่าง 18 – 90 คะแนน

แบบประเมินนี้ ธัญญา น้อยเปียง (2545) นำไปใช้ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่คลินิกผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาสารคามนครเขื่อนขันธ์กาบแก้วบัวบาน จำนวน 120 คน และนำมาคำนวณความเชื่อมั่นของแบบวัด โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าเท่ากับ .85

พรพรม รุจิไพโรจน์ (2550) นำไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับการเคมีบำบัดที่คลินิกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 30 ราย และนำมาคำนวณความเชื่อมั่นของแบบวัด (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ .88

ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของธัญญา น้อยเปียง (2545) เกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณตามการรับรู้ของผู้ป่วย ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า ข้อคำถามมีจำนวน 18 ข้อ เนื่องจากมีข้อคำถามที่ครอบคลุมและมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับสูง

3.2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรุนแรงของโรคกับความผาสุกทางจิตวิญญาณจากการศึกษาของ สมพร รัตนพันธ์ (2540) พบว่าระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะจิตวิญญาณ ด้านการให้ความหมายและการมีเป้าหมายในชีวิต และด้านการมีความหวัง ในผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลสอดคล้องกับ ธัญญา น้อยเปียง (2545) ที่ศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบ กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณ

### 3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ

แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณเนื่องจากสามารถ ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ช่วยเหลือในการค้นหาความหมายและเป้าหมายในชีวิต (O'Connor et al., 1990) การสนับสนุนทางสังคมเป็นแนวคิดที่มีอิทธิพลต่อการบริการด้านสุขภาพ พฤติกรรม และภาวะสุขภาพของบุคคล เป็นการสนับสนุนที่ได้รับจากสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญในการช่วยเสริมสร้างให้บุคคลสามารถปรับตัวที่เหมาะสม และส่งผลต่อภาวะสุขภาพที่ดี

3.3.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม ได้มีผู้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ ดังนี้

Cobb (1976 cited in Hinson, 1996) ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารที่ทำให้บุคคลเชื่อว่า มีคนรักและสนใจ เอาใจใส่ และมองเห็นคุณค่า รู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน

House (1981) ให้ความหมายว่าเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยทั่วไป รวมถึงสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส, เพื่อน, ระหว่างสมาชิกในองค์กรในสังคม บางครั้งอธิบายในรูปแบบของโครงสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลในสังคม ประกอบด้วย ความรักใคร่ ห่วงใย ความไว้วางใจ การช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของแรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลย้อนกลับและข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และประเมินตนเอง

Schaefer และคณะ (1981) ให้ความหมายว่า เป็นสิ่งที่ระดับประคองจิตใจของบุคคลในสังคม

การสนับสนุนทางสังคมสามารถแบ่งออกเป็นการสนับสนุนในด้านต่างๆ (Schaefer, 1981) ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotion support) คือ การให้ความรักและดูแลเอาใจใส่ การสนับสนุน การยกย่อง การให้ความรัก ความจริงใจ ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ ความผูกพันใกล้ชิด การได้รับการยืนยันว่าคุณมีความสำคัญและได้รับความรักหรือการดูแลเอาใจใส่ การให้ความมั่นใจ ความรู้สึกที่สามารถพึ่งพาและไว้วางใจผู้อื่น

2. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental support) หมายถึง การช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคลเรื่องเงิน แรงงาน เวลา และการปรับสภาพแวดล้อม การได้รับการช่วยเหลือด้านวัตถุ สิ่งของ และการบริการ



3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) หมายถึง การให้คำแนะนำข้อเสนอนะ และให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและการรักษา ที่สามารถนำไปใช้แก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ และทำให้บุคคลรับรู้ถึงพฤติกรรมและการปฏิบัติของตนเอง

4. การสนับสนุนด้านการให้การยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem support) เป็นการย้าให้บุคคลรู้ว่าตนเองเป็นคนที่มีความ เป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น

5. การสนับสนุนด้านการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social support or Network) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลรู้ว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

6. การสนับสนุนด้านการประเมิน (Appraisal support) หมายถึง การให้ข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเอง และเรียนรู้ได้แก่ การเห็นพ้องต้องกัน การรับรอง และให้ข้อมูลป้อนกลับ ซึ่งจะก่อให้เกิดความมั่นใจ การสนับสนุนทางด้านนี้เปรียบเสมือนการเสริมแรงทางสังคม

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ สมจิต หนูเจริญกุล (1988) ซึ่งแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้านคือ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านอารมณ์ และการสนับสนุนด้านสิ่งของ

สรุป แรงสนับสนุนทางสังคมในงานวิจัยนี้ หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต่อการได้รับการสนับสนุนด้านต่างๆจาก บิดา มารดา สามี ลูก-หลาน ญาติ พี่น้อง รวมถึงบุคลากรทางสาธารณสุข เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ ได้แก่ การสนับสนุนด้านข้อมูลคือการให้คำแนะนำข้อเสนอนะ และให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและการรักษา ที่สามารถนำไปใช้แก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ และทำให้บุคคลรับรู้ถึงพฤติกรรมและการปฏิบัติของตนเอง การสนับสนุนด้านอารมณ์ คือการให้ความรักและดูแลเอาใจใส่ การสนับสนุน การยกย่อง การให้ความรัก ความจริงใจ ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ ความผูกพันใกล้ชิด การได้รับการยืนยันว่าคุณมีความสำคัญและได้รับความรักหรือการดูแลเอาใจใส่ การให้ความมั่นใจ ความรู้สึกที่สามารถพึ่งพาและไว้วางใจผู้อื่น การสนับสนุนด้านสิ่งของ คือ การให้ความช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคลเรื่องการเงิน สิ่งของหรือแรงงานและการปรับสภาพแวดล้อม การได้รับการช่วยเหลือด้านวัตถุ และการบริการและทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า เกิดกำลังใจ มีความมั่นใจและรับรู้การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

3.3.2 การประเมินการสนับสนุนทางสังคมนั้นมีนักวิชาการหลายท่านให้แนวคิดรวมทั้งสร้างแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมไว้หลากหลายดังนี้

3.3.2.1 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม PRQ (The Personal resources questionnaire) ของ Brandt and Weinert (1981) แบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 เป็น

แบบวัดเครือข่ายทางสังคมของแต่ละบุคคล ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับจำนวนกลุ่มบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือในสถานการณ์ต่างๆที่พบในการดำรงชีวิต จำนวน 10 สถานการณ์ ส่วนที่ 2 เป็นแบบวัดการได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้านคือ การได้รับความใกล้ชิดผูกพัน การได้มีโอกาสเลี้ยงดูหรือช่วยเหลือบุคคลอื่น การมีส่วนร่วมในสังคมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้รับขวัญกำลังใจทำให้รู้สึกว่าคุณค่า และ การได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 25 ข้อ โดยแบบประเมินนี้ได้รับการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นจากการหาค่าความสอดคล้องภายในด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค โดยรวมซึ่งค่าอยู่ในช่วง 0.91-0.93 (n=100)

3.3.2.2 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม NSSQ (The Norbeck Social Support Questionnaire) ของ Norbeck (1981 อ้างถึงใน วนิดา รัตนานนท์ , 2545) โดยการพัฒนาเครื่องจาก Kahn (1979 อ้างถึงใน วนิดา รัตนานนท์ , 2545) ซึ่งประกอบด้วยแบบประเมินขนาดของเครือข่ายทางสังคมจำนวนทั้งหมด 20 ข้อ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 3 ด้านคือด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่าและด้านการให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งมีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อแบบประเมินชนิดนี้ผ่านการตรวจสอบหาค่าความเชื่อมั่นโดยการหาค่าความสอดคล้องภายในแบบ test-retest ซึ่งได้ค่าอยู่ในช่วง 0.85-0.92 (n=75)

3.3.2.3 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer และคณะ (1981) ซึ่งแปลและดัดแปลงโดยสมจิต หนูเจริญกุล (1988) จำนวน 7 ข้อ แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ และด้านสิ่งของ ประกอบด้วย แบบสอบถามด้านข้อมูลข่าวสาร จำนวน 1 ข้อ (ข้อ 1 ) ด้านอารมณ์ จำนวน 4 ข้อ (ข้อ 2-5) และด้านสิ่งของ จำนวน 2 ข้อ (ข้อ 6-7) ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือระดับคะแนนน้อยหมายถึงไม่ได้รับการสนับสนุนเลย ระดับคะแนนมากหมายถึงได้รับการสนับสนุนมากที่สุด ข้อคำถามทั้งหมดเป็นข้อคำถามด้านบวก ค่าคะแนนที่ได้ถูกนำมารวมกันและหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด คะแนนมีค่าระหว่าง 0-4 คะแนน ซึ่งแปลและดัดแปลงโดย สมจิต หนูเจริญกุล (1988) และได้นำไปใช้ในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา จำนวน 112 คน และคำนวณความเชื่อมั่นของแบบวัดโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .97

นิรมล จิตรสุข (2545) นำแบบวัดนี้ไปทดลองใช้กับครอบครัวผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 30 รายและคำนวณความเชื่อมั่นของแบบวัด โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ.91

การศึกษาครั้งนี้ใช้แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer และคณะ (1981) ซึ่งแปลและดัดแปลงโดย สมจิต หนูเจริญกุล (1988) ซึ่งได้นำไปใช้ในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับ

รังสีรักษา จำนวน 112 คน และคำนวณความเชื่อมั่นของแบบวัด โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .97

3.3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จากการศึกษาของธัญญา น้อยเปียง (2545) ที่ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 26.2 จากการศึกษาจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากของ Walton และ Sullivan (2004) พบว่า ผู้ป่วยมีการเยียวยาจิตวิญญาณโดยใช้การสนับสนุนทางสังคม การมีจิตใจที่เข้มแข็ง เพื่อทำให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคมสามารถช่วยให้ผู้ป่วยดีขึ้น จากการศึกษาเจ็บป่วยทางกายและความทุกข์ทรมานทางจิตใจ มีการศึกษาจำนวนไม่น้อยที่พยายามศึกษาผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อสุขภาพ (health) การทำหน้าที่ในสังคมและความผาสุก (well being) หรือคุณภาพชีวิตทั้งในบุคคลสุขภาพดีและผู้เจ็บป่วย ส่วนใหญ่จะมองในมุมมองทางด้านจิตใจ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังเช่น กลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง (Wortman, 1984) ซึ่งสำหรับในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งนั้น มีผู้สนใจศึกษาพอสมควร ดังเช่นการศึกษาของ Lindsey และคณะ (1985) ซึ่งศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอจะสามารถเผชิญปัญหาในภาวะวิกฤติได้ด้วยความมั่นใจ และปรับตัวได้เหมาะสมตามการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ

#### 4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ฉวีวรรณ ไพรวลัย (2540) ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา พฤติกรรมการดูแลตนเองกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลบาราคนราดอร์ จำนวน 100 คน พบว่า ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีความผาสุกด้านจิตวิญญาณในระดับสูง เกิดจากมีความศรัทธาและใช้หลักศาสนาเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต และการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งสามารถทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยเอดส์

ชนิดดา ผาสุกมูล (2545) ศึกษาสภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคเอดส์ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสภาวะจิตวิญญาณ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่เข้ารับการรักษา ณ วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี จำนวน 119 คน รวบรวมข้อมูลโดยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ได้แก่แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณ แบบวัดการรับรู้สภาวะจิต



วิญญาณในตนเอง แบบวัดความหวัง แบบวัดคุณค่าและความหมายของชีวิต สภาวะจิตวิญญาณรวม และแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคเอดส์มีความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ พบว่าความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับแรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยที่สามารถทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณได้ดีที่สุดคือ แรงสนับสนุนทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P < .01$  ปัจจัยที่สามารถทำนายสภาวะจิตวิญญาณรวม ได้ดีที่สุดคือ ปัจจัยด้านเพศและแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P < .01$

นงเยาว์ กันทะมูล (2548) ได้ศึกษาระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอด เลือกกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดคือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด อายุ 60 ปีขึ้นไป และเข้ารับการรักษานในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่จำนวน 90 ราย รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอด ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดมีคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณโดยรวมอยู่ในระดับสูง และผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดมีวิธีการปฏิบัติเพื่อช่วยให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณคือ 1) ปฏิบัติตามหลักธรรมทางพุทธศาสนา ได้แก่ การเชื่อในกฎแห่งกรรม กฎไตรลักษณ์ สวดมนต์ ไหว้พระ ทำบุญ ศีกษารวม ทำสมาธิ 2) การทำกิจกรรมเพื่อผ่อนคลาย ได้แก่ ดูแลบุตรหลาน ทำงานอดิเรก สนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ป่วยรายอื่น 3) ประกอบพิธีกรรมตามความเชื่อ เช่น การสะเดาะเคราะห์

พรพรหม รุจีไพโรจน์ (2550) ศึกษาวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่มารับการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่หน่วย Short Stay โรงพยาบาลรามธิบดี จำนวน 100 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณ แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ผลการศึกษพบว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณและการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.612, p < 0.05$ ;  $r = 0.650, p < 0.05$  ตามลำดับ) ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -0.225; p < 0.05$ ) โดยความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ได้ร้อยละ 52.5 ( $p < .05$ )

ธัญญา น้อยเพียง (2545 ) ได้ศึกษาเรื่องของความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณ เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จากผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกศัลยกรรมทั่วไป แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่จำนวน 120 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลางและระดับสูงตามลำดับ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบ กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่าง ได้ร้อยละ 26.2 (  $p = .000$  )

ระวีวรรณ ถวายทรัพย์ (2545) ได้ศึกษาความผาสุกทางจิตวิญญาณตามการรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นสมาชิกของกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในจังหวัดเชียงใหม่เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพมีการคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 9 ราย โดยวิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วมกับการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยสามารถสรุปได้เป็น 3 ประเด็นดังนี้ 1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ให้ความหมายของความผาสุกทางจิตวิญญาณว่า คือ การมีความสุข มีความสงบ มีสติ มีความเมตตากรุณาและมีจิตใจที่เข้มแข็ง 2. การสร้างความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ประกอบด้วย การปฏิบัติ 4 วิธีคือ 1) การใช้พระพุทธศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ 2) การยึดมั่นในหลักคำสอนของพระพุทธศาสนา 3) การปฏิบัติกิจกรรมตามหลักพระพุทธศาสนา และ 4) การประกอบพิธีกรรมตามความเชื่อ และ 3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ประกอบด้วย 3 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยทางบวกได้แก่ ความหวัง การยอมรับสภาพตัวเอง การเปิดเผยตัวเองว่าติดเชื้อ การปลง ความรู้สึกมีคุณค่าต่อตัวเอง ความรับผิดชอบในภาระและหน้าที่ การตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และการคิดถึงสิ่งที่ดี 2) ปัจจัยทางลบได้แก่ สภาพจิตใจที่อ่อนแอ และ 3) ปัจจัยอื่นๆได้แก่ รายได้ ประสบการณ์ชีวิตในอดีต บุคลิกภาพส่วนบุคคล การเลี้ยงดูในครอบครัว และสุขภาพร่างกาย

วรรณภา สิทธิปาน (2550) ศึกษาเพื่อทดสอบอำนาจการทำนายของปัจจัย เพศ อายุ รายได้ และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 117 ราย ผลการศึกษาพบว่า โดยภาพรวมผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับปาน

กลาง และมีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณได้แก่ รายได้ แรงสนับสนุนทางสังคมต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยเอชไอวี ( $r=.263, .496, p<.01$ ) ตามลำดับ ปัจจัย เพศ อายุ รายได้และแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยเอชไอวีได้ร้อยละ 33.6 ( $p < .05$ ) โดยที่อายุ รายได้และแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สำคัญในการทำนาย

สุพิศ สงนวล (2548) ได้ศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอร์เมนิวติก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายและอธิบายประสบการณ์การเยียวยาต้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณ ผู้ให้ข้อมูลคือ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณ จำนวน 10 ราย เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และการบันทึกภาคสนาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการประยุกต์ใช้ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอร์เมนิวติกของแวนมานเนน (Van Manen, 1990) ผลการวิจัยพบว่า ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ปัญหาและสภาวะจิตวิญญาณเมื่อมีความเจ็บป่วยและต้องได้รับรังสีรักษาใน 5 ลักษณะ คือ 1) ท้อแท้ ทุกข์ทรมานจากการรักษา 2) ห่วงลูกและหลานไม่มีผู้ดูแลและสั่งสอน 3) กลัวผลที่เกิดขึ้นจากการรักษาด้วยรังสี 4) เครียดจากทำงานไม่ได้ ขาดรายได้ และ 5) ทุกข์ใจจากความไม่แน่นอนของโรคและการรักษา และผู้ให้ข้อมูลมีการรับรู้ความหมายความผาสุกทางจิตวิญญาณ ใน 3 ลักษณะ คือ 1) การอยู่กับโรคได้อย่างสมดุล และมีความสุข 2) มีจิตใจที่เข้มแข็ง และ 3) มีความหวังหล่อเลี้ยงใจ ผู้ให้ข้อมูลได้ใช้ประสบการณ์เยียวยาต้านจิตวิญญาณใน 3 วิธี คือ 1) การใช้หลักธรรมคำสอนและแนวปฏิบัติทางพระพุทธศาสนา โดยได้ใช้แนวคิด วิธีการต่างๆ ใน 6 ลักษณะ คือ 1.1) คิดว่าเป็นเรื่องของกรรม 1.2) เข้าใจธรรมชาติของชีวิต 1.3) สวดมนต์อธิษฐานให้สิ่งศักดิ์สิทธิ์และพระคุ้มครอง 1.4) ยึดมั่นในบุญและกรรมดี 1.5) นั่งสมาธิ ท่องพุทธ-โธ 1.6) อ่านหนังสือธรรมะ 2) มีการปรับจิตโดยตนเองและกลุ่มผู้ป่วยด้วยกัน โดยมีการปรับจิตใน 3 ลักษณะ คือ 2.1) ใจต้องสู้ ไม่ท้อแท้ 2.2) คิดว่าใจเป็นนายกายเป็นบ่าว 2.3) ปรับจิตคิดทางบวก และ 3) การใช้ทางเลือกในการเผชิญความเครียดเป็นครั้งคราว ใน 2 ลักษณะ คือ 3.1) ฟังเพลงที่ชอบ เพื่อใช้ในการปรับเปลี่ยนอารมณ์ และ 3.2) นั่งชื่นชมธรรมชาติ สิ่งที่มีผลสนับสนุนต่อการเยียวยาต้านจิตวิญญาณ มี 3 ประการหลักคือ 1) ประสบการณ์ที่มีมาก่อนการเจ็บป่วย 2) การสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพ และ 3) การสนับสนุนจากสังคมใกล้ชิด สิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการเยียวยาในระยะของการปรับตัวตามการรับรู้ของผู้ป่วยมี 5 ประการคือ ได้แก่ 1) อากาโรอ่อนเพลีย 2) ปวดจากโรคและการรักษา จนไม่สามารถทำกิจกรรมใด 3) ความรู้สึกท้อแท้จากผลของการรักษา 4) จิตใจไม่สงบพอ และ 5) รอบข้างมีเสียงรบกวนทำให้จิตใจไม่สงบ



สุวรรณา วุฒิธรณฤทธิ์ ( 2544)ศึกษาอำนาจในการทำนายความวิตกกังวล เกี่ยวกับความตายของผู้สูงอายุ ในจังหวัดชลบุรี จากเพศ สถานภาพสมรส จำนวนบุคคล ที่มีความหมายในชีวิตที่เสียชีวิต การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความว่าเหว่ ความรู้สึก มีคุณค่าในตนเอง การปฏิบัติกิจทางศาสนา และความผาสุกทางจิตวิญญาณทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความหมายและเป้าหมายในชีวิต การให้และรับความรัก ความเมตตา และความผูกพันกับผู้อื่น การให้และรับการอภัยจากผู้อื่น และการมีความหวังใน การดำเนินชีวิต กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตจังหวัดชลบุรี สุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์เพื่อวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบสัมภาษณ์เพื่อวัดความว่าเหว่ แบบสัมภาษณ์เพื่อวัดความรู้สึกมีคุณค่า ในตนเอง แบบสัมภาษณ์เพื่อวัดการปฏิบัติกิจทางศาสนา แบบสัมภาษณ์เพื่อวัดความ ผาสุกทางจิตวิญญาณ และแบบสัมภาษณ์เพื่อวัดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ การหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐานค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาและวิธีถดถอยพหุคูณ แบบขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า ความว่าเหว่ การให้และรับการอภัยจากผู้อื่น การปฏิบัติกิจทางศาสนาและ การรับรู้ความหมายและเป้าหมายในชีวิตสามารถร่วมทำนายความวิตกกังวลเกี่ยวกับ ความตายของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 29.9 ( $p < .05$ ) โดยการให้และรับ การอภัยกับผู้อื่นเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออำนาจในการทำนายความวิตกกังวล เกี่ยวกับความตายของผู้สูงอายุสูงสุด

K.Leung ,T.Chiu , C. Chen. (2006) ได้ศึกษาอิทธิพลของการรับรู้ลักษณะของอาการเจ็บป่วยระยะสุดท้ายต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยศึกษาในเรื่องของภาวะที่มีผลต่อจิตวิญญาณที่เกี่ยวกับสถานการณ์ ศีลธรรม การใช้ชีวิตและความศรัทธาในศาสนา โดยใช้เครื่องมือ Spirituality Transcan Measure (STM) เพื่อประเมินในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เพศชายจำนวน 37 คน ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ภาวการณ์เจ็บป่วยระยะสุดท้ายมีผลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยการบอกข้อมูลที่ชัดเจนและสมบูรณ์ เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

Murray, et al. ( 2007 ) ได้ศึกษารูปแบบของลักษณะทางสังคม สภาวะจิตใจ และจิตวิญญาณ ที่นำไปสู่ระยะสุดท้ายในผู้ป่วยมะเร็งปอดและผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว โดยได้เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของความต้องการการสนับสนุนทางสังคม การดูแลด้านจิตใจ และจิตวิญญาณของผู้ป่วยที่เจ็บป่วยและอาการ เข้าสู่ระยะสุดท้าย โดยการสัมภาษณ์ในเชิงลึก เกี่ยวกับประสบการณ์และความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดจำนวน 24 คน ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวจำนวน 24 คนผลการวิจัยพบว่า ในผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อสภาวะจิตใจที่แย่ง ในขณะที่สภาวะจิตใจและจิตวิญญาณสามารถลดภาวะเครียดจากสาเหตุ 4 ประการ คือ 1)

การวินิจฉัย 2) การจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลหลังได้รับการรักษา 3) ระยะเวลาการดำเนินโรค 4) และการเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค ส่วนในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว พบว่า การสนับสนุนทางสังคมและสภาวะจิตใจที่แย่ง เป็นสาเหตุที่จะนำไปสู่อาการที่ทรุดลง

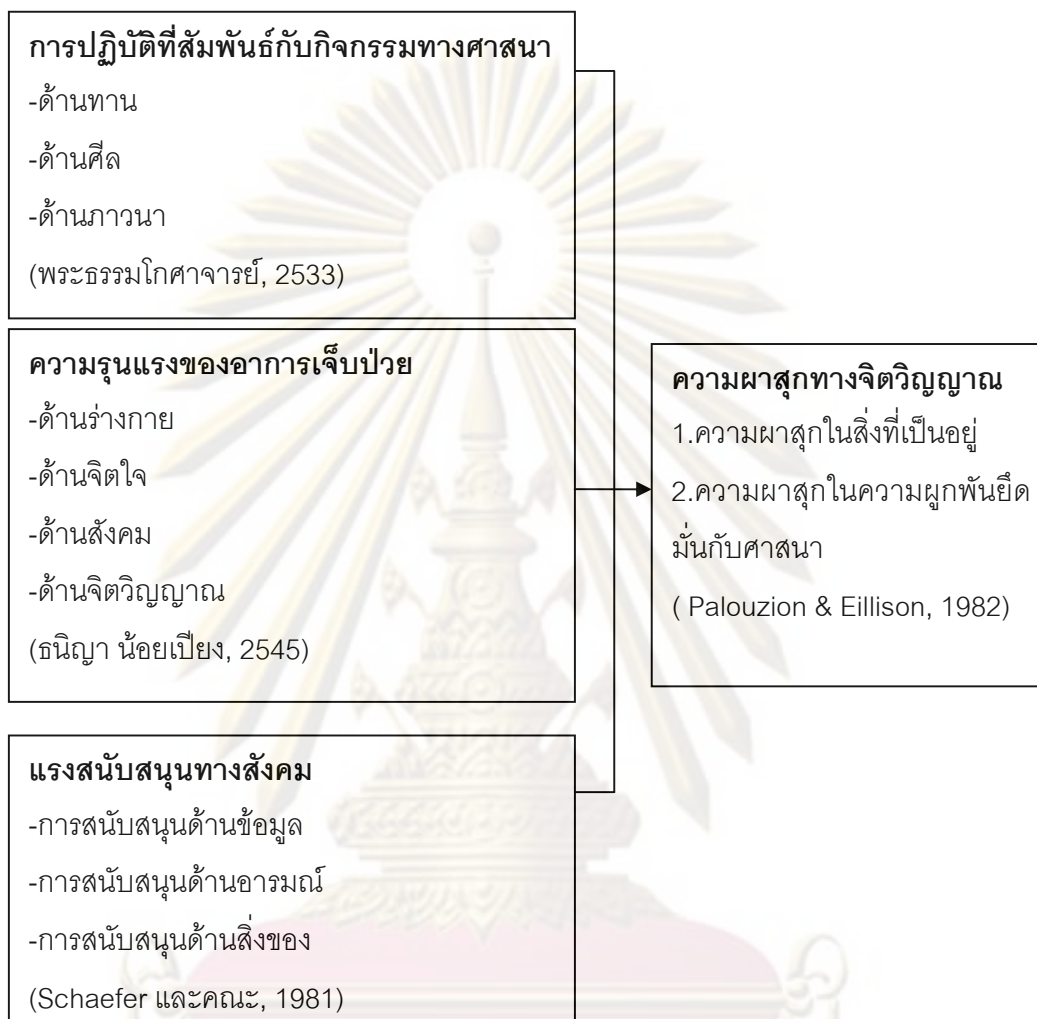
Isaia , Parker and Murrow(1998) ศึกษาความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุ จำนวน 37 คน มีอายุระหว่าง 56 – 88 ปี มีอายุเฉลี่ย 74 ปี พบว่า องค์ประกอบของความผาสุกทางจิตวิญญาณ คือ ความผาสุกทางจิตวิญญาณด้านความศรัทธาในศาสนา และความผาสุกทางจิตวิญญาณด้านการดำเนินชีวิต มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ ระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณรวมความผาสุกทางจิตวิญญาณของเพศหญิง มีระดับสูงกว่าเพศชาย ซึ่งพบ ความผาสุกทางจิตวิญญาณในด้านการดำเนินชีวิตสูงกว่าเพศชายและ อายุ ไม่มีความสัมพันธ์ กับความผาสุกทางจิตวิญญาณ แต่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นจะมีความผาสุกในด้าน ความศรัทธาในศาสนาสูงกว่าผู้มีอายุน้อย

Pace and Stables (2000) ศึกษาเปรียบเทียบ ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 55 คน เป็นผู้ป่วยโรคเอดส์ 7 คน ผู้ป่วยโรคมะเร็ง 37 คน ผู้ป่วยโรคหัวใจและปอด 11 คน พบว่า ผู้ป่วยโรคเอดส์ มีระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณต่ำกว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายโรคอื่นๆ มีความโดดเดี่ยวสูงกว่า และได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อยกว่าผู้ป่วยโรคอื่นๆ ปัจจัยที่สามารถทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณ คือ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุกกลุ่มโรคที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูง จะมีความผาสุกทางจิตวิญญาณสูง

ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาปัจจัยดังต่อไปนี้คือ การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยและแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญที่ส่งผลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณตามแนวคิดทฤษฎีของ Mary Elizabeth O'Brien (2007) ซึ่งแสดงกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ดังนี้

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### กรอบแนวคิดในการวิจัย





### บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนายระหว่าง การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งในระยะที่ 3 และ 4 หรือมีการแพร่กระจายของโรคไปยังระบบต่าง ๆ ของร่างกาย และได้รับการรักษาไม่ว่าจะเป็นการให้ยาเคมีบำบัด รังสีรักษา หรือการผ่าตัดซึ่งมีจุดประสงค์ในการรักษาเพื่อประคับประคอง

**กลุ่มตัวอย่าง** เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่นับถือศาสนาพุทธและเข้ารับการรักษาที่ศูนย์มะเร็งมหาวชิราลงกรณ์ จังหวัดปทุมธานีและศูนย์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อโรคยศาล วัดคำประมง จังหวัดสกลนคร

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Thorndike (1978)

$$n = 10k + 50$$

n = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

k = จำนวนตัวแปรที่ทำการศึกษา

การศึกษานี้มีตัวแปรทั้งหมด 4 ตัวแปร

$$n = 10(4) + 50 = 90 \text{ คน}$$

ดังนั้น จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 90 คน ซึ่งการวิจัยนี้ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 110 คน เพื่อป้องกันข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์

การศึกษานี้ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นมะเร็งในระยะที่ 3 และ 4 หรือมีการแพร่กระจายของโรคไปยังระบบต่าง ๆ ของร่างกาย และได้รับการรักษาไม่ว่าจะเป็นการให้ยาเคมีบำบัด รังสีรักษา หรือการผ่าตัดซึ่งมีจุดประสงค์ในการรักษาเพื่อประคับประคอง
2. มีระดับความรู้สึกตัวดี มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ พูดและฟังภาษาไทยได้ดี
3. ผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุ 18 – 60 ปี
4. ไม่มีอาการแทรกซ้อนจากโรคที่อยู่ในระยะลุกลาม จนทำให้เกิดอาการที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษ เช่น ระดับความรู้สึกตัวลดลง เหนื่อย หอบ ซีด อ่อนเพลีย เป็นต้น
5. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของจำนวนผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมดต่อปีของสถานที่ที่ศึกษา การศึกษานี้ได้กลุ่มตัวอย่างจากศูนย์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อโรคยศาล วัดคำประมงจำนวน 34 ราย จากศูนย์มะเร็งมหาวิธยาลงกรณ์จำนวน 76 ราย ดังรายละเอียดในตารางที่ 1 จากนั้นเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างทุกรายที่พบและมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนด จนครบ 110 คน เหตุผลที่เลือกศูนย์มะเร็งมหาวิธยาลงกรณ์ เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีวิทยาการทางการแพทย์ที่สามารถในการรักษาโรคมะเร็งได้ มีการรักษาตามสิทธิประกันสุขภาพของผู้ป่วย และเป็นศูนย์ Hospice care ที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ส่วนที่อโรคยศาล วัดคำประมง มีความแตกต่างตรงที่ไม่คิดค่าใช้จ่ายใด ๆ กับผู้ป่วยทั้งสิ้น และอนุญาตให้ญาติหรือผู้ดูแลอยู่เฝ้าได้ รวมทั้งใช้การแพทย์แผนไทยในการรักษา โดยให้ผู้ป่วยรับประทานยาสมุนไพร นอกจากนี้ที่วัดคำประมงก็ไม่ได้ปิดกั้นการรักษาแบบแผนตะวันตก แต่เปิดกว้างยอมรับการรักษาทุกแขนงที่ไม่เกิดผลเสียต่อผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นการแพทย์แผนตะวันตก การแพทย์ทางเลือกเป็นต้น ทั้งสองแห่งมีความคล้ายกันในเรื่องของการรักษาที่มีการนำการแพทย์ทางเลือกมาบำบัดรักษา เช่นสมาธิบำบัด ดนตรีบำบัด รวมถึงการสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสปฏิบัติตามความเชื่อตามหลักศาสนาเป็นต้น การศึกษานี้ได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์จากกลุ่มตัวอย่าง 110 ราย

ศูนย์วิทยุโทรพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนขนาดของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละแห่ง

สถานที่เก็บข้อมูล	จำนวนผู้ป่วยต่อปี (ราย)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (ราย)
ศูนย์มะเร็งมหาสารคาม	1,200	76
โรงพยาบาล วัดคำประมง	600	34
รวม	1,800	110

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็น

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

2. แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ ฉบับที่ผู้วิจัยประยุกต์แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณของ Paloutzian & Ellison (1982) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดยฉนิษฐา น้อยเพียง (2545) ซึ่งนำมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านม แบบประเมินนี้ประกอบด้วยองค์ประกอบ 2 ด้านคือ

2.1 ความผาสุกในสิ่งที่เป็นอยู่ หมายถึง ความรู้สึกในชีวิตมีเป้าหมายหรือมีจุดมุ่งหมาย มองเห็นชีวิตเป็นสิ่งที่มีความหมาย พึงพอใจในชีวิตตนเอง มีอารมณ์เบิกบาน มองโลกในแง่ดี ไม่ท้อแท้สิ้นหวัง พยายามที่จะมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น

2.2 ความผาสุกในความผูกพันยึดมั่นกับศาสนา หมายถึง ความรู้สึกเป็นสุขสงบภายในจิตใจ ซึ่งเกิดจากการมีศรัทธา ความเชื่อในศาสนา มีศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจและมีความสุขในการปฏิบัติตามคำสอนทางศาสนา

จำนวนข้อความทั้งหมด 20 ข้อ แบบสอบถามเดิมเป็นคำถามเกี่ยวกับความผาสุกในสิ่งที่เป็นอยู่ 10 ข้อ และความผาสุกในความผูกพันยึดมั่นกับศาสนา 10 ข้อ ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแบบสอบถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยปรับข้อความเป็นด้านบวกทั้งหมด ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิเนื่องจากเป็นกลุ่มตัวอย่างเปราะบาง ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับดังนี้



ระดับคะแนน 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยมาก

ระดับคะแนน 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วยปานกลาง

ระดับคะแนน 3 หมายถึง ไม่เห็นด้วย

ระดับคะแนน 4 หมายถึง เห็นด้วย

ระดับคะแนน 5 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง

ระดับคะแนน 6 หมายถึง เห็นด้วยมาก

คะแนนที่เป็นไปได้ตามแบบวัดมีค่าระหว่าง 20-120 คะแนน จากข้อคำถาม 20 ข้อ คะแนนรวมมากหมายถึงกลุ่มตัวอย่างมีความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง นำคะแนนที่ได้มาแบ่งเป็นระดับโดยใช้เกณฑ์การแปลผลคะแนนดังนี้

คะแนน 20-40 หรือ 1.00 - 2.66 คะแนน หมายถึงความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับต่ำ

คะแนน 41-99 หรือ 2.74 - 4.33 คะแนน หมายถึง ความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 100-120 หรือ 4.34 - 6.00 คะแนน หมายถึง ความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง

3.แบบประเมินการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ วารสาร เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยใช้แนวคิดการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา ได้แก่ ทาน ศีล ภาวนา ของพระธรรมโกศาจารย์ (2533) โดยมีขั้นตอนการสร้างแบบสอบถามดังนี้

3.1. ศึกษาเอกสาร บทความ งานวิจัย วิทยานิพนธ์ และแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับทาน ศีล ภาวนา

3.2. กำหนดข้อมูลและตัวชี้วัดที่ใช้ในการศึกษาวิจัย โดยดูจากจุดประสงค์ของการศึกษา

3.3. สร้างแบบประเมินการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา ประกอบด้วย การปฏิบัติกิจกรรมที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา ด้านทาน ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1 - 9 ด้านศีลประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 10 - 18 และด้านภาวนาประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 19 - 25

3.4. กำหนดชนิดและรูปแบบ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ

ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบให้เลือกตอบจำนวน 25 ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ พิจารณาให้คะแนนดังนี้

- 1 หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา ในข้อนั้นเลย
- 2 หมายถึง ปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา ในข้อนั้นปีละ 2-3 ครั้ง
- 3 หมายถึง ปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา ในข้อนั้นเดือนละ 1 ครั้ง
- 4 หมายถึง ปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา ในข้อนั้นสัปดาห์ละ 1 ครั้ง
- 5 หมายถึง ปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา ในข้อนั้นทุกวัน

มีเกณฑ์ให้คะแนนสำหรับข้อคำถาม โดยกำหนดให้ 1 มีค่าเท่ากับ 1 คะแนน, 2 มีค่าเท่ากับ 2 คะแนน, 3 มีค่าเท่ากับ 3 คะแนน, 4 มีค่าเท่ากับ 4 คะแนนและ 5 มีค่าเท่ากับ 5 คะแนน คะแนนรวมของแบบวัดการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา อยู่ในช่วง 25 -125 คะแนน จากข้อคำถาม 25 ข้อ คะแนนรวมมากหมายถึงกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา อยู่ในระดับสูง นำคะแนนที่ได้มาแบ่งเป็นระดับโดยใช้เกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนน 25-55 หรือ 1.00 - 2.33 คะแนน หมายถึง มีการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาอยู่ในระดับต่ำ

คะแนน 56-90 หรือ 2.34 - 3.67 คะแนน หมายถึง มีการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 91-125 หรือ 3.68 - 5.00 คะแนน หมายถึง มีการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาอยู่ในระดับอยู่ในระดับสูง

4.แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย โดยใช้แบบวัดที่ธัญญา น้อยเปียง (2545) สร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย ที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณตามการรับรู้ของผู้ป่วยขณะตอบ แบบสอบถาม ข้อคำถามมีจำนวน 18 ข้อ ประกอบด้วยด้านร่างกาย 4 ข้อได้แก่ ข้อ 1- 4 ด้านจิตใจ 5 ข้อได้แก่ข้อ 5 - 9 ด้านสังคม 5 ข้อได้แก่ข้อ 10 - 14 และด้านจิตวิญญาณ 4 ข้อได้แก่ข้อ 14 - 18 ลักษณะคำถามจะมีทั้งทางด้านบวกและทางด้านลบ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่มีเลยจนถึงมากที่สุด แบบประเมินนี้มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับคะแนน 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วย

ระดับคะแนน 2 หมายถึง เห็นด้วยน้อย

ระดับคะแนน 3 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง

ระดับคะแนน 4 หมายถึง เห็นด้วยมาก

ระดับคะแนน 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด

ในแบบประเมินนี้มีรายข้อคำถามที่มีความหมายในทางลบ (Reverse item) ทั้งหมด 3 ข้อ คือ ข้อ 9, 14 และ 17 คำถามเหล่านี้จะได้รับการกลับค่าคะแนนไปในทางตรงกันข้ามก่อนที่จะนำมารวมคะแนนกับข้ออื่นๆที่เหลือ ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ตามแบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีค่าระหว่าง 18 – 90 คะแนน จากข้อคำถาม 18 ข้อ คะแนนรวมมากหมายถึงกลุ่มตัวอย่างมีความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูง นำคะแนนที่ได้มาแบ่งเป็นระดับโดยใช้เกณฑ์การแปลผลคะแนนดังนี้

คะแนน 18-41 หรือ 1.00 - 2.33 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยอยู่ในระดับต่ำ

คะแนน 42-65 หรือ 2.34 - 3.67 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 66-90 หรือ 3.68 - 5.00 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูง

5. แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม การวิจัยนี้ ใช้แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer และคณะ (1981) ซึ่งแปลและดัดแปลงโดยสมจิต หนูเจริญกุล (1988) จำนวน 7 ข้อ แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ และด้านสิ่งของ ประกอบด้วยแบบสอบถามด้านข้อมูลข่าวสาร จำนวน 1 ข้อ (ข้อ 1) ด้านอารมณ์ จำนวน 4 ข้อ (ข้อ 2-5) และด้านสิ่งของ จำนวน 2 ข้อ (ข้อ 6-7) ผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และเพิ่มข้อคำถามเพิ่มอีก 1 ข้อ คะแนนมีค่าระหว่าง 0-4 คะแนน ผู้วิจัยได้ปรับมาตรวัดจาก 0 – 4 คะแนน เป็น 1- 5 คะแนน ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ระดับคะแนน 1 หมายถึง ไม่ได้รับการช่วยเหลือเลย

ระดับคะแนน 2 หมายถึง ได้รับการช่วยเหลือเล็กน้อย

ระดับคะแนน 3 หมายถึง ได้รับการช่วยเหลือบ้างบางครั้ง

ระดับคะแนน 4 หมายถึง ได้รับการช่วยเหลือค่อนข้างมาก

ระดับคะแนน 5 หมายถึง ได้รับการช่วยเหลือมากที่สุด

ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ตามแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม มีค่าระหว่าง 8 – 40 คะแนน จากจำนวนข้อคำถาม 8 ข้อ คะแนนรวมมากหมายถึงกลุ่มตัวอย่างมีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง นำคะแนนที่ได้มาแบ่งเป็นระดับโดยใช้เกณฑ์การแปลผลคะแนน ได้ดังนี้

คะแนน 8-18 หรือ 1.00 - 2.33 คะแนน หมายถึง มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ใน



ระดับต่ำ

คะแนน 19-29 หรือ 2.34 - 3.67 คะแนน หมายถึง มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 30-40 หรือ 3.68 - 5.00 คะแนน หมายถึง มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (Content Validity) ทั้ง 5 ชุด ดังนี้

#### 1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

นำเครื่องมือทั้งหมดคือ แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ แบบประเมินการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ พิจารณาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความครอบคลุม และความเหมาะสม จากนั้นนำแบบสอบถามไปผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) ประกอบด้วย

- 1.1. พระภิกษุผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 1 รูป
- 1.2. แพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 1 คน
- 1.3. อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 1 คน
- 1.4. พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง ที่มีความรู้ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 2 คน

การหาความตรงของเครื่องมือแบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ ผู้วิจัยนำแบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากอาจารย์ที่ปรึกษาและจากผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบ 5 ท่าน โดยให้รับข้อคำถามที่เป็นด้านลบให้เป็นด้านบวกทั้งหมด เนื่องจากเป็นกลุ่มตัวอย่างเปราะบาง เนื้อหาในข้อคำถามบางข้ออาจกระทบกระเทือนจิตใจผู้ป่วย ทำการปรับสำนวนภาษาเพื่อความครอบคลุมของเนื้อหา ตัดสินความตรงตามเนื้อหาโดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขและให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่า 0.8 (Polit and Beck,

2004) จากนั้นผู้วิจัยเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อวิเคราะห์คะแนนความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิและข้อคิดเห็น ซึ่งได้ค่า CVI เท่ากับ .80

การหาความตรงของเครื่องมือแบบประเมินเพื่อวัดการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากอาจารย์ที่ปรึกษาและจากผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบ โดยดูว่าเนื้อหา มีความถูกต้องตรงกับหัวข้อปัญหา วัตถุประสงค์ที่ต้องการจะศึกษา และสามารถตอบคำถามการศึกษาวิจัยได้ และปรับข้อคำถามที่เป็นด้านลบให้เป็นด้านบวกทั้งหมด ทำการปรับสำนวนภาษา และเพิ่มข้อคำถามเพื่อความครอบคลุมของเนื้อหาทั้งหมด 7 ข้อตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.81 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิและได้ปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้แล้ว นำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยจำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .79

การหาความตรงของเครื่องมือแบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา จากอาจารย์ที่ปรึกษาและจากผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบ ทำการปรับสำนวนภาษา ปรับภาษาในข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.88

การหาความตรงของเครื่องมือแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา จากอาจารย์ที่ปรึกษาและจากผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบ ทำการปรับสำนวนภาษาในข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ และเพิ่มจำนวนของข้อคำถามอีก 1 ข้อ คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1

ดังนั้น เครื่องมือทั้งหมดคือ แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ แบบประเมินการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม นำมาคำนวณค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา(Content valid index) ได้เท่ากับ 0.80, 0.81, 0.88 และ 0.87 ตามลำดับ

**2. การหาความเที่ยง (Reliability)** โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือแบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ แบบประเมินการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม ที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิและได้ปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้แล้ว นำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หา

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach, 1951 อ้างในสิทธิ์ ธีรสรณ์, 2550) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเมื่อทดลองใช้เท่ากับ .94 , .83 , .84 และ .88 ตามลำดับ และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 110 คน พบว่า แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ แบบประเมินการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม เมื่อหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .89 , .79 , .84 และ .92 ตามลำดับโดยค่าความเที่ยงของแบบสอบถามได้แสดงไว้ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม

แบบสอบถาม	ค่าความเที่ยง	ค่าความเที่ยง
	ทดลองใช้ 30 ราย	กลุ่มตัวอย่าง 110 ราย
1. แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ	.94	.89
2. แบบประเมินการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา	.83	.79
3. แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย	.84	.84
4. แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม	.88	.92

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองพร้อมทั้งผู้ช่วยวิจัย 1 คน ซึ่งเป็นนิสิตสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยในเรื่องของการสัมภาษณ์เพื่อตอบแบบสอบถามแต่ละฉบับ ความเข้าใจของข้อคำถาม และวัตถุประสงค์ในการศึกษา ระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูลคือเดือนพฤษภาคมถึงเดือนกรกฎาคม .พ.ศ. 2552 โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุมัติการพิจารณาจริยธรรม จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อขออนุมัติเก็บรวบรวมข้อมูล



2. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอผู้อำนวยการศูนย์มะเร็งมหาวชิราลงกรณ์ จังหวัดปทุมธานี และเจ้าอาวาสวัดคำประมง จังหวัดสกลนคร เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ภายหลังจากได้รับอนุญาตแล้วเข้าพบฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วย ศูนย์มะเร็งมหาวชิราลงกรณ์ จังหวัดปทุมธานี และเจ้าอาวาสวัดคำประมง จังหวัดสกลนคร เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย รายละเอียด วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลขอความร่วมมือในการอำนวยความสะดวกขณะเก็บข้อมูล โดยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่ศูนย์มะเร็งมหาวชิราลงกรณ์ และโรคยศาสตร์ วัดคำประมง โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองพร้อมทั้งผู้ช่วยวิจัย

4. ผู้วิจัยดำเนินการวิจัย ที่ศูนย์มะเร็งมหาวชิราลงกรณ์ สัปดาห์ละ 1 วัน รวมทั้งหมด 4 ครั้ง โดยเก็บข้อมูลในสองช่วงเวลาคือ 9.00-12.00 น. และ 13.00-16.00 น. เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีเวลาเป็นส่วนตัวและพักผ่อน โดยผู้วิจัยประสานงานกับหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลหัวหน้าเวรเพื่อเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่ได้สุ่มกลุ่มตัวอย่างไว้ และเข้าพบกลุ่มตัวอย่างนอกเวลาที่ต้องทำหัตถการหรือการรักษาเช่น รังสีรักษา การฝังแร่ เป็นต้น ส่วนการเก็บข้อมูลที่โรคยศาสตร์ วัดคำประมง ผู้วิจัยเดินทางไปเก็บข้อมูลพร้อมผู้ช่วยวิจัย เดือนละ 1 ครั้ง ครั้งละ 3 วัน เก็บข้อมูลในสองช่วงเวลาคือ 9.00-12.00 น. และ 13.00-16.00 น.

5. ผู้วิจัยแนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยในการเข้าร่วมการวิจัย และขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม

6. กรณีกลุ่มตัวอย่างสมัครใจในการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยอ่านเอกสารข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัยที่กลุ่มตัวอย่างควรทราบและเอกสารการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งไปยินยอมเข้าร่วมวิจัยจนเข้าใจ อธิบายการตอบแบบสอบถาม เพื่อขอความร่วมมือให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ แบบประเมินการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ผู้ป่วยด้วยตัวเอง

7. ดำเนินการตามขั้นตอนในข้อ 4-6 จนได้กลุ่มตัวอย่างครบจำนวนในแต่ละแห่งตามที่กำหนดไว้

8. กรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สมัครใจในการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้ดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างใหม่โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ในผู้ที่ยินยอมในการตอบแบบสอบถาม จนได้กลุ่มตัวอย่างครบจำนวนในแต่ละแห่ง

โดยในการวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สมัครใจในการตอบแบบสอบถาม 2 คน เนื่องจากต้องการพักผ่อน 1 คน และ ไม่สะดวกที่จะให้สัมภาษณ์ 1 คน

9. ยุติการสอบถามและประเมินอาการเมื่อผู้ป่วยแสดงอาการ เหนื่อย หอบหรืออ่อนเพลีย ปวด เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนและให้การช่วยเหลือตามอาการ โดยผู้วิจัยประสานกับเจ้าหน้าที่ผู้ดูแล จากนั้นให้การพยาบาลเบื้องต้นและรายงานแพทย์ ในกรณีที่พบว่าผู้ป่วยไม่สบายใจผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกไม่สบายใจนั้นออกมา เพื่อนำข้อมูลมาประเมินปัญหาและประสานงานกับเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลเพื่อเป็นแนวทางในการรักษาต่อไป

โดยในการวิจัยครั้งนี้พบกลุ่มตัวอย่างมีอาการเหนื่อย ปวด วิดกกังวล ขณะผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์จากทั้ง 2 แห่ง จำนวน 19 คน แบ่งเป็นมีอาการเหนื่อย จำนวน 4 คน ผู้วิจัยดูแลให้ออกซิเจนตามการรักษาที่ได้รับ จัดทำนอนที่ถูกต้อง และรายงานพยาบาลหัวหน้าเวรให้รับทราบ ในส่วนของโรคยศาสตร์ วัดค่าประมง ผู้วิจัยดูแลให้ออกซิเจนตามการรักษาที่ได้รับ จัดทำนอนที่ถูกต้อง วัดสัญญาณชีพและลงบันทึกไว้ จากนั้นเฝ้าดูอาการร่วมกับพูดให้กำลังใจผู้ป่วยจนอาการทุเลา ส่วนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน มีอาการปวดบริเวณที่เกิดพยาธิสภาพ ในกรณีที่ศูนย์มะเร็งมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ผู้วิจัยได้เสนอแนะในเรื่องของการทำสมาธิและสวดมนต์ พร้อมทั้งพูดให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยรวมทั้งประเมินอาการปวดและรายงานพยาบาลหัวหน้าเวรเพื่อปฏิบัติตามแนวทางการรักษาต่อไป ส่วนที่โรคยศาสตร์ วัดค่าประมง ผู้วิจัยได้เสนอแนะในเรื่องของการทำสมาธิและสวดมนต์ รวมทั้งประเมินอาการปวด จากนั้นอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย พร้อมทั้งพูดให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่าง 10 คนมีความวิตกกังวล ทั้งในเรื่องของอาการของโรคที่ลุกลามมากขึ้น และการระบายความในใจในเรื่องของความตาย ความห่วงใยครอบครัว ผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก พร้อมทั้งพูดให้กำลังใจผู้ป่วย มีบางรายที่ร้องไห้ออกมาระหว่างพูดคุย ระบายความรู้สึก ผู้วิจัยได้ให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกที่ค้างค้ำในจิตใจ และประเมินความวิตกกังวล ส่วนใหญ่ผู้ป่วยเมื่อได้ระบายความรู้สึกแล้วก็มีสภาพจิตใจที่ดีขึ้น

10. เมื่อผู้ป่วยทำแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของคำตอบ ถ้ายังขาดข้อใดผู้วิจัยจะหาเพิ่มเติมให้ได้แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์โดยในบางคำตอบจะได้มาจากการดูจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่แพทย์และพยาบาลบันทึกไว้ โดยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้ข้อมูลครบสมบูรณ์ 110 ชุด

## 11. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามมาวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูลผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ในการวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และชี้แจงให้ทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างหรือต่อการรักษาของแพทย์ พยาบาล คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งออกจากการศึกษาได้ก่อนที่การดำเนินการวิจัยครั้งนี้จะสิ้นสุดลง โดยมีต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลแต่อย่างใดต่อกลุ่มตัวอย่าง และการได้รับการรักษาจากแพทย์ และพยาบาล ผู้วิจัยจะหยุดการเก็บรวบรวมข้อมูลทันทีเมื่อเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการเปลี่ยนแปลง ซึ่งจะนำมาสู่อันตรายต่อกลุ่มตัวอย่าง เช่น เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้สึกตัวลดลง มีอาการซึ่งเกิดจากการลุกลามของโรค ซึ่งสามารถส่งผลให้เกิดอันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างเช่นอาการเหนื่อย ปวด อ่อนเพลีย หรือสัญญาณชีพผิดปกติขณะทำการเก็บรวบรวมข้อมูล นอกจากนี้ผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ระบายความรู้สึกและซักถามถึงข้อมูลต่างๆที่เกี่ยวกับโรคมะเร็ง โดยผู้วิจัยสามารถให้ข้อมูลได้ในขอบเขตของวิชาชีพเพื่อให้เกิดประโยชน์กลุ่มตัวอย่างให้มากที่สุด

### การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามแล้ว ผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ทางสถิติสำเร็จรูป โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยมีขั้นตอนดังนี้คือ

1. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม
2. ตรวจให้คะแนนแบบสอบถามตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
3. วิเคราะห์ ข้อมูล แบ่งเป็นสถิติที่ใช้ในการวิจัย คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์สัมพัทธ์เพียร์สัน และใช้สมการสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regressions) ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.1 ศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว บุคคลที่ช่วยเหลือดูแล โรคมะเร็งที่



เป็น ระยะเวลาในการเจ็บป่วย การรักษาที่ได้รับปัจจุบัน อาการข้างเคียงที่ได้รับจากการรักษา วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา โดยใช้ความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.2 การศึกษาการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา ความรุนแรงของอาการ เจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคมและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา โดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและพิสัย

3.3 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคมและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้าย โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) และใช้เกณฑ์ในการแปลผลค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ดังนี้ (Burns and Grove, 2003: 333)

ค่า r	ระดับความสัมพันธ์
0.1-0.3	ต่ำ
0.4-0.5	ปานกลาง
0.5 ขึ้นไป	สูง

3.4 การศึกษาความสามารถในการทำนายของ การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทาง ศาสนา ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม ในการทำนายความผาสุกทางจิต วิญญาณโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regressions)

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงพยากรณ์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนายระหว่าง การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามทั้ง 5 ฉบับ โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งเข้ารับการรักษาที่ศูนย์มะเร็งมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ จังหวัดปทุมธานี รวมทั้งศูนย์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อโรคยศาล วัดคำประมง จังหวัดสกลนคร จำนวน 34 ราย จากศูนย์มะเร็งมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์จำนวน 76 ราย รวม 110 คน โดยผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์และผู้ป่วยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยใช้ตารางที่ประกอบคำบรรยาย จำแนกเป็น 5 ตอน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

**ตอนที่ 1** การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

**ตอนที่ 2** การศึกษาระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

**ตอนที่ 3** การศึกษา การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

**ตอนที่ 4** การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

**ตอนที่ 5** การศึกษาความสามารถของ การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม ในการทำนาย ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ศูนย์วิทยุทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำแนกตามอายุ เพศ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา (n=110)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>อายุ</b>	$\bar{X} = 47.75$ SD=7.92	
ต่ำกว่า 19 ปี	1	.90
20-29	1	.90
30-39	19	17.30
40-49	28	25.50
50-59	57	51.80
60 ปีขึ้นไป	4	3.60
<b>เพศ</b>		
หญิง	71	64.55
ชาย	39	35.45
<b>สถานภาพสมรส</b>		
คู่	80	72.73
หม้าย	13	11.82
โสด	12	10.91
หย่า	5	4.55
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้รับการศึกษา	6	5.45
ประถมศึกษา	61	55.45
มัธยมศึกษาตอนต้น	13	11.82
มัธยมศึกษาตอนปลาย	6	5.45
ประกาศนียบัตร	9	8.18
ปริญญาตรี	15	13.64



ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำแนกตามอาชีพ รายได้ ความเพียงพอในการใช้จ่าย จำนวนสมาชิกในครอบครัว (n=110) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>อาชีพ</b>		
รับจ้าง	34	30.91
แม่บ้าน	24	21.82
เกษตรกรรวม	24	21.82
ค้าขาย	14	12.73
ธุรกิจส่วนตัว	8	7.27
รับราชการ	4	3.64
รัฐวิสาหกิจ	2	1.82
<b>รายได้</b>		
น้อยกว่า 5,000	12	10.90
5,000-10,000	51	46.40
10,001-20,000	33	30.00
20,001-30,000	5	4.50
มากกว่า 30,000	9	8.20
$\bar{X} = 12,653.64$ $SD = 10,451.44$		
<b>ความเพียงพอในการใช้จ่าย</b>		
เพียงพอ	82	74.55
ไม่เพียงพอ	28	25.45
<b>จำนวนสมาชิกในครอบครัว</b>		
อาศัยอยู่ลำพัง	1	.90
2-4	71	64.60
5-7	31	28.10
8-10	7	6.40

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำแนกตาม บุคคลที่ช่วยเหลือดูแล ชนิดของโรคมะเร็งที่เป็นและระยะเวลาในการเจ็บป่วย (n=110) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>บุคคลที่ช่วยเหลือดูแล</b>		
มีผู้ดูแล	96	87.27
ไม่มีผู้ดูแล	14	12.73
<b>ชนิดของโรคมะเร็งที่เป็น</b>		
มะเร็งปากมดลูก	24	21.82
มะเร็งเต้านม	16	14.55
มะเร็งศีรษะและคอ	16	14.55
มะเร็งตับและท่อน้ำดี	16	14.55
มะเร็งปอด	12	10.91
มะเร็งลำไส้	9	8.18
มะเร็งรังไข่	6	5.45
มะเร็งกระเพาะอาหาร	6	5.45
มะเร็งต่อมน้ำเหลือง	4	3.64
มะเร็งกระดูก	1	0.91
<b>ระยะเวลาในการเจ็บป่วย</b>		
น้อยกว่า 6 เดือน	30	27.27
6 เดือน - 1 ปี	41	37.27
1 - 2 ปี	22	20.00
ตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป	17	15.45

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำแนกตามการรักษาที่ได้รับปัจจุบัน  
อาการข้างเคียงที่ได้รับจากการรักษา (n=110) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>การรักษาที่ได้รับปัจจุบัน</b>		
เคมีบำบัด	2	1.82
ผ่าตัด+เคมีบำบัด	9	8.18
รังสีรักษา+เคมีบำบัด	44	40.00
ผ่าตัด+รังสีรักษา+เคมีบำบัด	26	23.64
การรักษาตามอาการ	29	26.36
<b>อาการข้างเคียงที่ได้รับจากการรักษา</b>		
อ่อนเพลีย	32	29.09
ปวด	19	17.27
เบื่ออาหาร	17	15.45
ท้องผูก	15	13.64
นอนไม่หลับ	11	10.00
คลื่นไส้ อาเจียน	8	7.28
ผมร่วง	8	7.28

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็น ร้อยละ 64.55 มีอายุอยู่ในช่วง 50 - 59 ปี คิดเป็นร้อยละ 51.8 มีสถานภาพสมรสส่วนใหญ่คือ สถานะคู่ คิดเป็นร้อยละ 72.73 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่คือ ประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 55.45 อาชีพส่วนใหญ่คือ อาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 30.91 โดยมีรายได้เฉลี่ยเท่ากับ 12,653.54 บาท ซึ่งส่วนใหญ่เป็นรายได้ที่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 74.55 สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่มีจำนวน 2 - 4 คน คิดเป็นร้อยละ 64.6 โรคมะเร็งที่เป็นส่วนใหญ่คือ มะเร็งปากมดลูก คิดเป็นร้อยละ 21.82 ระยะเวลาในการเจ็บป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 6 เดือน - 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.27 การรักษาที่ได้รับปัจจุบันส่วนใหญ่คือ รังสีรักษา+เคมีบำบัด คิดเป็นร้อยละ 40.00 และอาการข้างเคียงที่ได้รับจากการรักษาส่วนใหญ่คือ อ่อนเพลีย คิดเป็นร้อยละ 29.09



ตอนที่ 2 การศึกษาระดับความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย  
 ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ  
 ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยรวม รายด้านและรายข้อ (n=110)

ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ
<b>ด้านความพึงพอใจในสิ่งที่เป็นอย่าง</b>	<b>5.42</b>	<b>0.66</b>	
ทำดียอมได้รับผลดี	5.60	0.55	
การปฏิบัติธรรมทำให้สงบ	5.48	0.59	
การปฏิบัติตามคำสอนของศาสนานำไปสู่ความสงบ	5.45	0.61	
คำสอนในศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ	5.44	0.74	
การสวดมนต์หรือการทำสมาธิทำให้มีความอึ้งมึนใจ	5.41	0.61	
ความศรัทธาในศาสนาทำให้ไม่รู้สึกละแฉง	5.40	0.61	
การทำความดีทำให้มีความสุข	5.30	0.78	
คำสอนของศาสนาช่วยให้จิตใจเข้มแข็ง	5.17	0.66	
มีที่พึ่งทางใจ	5.17	0.65	
การทำความดีช่วยให้ความทุกข์ลดลง	5.15	0.76	
<b>ด้านความพึงพอใจในความผูกพันยึดมั่นกับศาสนา</b>	<b>5.11</b>	<b>0.69</b>	
การมีเป้าหมายในชีวิต	5.42	0.67	
ชีวิตเป็นประสบการณ์ที่ดีงาม	5.37	0.70	
ชีวิตมีคุณค่า	5.28	0.78	
ชีวิตมีเป้าหมายที่สามารถเป็นจริง	5.27	0.65	
รู้สึกดีเกี่ยวกับอนาคต	5.19	0.61	
มีความหวังในชีวิต	5.18	0.64	
มีความหวังว่าชีวิตจะมีความสุข	5.09	0.64	
ชีวิตมีความสุขสมบูรณ์	5.08	0.77	
ชีวิตมีความสุขสงบ	5.02	0.70	
ชีวิตมีความรื่นรมย์	4.78	0.85	
<b>โดยรวม</b>	<b>5.26</b>	<b>0.39</b>	<b>สูง</b>

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีค่าเฉลี่ยความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยรวมเท่ากับ 5.26 หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง โดยเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดได้แก่ ความผาสุกในสิ่งที่เป็นอยู่ ซึ่งอยู่ในระดับสูงโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.28 ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดได้แก่ ความผาสุกในความศรัทธายึดมั่นในศาสนา ซึ่งอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.25 ส่วนข้อที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณสูงสุดได้แก่ ข้อที่ 1 ซึ่งถามว่า ฉันเชื่อในคำสอนที่ว่าทำดีย่อมได้รับผลดี โดยมีค่าเฉลี่ยความผาสุกทางจิตวิญญาณเท่ากับ 5.60 รองลงมาคือข้อที่ 19 ซึ่งถามว่าฉันเชื่อว่าการปฏิบัติธรรมช่วยให้มีชีวิตที่สงบและไม่ว้าวุ่น โดยมีค่าเฉลี่ยความผาสุกทางจิตวิญญาณเท่ากับ 5.48 ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดได้แก่ ข้อที่ 12 ซึ่งถามว่า ฉันรู้สึกว่าคุณมีความรื่นรมย์ในชีวิต โดยมีค่าเฉลี่ยความผาสุกทางจิตวิญญาณเท่ากับ 4.78



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจทางจิตวิญญาณและการปฏิบัติกิจที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจำแนกตามสถานที่เก็บข้อมูล

ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ	วัดคำประมง(n=34)		ศูนย์มะเร็งมหาวชิราลงกรณ์(n=76)	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.
-ด้านความพึงพอใจในสิ่งที่เป็นอย่างอยู่	5.40	0.35	5.23	0.42
-ด้านความพึงพอใจในความผูกพันยึดมั่นกับศาสนา	5.40	0.35	5.18	0.43
<b>โดยรวม</b>	<b>5.40</b>	<b>0.35</b>	<b>5.20</b>	<b>0.40</b>
การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา				
-ด้านทาน	4.10	0.40	3.73	0.47
-ด้านศีล	4.54	0.32	4.55	0.31
-ด้านภาวนา	4.77	0.38	4.12	0.53
<b>โดยรวม</b>	<b>4.45</b>	<b>0.26</b>	<b>4.13</b>	<b>0.33</b>

จากตารางที่ 5 พบว่า ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของวัดคำประมงและศูนย์มะเร็งมหาวชิราลงกรณ์อยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.40 และ 5.20 ตามลำดับ โดยเมื่อแยกความพึงพอใจทางจิตวิญญาณตามรายด้านพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายวัดคำประมงมีความพึงพอใจทางจิตวิญญาณสูงกว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายศูนย์มะเร็งมหาวชิราลงกรณ์ทั้งสองด้าน

ส่วนการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของวัดคำประมงและศูนย์มะเร็งมหาวชิราลงกรณ์อยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.45 และ 4.13 ตามลำดับ โดยเมื่อแยกเป็นรายด้านพบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายวัดคำประมงมีการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาด้านภาวนามากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.77 และมีการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาด้านทานน้อยที่สุดโดยมีค่าเฉลี่ย 4.10 ส่วนผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายศูนย์มะเร็งมหาวชิราลงกรณ์มีการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาด้านศีลมากที่สุดโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.55 และมีการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาด้านทานน้อยที่สุดโดยมีค่าเฉลี่ย 3.73



ตอนที่ 3 การศึกษา การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา ความรุนแรงของอาการ  
เจ็บป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับ  
กิจกรรมทางศาสนาโดยรวมและรายด้าน (n=110)

การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทาง ศาสนา	$\bar{X}$	SD
<b>ด้านทาน</b>	<b>3.84</b>	<b>0.48</b>
ยินดีเมื่อผู้อื่นได้ดีหรือมีความสุข	4.71	0.64
ให้อภัยกับผู้อื่น	4.55	0.66
ทำบุญแล้วอุทิศส่วนกุศลให้ผู้มีพระคุณ	4.47	0.74
ทำบุญตักบาตรหรือถวายสังฆทาน	4.18	0.88
ให้ความรู้หรือคำแนะนำโยชน์กับผู้อื่น	4.15	0.94
บริจาควัตถุ สิ่งของ หรือเงินแก่ผู้อื่น	4.01	0.81
บำเพ็ญสาธารณประโยชน์	3.28	1.12
ทำบุญวันเกิด/ทำบุญตามเทศกาล	2.67	1.05
ทำบุญด้วยการทอดผ้าป่า/ทอดกฐิน	2.58	0.86
<b>ด้านศีล</b>	<b>4.55</b>	<b>0.31</b>
ไม่ได้ทำให้ผู้อื่นสูญเสียของรัก	4.94	0.43
ไม่นำของผู้อื่นมาใช้ส่วนตัวโดยไม่ได้รับ อนุญาต	4.93	0.44
พูดในสิ่งที่ดีกับผู้คนรอบข้าง	4.87	0.39
ไม่ทำให้ผู้อื่นได้รับบาดเจ็บหรือเดือดร้อน	4.86	0.48
ไม่ดื่มสุราหรือของมึนเมา	4.79	0.76
พูดตรงกับความจริงและไม่พูดโกหก	4.72	0.64
ปฏิบัติตามหลักศีลธรรมของศาสนา	4.68	0.66
ไม่หลงโทษสัตว์ด้วยการขว้างปาหรือทุบตี	4.53	0.84
พูดเพื่อให้ผู้ฟังสบายใจ	2.61	1.38

ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติที่

สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาโดยรวมและรายด้าน (n=110)ต่อ

การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา	$\bar{X}$	SD
ด้านภavana	4.32	0.57
พิจารณาว่า การเกิด แก่ เจ็บ และตาย		
เป็นธรรมชาติชีวิตที่ทุกคนต้องเผชิญ	4.92	0.41
ปฏิบัติตามหลักคำสอนของศาสนา	4.80	0.48
มีสติระลึกรู้อยู่ตลอดเวลาถึงความคิด		
และการกระทำของตน	4.77	0.50
แผ่เมตตาให้กับสิ่งมีชีวิตทั้งหลาย	4.55	0.81
สวดมนต์หรือเจริญภาวนา	4.33	0.93
ฟังธรรมหรือสนทนาธรรม	3.75	1.13
ปฏิบัติสมาธิ	3.15	1.50
โดยรวม	4.23	0.34

จากตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์พบว่า ค่าเฉลี่ยการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาโดยรวมมีค่าเท่ากับ 4.23 ซึ่งอยู่ในระดับสูงหมายถึงผู้ปวยมะเร็งระยะสุดท้ายมีการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาอยู่ในระดับสูง โดยเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาด้านศีล มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงที่สุดเท่ากับ 4.55 และการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาด้านทานซึ่งมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 3.84 หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาโดยรวมอยู่ในระดับสูง และเมื่อพิจารณาตามรายชื่อ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ การไม่ได้ทำให้ผู้อื่นสูญเสียของรัก โดยมีค่าเฉลี่ย 4.94 และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การทำบุญด้วยการทอดผ้าป่า/ทอดกฐิน โดยมีค่าเฉลี่ย 2.58

ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ความรุนแรงของ  
อาการเจ็บป่วย (n=110)

การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย	$\bar{X}$	SD
<b>ด้านร่างกาย</b>	<b>2.87</b>	<b>0.80</b>
การดำเนินชีวิตประจำวัน	3.51	1.04
ความอ่อนแอของร่างกาย	3.04	0.96
ความรุนแรงของการเจ็บป่วย	2.52	0.95
การเกิดอาการแทรกซ้อนทางร่างกาย	2.43	1.08
<b>ด้านจิตใจ</b>	<b>2.71</b>	<b>0.57</b>
การทำใจยอมรับการเจ็บป่วย	3.82	0.80
ความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	2.93	1.01
ความทุกข์ทรมานใจ	2.78	1.04
รู้สึกเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยที่ทรุดลง	2.34	1.06
ความกังวลใจเกี่ยวกับรูปร่างหน้าตา	1.68	0.83
<b>ด้านสังคม</b>	<b>2.89</b>	<b>0.60</b>
การทำหน้าที่ในครอบครัวและการทำงานได้ตามปกติ	3.37	0.94
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	3.24	0.98
การเป็นภาระของผู้อื่น	2.99	1.10
การเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษา	2.94	1.06
การเป็นปัญหาต่อสัมพันธภาพในครอบครัว	1.89	0.93
<b>ด้านจิตวิญญาณ</b>	<b>3.30</b>	<b>0.52</b>
การมีความหมายและเป็นที่พึ่งให้ลูกหลาน	4.02	0.73
เป็นผลกรรมในอดีต	3.91	0.85
ความเจ็บป่วยทำให้รู้สึกสิ้นหวัง	2.65	1.09
การหายจากการเจ็บป่วย	2.63	1.15
<b>โดยรวม</b>	<b>2.93</b>	<b>0.51</b>



จากตารางที่ 7 พบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยโดยรวมของผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้ายมีค่าเท่ากับ 2.93 หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีการรับรู้ความรุนแรงของ อาการเจ็บป่วยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาจำแนกตามรายด้าน พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ย มากที่สุดคือการรับรู้ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยด้านจิตวิญญาณ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.30 แสดงว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายรับรู้ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยมากที่สุดด้านจิตวิญญาณ และ ด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือการรับรู้ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยด้านจิตใจโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.71 แสดงว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายรับรู้ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยน้อยที่สุดด้านจิตใจ เมื่อ พิจารณาเป็นรายข้อ ข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือการมีความหมายและเป็นที่ยิ่งใหญ่ให้ลูกหลานโดย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.02 แสดงว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายรับรู้ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยมากที่สุด เกี่ยวกับการที่ตนเองไม่มีความหมายและไม่สามารถเป็นที่พึ่งให้ลูกหลาน และข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ย น้อยที่สุดคือ ความกังวลใจเกี่ยวกับรูปร่างหน้าตาโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.68 แสดงว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะ สุดท้ายรับรู้ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยน้อยที่สุดเกี่ยวกับการกังวลใจเรื่องรูปร่างหน้าตา



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยรวมและรายด้าน (n=110)

แรงสนับสนุนทางสังคม	$\bar{X}$	SD
<b>ด้านข่าวสาร</b>	<b>4.25</b>	<b>0.61</b>
การได้รับความแนะนำที่เป็นประโยชน์	4.25	0.61
<b>ด้านอารมณ์</b>	<b>4.39</b>	<b>0.50</b>
การได้รับความสนใจเอาใจใส่ทุกข์สุข	4.43	0.59
การมีขวัญและกำลังใจ เมื่อท้อแท้	4.42	0.59
การมีผู้ที่จะอยู่ช่วยเหลือ เมื่อต้องการ	4.37	0.62
ความไว้วางใจ ปรับทุกข์และบอกความในใจได้	4.38	0.62
<b>ด้านสิ่งของ</b>	<b>4.30</b>	<b>0.54</b>
การมีผู้ช่วยดูแลภารกิจ ยามต้องจากไป	4.36	0.62
การได้รับความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน	4.34	0.56
การได้รับความช่วยเหลือเมื่อต้องการ	4.25	0.61
<b>โดยรวม</b>	<b>4.35</b>	<b>0.49</b>

จากตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์พบว่า ค่าเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีค่าเท่ากับ 4.35 อยู่ในระดับสูง โดยเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงที่สุดเท่ากับ 4.39 หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์มากที่สุด และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมด้านข่าวสาร ซึ่งมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 4.25 หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข่าวสารอยู่น้อยที่สุด และเมื่อพิจารณาตามรายข้อพบว่าข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ การได้รับความสนใจเอาใจใส่ทุกข์สุขโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.43 แสดงว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการเอาใจใส่ทุกข์สุขมากที่สุด และข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือการได้รับความแนะนำที่เป็นประโยชน์และข้อคำถามการได้รับความช่วยเหลือเมื่อต้องการโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.25 แสดงว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับได้รับความแนะนำที่เป็นประโยชน์และการได้รับความช่วยเหลือเมื่อต้องการน้อยที่สุด

ตอนที่ 4 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ตารางที่ 9 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา ความรุนแรงของการเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม (n=110)

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

จากตารางที่ 9 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมากที่สุดได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = 0.49$ ) และความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -0.49$ ) ส่วนการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = 0.18$ )

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



**ตอนที่ 5 การศึกษาความสามารถของการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม ในการทำนาย ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย**

**ตารางที่ 10** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรที่ได้รับเลือกเข้าสู่สมการถดถอย ค่าอำนาจการพยากรณ์ ( $R^2$ ) ค่าอำนาจการพยากรณ์ที่เพิ่มขึ้น ( $R^2$  Change) ในการพยากรณ์ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเมื่อใช้วิธีแบบขั้นตอน (Stepwise) (n=110)

ลำดับขั้นการพยากรณ์	R	$R^2$	$R^2$ Change	F	P-Value
ความรุนแรงของการเจ็บป่วย	0.49	0.24	0.24	33.51	0.00
การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา	0.58	0.34	0.10	16.90	0.00
แรงสนับสนุนทางสังคม	0.64	0.40	0.06	11.27	0.00

จากตารางที่ 10 พบว่า ในขั้นตอนที่ 1 ความรุนแรงของการเจ็บป่วยถูกเลือกเข้าสู่สมการเป็นตัวแรก และสามารถอธิบายความแปรปรวนของความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าอำนาจการพยากรณ์เท่ากับ 0.24 ( $R^2=0.24$ ) ซึ่งหมายถึง ความรุนแรงของการเจ็บป่วยสามารถพยากรณ์ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ร้อยละ 24

ขั้นที่ 2 ตัวแปรพยากรณ์การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา ถูกเลือกเข้าสู่สมการเป็นตัวที่ 2 และตัวแปรพยากรณ์ทั้งสองตัวร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 10 ( $R^2$ Change = 0.10) โดยทำให้ค่าอำนาจการพยากรณ์เพิ่มขึ้นเป็น 0.34 ( $R^2=0.34$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งหมายถึง ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา สามารถร่วมกันพยากรณ์ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ร้อยละ 34

ขั้นที่ 3 ตัวแปรพยากรณ์แรงสนับสนุนทางสังคมถูกเลือกเข้าสู่สมการเป็นตัวที่ 3 และตัวแปรพยากรณ์ทั้งสองตัวร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 0.06 ( $R^2$ Change = 0.06) โดยทำให้ค่าอำนาจการพยากรณ์เพิ่มขึ้นเป็น 0.40 ( $R^2=0.40$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ( $F = 11.27$ ) ซึ่งหมายถึง ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา และแรงสนับสนุนทางสังคม

สามารถร่วมกันพยากรณ์ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**ตารางที่ 11** ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) การทดสอบนัยสำคัญของค่า b และแสดงสมการถดถอยพหุคูณที่ใช้พยากรณ์ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้จากการคัดเลือกตัวแปรโดยใช้วิธีขั้นตอน (Stepwise) (n=110)

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

จากตารางที่ 11 พบว่า สัมประสิทธิ์การทำนายของตัวแปรพยากรณ์ทั้งสามตัว มีนัยสำคัญที่ระดับ .01 โดยที่ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยแปรผันในทางตรงกันข้ามกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

และเมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน พบว่า ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสามารถในการพยากรณ์ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้มากที่สุด โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยมาตรฐาน เท่ากับ -0.44 และค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน รองลงมาได้แก่การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา และแรงสนับสนุนทางสังคม โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน เท่ากับ 0.30 และ 0.29 ตามลำดับ

โดยสามารถสร้างสมการพยากรณ์ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ดังนี้

**สมการในรูปคะแนนดิบ**

$$Y_{\text{ความผาสุกทางจิตวิญญาณ}} = 3.82 - 0.34_{\text{ความรุนแรงของการเจ็บป่วย}} + 0.34_{\text{การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา}} + 0.23_{\text{แรงสนับสนุนทาง}}$$

สังคม

**สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน**

$$\hat{Z}_{\text{ความผาสุกทางจิตวิญญาณ}} = -0.44_{\text{ความรุนแรงของการเจ็บป่วย}} + 0.30_{\text{การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา}} + 0.29_{\text{แรงสนับสนุนทางสังคม}}$$

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนายระหว่าง การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยมะเร็งที่นับถือศาสนาพุทธและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นมะเร็งในระยะที่ 3 และ 4 หรือมีการแพร่กระจายของโรคไปยังระบบต่าง ๆ ของร่างกาย และได้รับการรักษาไม่ว่าจะเป็นการให้ยาเคมีบำบัด รังสีรักษา หรือการผ่าตัดซึ่งมีจุดประสงค์ในการรักษาเพื่อประคับประคอง และเข้ารับการรักษาที่ศูนย์มะเร็งมหาราชวิทยาลัย จังหวัดปทุมธานี รวมทั้งศูนย์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อโรคยศาล วัดคำประมง จังหวัดสกลนครจำนวน 110 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 5 ส่วนคือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ แบบประเมินการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และตรวจสอบความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของกลุ่มตัวอย่าง ได้เท่ากับ .89, .79, .84 และ .92 ตามลำดับ

การศึกษานี้ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองพร้อมทั้งผู้ช่วยวิจัย 1 คน ระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูลคือเดือนพฤษภาคมถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2552 โดยผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลผ่านผู้อำนวยการศูนย์มะเร็งมหาราชวิทยาลัย จังหวัดปทุมธานี และเจ้าอาวาสวัดคำประมง จังหวัดสกลนคร เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยในการเข้าร่วมการวิจัย และขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม โดยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้ข้อมูลครบสมบูรณ์ 110 ชุด

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ศึกษาความสัมพันธ์



ระหว่าง การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และศึกษาความสามารถในการทำนาย โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regressions)

### สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 64.55 มีอายุอยู่ในช่วง 50 – 59 ปี คิดเป็นร้อยละ 51.8 มีสถานภาพสมรสส่วนใหญ่คือ สถานะคู่ คิดเป็นร้อยละ 72.73 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่คือ ประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 55.45 อาชีพส่วนใหญ่คือ อาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 30.91 โดยมีรายได้เฉลี่ยเท่ากับ 12,653.54 บาท ซึ่งส่วนใหญ่เป็นรายได้ที่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 74.55 สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่มีจำนวน 2 - 4 คน คิดเป็นร้อยละ 64.6 โรคมะเร็งที่เป็นส่วนใหญ่คือ มะเร็งปากมดลูก คิดเป็นร้อยละ 21.82 ระยะเวลาในการเจ็บป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 6 เดือน - 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.27 การรักษาที่ได้รับปัจจุบันส่วนใหญ่คือ รังสีรักษา+เคมีบำบัด คิดเป็นร้อยละ 40.00 และอาการข้างเคียงที่ได้รับจากการรักษาส่วนใหญ่คือ อ่อนเพลีย คิดเป็นร้อยละ 29.09

2. ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.26 (SD = 0.39) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดได้แก่ ความผาสุกในสิ่งที่เป็นอย่าง โดยมีความเฉลี่ยเท่ากับ 5.28 (SD=0.40) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดได้แก่ ความผาสุกในความศรัทธายึดมั่นในศาสนา โดยมีความเฉลี่ยเท่ากับ 5.25 (S.D. = 0.43)

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ( $r=0.49$ ,  $p<.05$ ) และการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา ( $r=0.18$ ,  $p<.05$ ) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบได้แก่ ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ( $r = -0.49$ ,  $p<.05$ )

4. การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ พบว่า ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาและแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้ร้อยละ 40.00 ( $R^2 = .40$ ) และสร้างสมการทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในรูปแบบคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐาน ได้ดังนี้

### สมการในรูปคะแนนดิบ

$$Y_{\text{ความผาสุกทางจิตวิญญาณ}} = 80.99 - 0.37_{\text{ความรุนแรงของการเจ็บป่วย}} + 0.27_{\text{การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา}} + 0.57_{\text{การสนับสนุนทาง}}$$

สังคม

### สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$\hat{Z}_{\text{ความผาสุกทางจิตวิญญาณ}} = -0.44_{\text{ความรุนแรงของการเจ็บป่วย}} + 0.30_{\text{การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา}} + 0.29_{\text{การสนับสนุนทางสังคม}}$$

### การอภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัยจะนำเสนอเรียงลำดับตามวัตถุประสงค์การวิจัย โดยแบ่งออก 3 ตอน ดังนี้

#### 1. วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 ระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นอย่างไร

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความผาสุกทางจิตวิญญาณโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.26 โดยเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดได้แก่ ความผาสุกในสิ่งที่เป็นอยู่ ซึ่งอยู่ในระดับสูงโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.28 ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดได้แก่ ความผาสุกในความศรัทธายึดมั่นในศาสนา ซึ่งอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.25 โดยพบว่า คำถามที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณสูงสุดได้แก่ คำถามเกี่ยวกับการทำดีย่อมได้รับผลดี โดยมีค่าเฉลี่ยความผาสุกทางจิตวิญญาณเท่ากับ 5.60 รองลงมาคือคำถามเกี่ยวกับ การปฏิบัติธรรมช่วยให้ชีวิตมีความสุขและไม่ว่าวุ่น โดยมีค่าเฉลี่ยความผาสุกทางจิตวิญญาณเท่ากับ 5.48 ส่วนคำถามที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดได้แก่ คำถามเกี่ยวกับความรื่นรมย์ในชีวิต โดยมีค่าเฉลี่ยความผาสุกทางจิตวิญญาณเท่ากับ 4.78 ( $\bar{X} = 5.26$ , S.D=0.39)

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง ซึ่งความผาสุกทางจิตวิญญาณในที่นี้ประกอบด้วย ความผาสุกในสิ่งที่เป็นอยู่ว่าได้แก่ความรู้สึกมีเป้าหมายและความหมายของชีวิต ความพึงพอใจในชีวิต และความผาสุกในความศรัทธายึดมั่นทางศาสนา ได้แก่การมีศาสนาเป็นที่ศรัทธายึดมั่น และการมีเป้าหมายและความพึงพอใจในชีวิต รวมถึงความเชื่อและการปฏิบัติตามหลักพุทธศาสนา ทั้งนี้อาจเนื่องจากหลักศาสนาพุทธ สอนให้คนรู้จักกระทำแต่ความดีและรู้จักการปล่อยวาง ยอมรับในหลักของธรรมชาติตามกฎของไตรลักษณ์ ทำให้ผู้ป่วยยอมรับการเจ็บป่วยได้มากขึ้น และรู้สึกทุกข์ใจน้อยลง ซึ่งสัมพันธ์กับข้อคำถามจากแบบสอบถามที่โดยส่วนใหญ่จะมีความเกี่ยวข้องกับศาสนาเป็นหลัก นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษานี้ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อในเรื่องของบุญ-กรรม ชีวิตหลังความตาย ชาติภพ เชื่อในการทำ

ดีได้ดีทำชั่วได้ชั่ว เชื่อว่าการเกิด แก่ เจ็บ ตายเป็นเรื่องธรรมดา และยอมรับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ สามารถเผชิญกับความตายได้อย่างสงบ

การเปรียบเทียบความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายทั้งสองกลุ่ม พบว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายวัดค่าประมงสูงกว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของศูนย์มะเร็งมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราลงกรณ์ อาจเกิดจากปัจจัยหลายด้านในเรื่องของสถานที่ สิ่งแวดล้อม เพราะที่วัดค่าประมงมีความแตกต่างกับศูนย์มะเร็งมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราลงกรณ์ คือผู้ป่วยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ในการรับการรักษา อีกทั้งมีการจัดสิ่งแวดล้อมให้คล้ายคลึงกับอยู่ที่บ้าน และอนุญาตให้ญาติหรือผู้ดูแลอยู่เฝ้าได้ นอกจากนี้ยังจัดให้มีการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาอยู่อย่างสม่ำเสมอ อีกทั้งยังเปิดรับการแพทย์ทางเลือก เช่น คนตรีบำบัดหรือสมาธิบำบัดและการแพทย์แผนไทยที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรม ประเพณีของสังคมไทย ร่วมกับการมีจิตอาสาหรืออาสาสมัครสร้างกำลังใจแก่ผู้ป่วย โดยให้ความสำคัญในเรื่องการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก ในขณะที่ศูนย์มะเร็งมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราลงกรณ์ก็ได้จัดสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศที่เงียบ สงบเพื่อสนองตอบความต้องการของผู้ป่วยเช่นกัน รวมถึงมีการแพทย์ทางเลือกร่วมกับการรักษาด้วย เช่นคนตรีบำบัดหรือสมาธิบำบัด แต่ยังมีข้อจำกัดในเรื่องของการอนุญาตให้ญาติผู้ป่วยเฝ้า หรือเรื่องค่ารักษาพยาบาล ดังนั้นความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายทั้งสองแห่งจึงอยู่ในระดับสูง

ผลการศึกษาคั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของพรพรม รุจิไพโรจน์ (2550) ที่ศึกษาพบว่า ระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก พระพุทธศาสนามีหลักธรรมคำสอนที่สำคัญ คือ การทำความดีละเว้นความชั่ว ทำจิตใจให้บริสุทธิ์ และมีคำสอนเกี่ยวกับชีวิตและความตายว่าเป็นเรื่องธรรมดาของชีวิต คนเราเกิดมาแล้วต้องแก่ ต้องเจ็บ ต้องตาย สิ่งทั้งหลายเกิดขึ้น ตั้งอยู่แล้วดับไป ทุกสิ่งมีการเปลี่ยนแปลง ไม่เที่ยง (พระธรรมปิฎก, 2538) จะเห็นได้ว่าศาสนามีส่วนช่วยในการยึดเหนี่ยวจิตใจของผู้ป่วย ช่วยในการเผชิญกับความตายที่ใกล้เข้ามา ช่วยอธิบายและค้นหาความหมายของชีวิต ช่วยให้อยอมรับในเรื่องของการสูญเสีย นอกจากนี้ การที่ในวาระสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วยมีโอกาสได้อยู่ใกล้ชิดชิดท่ามกลางคนที่รักและห่วงใย อีกทั้งการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายหรือปลดปล่อยสิ่งที่ยังค้างคาอยู่ในจิตใจ ก็สามารถทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีอะไรที่ต้องห่วงหรือติดค้างในใจอีก ทำให้พร้อมที่จะเผชิญความตายอย่างสงบ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



2.วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

### 2.1 การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนามีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ผลการศึกษาพบว่า การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนามีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r=.18$ ) (ตารางที่10) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 หมายความว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาสูงมีความผาสุกทางจิตวิญญาณสูง สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีของ O'Brien (2008) ซึ่งมาจากแนวคิดการดูแลมนุษย์แบบองค์รวม และกล่าวถึงปัจจัยหลักคือ การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เช่นการสักการบูชาพระศาสดา การสวดมนต์ เมื่อผู้ป่วยได้มีโอกาสปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา มองชีวิตและความตายเป็นสัจธรรม ซึ่งจะนำไปสู่ความผาสุกทางจิตวิญญาณ ดังเห็นได้จากการที่ผู้วิจัยได้มีโอกาสสัมภาษณ์กับกลุ่มตัวอย่างพบว่า เมื่อเริ่มรับรู้ตัวตนเองป่วย ก็จะทำปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนที่เจ็บป่วย เช่น สวดมนต์ นั่งสมาธิ ทำบุญ โดยเชื่อว่า การได้มีโอกาสทำบุญ ทำสมาธิ และปฏิบัติตามคำสอนของศาสนา จะช่วยให้อาการของโรคดีขึ้นและทำให้จิตใจสงบ สงบและทุกข์ทรมานน้อยลง

จากการสัมภาษณ์ของผู้วิจัยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่บอกว่าเมื่อมีโอกาสได้ทำบุญ ทำทาน ตักบาตร สวดมนต์ การได้ฟังธรรมโอวาทจากพระสงฆ์ ช่วยให้จิตใจสงบขึ้น ซึ่งการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาในที่นี้คือ การปฏิบัติที่ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายกระทำตามหลักความเชื่อในศาสนาพุทธในเรื่องทาน ได้แก่ การทำบุญ การตักบาตรและการบริจาคทาน เรื่องการรักษาศีลห้า เรื่องการภาวนา ได้แก่ การสันทนาธรรม การฟังธรรม การอ่านหนังสือธรรมะ การสวดมนต์ การนั่งสมาธิ การเดินจงกรม การระลึกถึงความคิดและการกระทำของตนเอง ผลการศึกษาค้นคว้าสอดคล้องกับฉวีวรรณ ไพรวัลย์ (2540) พบว่าการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยเอดส์ โดยเฉพาะในสังคมไทย ศาสนาเป็นสิ่งที่มีความเกี่ยวข้องกับผูกพันกับวิถีชีวิตของชาวพุทธนับตั้งแต่เกิด บุคคลที่มีความเชื่อมั่น ศรัทธาในศาสนาจึงปฏิบัติตามตามความเชื่อตามหลักศาสนาในวิถีพุทธ เพื่อให้เกิดความสงบ คลายความทุกข์และเกิดความสุขในจิตใจ ดังนั้นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายซึ่งได้รับความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานจากโรค การที่ได้ระลึกถึงหรือได้มีโอกาสปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา จึงเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจของผู้ป่วยว่าตนได้เคยมีโอกาสทำความดี ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ นอกจากนี้การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนายังเป็นการ

กระทำที่สอดคล้องหลักธรรม ในการกระทำนั้น ๆ ผู้ที่มีโอกาสได้มีการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาบ่อยและระดับลึกซึ้ง จึงมีโอกาสได้พบกับความสงบ ความสุขและเกิดปัญญาในการพิจารณาความจริงของชีวิต (สมเด็จพระญาณสังวร, 2540) ดังนั้นการที่ผู้ป่วยได้มีโอกาสปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาก็จะเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ

## 2.2 แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ( $r=0.49$ ) (ตารางที่10) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ซึ่งหมายความว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง จะมีความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง และกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ จะมีความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีของ O'Brien (2008) ซึ่งมาจากแนวคิดการดูแลมนุษย์แบบองค์รวม และกล่าวถึงปัจจัยหลักของความผาสุกด้านจิตวิญญาณคือ แรงสนับสนุนทางสังคม จาก ญาติ พี่น้อง เพื่อนหรือผู้ดูแล เมื่อผู้ป่วยได้รับกำลังใจหรือความเอาใจใส่ในสภาวะที่ผู้ป่วยประสบอยู่ ไม่รู้สึกถูกทอดทิ้งหรือเป็นภาระ ก็จะไปสู่ความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วย บิดา มารดา สามี บุตรหลาน และญาติ ที่เป็นสมาชิกในครอบครัว รวมถึงบุคลากรทางสาธารณสุข เช่นแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและทีมสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยอย่างมาก ที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจต่อสู้กับโรคร้ายไข้เจ็บต่อไป ให้กำลังใจ ความเอาใจใส่ เชื้ออาหาร ให้ความรัก เห็นอกเห็นใจ และมีความผูกพัน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) ซึ่งส่งผลต่อการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจตามมา โดยพบว่าข้อคำถามที่ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายรับรู้ว่าคุณเองได้รับการสนับสนุนมากที่สุด คือ การได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) แสดงถึงการที่ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายรับรู้ว่าคุณเองได้รับความรัก ความเอาใจใส่ รับรู้ว่าคุณเองมีความสำคัญ และสามารถที่จะพึ่งพาอาศัยบุคคลในครอบครัวและบุคลากรทางสาธารณสุขได้ค่อนข้างดี

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากร้อยละ 80 มีสถานภาพคู่ คู่สมรสเป็นบุคคลหนึ่งที่มีผลต่อความผาสุกของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เนื่องจากมีความผูกพันกัน เมื่อคู่ชีวิตเจ็บป่วยย่อมจะต้องคอยดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน ผู้ที่มีคู่สมรสเป็นผู้คอยให้ความช่วยเหลือให้ความเห็นอกเห็นใจ และเป็นคู่คิดคู่ปรึกษานั้นจะช่วยให้ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบุคคลที่คอยให้ความช่วยเหลือดูแลร้อยละ 96 (ตาราง 3) แม้ว่าบางรายจะอยู่ตามลำพัง แต่ก็จะมีอาศัยในบริเวณบ้านที่ใกล้เคียงกับบุตรหลานหรือญาติพี่น้อง ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลเอาใจใส่จาก

ทั้งคู่สมรส บุตรหลาน และญาติพี่น้องซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัว การได้รับความรัก ความห่วงใย ให้ความช่วยเหลือดูแลเอาใจใส่จากบุคคลรอบข้าง ทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกที่ตนเองยังมีคุณค่า ยังเป็นที่ต้องการของบุคคลรอบข้าง ทำให้มีความหวัง กำลังใจ และมีเป้าหมายในการดำรงชีวิตอยู่ต่อไป ดังนั้น เมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายที่คุกคามต่อชีวิต สมาชิกในสังคมจะให้ความช่วยเหลือด้วยการให้กำลังใจ ให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถต่อสู้กับภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นและเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น

จากการพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นกับกลุ่มตัวอย่าง บางรายกล่าวว่าตอนแรกที่ทราบว่าเป็นมะเร็งก็รู้สึกกลัว ท้อแท้ คิดแต่ในทางลบ แต่เมื่อมารับการรักษาได้มีโอกาสพบกับผู้ป่วยอื่นที่เป็นโรคมะเร็งเหมือนกัน ทำให้รู้สึกมีกำลังใจมากขึ้น นอกจากนี้สิ่งแวดล้อม สังคมและวัฒนธรรมของไทย ยังมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกันในครอบครัว มีความห่วงใย คอยให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวตามความเชื่อทางศาสนาเช่นการทำบุญ ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจมากขึ้น จากการศึกษาเรื่องจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากของ Walton & Sullivan (2004) พบว่า ผู้ป่วยมีการเยียวยาด้านจิตวิญญาณโดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคม การมีจิตใจที่เข้มแข็ง เพื่อทำให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคมสามารถช่วยให้ผู้ป่วยดีขึ้น สอดคล้องกับสมพร รัตนพันธ์ (2541) ที่พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล และสอดคล้องกับการศึกษาของวรรณภา สิทธิปาน (2550) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ดังนั้นแรงสนับสนุนทางสังคมจะทำให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายสามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ และมีสภาพจิตใจที่เข้มแข็งขึ้น จากการที่ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากญาติ เพื่อนและบุคลากรทางสาธารณสุข จะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการต่อสู้กับภาวะเจ็บป่วยและเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณตามมา

### 2.3 ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ผลการศึกษาพบว่า ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r=-0.49$ ) (ตารางที่ 8) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยในระดับต่ำจะมีความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง และหากกลุ่มตัวอย่างที่มีความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูงจะมีความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีของ O'Brien (2008) ซึ่งมาจากแนวคิดการดูแลมนุษย์แบบองค์รวม และกล่าวถึงปัจจัยหลักของความผาสุกด้านจิตวิญญาณคือ ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย โดยกลุ่ม



ตัวอย่างที่มีความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ก่อให้เกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิต รู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต เมื่อความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยมีมากขึ้น ก็จะมีผลกระทบต่อจิตวิญญาณของผู้ป่วยมากขึ้น โดยผู้ป่วยจะมีความรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถดำเนินชีวิตไปสู่จุดหมายที่ตั้งใจไว้ได้ อาจแสดงออกถึงความกลัว เบื่อหน่ายชีวิต จากการที่ผู้วิจัยได้พูดคุยแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นกับกลุ่มตัวอย่างพบว่ากลุ่มตัวอย่างหลายราย เมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งจะรู้สึกท้อแท้ คิดว่าเป็นสิ่งร้ายแรงที่เข้ามาในชีวิต ต่อเมื่อความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้นก็คิดว่าตนเองทำอะไรผิดชีวิตถึงเป็นแบบนี้ รู้สึกสิ้นหวัง โดยเฉพาะในขณะที่ผู้ป่วยทุกข์ทรมานจากการลุกลามของโรค เช่น อาการปวด ผู้ป่วยจะรู้สึกท้อแท้ บางรายรู้สึกอยากตายเพื่อให้พ้นทุกข์

จากการศึกษาของ Shaffer (1991) ว่าระดับความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทางด้านจิตวิญญาณ และจากการศึกษาของ สมพร รัตนพันธ์ (2541) พบว่าความรุนแรงของความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะจิตวิญญาณ ด้านการให้ความหมายและการมีเป้าหมายในชีวิต และด้านการมีความหวัง ในผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล สอดคล้องกับของธัญญา น้อยเปียง (2545) ที่พบว่าความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ผู้ป่วยบางคนยังมองว่าเป็นการลงโทษจากพระเจ้าหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนเองนับถือ (Nuckoll, 2000) โดยเฉพาะในบริบทของสังคมไทยที่คนส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ เมื่อเกิดเหตุการณ์วิกฤติในชีวิตหรือเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง จะมีความเชื่อว่าเป็นเรื่องของเวรกรรม หรือการกระทำที่ผ่านมา ซึ่งการให้ความหมายหรือมุมมองต่อวิกฤติที่เกิดขึ้นในชีวิตดังกล่าว จะมีผลกระทบต่อบุคคล ทำให้ไม่มีความผาสุกในศาสนาหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนเองยึดเหนี่ยว ส่งผลให้ความผาสุกทางจิตวิญญาณลดลงได้

### 3. วัตถุประสงค์ข้อที่ 3 การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

จากผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณในการทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา และแรงสนับสนุนทางสังคม โดยสามารถร่วมกันทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ร้อยละ 40.00 ( $R^2= .40$ ) โดยความรุนแรงของการเจ็บป่วยถูกเลือกเข้าสมการเป็นตัวแรก และสามารถอธิบายความแปรปรวนของความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าอำนาจการพยากรณ์เท่ากับ

0.24 ( $R^2=0.24$ ) ซึ่งหมายถึง ความรุนแรงของการเจ็บป่วยสามารถพยากรณ์ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ร้อยละ 24

ตัวแปรพยากรณ์การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา ถูกเลือกเข้าสู่สมการเป็นตัวที่ 2 และตัวแปรพยากรณ์ทั้งสองตัวร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 10 ( $R^2\text{Change} = 0.10$ ) โดยทำให้ค่าอำนาจการพยากรณ์เพิ่มขึ้นเป็น 0.34 ( $R^2=0.34$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งหมายถึง ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา สามารถร่วมกันพยากรณ์ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ร้อยละ 34

ตัวแปรพยากรณ์แรงสนับสนุนทางสังคมถูกเลือกเข้าสู่สมการเป็นตัวที่ 3 และตัวแปรพยากรณ์ทั้งสองตัวร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 0.06 ( $R^2\text{Change} = 0.06$ ) โดยทำให้ค่าอำนาจการพยากรณ์เพิ่มขึ้นเป็น 0.40 ( $R^2=0.40$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ( $F = 11.27$ ) ซึ่งหมายถึง ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา และแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันพยากรณ์ความผาสุก ทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน พบว่าความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสามารถในการพยากรณ์ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้มากที่สุด โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยมาตรฐานเท่ากับ -0.44 และค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน รองลงมาได้แก่การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา และแรงสนับสนุนทางสังคม โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน เท่ากับ 0.30 และ 0.29 ตามลำดับ หมายถึง ความรุนแรงของการเจ็บป่วย มีความสำคัญเป็นอันดับแรกในการพยากรณ์ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย รองลงมาได้แก่การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา และแรงสนับสนุนทางสังคมตามลำดับ

จากการศึกษานี้ สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ที่ว่าความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา และแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าเมื่อมีการผันแปรของความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา และแรงสนับสนุนทางสังคมก็จะสามารถอธิบายความผันแปรของความผาสุกทางจิตวิญญาณได้ โดยเฉพาะความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยเป็นตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าสู่สมการเป็นตัวแรกและสามารถอธิบายความผันแปรของความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้มากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา

ของธัญญา น้อยเปียง (2545) ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้ร้อยละ 26.2 ( $p < .05$ ) จากการศึกษาของฉวีวรรณ ไพรวลัย (2540) พบว่าการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาสามารถทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยเอดส์ และจากการศึกษาของวรรณภา สิริธิปาน (2550) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยเอชไอวีได้ ร้อยละ 33.6 ( $p < .05$ )

สรุปผลการพบว่าศึกษาครั้งนี้ ปัจจัยที่สามารถทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ คือความรุนแรงของการเจ็บป่วย การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา และแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งสนับสนุนแนวคิดจากทฤษฎีความผาสุกทางจิตวิญญาณในสภาวะที่เจ็บป่วย (A Middle-Range Theory Of Spiritual Well-Being in illness) ของ O'Brien (2008) ซึ่งมาจากแนวคิดการดูแลมนุษย์แบบองค์รวม โดยมีปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณ ดังกรอบแนวคิดคือ การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา และแรงสนับสนุนทางสังคม ความรุนแรงของการเจ็บป่วย สามารถร่วมกันพยากรณ์ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ร้อยละ 40 ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 60 แสดงว่ายังคงมีตัวแปรหรือปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องและอาจมีอิทธิพลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้อีก จึงควรศึกษาตัวแปรอื่นๆ ที่อาจทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต่อจากการทำวิจัยครั้งนี้ เช่น ได้แก่ความศรัทธาทางศาสนา ความเชื่อมั่นในพระศาสนา การเผชิญกับเหตุการณ์วิกฤติในชีวิต ซึ่งนำไปสู่การศึกษาต่อไปสรุปได้ว่าจากการศึกษาครั้งนี้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา และแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันพยากรณ์ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ โดยเฉพาะในสังคมไทย ศาสนาเป็นสิ่งที่มีความเกี่ยวข้องผูกพันกับวิถีชีวิตของชาวพุทธนับตั้งแต่เกิด บุคคลที่มีความเชื่อมั่น ศรัทธาในศาสนาจึงปฏิบัติตามตามความเชื่อตามหลักศาสนาในวิถีพุทธ เพื่อให้เกิดความสงบ คลายความทุกข์และเกิดความ สุขในจิตใจ ดังนั้นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายซึ่งได้รับความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานจากโรค จึงมีศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ และเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. องค์ความรู้ดังกล่าวสามารถนำไปพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความทุกข์ทรมานน้อยลง พร้อมทั้งจะยอมรับในสภาพความเป็นจริงของชีวิต โดยการส่งเสริมและสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย



มะเร็งระยะสุดท้ายมีส่วนร่วมในการดูแลและให้กำลังใจผู้ป่วยและพัฒนาโปรแกรมทางการแพทย์บำบัด เพื่อลดความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย รวมถึงสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีบทบาทในเชิงรุกมากขึ้นในด้านการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณให้กับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้พบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณได้คือ การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งตามแนวคิดของ O'Brien (2008) ยังมีปัจจัยที่ส่งผลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณที่ผู้วิจัยยังไม่ได้ศึกษา เช่น ความศรัทธาทางศาสนา การเผชิญกับภาวะวิกฤติในชีวิต หรือความพอใจและมั่นใจในองค์พระศาสดา เป็นต้น จึงควรมีการศึกษาในตัวแปรเหล่านี้เพิ่มเติมเพื่อเพิ่มองค์ความรู้ด้านการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต่อไป

2. ควรมีการนำผลการศึกษานี้ไปพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางการแพทย์บำบัด โดยมุ่งเน้นการลดความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย และส่งเสริมการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาและการสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กฤษณา เฉลียวศักดิ์. 2545. **ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- กัลยา พลอยใหม่. 2545. **ความผาสุกทางจิตวิญญาณของเด็กวัยรุ่น**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เกศรินทร์ ศรีสง่า. 2544. การดูแลด้านจิตวิญญาณ: บทบาทที่ทำนายสำหรับพยาบาล Spiritual Care: the challenge for nurses. **วิทยาสารพยาบาล**. 26, 2:112-120.
- จินต์จุฑา รอดพาล. 2549. **การตายดี: มุมมองจากผู้สูงอายุไทยพุทธ**. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จำลอง ดิษยวณิช. 2544. **จิตวิทยาของการดับทุกข์**. เชียงใหม่: กลางเวียงการพิมพ์.
- จันทร์เพ็ญ อุงอำรุง. 2548. **ผลของกลุ่มปัญญาบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ฉวีวรรณ ไพรวัดย์. 2540. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การปฏิบัติกิจทางศาสนา พฤติกรรมการดูแลทางการแพทย์กับความผาสุกด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยเอตส์โรงพยาบาลบาราคนราดูร์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชูศรี วงษ์รัตน์. 2544. **เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย**. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: เทพเนรมิต.
- ทัศนยา บุญทอง. 2535. **มโนคติของจิตวิญญาณการพยาบาล**. ใน อรุณทิพย์ วีระจิตร (บรรณาธิการ), **การประชุมวิชาการเรื่องโรงพยาบาลในมิติจิตวิญญาณ**, กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. 2545. **การส่งเสริมสุขภาพด้านจิตวิญญาณ**. **วารสารการพยาบาล**. 17(3): 51-62.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. 2552. **พยาบาล: เพื่อนร่วมทุกข์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: วีพริ้นท์.

ทัศนีย์ ทองประทีป. 2552. **จิตวิญญาณ มิติหนึ่งของการพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: วีพริ้นท์.

ธัญญา น้อยเปียง. 2545. **การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ธัสมน นามวงษ์. 2540. **ผลการสอนการพยาบาลโดยใช้กรณีศึกษาต่อความสามารถในการตัดสินใจในการพยาบาลที่เน้นจริยธรรมและการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาล**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นงเยาว์ กันทะมูล. 2546. **ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอด**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นิตยา คงชุม. 2539. **บุคลิกภาพที่เข้มแข็งทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยคัดสรร และการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

นิตยา ปัญญมิตติ. 2542. **บทบาทพยาบาลกับการดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้ายใกล้ตาย**. *วารสารพยาบาล*, 48(3): 148 – 152.

เนตรลาวัลย์ เกิดหอม. 2548. **ผลของโปรแกรมการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

ประเวศ วะสี. 2543. **สุขภาวะทางจิต สุขภาวะทางจิตวิญญาณ**. *หมอชาวบ้าน*. 22(261): 41-46.

พรพรหม รุจีไพโรจน์. 2550. **ความสัมพันธ์ระหว่างความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

พัชรี เจริญพร. 2546. **ผลของการใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรค**



**มะเร็งระยะสุดท้ายต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการและความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย.** ปรินญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พระธรรมโกศาจารย์(ปัญญานันตภิกขุ). 2533. **ชีวิตเป็นสุขได้ด้วยความพอใจแห่งตน.** กรุงเทพฯ: ธรรมสภา.

พระธรรมปิฎก (ประยุทธ์ ปยุตโต). 2538. **แสงเงินแสงทองของชีวิต.** กรุงเทพฯ : ธรรมสภา.

สมเด็จพระญาณสังวร (เจริญ สุวฑฒโน). 2540. **พระธรรมเทศนา พระโอวาท.** กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรไทย. 218, [5]

ฟาริดา อิบราฮิม. 2534. **มโนคติของจิตวิญญาณการพยาบาล.** ในอรพินท์ วีระฉัตร(บรรณาธิการ).

**การประชุมวิชาการเรื่องการพยาบาลในมิติจิตวิญญาณ, กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.**

มาศอุบล วงศ์พรหมชัย. 2548. **ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด.** วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ลักษมี ชาญเวชช์. 2542. **Palliative care: การดูแลเพื่อบรรเทาอาการวิดิแห่งการคลายทุกข์.** กรุงเทพมหานคร; บริษัท พิมพ์ดีจำกัด.

รวี เตื่อนดาว. 2547. **ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย: การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา.** วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ระวีวรรณ ถวายทรัพย์. 2545. **ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ราชบัณฑิตยสถาน. 2546. **พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542.** กรุงเทพมหานคร: นานมีบุ๊คส์พับลิเคชันส์.

รุจา ภูไพบูลย์. 2541. **การพยาบาลครอบครัว:แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้.** กรุงเทพมหานคร: หจก. วี เจ พรินติ้ง.

วนิดา รัตนานนท์. 2545. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- วรรณภา สิริธิพาน. 2550. **ปัจจัยทำนายสุขภาพทางจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อเอชไอวี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วัลลภา ครุฑแก้ว. 2540. **ความเข้มแข็งอดทนและคุณภาพชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สถาพร ลีลานันทกิจ. 2543. การดูแลแบบประคับประคอง. **ในคู่มือการดูแลผู้ป่วยสูงอายุนะยะสุดท้ายสำหรับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2536. การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง. ใน ทรงศรี คิดชอบ, สาวิตรี เมาพิกุลและไพโรจน์ วิบูลย์สังกุล (บรรณาธิการ), **มะเร็งวิทยา**, หน้า 241-267. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2540. **การพยาบาลอายุรศาสตร์ 4**. กรุงเทพมหานคร : วี.เจ. ปรินติ้ง.
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2545. **การพยาบาลอายุรศาสตร์เล่ม 1**. กรุงเทพฯ: วี.เจ. ปรินติ้ง.
- สมจิตต์ ฉัตรทรัพย์กุล. 2549. **ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของหญิงวัยรุ่นที่ท่าแท้งผิดกฎหมาย**. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สมพร เตรียมชัยศรี. 2542. ประเด็นและแนวโน้มการดูแลสุขภาพเชิงองค์รวม. **วารสารการพยาบาล**. 48 (2): 71-80.
- สมพร รัตนพันธ์. 2540. **ปัจจัยที่ทำนายภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สมนึก สุกหงส์โสภณ. 2540. **ประสิทธิผลการพยาบาลตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอยต่อการลดความเครียดและเพิ่มความสามารถการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, กรมการแพทย์. 2550. **ข้อมูลสถิติ** [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.nci.go.th> [10 มิถุนายน 2551]

- สาธารณสุข, กระทรวง. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. 2550. **ข้อมูลสถิติ** [ระบบออนไลน์].  
แหล่งที่มา :<http://bps.ops.moph.go.th> [21 พฤศจิกายน 2551]
- สิทธิ์ ธีรธรรม, 2550. **เทคนิคการเขียนรายงานวิจัย**. กรุงเทพฯ:บริษัท วี พรินท์ (1991) จำกัด.
- สุจรรยา โลหาชีวะ. 2548. **ความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุพิศ สงนวล. 2548. **ประสบการณ์การเยียวยาด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สุภาพร ดาวดี. 2537. **การศึกษาความตระหนักในตนเองของพยาบาลและพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุวรรณา วุฒิธรณฤทธิ. 2544. **ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตายของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี**. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เสาวลักษณ์ มณีรักษ์. 2545. **ประสบการณ์ของพยาบาลในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยวิกฤติ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สันต์ หัตถิรัตน์. 2544. **สิทธิ์ที่จะอยู่หรือตายและการดูแลผู้ป่วยที่หมดหวัง. หมอชาวบ้าน**, พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ.
- อวยพร ตันติมุขกุล .2534. **การตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณในการพยาบาลในมิติจิตวิญญาณ**. ในอรพินท์ วีระฉัตร. บรรณาธิการ. หน้า 36 กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์.
- อังคณา เรือนก้อน. 2540. **การศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อัฉรดา ตันศรีรัตนวงศ์. 2541. **การเยียวยาด้านจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่นับถือพุทธศาสนา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์. 2543. **ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว ภาวะสุขภาพ**



การปฏิบัติธรรมกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญา  
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

### ภาษาอังกฤษ

Antonovsky. 1982. **Health, Stress and Coping**. California: Jossey-Bass Publishers.

Ben-zur, H, Gilbar, O., & Lev, S. 2001. Coping with cancer, patient, spouse, and dyad models. **Psychosomatic Medicine**. 63: 32-39.

Brandt, P. A., Weinert, C. 1987. The PRO-A social support measure. **Nursing Research**. 30(5):277-280.

Breitbart W, C.McClain, B.Rosenfeld, 2003. Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. **The Lancet**. 361: 1603-1607.

Burkhardt, M. 1989. Spiritual: an analysis of the concept. **Holistic Nursing Practice**. 3(3): 69-77.

Carson V.B.1989. **Spiritual dimensions of nursing practice**. Philadelphia : W.B. Saunders Company.

Carson V.B.& Green.H. 1992. Spiritual well-being : A predictor of hardiness in patient With acquired immunodeficiency syndrome. **Journal of Professional Nursing**, 8(40): 209-220.

Casarett, D.J.,& Inouye, S.K. 2001. Diagnosis and management of delirium near the end of life. **Annals of Internal Medicine**.135:32-40.

Cotton, S. P., Levine, E. G., Fitzpatric, K. M., Dold, K. H., & Tory, E. C. 1999. Exploring the Relationship among spiritual well-being quality of life psychosocial adjustment in women with breast cancer. **Psychooncology**. 8(5):429-438.

Courter, A. M., Steven, F. C., Crebolder, H.F.,&Philipson, H. 1996. Longitudinal study on Quality of life and social support in cancer patients. **Cancer nursing**. 19(3):162-169.

David, L. K., & Richard, H. S. 2000. **Spiritual well-being: A review of research literature** [On-line].Available. <http://www.oncolink.upenn.edu/Psychosocial/QOL/QOL7.htm>.

Ellison W, 1983. Spiritual well-being:Conceptualization and measurement. **Journal of**

**Psychology and Theology.** 11(4):330–340.

- Fernsler. J. L, Klemm. P. A. 1999. Spiritual well being and demand of illness in people with colorectal cancer. **Cancer Nursing.** 22(2), 134-140.
- Ferrell, B.R., Grant, M., Funk, B., & Otis-Green, N. 1998. Quality of life in breast cancer Part II: Psychological and spiritual well-being. **Cancer nursing.** 21(1): 1-9.
- Hanucharurnkul, S. 1988. **Social support, self care, and quality of life in cancer patients Receiving radiotherapy in Thailand.** Doctoral dissertation College of Nursing, Wayne State University.
- Highfield, M. F., & Carson, V. B. (1983). Spiritual need of patient: Are they recognized?. **Cancer Nursing.** 6(3), 187-192.
- Highfield, M. F. 1992. Spiritual health of oncology patient: Nurse and patient perspective. **Cancer Nursing.** 15(1), 1-8.
- House, J. W. 1981. **Work stress and social support** [online]. Available from: <http://www.who.int/about/definition/en/> [2008, september 7]
- Hungelmann, J., Ross, E. K., Klassen, L. & Stollenwerk, R. 1996. Focus on spiritual well-being: Harmonious interconnectedness of mind-body-spirit. Use of the JAREL spiritual well-being scale. **Geriatric Nursing.** 17(6): 262-266.
- Johnson, A., & Bourgeois, S, 2003. Essence of caring for a person dying. **Nursing and Health Sciences,** 5, 133-138.
- Kaczorowski. J. M. 1989. Spiritual well being and anxiety in adult diagnosed with cancer. **Hospice Journal.** 5, 105-116.
- Kathleen M. Litwinczuk. 2007. The Relationship Between Spirituality, Purpose in Life, and Well-Being in HIV-Positive Persons. **Journal of the Association of Nurses in AIDS care.** 18:3, 13-22.
- Kenneth I. Pargament, H. G. Koenig H. G, Tarakeshwar N. , Hahn J., 2001. Religious Struggle as a Predictor of Mortality Among Medically Ill Elderly Patients. **Arch Intern Med.** 161:1881-1885.
- K. Leung , T. Chiu , C. Chen. 2006. The Influence of Awareness of Terminal Condition On Spiritual Well-Being in Terminal Cancer Patients. **Journal of Pain and Symptom**

**Management.** 31(5):1-9.

- Kozier, B. Erb, G. & Bufalino, P. M. 1989. **Introduction to Nursing.** California: Addison – Wesley Publishing Company.
- Landis. B. J. 1996. Uncertainty, spiritual well being and psychological adjustment to Chronic illness. **Issues Mental Health Nursing.** 17, 217-231.
- O'Brien, M. E. 2008. **Spirituality in Nursing: Standing on Holy Ground.** Jones and Bartlett. (page85-93).
- Meraviglia .M.2004.The Effects of Spirituality on Well-Being of People With Lung Cancer. **Oncology Nursing Forum.** 31(1) 89-94.
- Mickley. J. R., Soeken. K., Belcher. A. 1992. Spiritual well being, religiousness and hope among women with breast cancer. **Image: Journal of nursing scholarship.** 24(4), 267-272.
- Murray S. 2007. Exploring the spiritual needs of people dying of lung cancer or heart failure : a prospective qualitative interview study of patients and their carers. **Palliative Medicine.**18(1) 39-45.
- Narayanasamy, A. 1995. Spiritual care of chronically ill patient. **Journal of Clinical Nursing.** 4(6):379-400.
- O'Corner. A. P., Wicker. C. A., Germino. B. B. 1990. Understanding the cancer patient's search for meaning. **Cancer Nursing.** 13(3), 167-175.
- Pace,J. C. 2000. **Spirituality Issue.** In G. Moor-Higgs(Ed.), *Woman and cancer* (2<sup>nd</sup> ed.). 502-521. Boston: Jones and Bartlett.
- Pace JC, Stables, 1997.Correlates of spiritual well-being in terminally ill persons with AIDS and terminally ill patients with cancer.**Journal of the Association of Nurses in AIDS Care.**1997;8(6):31–42.
- Paloutzian. R. F., Ellison. C. W. 1982. Loneliness, spiritual well being and quality of life. In Peplau. L. A., Perlman. D. **Loneliness, A source book of current therapy, research and therapy.** New York, Wiley Interscience.
- Pitorak, E. F, 2003. Care at the time of death. **American Journal of Nursing.**103(7):42-51.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. 2004. **Nursing research: principles and methods.** 3<sup>rd</sup> edition.



- Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Pollock. S. E. 1989. The hardiness characteristic: a motivating factor in adaptation. **Advances in Nursing Science**. 11(2), 53-62.
- Ross, L. 1997. The nurse's role in assessing and responding to patient's spiritual needs. **International Journal of Palliative Nursing**. 3(1): 37-42.
- Schaefer. C., Coyne. J. C., Lazarus. R. S. 1981. The health related function of social support. **Journal of Behavior Medicine**. 4, 381-406.
- Shaffer, J. 1991. Spiritual distress and critical illness. **Critical Care Nursing**. 11(1), 42-45.
- Stoll, R. 1979. Guide lines for spiritual assessment. **American Journal of Nursing**. September, 1574-1577.
- Taylor, C., Lillis, C., and Mone, P. L. 2001. **Fundamentals of nursing: The art and science of nursing care**. 3rd ed. Philadelphia: J.B. Lippincott. Fourth Edition.
- Taylor, E. J. 1998. Spirituality and the cancer experience. **Psychosocial nursing care: Along the cancer continuum**. **Oncology Nursing Press**. (pp.71-82).
- Thorndike. R. M. 1978. **Correlational procedures for research**. New York, Gardner.
- Walton and Nancy Sullivan. 2004. **Men of Prayer: Spirituality of Men With Prostate Cancer: A Grounded Theory Study**. **J Holist Nurs**, Jun; 22: 133 - 151.
- Weinert, C. 2000. Social support in cyberspace for woman with chronic illness. **Rehabilitation Nursing**, 25(4), 129-135.
- World Health Organization. 2006. **WHO definition of Health**[Online]. Available from:<http://www.who.int/about/definition/en/> [2008, september 7]



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

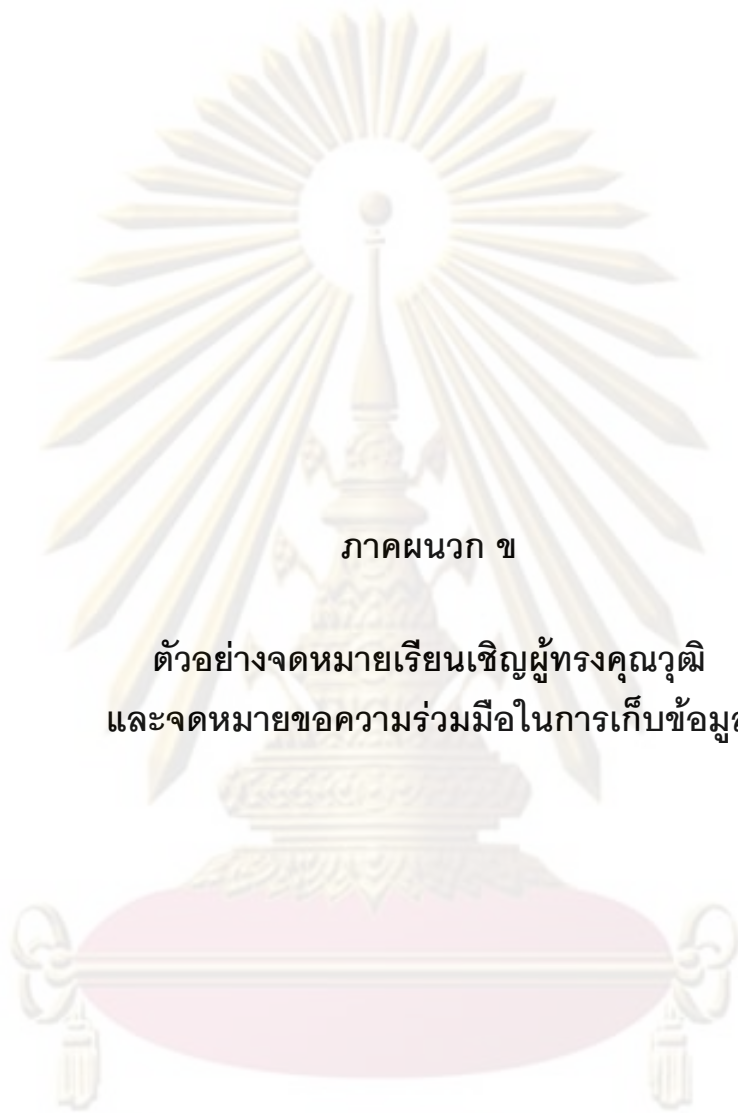
# ศูนย์วิทยทรัพยากร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเครื่องมือวิจัย

พระอาจารย์ ดร. ปพนพัชร จิรธัมโม	เจ้าอาวาสวัดคำประมง จังหวัดสกลนคร
น.พ. ศิริโรจน์ กิตติสารพงษ์	รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ โรงพยาบาลรักษาสกล จังหวัดสกลนคร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนีย์ ทองประทีป	หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยกรรม วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์
น.ส. อุมารณ ไพศาลสุทธิเดช	พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN การดูแลผู้ป่วย ระดับประคอง) คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี
น.ส. วนิดา รัตนานนท์	พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN ทางศัลยกรรม) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ศูนย์วิทยพัชร์พยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

ตัวอย่างจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ  
และจดหมายขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

ศูนย์วิจัยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มกราคม 2552

เรื่อง ขอนมัสการเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน เจ้าอาวาสวัดคำประมง (พระอาจารย์ ดร.ปพนพัชร จิรธัมโม)

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

เนื่องด้วย นางสาววิไลลักษณ์ ตันติตระกูล นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย” โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอนมัสการท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อกราบนมัสการท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอนมัสการด้วยความเคารพ

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

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน พระอาจารย์ ดร.ปพนพัชร จิรธัมโม

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

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

ชื่อนิสิต นางสาววิไลลักษณ์ ตันติตระกูล โทร. 08-9202-9559



ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬาฯ 64  
ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330  
มกราคม 2552

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

เนื่องด้วย นางสาววิไลลักษณ์ ตันติตระกูล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความผาสุกทางจิตวิญญาณ แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ของศาสตราจารย์ ดร. สมจิต หนูเจริญกุล (อ้างถึงใน พรพรม รุจิไพโรจน์) สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (2550) โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จารุวรรณ ต.สกุล และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศรีสมร ภูมณสกุล เป็นอาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน 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. สุวีพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-9829

ชื่อนิสิต นางสาววิไลลักษณ์ ตันติตระกูล โทร. 08-9202-9559

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬาฯ 64  
ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มกราคม 2552

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

เนื่องด้วย นางสาววิไลลักษณ์ ตันติตระกูล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณ และแบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ของธัญญา น้อยเปียง สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรม คณะพยาบาลศาสตร์ (2545) โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พวงพยอม ปัญญา, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทิพาพร วงศ์หงษ์กุล แล รองศาสตราจารย์ วิลาวัณย์ พิเชียรเสถียร เป็นอาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

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

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

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

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

ที่อนิสิต นางสาววิไลลักษณ์ ตันติตระกูล โทร. 08-9202-9559

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มีนาคม 2552

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรี

เนื่องด้วย นางสาววิไลลักษณ์ ตันติตระกูล นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 30 คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ แบบประเมินการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาววิไลลักษณ์ ตันติตระกูล ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

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

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

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

ที่อนิสิต

นางสาววิไลลักษณ์ ตันติตระกูล โทร. 08-9202-9559



ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มีนาคม 2552

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์มะเร็็งมหาวิทยาลัยราชภัฏ

เนื่องด้วย นางสาววิไลลักษณ์ ตันติตระกูล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 35 คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ แบบประเมินการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาววิไลลักษณ์ ตันติตระกูล ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

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

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

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

ชื่อนิสิต

นางสาววิไลลักษณ์ ตันติตระกูล โทร. 08-9202-9559

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มีนาคม 2552

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน เจ้าอาวาสวัดคำประมง

เนื่องด้วย นางสาววิไลลักษณ์ ตันติตระกูล นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 35 คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ แบบประเมินการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาววิไลลักษณ์ ตันติตระกูล ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

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

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

เจ้าอาวาสวัดคำประมง

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

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

ชื่อนิสิต

นางสาววิไลลักษณ์ ตันติตระกูล โทร. 08-9202-9559



ภาคผนวก ค

เอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและตัวอย่างเครื่องมือวิจัย

เอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ศูนย์วิจัยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย





## บันทึกข้อความ

ส่วนงาน คณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่1โทร.0-2218-8147

ที่ จว 185 /52

วันที่ 23 เมษายน 2552

เรื่อง แจ้งผลผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. ใบรับรองผลการพิจารณา
  2. ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
  3. ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ตามที่ นางสาววิไลลักษณ์ ตันติตระกูล นิสิตระดับมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้เสนอแก้ไขครั้งที่ 1 โครงการวิจัยที่ 018.1/52 เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (FACTORS RELATED TO SPIRITUAL WELL BEING OF TERMINAL CANCER PATIENTS) เพื่อให้กรรมการผู้ทบทวนหลัก พิจารณาจริยธรรมการวิจัย ความละเอียดแจ้งแล้วนั้น

การนี้ กรรมการผู้ทบทวน ได้เห็นสมควรให้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยได้ รับรองวันที่ 10 เมษายน 2552

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)

กรรมการและเลขานุการ  
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน  
กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ศูนย์วิทยพัชร์พยาบาล  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/Participant Information)

**ชื่องานวิจัย**      ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะ  
สุดท้าย

**ชื่อผู้วิจัย**      นางสาววิไลลักษณ์ ตันติตระกูล

### สถานที่ติดต่อผู้วิจัย

(ที่ทำงาน)      ที่อยู่ หอผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอกและหลอดเลือด โรงพยาบาลราชบุรี ต.หน้าเมือง  
อ.เมือง จ.ราชบุรี 70000

(ที่บ้าน)      ที่อยู่ 50 หมู่ 6 ต.โพหัก อ.บางแพ จ.ราชบุรี 70160

โทรศัพท์(ที่ทำงาน)      032-327902-6 ต่อ 2418

โทรศัพท์เคลื่อนที่      089-2029559 E-mail: oattooat@hotmail.com

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมและเอกสารอื่นๆที่ให้แก่ประชากรกลุ่มตัวอย่าง หรือ  
ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบายดังนี้

1. โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการวิจัยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณ  
ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

#### 2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.1 เพื่อศึกษาระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

2.2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนายระหว่าง การปฏิบัติ  
ที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม กับ  
ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

3. งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา หลังจากได้ข้อมูลแล้วผู้วิจัยนำข้อมูลไปวิเคราะห์  
และสรุปเป็นผลการวิจัย และแบบสอบถามนี้เป็นแบบสัมภาษณ์โดยผู้วิจัยซึ่งแบ่งเป็นสองส่วน  
ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลจำนวน 12 ข้อ ส่วนที่ 2 ได้แก่แบบ  
ประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ จำนวน 20 ข้อ แบบประเมินเพื่อวัดการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับ  
กิจกรรมทางศาสนา จำนวน 22 ข้อ แบบประเมินความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยจำนวน 18 ข้อ  
แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมจำนวน 7 ข้อ ใช้ เวลาในการตอบแบบสอบถามทั้งหมดประมาณ  
30 – 45 นาที

#### 4. รายละเอียดและขั้นตอนของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับการปฏิบัติในงานวิจัยนี้

- a. ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยมะเร็งจำนวนทั้งสิ้น  
110 ราย ที่เข้ารับการรักษา ณ ศูนย์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
- b. การศึกษาครั้งนี้ กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

- 4.1 เป็นผู้ป่วยมะเร็งที่มีระดับความรู้สึกตัวดี มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ พูดและฟังภาษาไทยได้ดี
  - 4.2 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 18 - 60 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง
  - 4.3 นับถือศาสนาพุทธ
  - 4.4 เป็นผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
- c. ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เลือกรวมตัวอย่างแบบเจาะจง โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างทุกรายที่พบและมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนดจนครบ 110 คน โดยสุ่มอย่างง่ายจากศูนย์มะเร็งในประเทศไทยซึ่งได้แก่ ศูนย์มะเร็งมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรวิทยาลักษณ์ และศูนย์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย วัดคำประมง

5. ระยะเวลาที่ใช้กับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับผลกระทบจากการที่ต้องเสียเวลาในการตอบแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 30 – 45 นาที

6. หากขณะตอบแบบสอบถามผู้ป่วยแสดงอาการ เหนื่อย หอบ อ่อนเพลีย ปวด หรือมีอาการผิดปกติทางร่างกายผู้วิจัยจะยุติการตอบแบบสอบถามทันที โดยผู้วิจัยประสานกับเจ้าหน้าที่ผู้ดูแล จากนั้นให้การพยาบาลเบื้องต้นและรายงานแพทย์ตามขั้นตอนในขอบเขตของวิชาชีพ ในกรณีที่พบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและไม่สบายใจ ผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความวิตกกังวล เพื่อนำข้อมูลมาประเมินปัญหาและประสานงานกับเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลเพื่อเป็นแนวทางในการรักษาหรือส่งต่อไป

7. หากท่านมีข้อสงสัย ให้สอบถามเพิ่มเติมได้ในกรณีที่ปัญหาสามารถติดต่อกับผู้วิจัย คือ นางสาววิไลลักษณ์ ตันติตระกูล ได้ตลอดเวลา ทางโทรศัพท์หมายเลข 08-9202-9559 และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย จะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว

8. ข้อมูลที่ได้จากผู้เข้าร่วมวิจัยจะเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเพื่อส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายและเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อส่งเสริมให้เกิดแนวปฏิบัติทางการพยาบาลและนำไปสู่การส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายโดยเน้นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

9. การวิจัยครั้งนี้ ไม่มีกรจ่ายค่าตอบแทนให้กับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

10. การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยหรือ



ต่อการรักษาของแพทย์ พยาบาล คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยสามารถแจ้งออกจากการศึกษาได้ก่อนที่การดำเนินการวิจัยครั้งนี้จะสิ้นสุดลง โดยมีต้นทุนให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลแต่อย่างใดต่อผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และการได้รับการรักษาจากแพทย์และพยาบาล

11. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย**  
(Informed Consent Form)

**ชื่องานวิจัย**      ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะ  
สุดท้าย

เลขที่ ประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าซึ่งได้ลงนามที่ด้านล่างของหนังสือเล่มนี้ **ได้รับคำอธิบายอย่างชัดเจนจนเป็นที่พอใจ** จากผู้วิจัย ชื่อ นางสาววิไลลักษณ์ ตันติตระกูล ที่อยู่ 50 หมู่ 6 ต.โพหัก อ.บางแพ จ.ราชบุรี 70160 ถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นในงานวิจัยเรื่องนี้แล้ว

ข้าพเจ้าเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดย**สมัครใจ** และข้าพเจ้า**มีสิทธิ**ที่จะถอนตัวออกจากกรวิจัยเมื่อไรก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากงานวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆแก่ข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ได้ระบุไว้ และข้อมูลใดที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าจะ**เก็บรักษาเป็นความลับ**

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และ**ใบยินยอม**ของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยแล้ว

.....

สถานที่ / วันที่

.....

ลงนามผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

.....

สถานที่ / วันที่

.....

(นางสาววิไลลักษณ์ ตันติตระกูล)

ลงนามผู้วิจัยหลัก

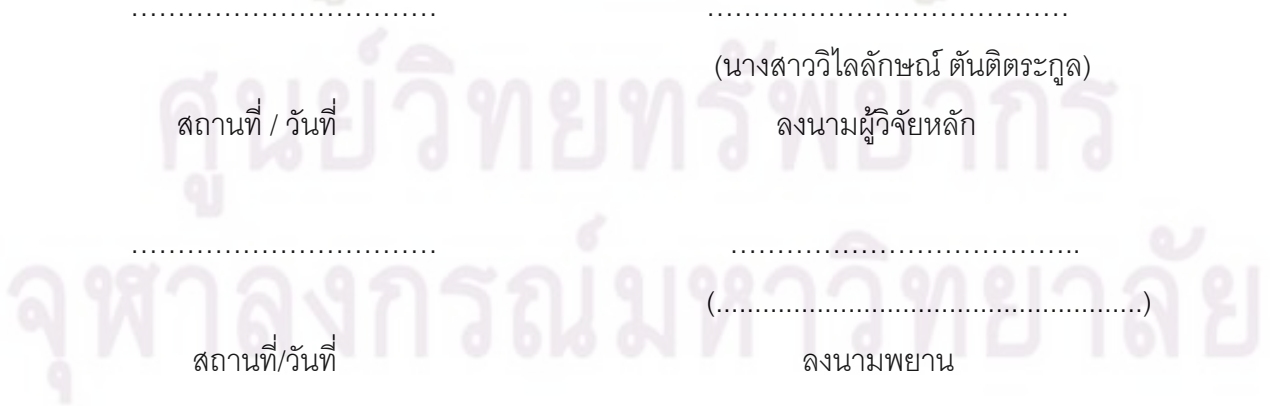
.....

สถานที่/วันที่

.....

(.....)

ลงนามพยาน





ตัวอย่างเครื่องมือการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

**คำชี้แจง** เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลนี้เป็นส่วนหนึ่งของเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย เพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย” เป็นแบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ

แบบประเมินการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา

แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย

แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม

เพื่อให้การศึกษานี้สำเร็จและมีความสมบูรณ์ จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้ในการส่งเสริมการพยาบาลเพื่อตอบสนองความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายให้มีประสิทธิภาพต่อไป การเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวมคำตอบของท่านจะถือว่าเป็นความลับและไม่มีผลใด ๆ ต่อท่าน

ขอขอบพระคุณที่กรุณาให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเพื่อการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง

นางสาววิไลลักษณ์ ตันติตระกูล

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ID.....

วันที่.....

### ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

**คำชี้แจง:** โปรดเติมคำในช่องว่างหรือแสดงเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องหน้าข้อความที่เป็นจริงมากที่สุด

1. อายุ ..... ปี 1. [ ]
2. เพศ 2. [ ]  
 ชาย  หญิง
3. สถานภาพสมรส 3. [ ]  
 โสด  คู่  หย่า  หม้าย
4. ระดับการศึกษา 4. [ ]  
 ไม่ได้รับการศึกษา  ประถมศึกษา  มัธยมศึกษาระดับต้น  มัธยมศึกษาระดับปลาย  
 ปวช. - ปวส.  ประกาศนียบัตร ปริญญาตรี  สูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพ 5. [ ]  
 ค้าขาย  เกษตรกรรม  รับจ้าง  รับราชการ  
 รัฐวิสาหกิจ  อื่น ๆ ระบุ .....
6. รายได้ ..... บาท/เดือน 6. [ ]  
 เพียงพอ  ไม่เพียงพอ
7. จำนวนสมาชิกในครอบครัว ..... คน 7. [ ]
8. บุคคลที่ช่วยเหลือดูแลท่าน 8. [ ]  
 ดูแลตนเอง  บิดามารดา ญาติ  พี่ - น้อง  
สามี/ภรรยา  บุตร - หลาน  อื่น ๆ
9. โรคเมะเร็งที่ท่านเป็น โปรดระบุ ..... 9. [ ]
10. ระยะเวลาในการเจ็บป่วย 10. [ ]  
 น้อยกว่า 6 เดือน  6 เดือน - 1 ปี  1 - 2 ปี  ตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป
11. การรักษาที่ได้รับปัจจุบัน 11. [ ]  
 เคมีบำบัด  ผ่าตัด+เคมีบำบัด  รังสีรักษา+เคมีบำบัด  
 ผ่าตัด+รังสีรักษา+เคมีบำบัด  การรักษาตามอาการ
12. อาการข้างเคียงที่ได้รับจากการรักษา 12. [ ]  
 คลื่นไส้  อาเจียน  อ่อนเพลีย  ผม่วาง  
 ปวด  รับประทานอาหารได้ลดลง  อื่น ๆ ระบุ .....

## ส่วนที่ 2 แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ

**คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย ที่ตรงกับใจท่านมากที่สุด ตามความหมายดังต่อไปนี้ โดยคำตอบที่ได้จะไม่มีถูกหรือผิด

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ท่านรู้สึกเช่นเดียวกับข้อความดังกล่าวมากที่สุด
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ท่านรู้สึกเช่นเดียวกับข้อความดังกล่าวปานกลาง
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านรู้สึกเช่นเดียวกับข้อความดังกล่าวน้อย
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านไม่รู้สึกเช่นเดียวกับข้อความดังกล่าวน้อย
ไม่เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ท่านไม่รู้สึกเช่นเดียวกับข้อความดังกล่าวปานกลาง
ไม่เห็นด้วยอย่างมาก	หมายถึง	ท่านไม่รู้สึกเช่นเดียวกับข้อความดังกล่าวมาก

ข้อความ	เห็น ด้วย มาก ที่สุด	เห็น ด้วย ปาน กลาง	เห็น ด้วย	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่ เห็น ด้วย ปาน กลาง	ไม่ เห็น ด้วย อย่าง มาก	
1)ฉันเชื่อในคำสอนที่ว่าทำดียอมได้รับผลดี							[ ]
2)ฉันรู้สึกว่าชีวิตเป็นประสบการณ์ที่ดีงาม อย่างหนึ่ง							[ ]
3)..... . . . . .							[ ]
20).....							

### แบบประเมินการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา

**คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับท่านปฏิบัติมากที่สุด ตามความหมายดังต่อไปนี้ โดยคำตอบที่ได้จะไม่มีถูกหรือผิด

ปฏิบัติทุกวัน	หมายถึง	ท่านปฏิบัติตามข้อความในประโยคทุกวัน
ปฏิบัติสัปดาห์ละ 1 ครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติตามข้อความในประโยคสัปดาห์ละ 1 ครั้ง
ปฏิบัติเดือนละ 1 ครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติตามข้อความในประโยคเดือนละ 1 ครั้ง
ปฏิบัติ ปีละ 2-3 ครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติตามข้อความในประโยคปีละ 2-3 ครั้ง
ไม่ได้ปฏิบัติ	หมายถึง	ท่านไม่ได้ปฏิบัติตามข้อความในประโยคเลย

ข้อความ	ปฏิบัติ ทุกวัน	ปฏิบัติ สัปดาห์ ละ 1 ครั้ง	ปฏิบัติ เดือน ละ 1 ครั้ง	ปฏิบัติ ปีละ 2-3 ครั้ง	ไม่ได้ ปฏิบัติ	
1)ท่านบริจาควัตถุ สิ่งของ หรือเงิน แก่ผู้อื่น						[ ]
2)ท่านให้ความรู้หรือคำแนะนำที่ เป็นประโยชน์กับผู้อื่น						[ ]
3).....						[ ]
.						
.						
.						
.						
25).....						

ศูนย์วิจัยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



**แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย**

**คำชี้แจง** ข้อความต่อไปนี้ เป็นข้อความเกี่ยวกับความรู้สึกของท่านที่มีต่อการเจ็บป่วยของท่านในขณะนี้ โปรดกาเครื่องหมาย(✓) ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยให้ถือเกณฑ์ดังนี้

- มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด
- มาก หมายถึง ท่านมีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นมาก
- ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นปานกลาง
- น้อย หมายถึง ท่านมีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นน้อย
- ไม่มีเลย หมายถึง ท่านมีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นไม่มีเลย

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มีเลย	
1)การเจ็บป่วยครั้งนี้ กระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของท่านมาก						[ ]
2)ท่านรู้สึกว่า การเจ็บป่วยของท่านรุนแรงขึ้นกว่าเดิม						[ ]
3).....						[ ]
18).....						

### แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม

**คำชี้แจง** แบบวัดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามถึงความช่วยเหลือที่ท่านได้รับจากสมาชิกในครอบครัวของท่าน ได้แก่ บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตรหลาน ญาติพี่น้องหรือบุคลากรทางสาธารณสุข เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เป็นต้น โปรดพิจารณาแต่ละข้อความก่อนตอบ โดยการเลือกตอบให้ถือเกณฑ์ดังนี้

ไม่ได้เลย	หมายถึง	ผู้ตอบรับรู้ว่าไม่ได้รับการช่วยเหลือเลย
เล็กน้อย	หมายถึง	ผู้ตอบรับรู้ว่าได้รับการช่วยเหลือเล็กน้อย
บางครั้ง	หมายถึง	ผู้ตอบรับรู้ว่าได้รับการช่วยเหลือเป็นครั้งคราว
ค่อนข้างมาก	หมายถึง	ผู้ตอบรับรู้ว่าได้รับการช่วยเหลือค่อนข้างมาก
มากที่สุด	หมายถึง	ผู้ตอบรับรู้ว่าได้รับการช่วยเหลือมากที่สุด

ข้อความ	มากที่สุด	ค่อนข้างมาก	บางครั้ง	เล็กน้อย	ไม่ได้เลย	
1)ท่านได้รับคำแนะนำและแนวทางการปฏิบัติตัวที่เป็นประโยชน์จากสมาชิกในครอบครัวหรือบุคลากรทางสาธารณสุข						[ ]
2)ท่านได้รับความมั่นใจว่ามีผู้ที่จะอยู่ช่วยเหลือ เมื่อท่านต้องการจากสมาชิกในครอบครัวหรือบุคลากรทางสาธารณสุข						[ ]
3)..... . . . .						[ ]
8).....						



ภาคผนวก ง

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

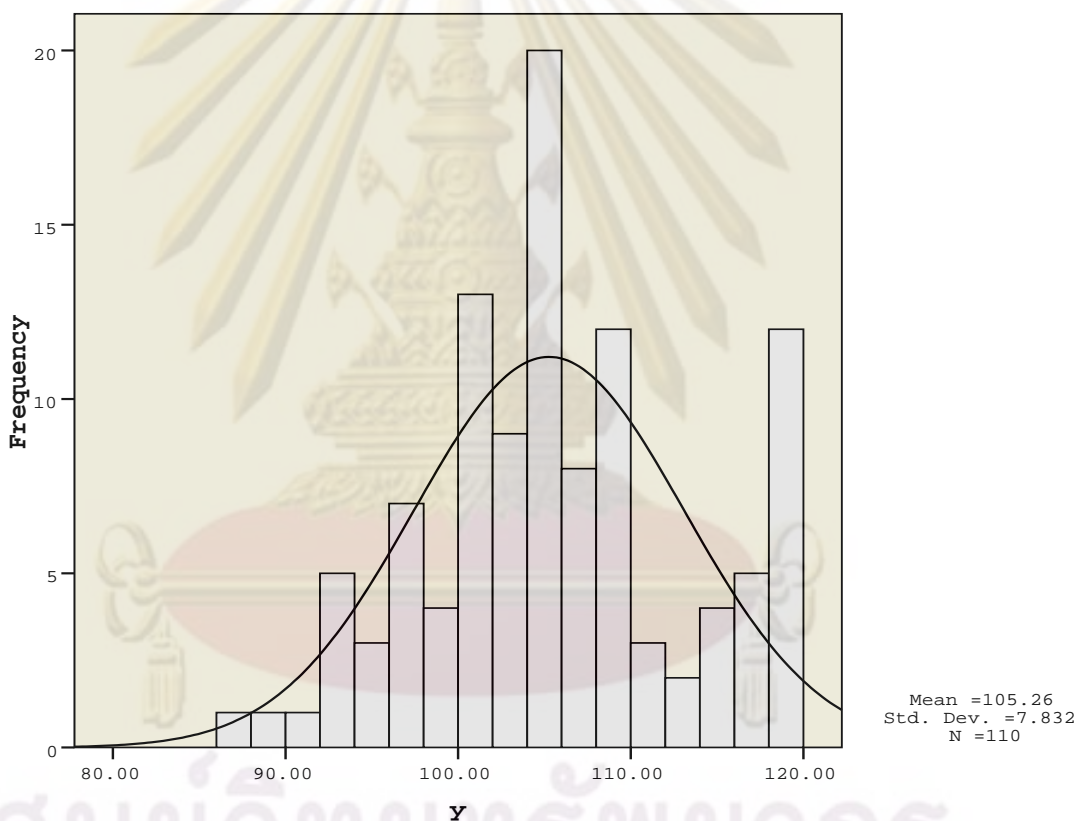
ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ**

**แผนภาพที่ 2 – 5** กราฟทดสอบการแจกแจงข้อมูลความรุนแรงของการเจ็บป่วย การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา และแรงสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

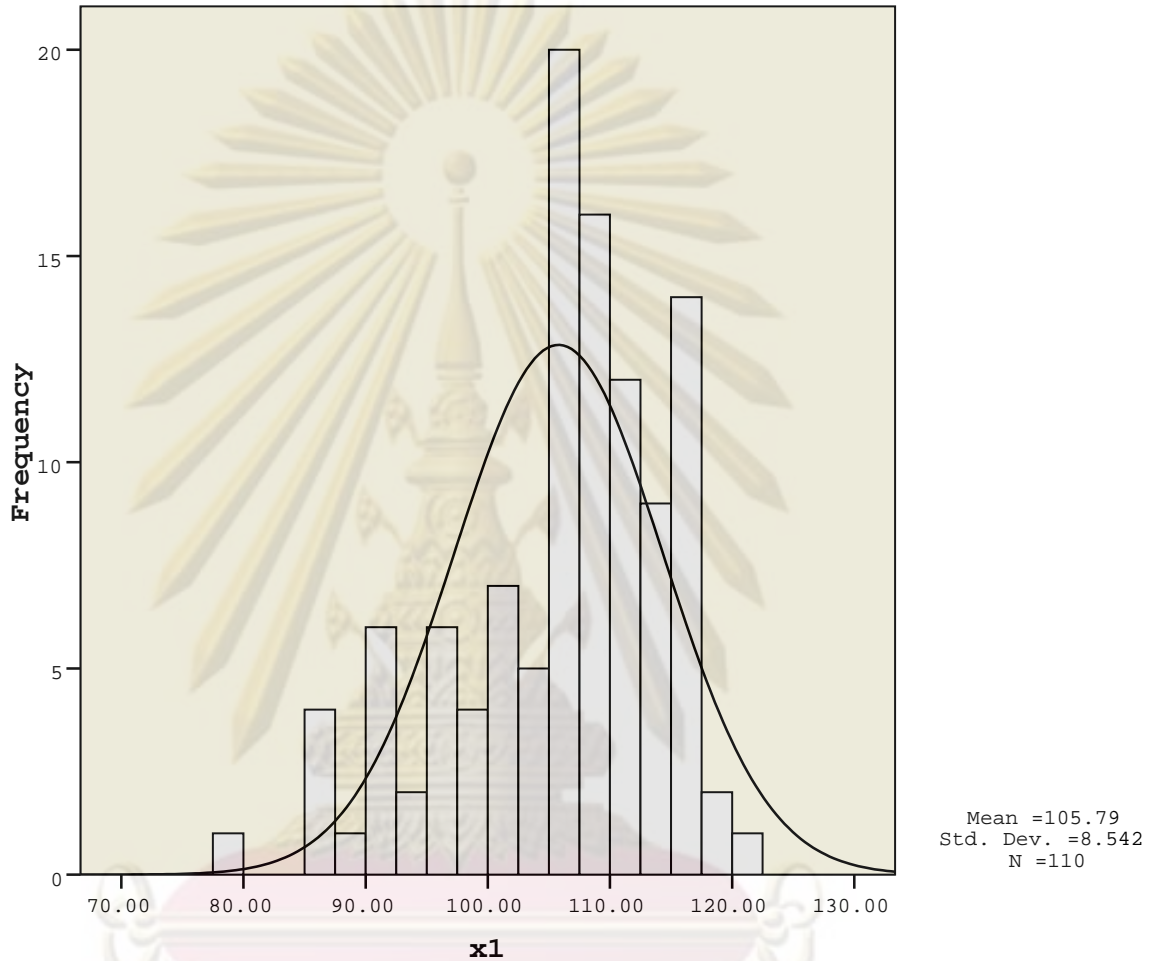
**แผนภาพที่ 6** กราฟทดสอบความแปรปรวนมีค่าคงที่เท่ากันหรือไม่ (Heteroscedastic)

**แผนภาพที่ 2** กราฟทดสอบการแจกแจงข้อมูลความผาสุกทางจิตวิญญาณ มีลักษณะเบ้ขวาและไม่เป็นโค้งปกติ





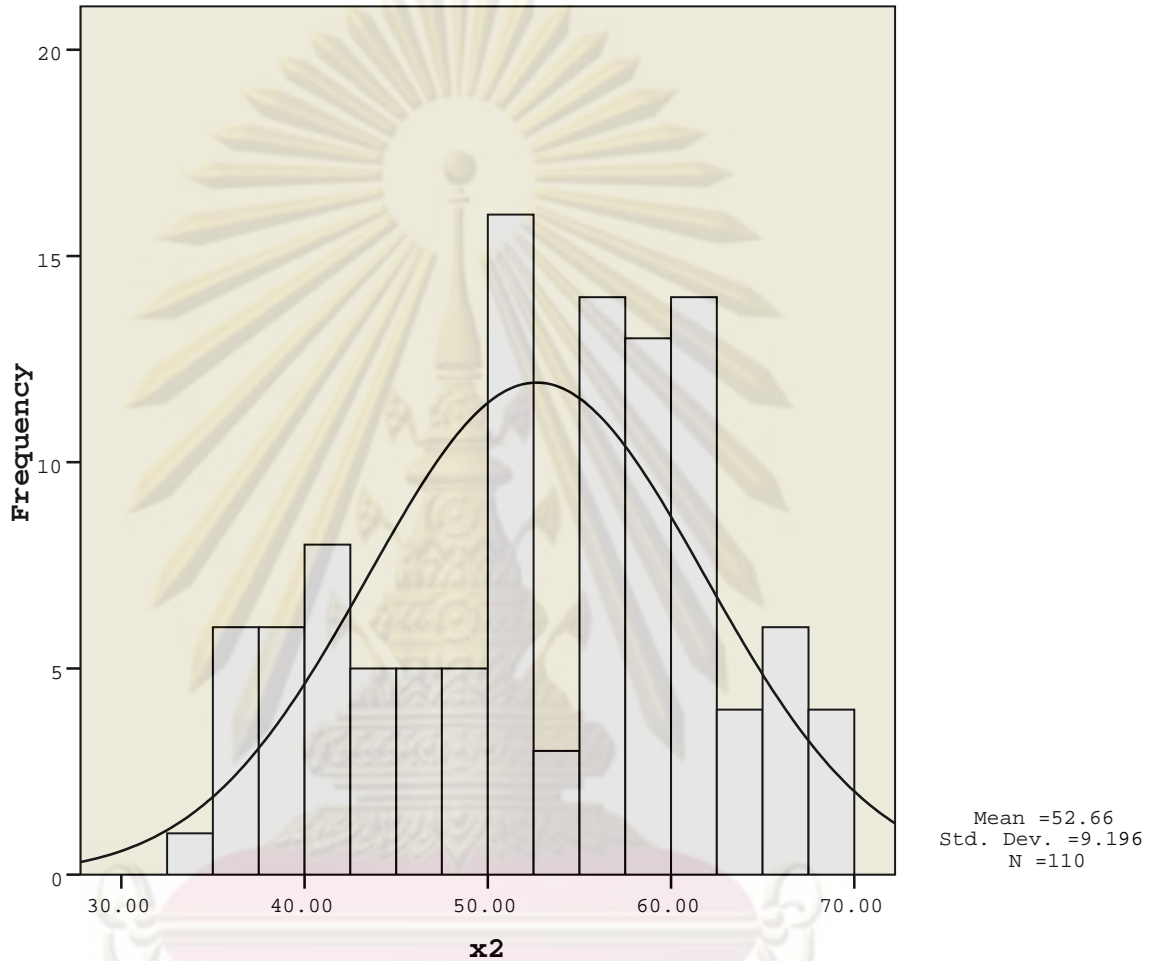
แผนภาพที่ 3 กราฟทดสอบการแจกแจงข้อมูล การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา มีลักษณะเบ้ซ้ายและไม่เป็นโค้งปกติ



ศูนย์วิทยทรัพยากร

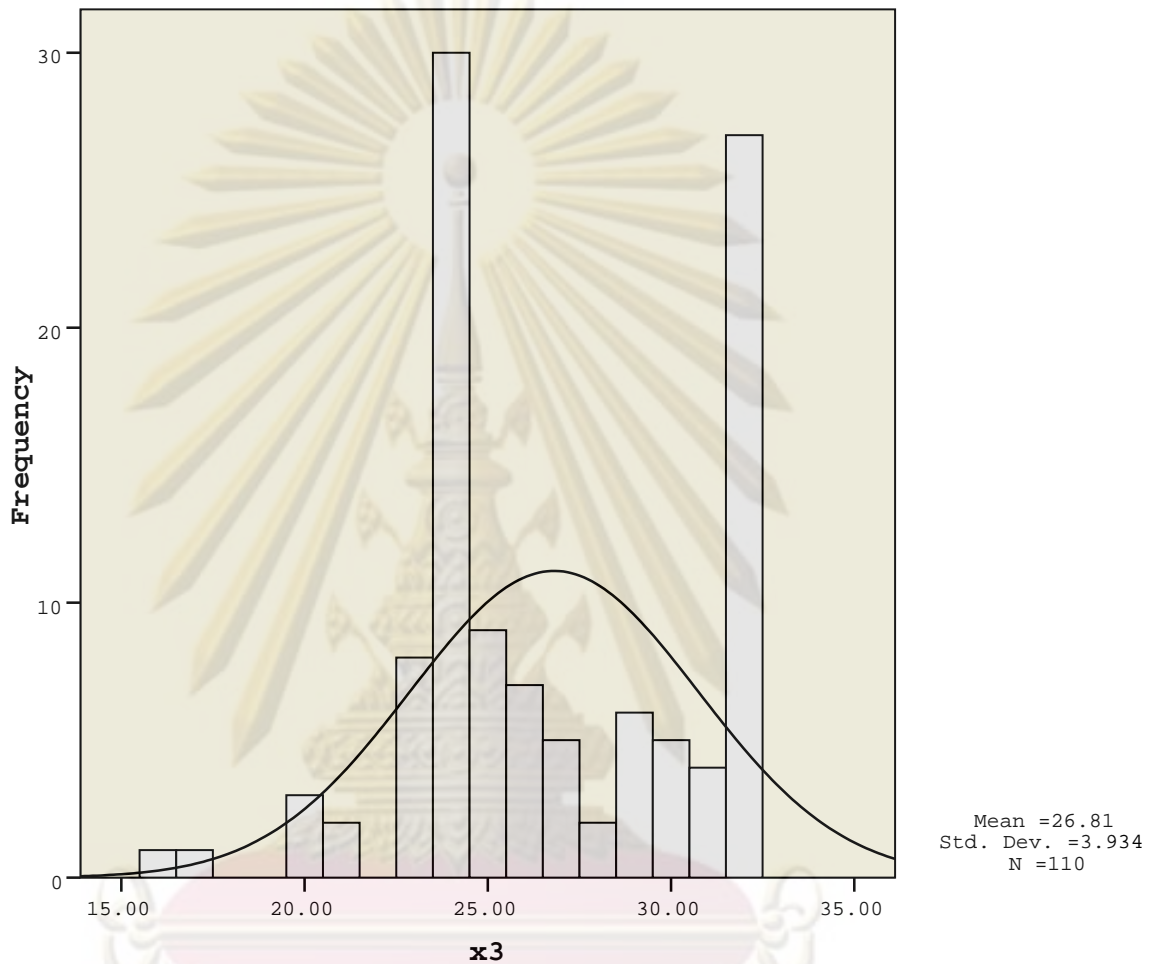
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนภาพที่ 4 กราฟทดสอบการแจกแจงข้อมูลการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย มีลักษณะเบ้ซ้ายและไม่เป็นโค้งปกติ



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

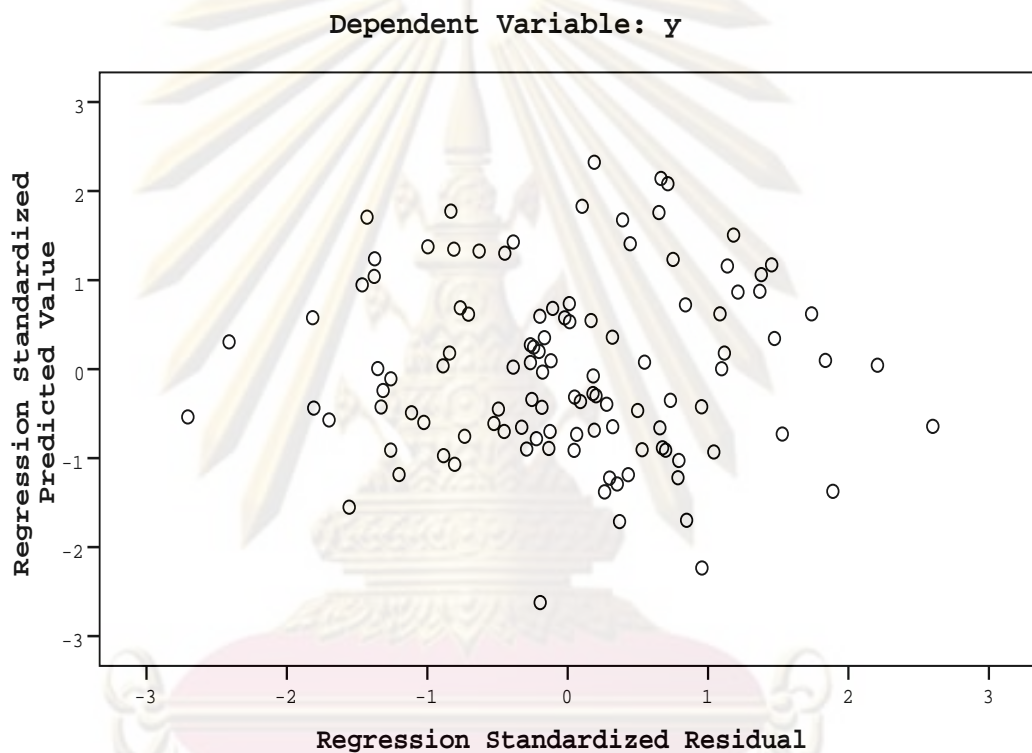
แผนภาพที่ 5 กราฟทดสอบการแจกแจงข้อมูลการสนับสนุนทางสังคม มีลักษณะเบ้ซ้ายและไม่เป็นโค้งปกติ



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**แผนภาพที่ 6** กราฟทดสอบความแปรปรวนมีค่าคงที่เท่ากันหรือไม่ (Heteroscedastic) เมื่อพิจารณาจากกราฟพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่าง  $Y$  กับ  $e$  มีค่า  $e$  กระจายอยู่รอบๆ ศูนย์ในกรณีนี้ถือว่าค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่

Scatterplot



ศูนย์วิทยุทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาววิไลลักษณ์ ตันติตระกูล เกิดเมื่อวันที่ 5 มิถุนายน พ.ศ. 2517 ที่จังหวัดราชบุรี สำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตรพยาบาลและการผดุงครรภ์ระดับต้น จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีราชบุรี ในปีการศึกษา 2536 เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต(ต่อเนื่อง) ได้รับปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีราชบุรี ในปีการศึกษา 2545 ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลชำนาญการ หอผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอกและหลอดเลือด โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี และได้ลาศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2550



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย