

ผลของการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของ
ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

นางสาวปัทมฉร รัตนิล

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2554
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the Graduate School.

THE EFFECT OF BUDDHIST SPIRITUAL CARE ON SPIRITUAL WELL-BEING OF
END STAGE CANCER ELDERLY PATIENTS

Miss Punnatorn Rattani

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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2011

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธต่อความผาสุกทาง
จิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

โดย

นางสาวบัณฑิต รัตนิล

สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ไพฑูรย์ โพธิ์สาร)

บัณณรร รัตนิล : ผลของการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธต่อคว ามผาสุกทาง จิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย . (THE EFFECT OF BUDDHIST SPIRITUAL CARE ON SPIRITUAL WELL- BEING OF END STAGE CANCER ELDERLY PATIENTS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : รศ.ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 176 หน้า.

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย โดยใช้แนวคิดความผาสุกทางจิตวิญญาณของ O'Brien (2008) ร่วมกับแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธของพระไพศ าล วิสาโล (2552) ศึกษากลุ่มเดียววัดแบบอนุกรมเวลา (One-group time series design) ทำการวัดซ้ำทั้งหมด 3 ครั้ง ห่างกันประมาณ 1 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาล เอกชน แห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ร ซึ่งเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ทุกชนิด จำนวน 30 คน ที่ได้มาจากการคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด ดำเนินโปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธทุก 2 วัน ครั้งละ 20-30 นาที รวม 7 ครั้ง เป็นเวลาทั้งหมด 2 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองได้แก่ คู่มือในการดำเนิน กิจกรรมตามโปรแกรมสำหรับพยาบาล และผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และมีค่าความเที่ยงของแบบประเมิน จากการคำนวณ สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .87 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำและการเปรียบเทียบรายคู่

ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

ค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธเพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลทางจิตวิญ ญาณเชิงพุทธอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณเพิ่มขึ้นตั้งแต่เข้าร่วมโปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธในสัปดาห์แรก เป็นต้นไป

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์..... ลายมือชื่อนิสิต.....
ปีการศึกษา.....2554..... ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

5277591936: MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: BUDDHIST SPIRITUAL CARE / END STAGE CANCER ELDERLY PATIENT / SPIRITUAL WELL-BEING

PUNNATORN RATTANIL : THE EFFECT OF BUDDHIST SPIRITUAL CARE ON SPIRITUAL WELL-BEING OF END STAGE CANCER ELDERLY PATIENTS.

ADVISOR: ASSOC. PROF. JIRAPORN KESPICHAYAWATTANA, Ph.D.,
176 pp.

This quasi - experimental research aimed to investigate the effect of Buddhist spiritual care on spiritual well-being of the end stage cancer elderly patients. The conceptual framework for the intervention in this study was based on "Spiritual well-being" (O' Brien, 2008) and "Approach to helping terminally ill patients" (Pra Pisan Visalo, 2009). The study was conducted in one sample group with a one-group time series design and evaluated a total of 3 times as follows with one-week intervals between each evaluation. The sample comprised 30 male and female of end stage cancer elderly patients admitting in a private hospital in Bangkok who were selected in line with inclusion criteria. Buddhist spiritual care were held every 2 days, 20–30 min/sessions over a period of 2 weeks for total of 7 sessions. The instrument used in the experiment included the intervention guide by the Buddhist spiritual care. The data collection instrument for this study was the spiritual well-being assessment. The spiritual well-being assessment was then tested for content validity by qualified experts where by reliability was equal to .87. The data was analyzed by using variance with repeated measures (ANOVA) and pairwise comparison.

The research findings can be summarized as follows: The average scores for spiritual well-being following the intervention were reduced to more than before the participation in intervention with statistical significance at the level of .05 and the mean score for spiritual well-being began to increase from participation in the first week onward.

Field of Study : Nursing Science..... Student's Signature

Academic Year : 2011..... Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งของ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา ที่สละเวลากรุณาให้ คำปรึกษา ชี้แนะ ตรวจสอบ และแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเมตตา จนวิทยานิพนธ์สำเร็จ สมบูรณ์ อีกทั้งยังมอบโอกาสและประสบการณ์อันมีค่าตลอดระยะเวลาที่ศึกษา เป็นแบบอย่างที่ดี และเป็นกำลังใจที่สำคัญยิ่ง ซึ่งผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาที่ได้รับ จึงขอกราบขอบพระคุณ เป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ ประธานกรรมการสอบ วิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูรย์ โพธิ์สาร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้ คำแนะนำ และข้อเสนอแนะต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น รวมทั้ง คณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชา ความรู้ และประสบการณ์ที่มีค่าตลอดระยะเวลาที่ศึกษา ณ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยแห่งนี้

ขอกราบขอบพระคุณสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย และคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้มอบทุนอุดหนุนการทำ วิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการ ปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท ผู้อำนวยการฝ่าย การพยาบาล และผู้จัดการแผนกต่างๆ ที่ให้อิ กาสและอำนวยความสะดวกในการทดลองใช้ เครื่องมือ และเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งผู้สูงอายุและครอบครัวกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ที่ได้ กรุณาให้ความร่วมมือในการศึกษาอย่างดียิ่ง อีกทั้งมอบประสบการณ์ชีวิตที่มีคุณค่าให้แก่ผู้วิจัย

ท้ายที่สุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณมารดา ที่เป็นกำลังใจอันยิ่งใหญ่และให้การ สนับสนุนในทุกด้าน ขอขอบคุณพี่ น้อง เพื่อนร่วมงานแผนกผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท ทุกท่านที่คอยห่วงใย ช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจเสมอมา และขอขอบคุณกัลยาณมิตรร่วม สถาบันทุกท่านที่ร่วมสร้างประสบการณ์ที่ดีด้วยกัน ณ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย คุณค่าและประโยชน์ที่เกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบให้แก่บุพการี คณาจารย์ ญาติมิตร และผู้ป่วยทุกท่านให้มีสุขภาพกาย ใจ และจิตวิญญาณ ที่แข็งแรงสมบูรณ์ตลอดไป และ ขออุทิศบุญกุศลที่เกิดจากการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ให้แก่ผู้ป่วยที่ล่วงลับไปแล้วด้วย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ฉ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	5
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	6
แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	6
สมมติฐานการวิจัย.....	8
ขอบเขตของการวิจัย.....	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย.....	13
แนวคิดเกี่ยวกับความตาย ศาสนาและจิตวิญญาณในบริบทสังคมไทย.....	23
แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมการดูแลทางจิตวิญญาณ.....	30
แนวคิดเกี่ยวกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ.....	43
บทบาทของพยาบาลในการดูแลด้านจิตวิญญาณ.....	51
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	58
โปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธ สำหรับผู้ป่วย วัยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย.....	63
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	66

บทที่	หน้า
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	67
รูปแบบการวิจัย.....	67
ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง.....	68
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	76
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	76
ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง.....	89
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	94
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	95
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	103
สรุปผลการวิจัย.....	103
อภิปรายผลการวิจัย.....	110
ข้อเสนอแนะ.....	117
รายการอ้างอิง.....	119
ภาคผนวก.....	128
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิและรายนามสถานที่เก็บข้อมูลการวิจัย.....	129
ภาคผนวก ข จดหมายเวียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายความร่วมมือในการเก็บ ข้อมูลการวิจัย เอกสารการพิจารณาจริยธรรม และ เอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	133
ภาคผนวก ค ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	146
ภาคผนวก ง สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	167
ภาคผนวก จ ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล.....	170
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	176

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	การแบ่งชั้นความรุนแรงตาม TMN system.....	15
2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การจ่ายค่ารักษาพยาบาล และบุคคลที่ช่วยเหลือดูแล.....	71
3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทางด้านสุขภาพ ได้แก่ การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรค ระยะเวลาความรุนแรงของโรค โรคประจำตัว ระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative performance scale) การรักษาที่เคยได้รับที่ผ่านมาตั้งแต่เจ็บป่วย และการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน.....	73
4	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทางด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ ความต้องการและเป้าหมายในชีวิต สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ บุคคลหรือแหล่งสร้างขวัญกำลังใจ และการปฏิบัติศาสนกิจ.....	75
5	เครื่องมือ/สื่อ อุปกรณ์ ที่ใช้ในโปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธ.....	87
6	คะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย 30 ราย ก่อน ระหว่างและหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธ.....	96
7	ค่าเฉลี่ยของคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายก่อน ระหว่างและหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธ.....	99
8	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ก่อน ระหว่างและหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธ.....	101
9	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ก่อน ระหว่างและหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธ โดยการทดสอบราย คู่ (Pairwise comparison)	102

ตารางที่		หน้า
10	ค่าเฉลี่ยของคะแนนประเมินจิตวิญญาณเชิงพุทธของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย.....	172
11	คะแนนประเมินจิตวิญญาณเชิงพุทธ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย 30 ราย.....	174

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดของความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ที่เจ็บป่วย (O' Brien, 2008).	50
2	กรอบแนวคิดการวิจัย.....	66
3	สรุปขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย.....	93

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็ง เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของโลก เป็นโรคเรื้อรังที่คุกคามชีวิตมนุษย์ เพราะต้องอาศัยการรักษาพยาบาลที่ยาวนาน ทำให้เกิดผลกระทบ ต่อทรัพยากรบุคคลและเศรษฐกิจของประเทศ และยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตประมาณ 13% ของผู้เสียชีวิตทั้งหมด ทั่วโลก ซึ่งเป็นจำนวนมากกว่า 6 ล้านคน (World Health Organization, 2010) องค์การอนามัยโลก ได้คาดการณ์ไว้ว่าใน ปี พ.ศ.2563 ทั่วโลกจะมีคนตายด้วยโรคมะเร็งมากกว่า 11 ล้านคน และจะเกิดขึ้นในประเทศที่กำลังพัฒนามากกว่า 7 ล้านคน (World Health Organization, 2010) สำหรับในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2537 มีจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งมากกว่า 18 ล้านคนและมีผู้ป่วยใหม่ประมาณ 9 ล้านคน ในทุกๆปี (National cancer institute, 2009) ซึ่งมีแนวโน้มของการเกิดโรคมะเร็งเพิ่มมากขึ้นเป็นไปในทิศทางเดียวกับประเทศอื่นๆ จากสถิติกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2549 – 2553 มีอัตราตายด้วยโรคมะเร็งร้อยละ 4.95, 3.06, 3.78, 3.28 และ 3.47 ตามลำดับ (กรมการแพทย์, 2554)

จากสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติในปี 2553 มีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่เข้ารับการรักษา 3,136 ราย เป็นผู้ป่วยสูงอายุ 1,253 ราย คิดเป็นร้อยละ 39.96 และจากสถิติเดียวกันพบว่าชนิดของมะเร็ง 5 อันดับแรกในผู้สูงอายุเพศหญิง ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก มะเร็ง ปากมดลูก มะเร็งปอดและหลอดลม มะเร็งโพรงมดลูก คิดเป็นร้อยละ 33.28, 14.44, 10.64, 9.73 และ 4.86 ตามลำดับ ส่วนชนิดของมะเร็ง 5 อันดับแรกในผู้สูงอายุเพศชาย ได้แก่ มะเร็งปอด และหลอดลม มะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก มะเร็งตับและถุงน้ำดี มะเร็งช่อง ปาก มะเร็งหลอดอาหาร คิดเป็นร้อยละ 21.85, 18.32, 12.27, 7.39 และ 7.23 ตามลำดับ (National cancer institute, 2010)

การรักษาโรคมะเร็งในผู้สูงอายุมีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน (Guthrie and Mazance, 2004) และมีความทุกข์ทรมานจากอาการของโรค เนื่องจากผู้สูงอายุมีความเสื่อมของอวัยวะภายในร่างกาย และข้อจำกัดในการทำหัตถการต่างๆ ที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง (วิจิตรา กุสุมภ์, 2551) ทำให้มีผลกระทบต่อสภาพจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณทั้ง

ของผู้ป่วยและญาติที่อยู่ใกล้ชิด รวมทั้งทีมสหสาขาวิชาชีพที่ให้การดูแล (Curtis, 2550) จากการศึกษาของ Pasetto, Falci, Compostella, et al, (2007) พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง คือการคงไว้ซึ่งหน้าที่การทำงานของร่างกายและการควบคุมอาการต่างๆที่เกิดจากโรค ครอบคลุมถึงการคงไว้ซึ่งความสุขทางจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ (Albers, Ehteld, Vet, et al, 2010) มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายนอกจากถูกรบกวนจากอาการต่างๆทางกายที่เกิดจากภาวะของโรคแล้ว (Jocham, Dassen, Widdershoven, et al, 2006) ยังส่งผลในด้านจิตใจ อารมณ์และจิตวิญญาณ ได้แก่ สับสน วิดกกังวล ซึมเศร้า (Higginson and Costantini, 2008) รู้สึกผิด โกรธ กลัวความตาย หนีไม่ได้กับความทุกข์ ที่เกิดขึ้นกับตน (Yao, Hu, Lai, et al, 2007) มีสภาพจิตใจที่แย่ง และสิ้นหวัง (McClement and Chochinov, 2008) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จุฬารวรรณ สุรกุล (2544) ที่พบว่าเมื่อผู้ป่วยมะเร็งได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากทีมสุขภาพ ผู้ป่วยรับรู้โรคมะเร็งเป็นโรคที่ร้ายแรง เป็นแล้วไม่สามารถรักษาให้หายได้และอยู่ใกล้ชิดกับความตาย จากการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งดังกล่าวส่งผลให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยหลายด้าน ไม่ว่าจะเป็นภาวะซึมเศร้า วิดกกังวล เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในอนาคต ความรู้สึกมีคุณค่าในตน เองลดลง ซึ่งสมภพ เรืองตระกูล (2544) กล่าวว่าหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งทุกระยะ ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกกลัวหลายอย่างตามมา เช่น กลัวรักษาไม่หาย กลัวความเจ็บปวด กลัวรูปร่างผิดปกติหรือพิการ และกลัวความตาย ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการ วิดกกังวล เครียดและนอนไม่หลับ ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทางจิตวิญญาณขึ้น

ทั้งนี้การรับรู้ถึงความตายและกระบวนการตายสร้างความทุกข์ทางจิตวิญญาณให้กับผู้ป่วยเพราะไม่สามารถหยุดความคิดเรื่องความตายที่ จะเกิดขึ้นได้ การมองเห็นความตายที่รออยู่ข้างหน้าจึงเป็นความทุกข์ที่ยิ่งใหญ่และเกิดความกลัวการพลัดพรากจากสิ่งที่รัก ความรู้สึกเป็นห่วงผูกพันอยู่กับสิ่งที่รัก มีความรู้สึกหวาดหวั่นต่อการพลัดพรากกับสิ่งที่ครอบครอง ยากต่อการปล่อยวาง (ณฤดี กิจทวี , 2552) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Higginson and Costantini (2008) ที่พบว่าการแสดงออกถึงปัญหาทางจิตวิญญาณเมื่อเข้าสู่ระยะใกล้ตาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย มีความกลัวต่อความตาย เพราะรู้ว่าต้องเผชิญกับความตายที่กำลังจะเกิดขึ้นในอนาคตอันใกล้ ดังนั้นความกลัวตายเป็นสิ่งที่จะมีอยู่ตลอดไปในวิถีของความเจ็บป่วย และนำมาซึ่งความทุกข์อย่างสาหัสเพราะเป็นสิ่งที่อยู่ในจิตสำนึกและจิตวิญญาณ และถูกปิดกั้นให้อยู่แต่ในใจของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ทั้งผู้ป่วยและบุคคลรอบข้างมักไม่กล้าพูดคุยเกี่ยวกับเรื่องความตาย (Tsai, Wu, Chiu, et al. 2005)

การรักษาพยาบาลในปัจจุบันเน้นการดูแลรักษาทางกายโดยไม่ได้ให้ความสำคัญกับ เรื่องของจิตใจและจิตวิญญาณ (ไพศาล วิสาโล , 2552) ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งในระยะสุดท้ายของชีวิตรู้สึกหวาดกลัวต่อความตายและไม่มีความสุขทางจิตวิญญาณ (Tsai, et al. 2005) ซึ่งการศึกษาของ Duggleby, Degner, Williams, et al. (2007) พบว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายส่วนใหญ่ต้องการใช้ชีวิตในระยะสุดท้ายและเสียชีวิตที่บ้านในสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย แต่ในความเป็นจริงแล้วส่วนใหญ่เสียชีวิตในโรงพยาบาล ภายใต้เครื่องมือช่วยชีวิตทางการแพทย์ต่างๆ อุปกรณ์และสภาพแวดล้อมเหล่านี้ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทรมาน ว้าเหว่ ขาดที่พึ่งทางจิตใจและจิตวิญญาณ (สุมาลี นิมนานนิตย์, 2552; จินต์จุฑา รอดพาล, 2549)

ความสุขทางจิตวิญญาณ (Spiritual well-being) เป็นสิ่งที่เกี่ยวกับความเป็นองค์รวมในบุคคล ที่ประกอบด้วยความศรัทธาในศาสนา และความเข้าใจในศักยภาพของตน มองตนเองด้วยความไว้วางใจ เป็นความรู้สึกรับรู้ที่อยู่ภายในตัวตนทั้งหมด รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์และยอมรับ (O' Brien, 2008) และยังเป็นความรู้สึกของบุคคลว่าตนสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ โดยมีเป้าหมายของชีวิต และมีความสำเร็จตามความประสงค์ เป็นสิ่งที่ชี้ให้เห็นถึงความเข้มแข็งของจิตวิญญาณที่เป็นอยู่ในปัจจุบันของบุคคล (Paloutzian and Ellison, 1982) ในบริบททางพุทธศาสนา ความสุขทางจิตวิญญาณในระยะสุดท้ายของชีวิตคือการนำไปสู่การตายดี ซึ่งหมายถึง การตายที่ปลอดจากการทรมานที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ของผู้ป่วย ญาติและผู้ให้การรักษา (ไพศาล วิสาโล , 2552) โดยทั่วไปควรเป็นไปตามความประสงค์ของผู้ป่วยและญาติ บนพื้นฐานของการรักษาทางการแพทย์ วัฒนธรรมและจริยธรรมที่ได้มาตรฐานและดีงาม (สุมาลี นิมนานนิตย์, 2550) ดังที่พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ระบุว่าบุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2550) การดูแลทางจิตวิญญาณจึงเป็นประเด็นสำคัญที่มีผลต่อความสุขทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญหน้ากับปัญหาต่างๆ ที่เกิดจากความเจ็บป่วยที่มีผลคุกคามชีวิตได้ (Duggleby, et al. 2007)

ทั้งนี้จากการศึกษาของ Taylor (2006) เกี่ยวกับปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบของความ ต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งพบว่า จำนวนครั้งในการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนามีความสัมพันธ์กับความต้องการด้าน จิตวิญญาณ คือ ผู้ที่ต้องการศาสนาเป็น ผู้ที่มีความต้องการด้านจิตวิญญาณ ความต้องการด้านจิตวิญญาณที่มากขึ้นสัมพันธ์กับระยะเวลาในการดำเนินโรค และผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลมีความต้องการด้านจิตวิญญาณมากกว่าผู้ป่วยที่อยู่บ้าน

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจินต์ จุฑา รอดพาล (2549) ที่พบว่า การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีเครื่องมือเครื่องช่วยชีวิตต่างๆ และใช้ ความพยายามในการรักษา ทุกวิธีเพียงเพื่อยืดชีวิตออกไปให้นานที่สุด ผู้สูงอายุมองว่าสถานการณ์ดังกล่าวเป็นการรู้ ingsชีวิตไว้ให้พบกับความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ

ดังนั้นการดูแลทาง จิตวิญญาณจึงเป็นองค์ประกอบหนึ่ง ในการพยาบาลแบบองค์รวม ที่มีความสำคัญ เพราะบุคคลประกอบด้วยร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ การดูแลสุขภาพบุคคลไม่สามารถแบ่งแยกเป็นส่วนๆได้ แต่ต้องให้การดูแลในทุกๆองค์ประกอบอย่างบูรณาการ เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีของบุคคล (ทัศนีย์ ทองประทีป , 2547) การดูแลด้านจิตวิญญาณจึงมีความสำคัญเพราะจิตวิญญาณเป็นแหล่งของความหมาย ความหวัง กำลังใจ หรือเครื่องยึดเหนี่ยวของจิตใจ ทำให้สามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยก้าวผ่านปัญหา อุปสรรค ความลำบากในชีวิตได้ (พินิจ รัตตกุล , 2547) แม้ว่าจิตวิญญาณจะมีความสำคัญต่อบุคคลหรือผู้เจ็บป่วย แต่พยาบาลส่วนใหญ่ให้การดูแล ด้านจิตวิญญาณยังน้อยอยู่ เหตุผล จากข้อจำกัดทางข้อมูลความรู้ที่เป็นรูปธรรมเชิงวิชาการ และมีความสับสนในบทบาทที่เกี่ยวกับการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ (Sellers & Haag, 1998) นอกจากนี้ยังพบว่า บุคลากรทางสุขภาพเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความกลัวที่จะกล่าวถึงกระบวนการตายกับผู้ป่วยและญาติ มีความลำบากใจเมื่อทราบว่าผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้าย และพยายามหลีกเลี่ยงที่จะพูดคุยกับผู้ป่วยเกี่ยวกับการดำเนินของโรค (Scherwiz, Pullman, McHenry, et al., 2006) เหล่านี้แสดงถึงความจำเป็นของการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลที่สามารถให้การดูแลด้านจิตวิญญาณได้อย่างเหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบสำคัญของความผาสุกทางจิตวิญญาณ ได้แก่ ความเชื่อส่วนบุคคล ความอึดใจในจิตวิญญาณ และการปฏิบัติตามหลักศาสนา ส่วนปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบรองลงมา ได้แก่ ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ประสบการณ์วิกฤติของชีวิต และการสนับสนุนทางสังคม (O' Brien, 2008) ซึ่งการศึกษาของฉวีวรรณ ไพรวลัย (2540) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การประเพณีทางศาสนา พฤติกรรมการดูแลทางการแพทย์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง พบว่าการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยเอดส์ และการศึกษาของทิวาริณณ์ วัฒนาวัตถุ ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่า การเข้าร่วมปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการด้านจิตวิญญาณ ส่วนการศึกษาของเสาวลักษณ์ มณีรักษ์ (2545) พบว่าเมื่อผู้ป่วยมะเร็งได้รับความทุกข์ทรมานจากการ

เจ็บป่วย ที่ส่งผลรุนแรงเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ จนถึงระยะสุดท้ายทำให้ผู้ป่วยต้องการสิ่งยึดเหนี่ยวและหาหนทางประคับประคองจิตใจโดยการพึ่งพาทางด้านจิตวิญญาณ ซึ่งสอดคล้องกับการส่งเสริมการปฏิบัติตามความเชื่อ การสวมมนต์ภาวนา การทำสมาธิตามความศรัทธาของผู้ป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคมที่เป็นอีกปัจจัยหนึ่งซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไป โดยเฉพาะการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว มีความสำคัญต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยมากที่สุด (สุจรรยา โลหาชีวะ, 2548)

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุและผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ผ่านมา พบว่า ในประเทศไทย มีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณไว้เป็นจำนวนมาก ซึ่งเป็นองค์ความรู้ที่สามารถนำมาพัฒนาการดูแลทางจิตวิญญาณได้ แต่ยังไม่มีการศึกษาวิธีการปฏิบัติเพื่อคงไว้ซึ่งความผาสุกทางจิตวิญญาณ แม้องค์ความรู้ดังกล่าวสามารถนำมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติได้ แต่ในบริบทของคนไทยมีความแตกต่างกันในด้านของความเชื่อ ความศรัทธาทางศาสนา ขนบธรรมเนียม วัฒนธรรม รวมถึงมีความแตกต่างกันไปตามช่วงวัยและประสบการณ์ชีวิต ซึ่งเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อน ดังนั้นผู้วิจัย จึงได้พัฒนาโปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายขึ้น เพื่อตอบสนองของความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณที่สอดคล้องกับความเชื่อ ความศรัทธาทางศาสนา ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมภายใต้บริบทของผู้สูงอายุไทยพุทธ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วย มีจิตน้อมนำให้เกิดความสุข ไม่หวาดหวั่นต่อความตาย และจากไปอย่างสงบได้หรือที่เรียกว่า “ตายดี” (จินต์จุฑา รอดพาล, 2549)

คำถามการวิจัย

1. ผลของการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธ ทำให้ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นอย่างไร
2. ผลของการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธ สามารถเพิ่มความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายได้หรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ก่อน ระหว่าง และหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธ
2. เพื่อเปรียบเทียบความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ก่อน ระหว่าง และหลังได้รับโปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

จากการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับจิตวิญญาณและการดูแลทางจิตวิญญาณ ของ O' Brien, 2008 พบว่า เมื่อระยะสุดท้ายของชีวิตใกล้เข้ามา ผู้ป่วยแต่ละคนจะมีปฏิกิริยาต่อความตาย แตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับภูมิหลัง วุฒิภาวะทางอารมณ์ ประสบการณ์ ชีวิต แหล่งสนับสนุนทางด้านจิตใจ สังคม และสภาพความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่กำลังเผชิญอยู่ ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายผ่านการรักษาโรคมะเร็งมาหลากหลายวิธี ซึ่งมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา และมีความทุกข์ทรมานจากอาการของโรค ทำให้มีผลกระทบต่อสภาพจิตใจอารมณ์และจิตวิญญาณ ในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายส่วนใหญ่ต้องการใช้ชีวิตในระยะสุดท้ายและเสียชีวิตที่บ้านในสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย แต่ในความเป็นจริงแล้วส่วนใหญ่เสียชีวิตในโรงพยาบาลภายใต้เครื่องมือช่วยชีวิตทางการแพทย์ต่างๆ และใช้ความพยายามในการรักษาทุกวิถีทางเพื่อยืดชีวิตออกไปให้นานที่สุด สถานการณ์ดังกล่าวเป็นการรังชีวิตไว้ให้พบกับความทุกข์ทรมาน (จินต์จุฑา รอดพาล, 2549) อีกทั้งการปิดกั้นโอกาสไม่ให้ผู้ป่วยและครอบครัวทำตามความเชื่อหรือปฏิบัติตามหลักศาสนา เนื่องจากอาจเป็นการรบกวนผู้ป่วยอื่นที่อยู่รอบข้างหรือความไม่เหมาะสมของสถานที่ (Sellers and Haag, 1998) ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยไม่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณ

ความผาสุกทางจิตวิญญาณถือเป็นองค์ประกอบหนึ่งในสภาวะของบุคคลแบบองค์รวม ตามประกาศขององค์การอนามัยโลก (ประเวศ วัชสี, 2543) ตามแนวคิดของ O' Brien (2008) กล่าวว่า ผู้ที่ป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต มีความต้องการค้นหาความหมายของความเจ็บป่วยและเป้าหมายของชีวิต ความมีคุณค่าในตนเอง และการมีความหวังในการมีชีวิต เพื่อให้ตนเองมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่เหลืออยู่ดีขึ้นพร้อมที่จะต่อสู้กับสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง หากบุคคลไม่มีประสบการณ์ของความผาสุกทางจิตวิญญาณหรือมีความพร่องของจิตวิญญาณอาจจะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า อ้างว้าง วิดกกังวลในการมีชีวิตอยู่และอยู่อย่างไร้ความหมาย

ตามทฤษฎีความผาสุกทางจิตวิญญาณในสภาวะที่เจ็บป่วย (A middle-range theory of spiritual well-being in illness) ของ O' Brien (2008) พยาบาลมีหน้าที่เป็นผู้ร่วมในกระบวนการช่วยผู้ป่วยค้นหาความหมายของจิตวิญญาณจากประสบการณ์ความเจ็บป่วย เพื่อนำไปสู่ความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยมี ปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบสำคัญของความผาสุกทางจิตวิญญาณ ได้แก่ ความเชื่อส่วนบุคคล (Personal faith) ความอิมเอิบใจในจิตวิญญาณ (Spiritual contentment) และการปฏิบัติตามหลักศาสนา (Religious practice) ส่วนปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบรองลงมา ได้แก่ ความรุนแรงของการเจ็บป่วย (Severity of illness) ประสบการณ์วิกฤติของชีวิต (Stressful life events) และการสนับสนุนทางสังคม (Social support) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิลเลียมสัน ตันติตระกูล และสุริพร ธนศิลป์ (2552) ที่พบว่าการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา และแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และการศึกษาของธัญญา น้อยเปียง (2545) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม นอกจากนี้สมาชิกในสังคมยังมีส่วนในการช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติภารกิจทางศาสนา ซึ่งเป็นความเชื่อและสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจที่จะทำให้เกิดความผาสุกในความศรัทธายึดมั่นทางศาสนา

และจากการศึกษาของ O' Brien (2006) พบว่า ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความไว้วางใจ (Trust) ความหวังหรือสิ่งที่คาดหวัง (Hope) การให้อภัย (Forgiveness) ความทรงจำ (Reminiscence) ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของทิวาธินันท์ วัฒนาวัตถุ (2551) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีความต้องการด้านจิตวิญญาณมากจะมีการเข้าร่วมในการปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนาที่มากขึ้น และสัมพันธ์ภาพในครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณและเป็นสิ่งที่ให้ความหมายและเป้าหมายในชีวิต ดังนั้นการจะสร้างให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยได้ ครอบครัว ผู้ใกล้ชิด หรือผู้ดูแล ต้อง ทราบถึง ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการได้ตรงตามความเชื่อส่วนบุคคล ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ และตามหลักปฏิบัติทางศาสนาที่ผู้ป่วยเคารพ ซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้มีส่วนกระตุ้นให้ผู้ป่วยสามารถค้นหาความหมายของจิตวิญญาณในตนเองเมื่อเจ็บป่วย ส่งผลให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณขึ้นได้

ทั้งนี้เนื่องจากประชาชนในสังคมไทยส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ดังนั้น การส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุในบริบทของสังคมไทย ผู้วิจัยจึงได้นำแนวทางของพระไพศาล วิสาโล (2552) ในการช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธ ที่มีแนวทางดังนี้ คือ การให้

ความรักและความเห็นอกเห็นใจ การช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความตายที่จะมาถึง ช่วยให้จิตใจจดจ่อกับสิ่งดีงาม ช่วยปลดปล่อยสิ่งค้างคาใจ ช่วยให้ผู้ป่วยปล่อยวางสิ่งต่างๆ การสร้างบรรยากาศแห่งความสงบ และการกล่าวคำอำลา มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธ สำหรับ ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย โดยการจัดการกับปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบสำคัญของความผาสุกทางจิตวิญญาณ ได้แก่

1.) **ความเชื่อส่วนบุคคล (Personal faith)** โดยการสร้างสัมพันธภาพให้ ความเห็นอกเห็นใจ ประเมินทางด้านจิตวิญญาณ ช่วยให้อยอมรับความตายที่จะมาถึง และส่งเสริม ความเชื่อ ความศรัทธาในสิ่งที่นับถือ

2.) **ความอึดอับใจในจิตวิญญาณ (Spiritual contentment)** โดยการส่งเสริม ความพึงพอใจในสิ่งที่นับถือ ความรู้สึกได้รั บการคุ้มครองจากสิ่งที่เคารพ ช่วยให้ใจจดจ่อกับ สิ่งที่ดีงาม ช่วยปลดปล่อยสิ่งที่ค้างคาใจ และการปล่อยวางสิ่งต่างๆ

3.) **การปฏิบัติตามหลักศาสนา (Religious practice)** โดยการส่งเสริมการ ปฏิบัติตามหลักความเชื่อทางศาสนา การสร้างบรรยากาศแห่งความสงบ การเอื้อให้ประกอบ พิธี ตามความเหมาะสม และการให้ครอบครัววางแผนร่วมกับผู้ป วยในเรื่องการจัดการเมื่อ อยู่ในวาระ สุดท้ายของชีวิต

จากแนวคิด เหตุผล และข้อมูลหลักฐานการวิจัยดังกล่าว ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานการวิจัย

1. ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง ระยะระยะสุดท้าย หลังได้รับ โปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธอยู่ในระดับสูงถึงสูงมาก

2. ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายหลังได้รับ โปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธ เพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม การดูแลทาง จิตวิญญาณเชิงพุทธ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัย เชิงทดลอง (Experimental research) ใช้แบบแผนการวิจัย กึ่งทดลอง แบบศึกษากลุ่มเดียววัดแบบอนุกรมเวลา (One-Group Time Series Design) (Polit and Beck, 2004) โดยการวัดซ้ำ 3 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 สัปดาห์ เพื่อศึกษาผลการดูแลทาง

จิตวิญญาณเชิงพุทธต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย
กำหนดขอบเขตการวิจัยดังนี้

ประชากร คือ บุคคลที่มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและ
เพศหญิง ที่นับถือศาสนาพุทธ ที่เข้ารับการรักษา เป็นผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลเอกชนที่ให้บริการ
ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร ซึ่งเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งทุกชนิด ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า
เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งในระยะ ที่มีการ แพร่กระจาย ของโรค ไปยัง ต่อม้ำเหลือง และ /หรือ
ระบบต่างๆ ของร่างกาย ที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และ ผู้ป่วยและครอบครัวยินดีที่จะเข้า
ร่วมการวิจัย

ตัวแปรที่ศึกษา คือ ความผาสุกทางจิตวิญญาณ

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย หมายถึง บุคคลที่มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 60 ปี
บริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและ เพศหญิง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งใน
ระยะที่มีการแพร่กระจายของโรคไปยัง ต่อม้ำเหลือง และ /หรือ ระบบต่างๆ ของร่างกาย
ที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เป้าหมายการรักษาเพื่อการประคับประคองและบรรเทาความ
ทุกข์ทรมาน อันเป็นผลมาจากโรคและอาการแทรกซ้อนของโรค

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ หมายถึง ความรู้สึกส่วนลึกภายในจิตใจของ ผู้ป่วยสูงอายุ
โรคมะเร็งระยะสุดท้าย ที่แสดงถึงสภาวะจิตใจที่สงบ เป็นสุข ยอมรับ ความจริง มีความเข้มแข็งใน
จิตใจ พึงพอใจในสิ่งที่เป็นอยู่ และมีความ รู้สึก มั่นใจถึงความสัมพันธ์กับสิ่งที่ตนศรัทธา
ประกอบด้วย

1. ความผาสุกในสิ่งที่เป็นอยู่ หมายถึง ความรู้สึกว่าชีวิตมีเป้าหมาย มีคุณค่า พึงพอใจ
ในชีวิตตนเอง มีอารมณ์แจ่มใส มองโลกในแง่ดี ไม่สิ้นหวัง และพอใจที่จะมีสัมพันธภาพที่ดีกับ
บุคคลอื่น

2. ความผาสุกในความผูกพันยึดมั่นกับศาสนา หมายถึง ความรู้สึกเป็นสุข สงบภายใน
จิตใจ ซึ่งเกิดจากการมีที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ มีศรัทธา มีความเชื่อในศาสนา และมีความสุขในการ
ปฏิบัติตามคำสอนทางศาสนา

แปลผลความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นระดับคะแนนเฉลี่ย แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

< 20 คะแนน หมายถึง มีความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับต่ำมาก

21 – 40 คะแนน หมายถึง มีความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับต่ำ

41 – 60 คะแนน หมายถึง มีความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับปานกลาง

61 – 80 คะแนน หมายถึง มีความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับสูง

81 – 100 คะแนน หมายถึง มีความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับสูงมาก

การดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่จัดขึ้นสำหรับ ผู้ป่วย สูงอายุโรคระยะ รั้งระยะสุดท้าย โดยเน้นการดูแลสภาวะจิตใจให้มีความสุข สงบ เสริมสร้าง ความเข้มแข็งภายในจิตใจ โดยการประเมินความรู้สึกส่วนลึกภายในจิตใจ ค้นหาความต้องการด้าน จิตวิญญาณของผู้ป่วย กระตุ้ นให้ผู้ป่วยสามารถค้นพบความหมายของจิตวิญญาณจาก ประสบการณ์ความเจ็บป่วยได้ ประกอบด้ว การสร้างสัมพันธ์ภาพ ให้ ความเห็นอกเห็นใจ การชี้แนะให้ปราศจากความกลัวแล ะช่วยให้อยอมรับความตายที่จะมาถึง สร้างความมั่นใจและ ความพึงพอใจในความเชื่อ ความศรัทธาของสิ่งที่เคารพนับถือ โน้มนำจิตใจให้จดจ่ออยู่กับสิ่งดีงาม ช่วยปลดเปลื้องสิ่งค้างคาใจ ให้เกิดการยอมรับและปล่อยวาง กระตุ้ นให้รู้จักการ ให้อภัยตนเองและ ผู้อื่น รวมถึงการดูแลให้อยู่ในสถานที่ที่สงบ และการสนับสนุนให้เข้าใกล้หรือเข้าถึงสิ่งสูงสุดทาง จิตใจ ซึ่งให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมด้วในแต่ละกิจกรรมเพื่อที่จะสามารถวางแผนร่วมด้วกับผู้ป่วย ในเรื่องการจัดการเมื่อผู้ป่วย อยู่ในวาระสุดท้ายของ ชีวิตได้ ตามแนวคิดของ O' Brien (2008) และแนวทางในการช่วยเหลื่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้ววิธีแบบพุทธของพระไพศาล วิสาโล (2552) โดยผู้วิจัย เข้าเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัว พร้อมคู่มือการดูแลทางจิตวิญญาณ เชิงพุทธ ที่ผู้วิจัย สร้างขึ้น จำนวน 7 ครั้ง ครั้งละ 20 – 30 นาที ตามเวลานัดหมายกับผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งมี รายละเอียด ดังนี้

1. การส่งเสริมความเชื่อส่วนบุคคล (Personal faith) โดยการ

1.1 สร้างสัมพันธ์ภาพ เข้าพบผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้เกิดความมั่นใจ และให้ ความเห็นอกเห็นใจ พุดให้กำลังใจหรือสัมผัสด้วความอ่อนโยน

1.2 ประเมินทางด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ การรับรู้ในเรื่องของความเจ็บป่วย วัฒนธรรม ศาสนา ความเชื่อ การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา

1.3 เตรียมใจให้พร้อมก่อนเดินทางไกล เข้าพบผู้ป่วยสนทนาและอธิบาย ทำความเข้าใจเกี่ยวกับสภาวะของโรค อาการที่เป็นอยู่ในขณะนี้ โดยร่วมด้วกับแพทย์ผู้รักษาและ ครอบครัว ควบคุมไปกับการให้กำลังใจและความมั่นใจว่าจะไม่ทอดทิ้ง จะอยู่เคียงข้างและ ช่วยเหลื่ออย่างเต็มที่จนถึงที่สุด

1.4 ส่งเสริมความเชื่อ ความ ศรัทธาในสิ่งที่นับถือ ความเชื่อในการดำรงอยู่ ของศาสนา ความเชื่อมั่นในพลังที่ได้รับ การได้รับการชี้แนะแนวทางตามหลักศาสนา โดยเปิด

โอกาสให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแนวทางตามหลักศาสนาของตนเอง และปฏิบัติไปพร้อมกับผู้ป่วย เช่น การสวดมนต์ การทำสมาธิ

2. ความอึดใจในจิตวิญญาณ (Spiritual contentment) โดยการ

2.1 ส่งเสริมความพึงพอใจในสิ่งที่นับถือ ความรู้สึกได้รับการคุ้มครองจากสิ่งที่เคารพ ช่วยให้จิตใจจดจ่อกับสิ่งที่ตั้งงาม โดยน้อมจิตผู้ป่วยให้ระลึกถึงและมีศรัทธามั่นในพระรัตนตรัย คือ พระพุทฺธ พระธรรม และพระสงฆ์ ระลึกถึงศีลที่ปฏิบัติมา และยกย่องคุณความดี ความภูมิใจในความดีที่กระทำมา

2.2 ช่วยปลดปล่อยสิ่งที่ค้างคาใจ และ เน้นแนวทางให้เกิดการยอมรับและปล่อยวางสิ่งต่างๆ โดยนัดหมายกับครอบครัวของผู้ป่วยในเวลาที่ญาติ ลูกหลาน สามารถพร้อมกันได้มากที่สุด เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและ ครอบครัวกล่าวคำให้อภัย ขอโทษกรรมต่อกัน หรือใช้การเขียนคำขอโทษ ความในใจ หรือสิ่งที่ต้องการลงกระดาษและแลกเปลี่ยนกันอ่าน

3. การปฏิบัติตามหลักศาสนา (Religious practice) โดยการ

3.1 ส่งเสริมการปฏิบัติตามหลักความเชื่อทางศาสนา เพื่อให้ประกอบพิธีตามความเหมาะสม และสร้างบรรยากาศแห่งความสงบ โดยให้ผู้ป่วยสวดมนต์ อ่านหนังสือธรรมะ หรือ ทำสมาธิร่วมกัน จัดห้องให้สงบและดูศักดิ์สิทธิ์ และน้อมจิตของผู้ป่วยด้วยการเปิดเพลงบรรเลงหรือบทสวดมนต์เบาๆ รวมทั้งการนิมนต์พระสงฆ์มาเยี่ยม หรือมาประกอบพิธีทางศาสนา หากผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ

3.2 สนับสนุนให้ครอบครัววางแผนร่วมกับผู้ป่วยในเรื่องการจัดการเมื่อผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อนำผลการวิจัยมา เป็นแนวทางในการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม
2. เป็นการพัฒนาบทบาทพยาบาล าลในการดูแลด้านจิตวิญญาณ เพื่อให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ ซึ่งก่อให้เกิดการดูแลแบบองค์รวม
3. เป็นข้อมูลสำหรับการวิจัยทางการปฏิบัติการพยาบาล ในการพัฒนาคุณภาพงานบริการพยาบาลด้านการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาผลของการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้วิจัยได้ทบทวน ตำรา เอกสาร และงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องสรุปเป็นเนื้อหาสาระสำคัญเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย เสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย
 - 1.1 พยาธิสรีระวิทยาของมะเร็ง
 - 1.2 โรคมะเร็งที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ
 - 1.3 อาการและอาการแสดงที่พบในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
 - 1.4 ความหมายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
2. แนวคิดเกี่ยวกับความตาย ศาสนาและจิตวิญญาณในบริบทของสังคมไทย
 - 2.1 ลักษณะปฏิบัติการตอบสนองต่อความตาย
 - 2.2 การตอบสนองต่อวิถีการมีชีวิตร่วมกับขบวนการตาย
 - 2.3 ศาสนาและจิตวิญญาณ
3. แนวคิดการส่งเสริมการดูแลทางจิตวิญญาณ
 - 3.1 แนวคิดการดูแลทางจิตวิญญาณ
 - 3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลทางจิตวิญญาณ
 - 3.3 การประเมินทางจิตวิญญาณ
 - 3.4 ผลกระทบต่อจิตวิญญาณเมื่อเกิดความเจ็บป่วย
 - 3.5 ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุและผู้ป่วยระยะสุดท้าย
4. แนวคิดเกี่ยวกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ
 - 4.1 ความหมายของความผาสุกทางจิตวิญญาณ
 - 4.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ
 - 4.3 ปรัชญาและหลักการสำคัญเกี่ยวกับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้เจ็บป่วย
5. บทบาทของพยาบาลชั้นสูงในการดูแลด้านจิตวิญญาณ

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. การดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

1. ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

1.1 พยาธิสรีระวิทยาของมะเร็ง

มะเร็งเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่ง เกิดขึ้นได้กับทุกอวัยวะของร่างกาย เนื่องจากเซลล์ของอวัยวะนั้นๆเกิดการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วผิดปกติไม่อยู่ในการควบคุมของร่างกาย เซลล์เหล่านั้นจะเจริญอย่างรวดเร็วเป็นก้อนโตขึ้นเรื่อยๆ หรือกลายเป็นแผลเรื้อรังทำลายอวัยวะที่เกิดโรค กดเบียดทับหรือลุกลามทำลายอวัยวะข้างเคียง หรือแพร่กระจายเข้าต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ใกล้ๆ กับอวัยวะนั้นๆ ถ้าลุกลามมากขึ้นจะแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ไกลออกไป และแพร่กระจายเข้ากระแสโลหิตไปเจริญเติบโตตามอวัยวะต่างๆ ขยายออกไปทั่วร่างกายได้ เช่น แพร่กระจายไปปอด ตับ กระดูกและสมอง เป็นต้น (สุจินดา ริมศิริทอง และคณะ, 2550) โดยทั่วไป เซลล์มะเร็งจะมีลักษณะสำคัญร่วมกันดังนี้ คือ 1.) ไม่ตอบสนองต่อการควบคุมการเจริญเติบโตหรือการซ่อมแซมเนื้อเยื่อตามปกติของร่างกาย 2.) เจริญเติบโตได้เองโดยไม่ต้องอาศัยปัจจัยจากภายนอกช่วยเหลือ (autonomous growth) 3.) เจริญลุกลามออกนอกขอบเขตของเนื้อเยื่อปกติ (invasive growth) 4.) เจริญได้ในเนื้อเยื่อที่อยู่ห่างไกล (metastatic growth) โดยกระจายไปตามระบบน้ำเหลืองหรือระบบไหลเวียนโลหิต 5.) มีต้นกำเนิดมาจากเซลล์เพียงเซลล์เดียว (monoclonal origin) 6.) มีแอนติเจนที่เปลี่ยนแปลงไปจากปกติ (World Health Organization, 2008)

สาเหตุและกลไกของการเกิดมะเร็ง จากความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ ทำให้ทราบว่ามะเร็งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ในระดับโมเลกุลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรม ซึ่งมีผลต่อการแบ่งตัวของเซลล์ เมื่อมีความผิดปกติของเซลล์จำนวนมาก ในที่สุดอวัยวะนั้นๆก็จะเสียหายที่ไป ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดเซลล์มะเร็ง ได้แก่ ระบบภูมิคุ้มกัน สิ่งแวดล้อม ไวรัสก่อมะเร็ง สารก่อมะเร็ง (carcinogens) เช่น สารเคมี รังสีต่างๆ อาหารบางชนิด เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรมคือมีการเปลี่ยนแปลงของ gene code ทำให้รูปร่างและคุณสมบัติของเซลล์เปลี่ยนไป การเปลี่ยนแปลงจะเกิดเป็นขั้นตอนจนในที่สุดกลายเป็นเซลล์มะเร็ง เชื่อกันว่าการแบ่งตัวของเซลล์อย่างผิดปกตินี้เป็นผลเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลง (mutation) ของยีนหลายชนิด แต่ที่สำคัญมี 2 ชนิด คือ proto-oncogene ที่ทำหน้าที่กระตุ้นให้เซลล์แบ่งตัว

อีกชนิดหนึ่ง ได้แก่ ยีนต้านมะเร็ง (tumor suppressor gene) ยีนส์ทั้ง 2 ชนิดนี้จะทำงานประสานกันในการควบคุมการแบ่งตัวของเซลล์ให้อยู่ในภาวะปกติ นอกจากนี้ยังมียีนส์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ยีนส์ที่เกี่ยวข้องกับการซ่อมแซมดีเอ็นเอ (DNA mismatch repair gene) และยีนส์ที่เกี่ยวข้องกับการตายของเซลล์ (apoptosis) ในระยะหลังจึงมีการศึกษาเกี่ยวกับยีนส์ที่ทำให้เกิดมะเร็งเป็นอย่างมากและเรียกยีนส์ที่ทำให้เกิดมะเร็งว่ายีนส์ก่อมะเร็ง (oncogene) (World Health Organization, 2008)

การจัดแบ่งชั้นความรุนแรงของโรคมะเร็ง (Grading and staging of tumor)
การจัดแบ่งระดับความรุนแรงของโรคเป็นประโยชน์ในการพยากรณ์โรค การวางแผนในการรักษา และสะดวกในการสื่อสารในหมู่บุคลากรทางการแพทย์ นิยมแบ่งเป็น stage I – IV โดยยึดลักษณะเซลล์และจำนวนการแบ่งเซลล์ที่บ่งชี้ถึงความรุนแรงของโรคเป็นหลัก โดยแบ่งตามความรุนแรงดังนี้ (World Health Organization, 2008)

การแบ่งชั้นความรุนแรงแบบ Grading (World Health Organization, 2008)

Grade I หมายถึง เซลล์เริ่มมีการเปลี่ยนแปลง แต่ยังคงลักษณะเดิมไว้เป็นส่วนใหญ่เรียกระยะนี้ว่า carcinoma in situ

Grade II หมายถึง เซลล์มีการเปลี่ยนแปลงมากขึ้น มีทั้งเซลล์ปกติและผิดปกติอยู่ร่วมกัน แต่ยังสามารถบอกลักษณะเซลล์เดิมได้

Grade III หมายถึง เซลล์ผิดปกติชัดเจน ลักษณะเดิมของเซลล์เกือบจะไม่ทราบว่าเป็นแบบใดแต่ยังพอจะบอกได้

Grade IV หมายถึง เซลล์ผิดปกติมาก ไม่มีลักษณะเดิมเหลืออยู่เลย และบอกไม่ได้ว่าเปลี่ยนแปลงมาจากเซลล์ชนิดใด

การแบ่งชั้นความรุนแรงแบบ Staging เป็นการกำหนดระยะของโรคแบบมาตรฐานสากลทั่วโลก กำหนดขึ้นโดย International Union Against Cancer (UICC) และ The American Joint Committee on Cancer (AJCC) (World Health Organization, 2008)

Staging ยึดขนาดของเนื้องอก การกระจายไปสู่ต่อมน้ำเหลืองและอวัยวะอื่นเป็นหลักหรือเรียกว่า TNM Classification โดย

T = ขนาดของเนื้องอกที่ตรวจพบ N = ต่อมน้ำเหลือง M = การกระจาย

ตารางที่ 1 การแบ่งชั้นความรุนแรงตาม TMN system

คำย่อ	ความหมาย
T ₀	No evidence of primary tumor.
TIS	Carcinoma in situ.
T ₁ , T ₂ , T ₃ , T ₄	Progressive increase in tumor size and involvement.
T _x	Tumor cannot be assessed.
N ₀	Regional lymph nodes not demonstrably abnormal.
N ₁ , N ₂ , N ₃ , etc.	Increasing degrees of demonstrable abnormality of regional lymph nodes.
N _x	Regional lymph nodes cannot be assessed clinically.
M ₀	No evidence of distance metastasis.
M ₁ , M ₂ , M ₃	Ascending degrees of distant metastasis, including metastasis to distant lymph nodes.

1.2 โรคมะเร็งที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

อายุเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคมะเร็งส่วนใหญ่ โรคมะเร็งที่มีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น คือ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และมะเร็งต่อมลูกหมาก ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆที่มีผลต่อการเกิดโรคมะเร็ง ได้แก่ การรับประทานอาหารที่ไม่สุก สะอาด ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ในตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดีตับ (Cholangiocarcinoma) การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีหรือซีเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเซลล์ตับ (Hepatocellular carcinoma) (Kudo, 2009) การสูบบุหรี่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปอด (Thun, Day-Lally, Calle, et al., 1995 cited in วิชัย ฉัตรธนาวรี, 2552) การรับประทานเนื้อแดงเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ (Chao, Connell, McCullough, Jacobs, et al, 2005) การรับประทานแคลเซียมมากกว่า 2,000 มิลลิกรัมต่อวันเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก (Rodriguez, McCullough, Mondul, et al, 2003) การดื่มสุราเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งเต้านม มะเร็งหลอดอาหาร และมะเร็งในช่องปาก (Thun, Peto, Lopez, et al., 1997 cited in วิชัย ฉัตรธนาวรี, 2552) น้ำหนักเกินและโรคอ้วนเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งหลายชนิด เช่น มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งเต้านม มะเร็งมดลูก มะเร็งไต มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งต่อมลูกหมาก มะเร็งตับ มะเร็งถุงน้ำดี มะเร็งตับอ่อน มะเร็งกระเพาะอาหาร มะเร็งรังไข่ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด Non-Hodgkin's lymphoma และ

Multiple Myeloma (Calle, Rodriguez, Walker-Thurmond, et al., 2003) การติดเชื้อ Human Papilloma (HPV) เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก (Zur Hausen, 2009) แสงแดดเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดมะเร็งผิวหนัง (Whiteman and Green, 2001) การลดปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้สามารถป้องกันการเกิดโรคมะเร็งได้ ส่วนโรคมะเร็งที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ มีดังนี้

1.2.1 โรคมะเร็งตับ

โรคมะเร็งตับในประเทศไทยมีอุบัติการณ์การของโรค 26 ต่อ 100,000 คน ต่อปี อัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี (5 year survival rate) ร้อยละ 1.1-8.3 อายุเฉลี่ย 30-50 ปี มีอุบัติการณ์สูงสุดในช่วงอายุ 50-60 ปี หลังจากนั้นอุบัติการณ์ลดลงเล็กน้อย เพศชายพบมากกว่า เพศหญิงประมาณ 3 ต่อ 1 ร้อยละ 82 เป็นมะเร็งท่อน้ำดีตับ (Cholangiocarcinoma) ร้อยละ 18 เป็นมะเร็งเซลล์ตับ (Hepatocellular carcinoma) จังหวัดขอนแก่นมีอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งตับ ที่สูงที่สุดในโลก ต่อ 60.8 ต่อ 100,000 คนต่อปี เนื่องจากวัฒนธรรมการรับประทานปลาดิบทำให้ ติดโรคพยาธิใบไม้ในตับและเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีตับตามมา (Deerasamee, Martin, Sontipong, et al., 1999)

โรคมะเร็งท่อน้ำดีตับ (Cholangiocarcinoma) ทำให้เกิดการอุดตันของ ท่อน้ำดีอย่างช้าๆ ทำให้มีดีซ่านโดยไม่มีอาการปวดท้องได้ (painless jaundice) พบอาการคันตาม ผิวหนังได้ร้อยละ 66 ปวดแน่นๆบริเวณท้องได้ชายโครงขวาร้อยละ 30-50 น้ำหนักลดร้อยละ 30-50 และมีไข้ร้อยละ 20 การขาดน้ำดีในลำไส้ทำให้อุจจาระสีซีด การมีดีซ่านทำให้ปัสสาวะ สีเหลืองอมเขียว

โรคมะเร็งเซลล์ตับ (Hepatocellular carcinoma) จะลุกลามเข้า หลอดเลือดแดง หลอดเลือดดำและท่อน้ำดีในตับ ทำให้เกิดอาการดีซ่าน ท้องมาน (ascites) เลือดออกจากหลอดเลือดชอดในหลอดอาหารและกระเพาะอาหาร ปวดท้องได้ชายโครงขวาหรือ ใต้ลิ้นปี่ น้ำหนักลด อิ่มเร็ว อาจแพร่กระจายไปที่กระดูกและปอดทำให้ปวดกระดูกและหอบเหนื่อย ได้ ก้อนมะเร็งที่อยู่ใกล้ผิวตับอาจแตกและมีเลือดออกในช่องท้องทำให้มีอาการปวดท้องมาก และซีด อาจมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเนื่องจากการใช้น้ำตาลมากที่ก้อนมะเร็งหรือมีการหลั่ง Insulin-like growth factor-II ซึ่งมีฤทธิ์ลดระดับน้ำตาลในเลือด ภาวะเม็ดเลือดแดงมาก (erythrocytosis) เกิดจากการสร้าง Erythropoietin จากก้อนมะเร็ง ภาวะแคลเซียมสูงในเลือด (hypercalcemia) เกิดจากการที่มะเร็งแพร่กระจายไปที่กระดูกหรือมีการสร้าง parathyroid hormone-related protein อาจมีท้องเสียเนื่องจากการสร้าง vasoactive intestinal polypeptide, gastrin และ peptides with prostaglandin-like immunoreactivity ไปกระตุ้น

การซึมผ่านของน้ำจากผนังลำไส้เข้ามาในลำไส้ โรคทางผิวหนังที่อาจพบร่วมกับโรคมะเร็งเซลล์ตับ คือ dermatomyositis, pemphigus foliaceus, the sign of Leser-Trelet, pityriasis rotunda cutanea tarda. (วิชัย ฉัตรธนาวารี, 2552)

1.2.2 โรคมะเร็งปอด

โรคมะเร็งปอดในประเทศไทยมีอุบัติการณ์ของโรค 18.3 ต่อ 100,000 คน ต่อปี มีอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี (5 year survival rate) ร้อยละ 3-10 (Deerasamee, et al., 1999) อายุเฉลี่ยมากกว่า 50 ปี มีอุบัติการณ์สูงสุดช่วงอายุ 60-70 ปี หลังจากนั้นอุบัติการณ์ลดลง เล็กน้อย เพศชายพบมากกว่าเพศหญิงประมาณ 3 ต่อ 1 ร้อยละ 30-40 เป็นชนิด adenocarcinoma ร้อยละ 20-30 เป็นชนิด squamous cell carcinoma ร้อยละ 10 เป็นชนิด large cell carcinoma ร้อยละ 20 เป็น small cell carcinoma (Linnoila and Aisner, 1995)

อาการที่เกิดจากก้อนมะเร็งในปอด พบอาการไอได้บ่อยที่สุด (ร้อยละ 45-75) อาจมีเสมหะร่วมด้วย อาการหอบเหนื่อยพบได้ร้อยละ 30-50 ซึ่งอาจเกิดจากการอุดกั้นทางเดินหายใจ เกิดโรคปอดอักเสบติดเชื้อเนื่องจากการอุดกั้นทางเดินหายใจ (obstructive pneumonitis) ภาวะปอดแฟบ (atelectasis) มีการกระจายของมะเร็งทางท่อน้ำเหลือง มีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด (pleural effusion) หรือน้ำในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ (pericardial effusion) อาการไอเป็นเลือดพบได้ร้อยละ 27-57 มักเกิดจากชนิด squamous cell cancers อาการเจ็บหน้าอกพบได้ ร้อยละ 25-50 อาจเจ็บแน่นๆ เป็นๆ หายๆ บริเวณที่เป็นตำแหน่งของก้อนมะเร็ง หรือเจ็บรุนแรง ตลอดเวลา ซึ่งบ่งชี้ว่ามีการกระจายของมะเร็งไปที่ผนังทรวงอกหรือกระดูกซี่โครงแล้ว น้ำหนักลด พบได้ร้อยละ 8-68

อาการที่เกิดจากการแพร่กระจายของ มะเร็งในช่องอก อาจพบน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด น้ำในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ เสียงแหบ (hoarseness) เนื่องจากมีการกดเส้นประสาท recurrent laryngeal nerve มักเกิดจากรอยโรคที่ปอดซ้าย เนื่องจากเส้นประสาท recurrent laryngeal nerve ด้านซ้ายจะทอดยาวลงมาค้ำอง aortic arch ทำให้มีโอกาสถูกกดเบียดได้ง่าย การกดเบียดหลอดเลือดดำใหญ่ superior vena cava ทำให้มีหน้าและแขนบวม หลอดเลือดดำ บริเวณหน้าอกขยายตัว การกดเบียด brachial plexus ทำให้เกิดกลุ่มอาการ Pancoast syndrome ซึ่งประกอบด้วยการมี Horner's syndrome กระดูกซี่โครงถูกทำลาย มีการฝ่อของกล้ามเนื้อที่มือและปวดบริเวณผิวหนังที่เลี้ยงด้วยเส้นประสาทสันหลังส่วนคอที่ 8 (C8) เส้นประสาทสันหลังส่วนอกที่ 1 และ 2 (T1, T2)

อาการที่เกิดจากการแพร่กระจายของมะเร็ง มะเร็งปอดมัก

แพร่กระจายไปที่สมอง กระดูก ตับ ต่อมหมวกไต และผิวหนัง ร้อยละ 70 ของมะเร็งที่แพร่กระจายไปที่สมองมาจากมะเร็งปอด ทำให้มีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ชัก พฤติกรรมผิดปกติ แขนขาอ่อนแรง ซึมหรือสับสนได้ กระดูกที่พบการแพร่กระจายได้บ่อยที่สุดคือกระดูกสันหลัง รองลงมาคือกระดูกซี่โครงและกระดูกสะโพก ทำให้มีอาการปวดกระดูก

อาการที่เกิดจากกลุ่มอาการ paraneoplastic syndrome เช่น ภาวะแคลเซียมสูงในเลือด ซึ่งเกิดจากการสร้าง parathyroid hormone-related peptide พบได้บ่อยในมะเร็งชนิด squamous cell carcinoma นิ้วป้อม (digital clubbing) และ hypertrophic pulmonary osteoarthropathy พบได้บ่อยในมะเร็งชนิด adenocarcinoma แต่พบได้น้อยในมะเร็งชนิด small cell carcinoma. Syndrome of inappropriate antidiuretic hormone (SIADH) และ Syndrome due to ectopic production of ATCH พบได้บ่อยในมะเร็งชนิด squamous cell carcinoma. Human chorionic gonadotropin (HCG) ในเลือด เกิด gynecomastia มีน้ำนมไหลจากเต้านมได้

อาการทางระบบประสาท เช่น Eaton-Lambert syndrome, cortical cerebellar degeneration โรคของปลายประสาท (peripheral neuropathy) เป็นต้น อาการต่างๆ เหล่านี้อาจเกิดจากการสร้าง antibody ต่อ neural antigen (วิชัย ฉัตรธนาวารี, 2552)

1.2.3 โรคมะเร็งปากมดลูก

โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นโรคมะเร็งที่พบมากที่สุดในผู้หญิงไทยมีอุบัติการณ์ 20.9 ต่อ 100,000 คนต่อปี มีอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี (5 year survival rate) ร้อยละ 54.5-68.2 (Deerasamee, et al., 1999) อายุเฉลี่ย 30-50 ปี มีอุบัติการณ์สูงสุดช่วงอายุ 50-60 ปี หลังจากนั้นอุบัติการณ์ลดลงเล็กน้อย โรคนี้พบมากในประเทศกำลังพัฒนา ร้อยละ 80 เป็นชนิด squamous cell carcinoma ร้อยละ 15 เป็นชนิด adenocarcinoma ร้อยละ 3-5 เป็นชนิด adenosquamous carcinoma (Jefferies, 2008)

ในระยะเริ่มแรกของโรคมักไม่ปรากฏอาการ ต่อมาอาจมีเลือดออกผิดปกติจากช่องคลอด มีเลือดออกหลังมีเพศสัมพันธ์ มีตกขาวผิดปกติ เช่น สีผิดปกติ กลิ่นเหม็น เป็นต้น ในรายที่โรคลุกลามมากอาจมีอาการปวดท้องน้อย ปวดบริเวณอุ้งเชิงกราน ปวดร้าวลงไปที่ขา ด้านล่าง ปัสสาวะเป็นเลือด ถ่ายอุจจาระเป็นเลือด มีอุจจาระหรือปัสสาวะออก จากช่องคลอด ซึ่งเกิดจากการลุกลามของก้อนมะเร็งเข้าสู่อวัยวะข้างเคียง การกระจายของโรค ไปตามกระแสเลือด มักกระจายไปยังปอด ตับและกระดูก (วิชัย ฉัตรธนาวารี, 2552)

1.2.4 โรคมะเร็งเต้านม

โรคมะเร็งเต้านมเป็นโรคมะเร็งที่พบบ่อยรองจากมะเร็งปากมดลูกในผู้หญิงไทย มีอุบัติการณ์ 16.3 ต่อ 100,000 คนต่อปี มีอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี (5 year survival rate) ร้อยละ 63 (Deerasamee, et al., 1999) อายุเฉลี่ย 30-60 ปี มีอุบัติการณ์สูงสุดช่วงอายุ 40-50 ปี หลังจากนั้นอุบัติการณ์ลดลงเล็กน้อย โรคนี้นับเป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดของสตรีในประเทศพัฒนาแล้ว พบในเพศหญิงร้อยละ 99 พบในเพศชายร้อยละ 1 ร้อยละ 70-80 เป็นชนิด infiltrating ductal carcinoma ร้อยละ 5-10 เป็นชนิด invasive lobular carcinoma ร้อยละ 2 เป็นชนิด tubular carcinoma ร้อยละ 1-2 เป็นชนิด medullary carcinoma (Berg and Hutter, 1995) การลุกลามของโรคไปสู่เนื้อเยื่อข้างเคียงเช่นผนังทรวงอก กระดูกซี่โครง ทำให้เกิดแผลเรื้อรังและมีอาการปวด การลุกลามของโรคสู่ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ ที่เหนือไหปลาร้าและที่คอ การกระจายของโรคไปตามกระแสเลือดมักกระจายไปที่กระดูก ปอด สมองและตับ (วิชัย ฉัตรธนาวารี, 2552)

1.2.5 โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

ในประเทศที่พัฒนาแล้วมีอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่สูงกว่าประเทศที่กำลังพัฒนา ในประเทศไทยมีอุบัติการณ์ 8.8 ต่อ 100,000 คนต่อปี มีอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี (5 year survival rate) ร้อยละ 30.5-34.2 (Deerasamee, et al., 1999) อายุเฉลี่ยมากกว่า 60 ปี มีอุบัติการณ์สูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น เพศชายพบมากกว่าเพศหญิงประมาณ 1.4 ต่อ 1 ชนิดของเซลล์มะเร็งเป็นชนิด adenocarcinoma

ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มีอาการปวดท้องได้ร้อยละ 44 ซึ่งเกิดจากลำไส้อุดตัน การลุกลามของโรคไปยังผนังช่องท้อง ลำไส้ทะลุทำให้เกิดการติดเชื้อในช่องท้อง ส่วนอาการท้องเสียสลับท้องผูกพบได้ร้อยละ 43 อาการถ่ายอุจจาระเป็นเลือดพบได้ร้อยละ 40 อาการอ่อนเพลียไม่ค่อยมีแรงพบได้ร้อยละ 20 โลหิตจางโดยไม่มีอาการทางระบบทางเดินอาหารพบได้ร้อยละ 11 น้ำหนักลดพบได้ร้อยละ 6 โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่สามารถลุกลามสู่อวัยวะใกล้เคียงลุกลามเข้าช่องท้อง แพร่กระจายไปสู่อวัยวะอื่นๆ ทางระบบน้ำเหลืองและระบบการไหลเวียนเลือด โดยพบได้ร้อยละ 15-20 อวัยวะที่พบการแพร่กระจายบ่อยคือ ต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ใกล้เคียง ตับ ปอด เยื่อช่องท้อง กระดูกและสมอง อาการอื่นๆ ที่พบได้น้อย คือ การแตกทะลุเข้ากระเพาะปัสสาวะหรือลำไส้เล็ก ไข้ไม่ทราบสาเหตุ ฝีในช่องท้อง การติดเชื้อ Streptococcus bovis และ Clostridium septicum (วิชัย ฉัตรธนาวารี, 2552)

1.2.6 โรคมะเร็งต่อมลูกหมาก

โรคมะเร็งต่อมลูกหมากเป็นโรคมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับที่ 6 ของโลก ในประเทศไทยมีอุบัติการณ์ของโรคนี้ 4.9 ต่อ 100,000 คนต่อปี มีอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี (5 year survival rate) ร้อยละ 98 (Deerasamee, et al., 1999) อายุเฉลี่ยมากกว่า 60 มีอุบัติการณ์สูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น

โรคมะเร็งต่อมลูกหมากในระยะเริ่มแรกมักไม่ปรากฏอาการ ต่อมาเมื่อก้อนโตขึ้นอาจมีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะกลางคืน ปัสสาวะลำบาก เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ มีเลือดออกในทางเดินปัสสาวะ และมีอาการปวดกระดูกถ้ามะเร็งแพร่กระจายไปที่กระดูก (วิชัย ฉัตรธนาวารี, 2552)

1.3 อาการและอาการแสดงที่พบในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมักมีปัญหาความไม่สุขสบายหรือความทุกข์ทรมานจากการทำงานของระบบต่างๆในร่างกายที่ผิดปกติและมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และจิตใจ ความผิดปกติทางร่างกายที่พบบ่อย (ธีระ อ่ำสวัสดิ์, 2519; ชนิตา มณีวรรณ และคณะ, 2536; Pilsworth et al., 1995) ได้แก่

1.3.1 อาการปวด เป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน พบได้มากถึงสองในสามของผู้ป่วยมะเร็งในระยะลุกลาม แหล่งที่ทำให้เกิดการเจ็บปวด ผู้ป่วย ได้แก่ กระดูก อวัยวะภายใน เช่น ตับ กระเพาะอาหาร ลำไส้และมดลูก เป็นต้น ระบบประสาทที่ถูกกดทับหรือถูกทำลาย และเนื้อเยื่ออื่นๆ เช่น การเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ การบวมในที่ต่างๆ ซึ่งพบบ่อยเนื่องจากโปรตีนต่ำ การไหลเวียนของเลือดดำขัดข้อง หรือมีการอุดตันในระบบน้ำเหลือง เป็นต้น และอาจได้รับผลกระทบจากภาวะติดเชื้อ การเสื่อมก่อนหรือหักของกระดูก เป็นต้น ความรุนแรงของอาการเจ็บปวดในแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันไป ซึ่งมีอิทธิพลมาจากปัจจัยด้านจิตสังคมร่วมด้วย

1.3.2 อาการคลื่นไส้และอาเจียน พบในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้มากถึงหนึ่งในสาม ซึ่งอาจเกิดได้จากความผิดปกติในทางเดินอาหาร ในสมองและสารเคมีในเลือด เช่น แคลเซียมและยูริกในเลือดสูง โซเดียมในเลือดต่ำ เป็นต้น จากการรักษา เช่น รังสีรักษา ยาเคมีบำบัดและยาอื่นๆ รวมทั้งเกิดจากความไม่สุขสบายทั้งร่างกายและจิตใจ เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล เห็นภาพหรือได้รับกลิ่นรบกวน เป็นต้น

1.3.3 การขับถ่ายผิดปกติ อาจเป็นได้ทั้งอาการท้องผูกและท้องเสีย รวมทั้งการ

กลั่นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ เป็นปัญหาที่สำคัญอีกประการหนึ่ง โดยเฉพาะอาการท้องผูก ซึ่งเป็นปัญหาที่พบได้ประมาณร้อยละ 50 เกิดได้จากสาเหตุหลายประการทั้งจากความผิดปกติของโรค ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา เช่น การใช้ยาช่วยให้อ่อนหลับ ยาแก้อาเจียน และยาเคมีบำบัดบางชนิด เป็นต้น รวมทั้งจากพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การได้รับอาหารและน้ำน้อย ได้รับอาหารที่มีกากน้อย และการเคลื่อนไหวน้อย เป็นต้น

1.3.4 การหายใจลำบาก พบได้ในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ประมาณร้อยละ 50 และพบได้ในผู้ป่วยมะเร็งปอดร้อยละ 70 เป็นความผิดปกติที่ทำให้ผู้ป่วยตกลใจ และกลัวมาก ส่วนใหญ่เกิดจากสาเหตุต่างๆ หลายประการร่วมกัน ได้แก่ พยาธิสภาพของโรคมะเร็งและภาวะแทรกซ้อน เช่น การคั่งของสารน้ำในช่องท้อง ช่องปอด และเยื่อหุ้มหัวใจ การอุดกั้นในหลอดเลือดดำใหญ่สู่พีเรียหรือการอุดกั้นในทางเดินหายใจ ภาวะโลหิตจาง จากการรักษา เช่น การผ่าตัดปอด การได้รับยาบางชนิด เป็นต้น รวมทั้งจากความผิดปกติอื่นๆ ที่ไม่ใช่มะเร็ง เช่น หลอดลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นต้น

1.3.5 การติดเชื้อมะเร็ง เป็นสาเหตุที่สำคัญของการเสียชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามถึงร้อยละ 35.79 ผู้ป่วยเหล่านี้จะติดเชื้อง่ายเนื่องจากแพลงโคคัสหรือการอุดกั้นของก้อนมะเร็งที่อวัยวะในระบบต่างๆ ของร่างกาย จากภาวะภูมิคุ้มกันต่ำจากการรักษา เช่น รังสีรักษาและเคมีบำบัด เป็นต้น รวมทั้งการติดเชื้อที่มีอยู่เดิมแล้วมีอาการรุนแรงมากขึ้นเมื่อร่างกายทรุดโทรมลง

1.3.6 การผอมแห้ง (Cachexia) เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในผู้ป่วยเหล่านี้ ซึ่งอาจเกิดจากการรับประทานอาหารและดูดซึมอาหารได้น้อยลง และเซลล์มะเร็งมีการใช้กลูโคสเพิ่มมากขึ้นทำให้ตับต้องทำงานหนักขึ้น เพื่อเปลี่ยนกรดแลคติกเป็นกลูโคสและทำให้สมรรถภาพของตับเสียไป สาเหตุที่สำคัญอีกประการหนึ่ง ได้แก่ อาการ เบื่ออาหารและการรับรสอาหารเปลี่ยนแปลง โดยมีความทนต่อรสหวานได้มากขึ้นแต่ทนต่อรสขมได้น้อยลง

1.3.7 ภาวะซีด ซึ่งเกิดจากการเสียเลือดจากแผลมะเร็งเรื้อรัง เม็ดเลือดแดงแตกง่ายและมีอายุสั้น มีการสร้างน้อยลงหรือเป็นผลแทรกซ้อนจากการรักษา

1.3.8 ภาวะเลือดออกง่าย เนื่องจากการบกพร่องของปัจจัยต่างๆ ในการแข็งตัวของเลือด มีเกร็ดเลือดน้อยและอาจมีแผลร่วมด้วย พบว่าเป็นสาเหตุการตายของผู้ป่วยมะเร็งประมาณร้อยละ 6

1.3.9 อาการอ่อนเพลีย พบได้มากถึงร้อยละ 82 ของผู้ป่วยมะเร็งในระยะลุกลาม ซึ่งอาจมีสาเหตุจากปัญหาต่างๆ ได้แก่ การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ การเปลี่ยนแปลงทาง

เม็ดเลือด เมตะบอลิซึมและชีวเคมีในร่างกาย การได้รับอาหารไม่เพียงพอ รวมทั้งการได้รับยาบางชนิด

1.3.10 อาการนอนไม่หลับ สับสนและแพ้ ซึ่งอาจเกิดจากการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังสมอง มีความผิดปกติของระดับสารเคมีในเลือด ความไม่สุขสบายต่างๆ ความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ เช่น ความเจ็บปวด ท้องผูก เป็นต้น ความกลัวหรือความวิตกกังวล หรืออาจเกิดจากการใช้ยาบางชนิด

1.4 ความหมายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

คณะกรรมการจัดทำเกณฑ์มาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย (2538) กล่าวว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพลุกลามมากเกินกว่าที่จะบำบัดรักษา การดูแลรักษามีได้อยู่ที่ความพยายามที่จะยืดชีวิตผู้ป่วยให้ยาวนาน แต่เป็นการรักษาแบบประคับประคองและบรรเทาอาการที่ผู้ป่วยมีโดยเฉพาะอย่างยิ่งความปวด

ผู้ป่วยในระยะสุดท้าย คือ กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาระทำงานของอวัยวะสำคัญของร่างกายหลายระบบผิดปกติ สาเหตุอาจเกิดจากอุบัติเหตุหรือเป็นโรค สาเหตุจากโรคมักเป็นโรคมะเร็ง โรคเรื้อรัง หรือโรคติดเชื้อในระยะสุดท้าย (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2547)

ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะใกล้ตาย คือ ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยมีอาการทรุดลงอย่างรวดเร็ว ไม่ตอบสนองต่อการรักษา และอยู่ในระยะใกล้ตาย เช่น ผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำอะไรได้ หรือผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างรุนแรง และโรคมะเร็งระยะสุดท้าย (วาสิณี วิเศษฤทธิ, 2550)

ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการลุกลามจนถึงขั้นรักษาไม่หาย และไม่มีแผนการรักษาใดๆ อีกต่อไป นอกจากการดูแลแบบประคับประคองตามอาการจนถึงวาระสุดท้าย (อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช, 2547)

ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งระยะแพร่กระจาย ที่มีการกระจายของโรคไปที่อวัยวะสำคัญของร่างกาย คือ สมอง และ/หรือปอด และ/หรือตับ อยู่ในระยะที่ 3 และ 4 เป็นต้นไป ไม่มีวิธีการรักษาให้หาย และอาจได้รับการพยากรณ์โรคอยู่ได้ไม่เกิน 6 เดือน มีเป้าหมายในการรักษาเพื่อเป็นการประคับประคอง และบรรเทาความทุกข์ทรมาน อันเป็นผลจากโรค และอาการแทรกซ้อนของโรคเพื่อยืดระยะเวลาการอยู่รอดและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย (ชิวาริณณ์ วัฒนาวัตถุ, 2551)

2. แนวคิดเกี่ยวกับความตาย ศาสนาและจิตวิญญาณในบริบทสังคมไทย

2.1 ลักษณะปฏิกิริยาการตอบสนองต่อความตาย

Kubler-Ross (1969) กล่าวว่า ปฏิกิริยาด้านอารมณ์และความรู้สึกของผู้ป่วยที่เผชิญกับข่าวร้ายหรือการสูญเสียมี 5 ระยะ คือ

1) ระยะเวลาปฏิเสธ (Denial) หมายถึง การปฏิเสธ ความจริงที่เป็นข่าวร้าย เกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค การปฏิเสธถือว่าเป็นกลไกการปกป้องตนเองของบุคคลในระดับต้นๆ ผู้ป่วยอาจงง ตกใจ พุดไม่ออก ทำอะไรไม่ถูก สิ่งที่แสดงออกมาก็คือปฏิเสธความจริงนี้ไว้ก่อน

2) ระยะเวลาโกรธ (Anger) อารมณ์โกรธเป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นเนื่องจากการที่คนเราเผชิญกับการสูญเสียที่ไม่คาดคิดมาก่อน ผู้ป่วยเมื่อได้รับรู้ข่าวร้าย ส่วนใหญ่จึงมีอาการปฏิเสธต่อข่าวร้ายนั้นและมีอารมณ์โกรธร่วมด้วย นอกจากนี้อาจมีอาการและความรู้สึก หลายนๆ อย่างปนกัน เช่น ความคับข้องใจ (Frustration) รู้สึกสะเทือนใจ (Resentment) และมีความกลัว (Fear) โดยพยายามค้นหาสาเหตุหรือต้นเหตุที่ทำให้ต้องเจ็บป่วย

3) ระยะเวลาต่อรอง (Bargaining) การต่อรอง หมายถึง การขอโอกาสอีกสักครั้งจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรืออำนาจต่างๆ ที่อยู่เหนือการควบคุมมนุษย์ แม้ว่าจะมีโอกาสเพียงน้อยนิด ก่อนที่จะเผชิญกับสิ่งที่คิดว่าไม่ดี เพื่อขอเวลาตั้งหลักหรือทำใจยอมรับกับเหตุการณ์บางอย่าง

4) ระยะเวลาซึมเศร้า (Depression) อาการเศร้า (Sadness) และอาการซึมเศร้า เกิดจากความเสียใจหรือทุกข์โศกกับสิ่งต่างๆ ที่ต้องสูญเสีย การสูญเสียนี้อาจจำแนกได้ 2 ประเด็นใหญ่ๆ ประเด็นแรกคือการสูญเสียที่เกิดขึ้นแล้ว เช่น การสูญเสียสุขภาพที่ดีไป สูญเสียอวัยวะ หรือ /และภาพลักษณ์ สูญเสียบทบาทครอบครัว เสียเงินทองและที่สำคัญคือสูญเสียการเป็นตัวของตัวเอง ต้องพึ่งพาคนอื่น เป็นต้น ส่วนการสูญเสียที่อาจเกิดขึ้นภายหลังที่ตนเองเสียชีวิตแล้ว เป็นการสูญเสียที่ผู้ป่วยคิดว่าจะสูญเสียไป นอนาคต การแยกจาก พัดปรากจากสิ่งที่รัก สูญเสียอนาคต ผู้ป่วยอาจแสดงออกโดยการนั่งซึม ไม่สนใจดูแลสุขภาพตนเอง ชอบอยู่คนเดียวเงียบๆ อาจจะมีพูดคุยบ้างหรือร้องไห้ให้สลบกันไป อาจแสดงออกมากด้วยการถดถอย แยกตัวจากสังคม เป็นต้น

5) ระยะเวลายอมรับ (Acceptance) เมื่อระยะเวลาผ่านไประยะหนึ่ง มีการดำเนินของโรคที่ผู้ป่วยรับรู้ได้ว่ามีความผิดปกติเกิดขึ้นจริงๆ อาจพยายามเยียวยารักษาด้วยวิธีการต่างๆ มารยะหนึ่งแล้ว ผู้ป่วยจำเป็นต้องยอมรับสภาพ แม้จะทำให้รู้สึกเศร้าบ้างหรือมีอาการอื่น ๆ ร่วมด้วยเป็นครั้งคราว ผู้ป่วยมักมีอาการอ่อนเพลีย ต้องการเวลานอนมากกว่าในระยะเวลาอื่นๆ

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ O'Brien (2006) ที่กล่าวว่า ปฏิบัติการตอบสนองด้านจิตวิญญาณต่อความตายในผู้สูงอายุเมื่อใกล้เข้าสู่ระยะสุดท้าย ได้แก่

1.) ความรู้สึกหมองเมื่อด้านจิตวิญญาณ (Spiritual alienation) ซึ่งผู้ดูแลต้องรับรู้และเข้าใจในความรู้สึก ความเชื่อของแต่ละบุคคลในเรื่องของสิ่งที่นับถือ และคำนึงถึงความสุขสบายของผู้สูงอายุ

2.) ความวิตกกังวลด้านจิตวิญญาณ (Spiritual anxiety) โดยผู้ป่วยจะมีการถ่ายทอดออกมาเป็นคำพูดในลักษณะของการไม่มั่นใจ ไม่เชื่อถือในสิ่งที่นับถืออยู่

3.) ความโกรธด้านจิตวิญญาณ (Spiritual anger) ผู้ป่วยจะแสดงออกมาในรูปแบบของการกระทำที่รุนแรง เมื่อมีความรู้สึกถึงความเจ็บปวดและความไม่สุขสบาย และคิดว่าความเจ็บปวดไม่สุขสบายเกิดจากพระเจ้าตั้งใจให้เกิดขึ้น

4.) ความสูญเสียด้านจิตวิญญาณ (Spiritual loss) เมื่อรับรู้ว่าจะต้อง สูญเสียสิ่งที่เป็นที่รัก หรือต้องจากไป ผู้ป่วยจะแสดงออกให้เห็นในลักษณะของความรู้สึกรักกับสิ่งที่มี ความผูกพัน และเชื่อศรัทธาในสิ่งที่นับถือ

5.) ความสงบด้านจิตวิญญาณ (Spiritual peace) ผู้ป่วยจะสามารถตัดลึนใจศึกษาและยอมรับในเรื่องของความเชื่อ ความยึดมั่นในความรัก ความศรัทธาในสิ่งที่เคารพนับถือ ความเห็นอกเห็นใจที่ได้รับจากบุคคลรอบข้าง

2.2 การตอบสนองต่อวิถีการมีชีวิตกับขบวนการตาย

Pattison (1978) กล่าวว่า การมีชีวิตอยู่กับขบวนการตายของบุคคล อาศัยพื้นฐานหลัก 2 ประการ คือ 1.) ผู้ป่วยที่กำลังเผชิญหน้ากับความตายจะแสดงออกหรือเปิดเผยถึงสิ่งที่เป็นการผสมผสานกันระหว่างปฏิกิริยา (Reaction) และการสนองตอบ (Responses) ที่เป็นลักษณะเฉพาะตัวของผู้ป่วย ไม่ใช่จากผลของการวินิจฉัยโรค หรือเป็นขั้นตอนของกระบวนการตาย 2.) จากความคับหน้าของกระบวนการตายที่เด่นชัดขึ้น ไม่ใช่จากการเปลี่ยนแปลงของชนิดหรืออารมณ์ที่เกิดขึ้นเองเป็นธรรมชาติ แต่เป็นจากการตั้งใจในการทำให้ส่วนต่างๆของอารมณ์นั้นๆ สลายไป โดยแบ่งขบวนการตายออกเป็น 3 ระยะ (Pattison, 1978) คือ

ระยะที่ 1 ระยะวิกฤติแบบเฉียบพลัน (The initial stage or Acute crisis phase) เป็นจุดเริ่มต้นที่ผู้ป่วยเริ่มเผชิญหน้าครั้งแรกกับความเป็นไปได้ของความตายจากโรคที่เป็นอยู่ ไม่ใช่เพียงแค่นึกคิดเท่านั้น แต่เป็นสิ่งที่มีความจริงที่เกิดขึ้น ในขั้นตอนนี้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่เผชิญหน้ากับการถูกคุกคาม อาจแสดงออกถึงอารมณ์ที่ผสมผสานกัน เพื่อสนองตอบต่อสิ่งที่

กำลังเผชิญอยู่ โดยอารมณ์ที่สามารถถูกเลือกนำมาใช้ในช่วงตอนนี้มีมากมาย เช่น กลัว (Fear) วิตกกังวล (Anxiety) ตื่นตระหนก (Shock) ไม่เชื่อ (Disbelief) โกรธ (Anger) ปฏิเสธ (Denial) รู้สึกผิด (Guilt) มีอารมณ์ขัน (Humour) เกิดความหวัง/สิ้นหวัง (Hope/Despair) ต้อรอง (Bargain) เป็นต้น

ระยะที่ 2 ระยะการมีชีวิตอยู่กับภาวะใกล้ตายอย่างเรื้อรัง (The middle or Chronic stage or Chronic living dying phase) เป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยได้ทำการแก้ไขเรื่องราวต่างๆ โดยเฉพาะปฏิกิริยาที่เกิดในช่วงแรก เริ่มได้รับการกระทำให้เบาบางหรือหมดไป ทั้งนี้อาจจะด้วยการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นหรือไม่ก็ตาม ผู้ป่วยจำนวนมากไม่สามารถแก้ไขอารมณ์ที่เกิดขึ้นตั้งแต่แรกได้ และยังคงอยู่กับปฏิกิริยาต่างๆที่เกิดขึ้น โดยไม่มีการปรับเปลี่ยนหรือเปลี่ยนแปลงจนกระทั่งวาระสุดท้าย บ่อยครั้งที่พบว่า ความรุนแรงทางอารมณ์ที่สนองตอบต่อการรับรู้จะหายไป หรือบรรเทาเบาบางลง โดยที่ความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้นซึ่งเป็นไปตามธรรมชาติปกติทั่วไปยังคงอยู่ ความรุนแรงในช่วงนี้ จะเกิดขึ้นในช่วงเริ่มต้น และผู้ป่วยจะค่อยๆพัฒนาจิตใจเข้าสู่ภาวะการยอมรับในเวลาต่อมา ในช่วงนี้ผู้ป่วยจำนวนมากอาจเกิดภาวะของการหวาดกลัว

ระยะที่ 3 ระยะสุดท้าย (The final stage or Terminal phase) เป็นระยะที่บุคคลมีความเสื่อมถอยทางด้านร่างกาย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมถดถอยจากบุคคลและสิ่งต่างๆ รอบตัว ไม่ว่าจะเป็นวัตถุและสถานการณ์แวดล้อม มีความวิตกกังวลลดลง และมีความรู้สึกซึมเศร้า (Depression) เพิ่มมากขึ้น ในขณะที่ชบวนการตายดำเนินต่อไป อารมณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นโดยมากจะค่อยๆลดความรุนแรงลง ครอบคลุมและตัวผู้ป่วยเกือบทั้งหมดจะมีปฏิกิริยาของการตายกับสิ่งที่เกิดขึ้นด้วยอาการซึมเศร้า อาจแสดงอาการถดถอย เฉื่อยชา ไม่สนใจต่อทุกสิ่งทุกอย่าง

2.3 ศาสนาและจิตวิญญาณ

เรื่องของศาสนาและจิตวิญญาณเป็นเรื่องละเอียดอ่อน มนุษย์ทุกคนโดยมากมีศาสนาประจำตน หรือไม่ก็มีความเชื่อด้านจิตวิญญาณ โดยเฉพาะด้านจิตวิญญาณที่ครอบคลุมถึงความมุ่งหมายและความหมายของความคงอยู่ของแต่ละบุคคล เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์และความเข้าใจผู้คน สิ่งของ รวมถึงเหตุการณ์ต่างๆในชีวิต ขนบธรรมเนียมประเพณีประจำครอบครัว วัฒนธรรม และศาสนาที่มีอยู่ได้รับการปรับตัวไปตามประสบการณ์ของชีวิต และเป็นพื้นฐานทางด้านการวางตัว ความพึงพอใจ ความเชื่อและการกระทำของแต่ละบุคคล แสดงผ่านในรูปแบบของความเชื่อหรือทางด้านศาสนา (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552)

สำหรับผู้ป่วยที่พบว่ามีการปฏิบัติทางศาสนาเป็นพิเศษจะนำเอาชนบทธรรมเนียม ประเพณีและจิตวิญญาณเข้ามาผสมรวมไว้ ในศาสนา จิตวิญญาณมีส่วนเกี่ยวข้องกับ สภาวะการเจ็บป่วยระยะสุดท้าย โดยมีส่วนสัมพันธ์กับเรื่องราวตั้งแต่อดีต ปัจจุบัน ไปจนกระทั่งอนาคต (ฉวีวรรณ ไพรวลัย, 2540) ผู้ป่วยอาจมีความหลังอันเจ็บปวดหรือความอับอายเกี่ยวกับเรื่องราวที่ผ่านมา อาจมีคำถามถึงความมีคุณค่า หรือความหมายของชีวิต ความมีคุณค่าต่อการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น อาจมีความรู้สึกผิดเกี่ยวกับความล้มเหลวรวมถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ไม่สมดังตั้งใจ การไตร่ตรองถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในปัจจุบันนำไปสู่คำถามมากมายเกี่ยวกับความหมายที่รวมไว้ด้วยความหมายการมีชีวิตอยู่ต่อไป บทความของความทุกข์ทรมานที่กำลังเผชิญอยู่ (O' Brien, 2003) สิ่งเหล่านี้นำไปสู่ความต้องการ ถึงชื่อเสียง การเคารพนับถือและค่ามีคุณค่าของตนทั้งในด้านของร่างกาย จิตใจ และสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงไป อันเนื่องมาจากการทรุดลงของการป่วยไข้ คำถามที่เกี่ยวกับอนาคตอาจรวมไว้ด้วยความหวังของการเข้าใจต่อการมีชีวิตและความตาย ความหวังต่อการได้รับความรักและให้ความรัก และความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย (Olson and Dossey, 2009)

ความเชื่อในศาสนาอาจเป็นสาเหตุให้เกิดความทุกข์ใจหรือทุกข์ทรมานในเรื่อง จิตวิญญาณและปัญหาต่างๆ เหล่านี้อาจถูกเปิดเผยหรือนำออกมาพูดกัน อาจมีการพูดถึงเรื่องราวเกี่ยวกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ในด้านต่างๆ รวมถึงชีวิตหลังความตาย บุคคลที่เคยเห็นห้วงการเข้าทำ พิธีกรรมทางศาสนาเป็นเวลายาวนาน อาจปรารถนาในการกลับเข้าไปหาหรือนับถือบูชาตาม ศาสนาเดิม เพื่อ ยืนยันถึงความเชื่อว่าจะมีอยู่ต่อไป บ้างอาจเห็นว่าการป่วยไข้เป็นการถูกทำโทษ หรือรู้สึกถึงตนเองถูกหลอกลวง อาจทำให้มีความยุ่งยากใจ หรือไม่ต้องการเข้าหาศาสนาอีกต่อไป (สันต์ หัตถิรัตน์, 2552) อย่างไรก็ตามผู้ที่มีศาสนาเป็นศูนย์กลางของชีวิต จะพบว่าศาสนามี บทบาทสำคัญเมื่อใกล้ตาย แต่กับบุคคลที่ไม่เคยมีศาสนาใกล้ชิด โดยทั่วไปก็ไม่มีภาระหนัก ความสนใจไปสูศาสนา ส่วนใหญ่พิธีกรรมทางศาสนาทำให้ผู้ใกล้ตายมีความสงบ บางครั้งให้ถึงการ ยอมรับความตาย ทำให้การตายเกิดขึ้นได้ง่ายและรวดเร็วขึ้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเกิดจากมีการ ปลดปล่อยหรือ ปล่อยวางในเรื่องต่างๆ โดยเฉพาะความวิตกกังวล ความหวั่นใจ รวมถึงความ รู้สึกผิด ทำให้ผู้ใกล้ตายเกิดความผ่อนคลายซึ่งทำให้ความปวดรรมถึงอาการอื่นๆ ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานได้รับการบรรเทา (นงลักษณ์ สรรสม, 2552)

มุมมองของศาสนาพุทธในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

1) มุมมองของการตายดีในผู้สูงอายุไทยพุทธ จากการศึกษาของ จินต์จุฑา รอดพาล (2549) พบว่า ผู้สูงอายุไทยพุทธได้ให้ความหมายของการตายดีผ่านความคิด ความรู้สึกในเรื่องของความตาย ที่ผู้สูงอายุมองว่าตรงกับความต้องการหรือมีลักษณะเป็นไปในทางที่ตนต้องการ เนื่องจากผู้สูงอายุได้ผ่านขั้นตอนการพัฒนาไปถึงวัยปลายของชีวิต ย่อมผ่านประสบการณ์เคยประสบพบเห็นหรือเกี่ยวข้องกับการสูญเสียชีวิตของบุคคลต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้สูงอายุได้ให้ความหมายของการตายดี ได้แก่ ตายอย่างสงบ ตายตามธรรมชาติ และตายอย่างหมดหวัง ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

การตายดี หมายถึง ตายอย่างสงบ เป็นการจากไปอย่างสงบเหมือนคนนอนหลับ จิตไม่ฟุ้งซ่านสามารถระลึกได้รับรู้ถึงสิ่งที่เราได้กระทำหรือพูดออกไปรวมถึงการรับรู้สิ่งที่ผู้อื่นกระทำต่อเราอยู่ การรู้สึกตัวอยู่ทุกขณะจิตเมื่อเข้าสู่วาระสุดท้ายแห่งชีวิตจะทำให้สติยังอยู่กับตัวเราไม่ตื่นตระหนกหรือวุ่นวายใจ มีการรับรู้ต่อสภาวะแวดล้อมรอบตัวตลอดเวลา จนกระทั่งจากไป ซึ่งในวาระสุดท้ายของชีวิตร่างกายและจิตใจจะมีความอ่อนแอจากความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจที่ต้องพลัดพรากจากโลกนี้ไป การมีจิตใจที่มั่นคงโดยการตั้งจิตให้ยึดมั่นในสิ่งที่ตั้งงามในทางที่เราจะไป รักษาใจให้สงบปล่อยวางในทุกสิ่งทุกอย่าง ตั้งจิตใจให้มั่นว่าเราจะไปดี จะทำให้เกิดการสงบต่อตนเองไม่ฟุ้งซ่าน ไม่ทรมานทรมาย การมีสิ่งนำทางเพื่อน้อมจิตใจให้เกิดความสงบให้มีสติหรือน้อมระลึกในสิ่งตั้งงามที่เป็นกุศล อาจจะเป็นการจุดธูปเพื่อให้ได้กลิ่นธูปนำไปสู่ความสงบ การสวดมนต์หรือการเปิดเทปธรรมะ การพูดบอกทางให้ระลึกถึงความดีที่ได้กระทำมา หรือการพูดบอกกล่าวเพื่อให้คลายความเป็นห่วงความวิตกกังวลเกิดการปล่อยวาง สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตได้รับรู้สามารถน้อมนำจิตใจให้เกิดความสงบเป็นบุญกุศลช่วยให้สู่สุคติให้ไปสู่สิ่งที่ตั้งงาม

การตายดี หมายถึง ตายธรรมชาติ เป็นการตายธรรมชาติตายตามอายุขัย ซึ่งผู้สูงอายุมองว่าการตายเป็นเรื่องธรรมดา คนเราเกิดมาร่างกายย่อมมีการเปลี่ยนแปลงไปตามวัย แก่ไปก็ต้องตายเป็นการหมดสภาพสังขารของร่างกาย การทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายค่อยๆ หมดสภาพไปตามธรรมชาติ โดยลูกหลานได้ เข้ามามีส่วนร่วมรับรู้และยอมรับการจากไปของบุคคลอันเป็นที่รัก ทำให้ผู้ที่จากไปเกิดความรู้สึกอบอุ่นทางด้านจิตใจ ส่งผลให้เกิดการจากไปอย่างสงบ สุข ถึงแม้ความตายจะเป็นเรื่องธรรมชาติที่ทุกคนหนีไม่พ้น แต่ไม่อยากตายแบบทรมาน กลัวไม่ตายทีเดียว กลัวเจ็บปวดทุกข์ทรมาน จากการพบเห็นสภาพของผู้ป่วยหรือจากประสบการณ์การดูแลผู้อื่นที่ผ่านมา เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเข้าสู่

ภาวะที่อวัยวะต่างๆในร่างกายไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ จำเป็นที่ต้องได้รับการรักษาพยาบาล โดยการใช้อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องช่วยชีวิตต่างๆ ใส่สายระโยงระยางค์ มีการต่อท่อใส่สายเข้าตามอวัยวะต่างๆของร่างกาย และใช้ความพยายามในการรักษาทุกวิถี เพียงเพื่อยืดชีวิตออกไปให้นานที่สุด ซึ่งผู้สูงอายุมองว่าสถานการณ์ดังกล่าวเป็นการรังชีวิตไว้ให้พบกับความทุกข์ทรมานเปรียบเหมือนกับนักโทษใส่เครื่องจองจำไว้ เป็นการทรมานทางด้านร่างกายและจิตใจทั้งตัวผู้ป่วยเอง ที่ต้องได้รับความเจ็บปวดจากการใส่เครื่องมือดังกล่าว และทรมานลูกหลานที่ต้องมาปรนนิบัติ ติดูดูแลถือเป็นการสร้างภาระให้กับคนอื่น จากภาวะทุกข์ทรมานดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุมองว่าในยามที่จะต้องพบกับความตายก็ขอให้แบบฉบับพลันทันใดปุ๊บไปตายไปเลยตายแบบง่าย ๆ ไม่เป็นโรคภัยไข้เจ็บที่เจ็บปวดทรมานเป็นระยะเวลาอันยาวนานต้องให้คนอื่นมาดูแล ผู้สูงอายุมองว่ายิ่งแก่ ตัวก็จะช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง เวลาเจ็บป่วย วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ลูกหลานต้องมา ปรนนิบัติดูแล ต้องหยุดงานทำให้ขาดรายได้จากการดำเนินกิจการประจำวัน เป็นการสร้างภาระทำให้ครอบครัวเขาเดือดร้อนทั้งทางกำลังกายและกำลังทรัพย์ เนื่องจากรู้ว่าเขามีภาระในการประกอบอาชีพทำงานหาเลี้ยงครอบครัว ซึ่งเป็นความรู้สึกที่เกิดจากการได้พบเห็นหรือได้ดูแลบุพการีที่ผ่านมาในอดีต

การตายดี หมายถึง การตายอย่างหมดห่วง เป็นการจากไปอย่างหมดห่วงหลังจากได้จัดการภารกิจเสร็จสิ้นแล้ว และได้มีการเตรียมความพร้อมในด้านต่างๆไว้แล้ว ทั้งในด้านเตรียมใจตนเองฝึกจิตใจตนเองให้ยอมรับว่าเราจะต้องตายไม่วันใดก็วันหนึ่ง เนื่องจากความตายเป็นเรื่องที่แน่นอนแต่จะมาเมื่อไหร่จะมาอย่างไรไม่มีใครรู้ การฝึกจิตใจให้พร้อมที่จะเผชิญกับความตาย ระลึกถึงความตายว่าอาจเกิดขึ้นทุกขณะ เตรียมใจให้พร้อมที่จะปล่อยวางทุกสิ่งทุกอย่างเมื่อความตายมาเยือน การเตรียมจิตใจที่ดีจะทำให้ไปสู่สุคติ มีการเตรียมโดยการทำจิตใจให้บริสุทธิ์ การถือศีลภาวนา การทำสมาธิ หมั่นฝึกจิตใจให้ยอมรับความตายโดยการระลึกถึงความตายอยู่เสมอ การฝึกหัดตายขณะนอนหลับ เตรียมครอบครัวสั่งเสียลูกหลานหรือคนอยู่ข้างหลังให้เกิดความพร้อมในสถานการณ์เรื่องต่างๆที่ตนปรารถนา เพื่อให้ครอบครัวได้รับทราบและเกิดการปฏิบัติต่อไปในยามที่ตนเองเสียชีวิต เป็นการเตรียมในเรื่องมีการบอกกล่าวลูกหลานถึงสถานที่ในการเก็บเอกสารเรื่องมรดก การสั่งการจัดงานเตรียมงานพิธีศพ การสั่งสอนลูกหลานให้ลูกหลานรักใคร่สามัคคีปรองดองกัน เตรียมทรัพย์สมบัติจัดการเกี่ยวกับทรัพย์สมบัติที่มีอยู่ให้เรียบร้อยโดยการจัดสรรปันส่วนตามความประสงค์ก่อนที่จะจากไป ซึ่งอาจเป็นในรูปคำพูดที่สั่งเสียไว้หรือการกระทำอย่างถูกต้องตามกฎหมาย เพื่อเป็นการป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการเสียชีวิตไปแล้ว การเตรียมทรัพย์สมบัติจะมีทั้งในรูปการทำพินัยกรรมเรื่องมรดก เงินทอง

ของมีค่า การแบ่งจัดสรรที่ดินไร่นาอย่างถูกต้องตามกฎหมาย และการเตรียมทำบุญ สะสมบุญ สะสมความดีด้วยการทำบุญใส่บาตร ทอดกฐินผ้าป่า สร้างโบสถ์สร้างวิหาร ถือศีล ช่วยเหลือสังคม ทำสาธารณะประโยชน์ เป็นการกระทำอย่างต่อเนื่องในยามที่มีชีวิตอยู่ มีการอุทิศส่วนบุญ ส่วนกุศลให้บุพการีที่ล่วงลับไปแล้ว และเป็นกา รสะสมไว้สำหรับตนเองเพื่อให้ผลบุญที่ทำไว้ใช้ได้ เวิร์กกรรมที่ทำมาและสะสมไว้ใช้กายภาคหน้า ซึ่งผู้สูงอายุมองว่าความตายเป็นเรื่อง ปกติธรรมดา ย่อมมีความหวังในเรื่องต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นทรัพย์สมบัติ ลูกหลานหรือการหวังข้างหลัง การได้มีการ เตรียมความพร้อมในเรื่องต่างๆ ไว้แล้วจะช่วยให้คลายความหวังลงได้ ส่งผลทำให้เกิดความพร้อม สำหรับการจากไป

2) การพัฒนาจิต(วิญญาน)ตามหลักพุทธศาสนา ในวัฒนธรรมไทยที่มี รากฐานความเชื่อตามคำสอนของพระพุทธศาสนา ที่เน้นการพัฒนาศักยภาพมนุษย์จากข้างใน หรือจิตใจให้ดำรงอยู่กับกุศล (คุณธรรมหรือความดี) คำว่า จิต หรือ วิญญาน เป็นคำเดียวกัน มีลักษณะเป็นนามธรรมมีในทุกคน โดยทำหน้าที่รับรู้สิ่งที่มากระทบ (อารมณ์) ทางประสาทสัมผัส และกระทบทางใจ การพัฒนาจิต หมายถึง การพัฒนาคุณสมบัติของจิต (เจตสิก) ในทางที่เป็น กุศล หรือที่เรียกว่า โสภณเจตสิก ซึ่งมีทั้งสิ้น 25 ลักษณะ เช่น ศรัทธา สติ หิริ โอตตัปปะ อโทสะ (เมตตา) กรุณา มุทิตา ตตรมชฌัตตตา (อุเบกขา) อโลภะ และอโมหะ (ปัญญา) เป็นต้น (พระธรรม ปิฎก, 2544: 21 อ้างถึงใน ทศนีย์ ทองประทีป , 2552) คุณสมบัติของจิตหรือเจตสิกนี้สามารถ พัฒนาได้ด้วยการเจริญภาวนา (สมถภาวนาและวิปัส สนาภาวนา) คุณภาพของจิต (วิญญาน) ที่เป็นกุศลนี้ จะส่งผลให้บุคคลมีความสุข มีความปีติ อิ่มเอิบใจและรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลง ตามธรรมชาติของสิ่งทั้งปวง จะเห็นได้ว่า คำสอนในพระพุทธศาสนาเน้นที่การพัฒนาคุณภาพของ จิต (วิญญาน) ที่เป็นนามธรรม ทุกคนควรทำความเข้าใจสภาพหรือคุณสมบัติของวิญญานตนเอง พัฒนาตนเองก่อน เพื่อนำความเข้าใจในธรรมชาติเหล่านี้ไปสู่ความเข้าใจความต้องการของผู้อื่น เมื่อพิจารณาโสภณเจตสิกจะพบว่าคุณสมบัติของจิตที่ควรพัฒนาให้มีมากยิ่งขึ้น ในพยาบาล ทุกระดับ เพราะพยาบาลคือบุคคลสำคัญในการทำหน้าที่ดูแลช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ยามที่ต้อง เผชิญกับความทุกข์ทรมานของชีวิตที่เกิ ดกับการเจ็บป่วยและการตาย เพื่อให้พยาบาลได้ดูแล ช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ให้สอดคล้องกับธรรมชาติอย่างแท้จริง

3. แนวคิดการส่งเสริมการดูแลทางจิตวิญญาณ

การดูแลด้านจิตวิญญาณ มีความสำคัญเพราะจิตวิญญาณเป็นแก่นหลักของชีวิตที่ ทำหน้าที่เชื่อมประสานการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจและสังคม เป็นแหล่งของความหมาย ความหวัง กำลังใจ หรือเครื่องยึดเหนี่ยวของจิตใจ ทำให้สามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยก้าวผ่าน ปัญหา อุปสรรค ความลำบากในชีวิตได้ (พินิจ รัตตกุล, 2547)

พยาบาลสามารถดูแลและให้คำแนะนำแก่ผู้ใกล้ชิดในครอบครัวของผู้ป่วยในการดูแล เพื่อตอบสนองความต้องการทางร่างกายของผู้ป่วยในด้านต่างๆ ได้แก่ การให้อาหารและน้ำ การดูแลความสะอาดของร่างกาย การขับถ่าย การพักผ่อนนอนหลับ การป้องกันอันตราย การช่วยเหลือให้มีความสุขสบาย รวมถึงการดูแลสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม (วันดี โภคะกุล , 2543) สำหรับการดูแลเพื่อตอบสนองด้านจิตใจและจิตวิญญาณนั้น มีความสำคัญยิ่งที่จะ ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ตนเองยังมีคุณค่าและสามารถดำรงไว้ซึ่งความเป็นตัวของตนเอง (วาสนี วิเศษฤทธิ์, 2550) โดยต้องเริ่มจากการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย เข้าใจปฏิกิริยาของผู้ป่วย ต่อความเจ็บป่วยและความตาย ต้องไว อดทนและสังเกตด้วยความระมัดระวังจากการเป็นผู้ฟังที่ดี แสดงกิริยาตอบรับตามสมควร เปิดโอกาสและให้ความร่วมมือกับผู้ใกล้ชิดในครอบครัวของผู้ป่วย ได้แสดงความคิดเห็นและทำกิจกรรมตามความเชื่อ ประเพณี วัฒนธรรมและสังคมได้อย่าง เหมาะสม รวมทั้งช่วยเตรียมผู้ใกล้ชิดในครอบครัวก่อนจะเข้าหาผู้ป่วยในวาระสุดท้าย และให้ กำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไปแม้หลังผู้ป่วยจากไปแล้ว (ทัศนยา บุญทอง, 2534)

3.1 แนวคิดการดูแลทางจิตวิญญาณ

จิตวิญญาณมีส่วนเกี่ยวข้องกับภาวะการเจ็บป่วยระยะสุดท้าย โดยมีส่วนสัมพันธ์ กับเรื่องราวตั้งแต่อดีต ปัจจุบัน ไปจนกระทั่งอนาคต (สันต์ หัตถิรัตน์, 2552) ผู้ป่วยอาจมีความหลัง อันเจ็บปวดกับเรื่องราวที่ผ่านมา อาจมีคำถามถึงความมีคุณค่าหรือความหมายของชีวิต ความมี คุณค่าต่อการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น อาจมีความรู้สึกผิดเกี่ยวกับความล้มเหลวรวมถึง เป้าหมายที่ตั้งไว้ไม่สมดังตั้งใจ การไตร่ตรองถึงสิ่งที่เกิดขึ้นใน ปัจจุบัน นำไปสู่คำถามมากมาย เกี่ยวกับความหมายที่รวมไว้ด้วยความหมายการมีชีวิตอยู่ต่อไป กับความหมายของความทุกข์ ทรมานที่กำลังเผชิญอยู่ สิ่งเหล่านี้นำไปสู่ความต้องการถึงชื่อเสียง การเคารพนับถือและความมี คุณค่าของตนทั้งในด้านของร่างกาย จิตใจ และสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงไป อันเนื่องมาจากการ หลุดลงของการป่วยไข้ คำถามที่เกี่ยวกับอนาคตอาจรวมไว้ด้วยความหวังของการเข้าใจต่อการมี

ชีวิตและความตาย ความหวังต่อการได้รับความรักและให้ความรัก และความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย (อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช, 2547)

อย่างไรก็ตามผู้ที่มีศาสนา เป็นศูนย์กลางของชีวิต จะพบว่าศาสนามีบทบาทสำคัญเมื่อใกล้ตาย ส่วนใหญ่พิธีกรรมทางศาสนาทำให้ผู้ใกล้ตายมีความสงบ บางครั้งให้ถึงการยอมรับความตาย ทำให้การตายเกิดขึ้นได้ง่ายและรวดเร็วขึ้น (ระวีวรรณ ถวายทรัพย์ , 2545) ทั้งนี้เป็นเพราะเกิดจากมีการปลดปล่อยหรือปล่อยวางในเรื่องต่างๆ โดยเฉพาะความวิตกกังวล ความหวั่นใจ รวมถึงความรู้สึกผิด ทำให้ผู้ใกล้ตายเกิดความผ่อนคลาย ซึ่งทำให้อาการต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานได้รับการบรรเทา (พินิจ รัตนกุล, 2547)

แนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธของ พระไพศาล วิสาโล และเครือข่ายพุทธิกา

ความเจ็บป่วยเมื่อเกิดขึ้นแล้ว ไม่ได้เกิดผลกระทบต่อร่างกายเท่านั้น หากยังมีอิทธิพลต่อจิตใจและจิตวิญญาณด้วย ยิ่งผู้ป่วยระยะสุดท้ายแล้ว ความเจ็บป่วยทางจิตใจและจิตวิญญาณเป็นสาเหตุแห่งความทุกข์ทรมานไม่น้อยไปกว่าความเจ็บป่วยทางกาย ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยจึงต้องการการดูแลรักษาทางจิตใจและจิตวิญญาณไม่น้อยไปกว่าการดูแลทางกาย และสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งแพทย์หมดหวังที่จะรักษาร่างกายให้หายดีขึ้นกว่าเดิมแล้ว การดูแลช่วยเหลือทางจิตใจกลับมีความสำคัญยิ่งกว่า เพราะแม้ร่างกายจะเสื่อมถอยลงไปเรื่อยๆ แต่จิตใจยังมีโอกาสที่จะกลับมามีชีวิต หายทรมานทรมาน จนเกิดความสงบขึ้นได้แม้ในกระหังวาระสุดท้ายของชีวิต คำสอนของพระพุทธเจ้า เป็นแนวทางอย่างดีสำหรับการให้ความช่วยเหลือทางจิตใจแก่ผู้ใกล้ตายในปัจจุบัน โดยนำหลักการดังกล่าวมาประยุกต์สำหรับแพทย์ พยาบาล ญาติมิตร ที่ต้องการช่วยเหลือผู้ใกล้ตาย มีแนวทางดังต่อไปนี้

1) **ให้ความรักและความเห็นอกเห็นใจ** ผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่เพียงถูกความเจ็บปวดทรมานทางกายรุมเร้าเท่านั้น หากยังถูกรบกวนด้วยความกลัว เช่น ความกลัวตาย กลัวที่จะถูกทอดทิ้ง กลัวที่จะตายอย่างโดดเดี่ยวอ้างว้าง กลัวสิ่งที่รออยู่ข้างหน้าหลังจากสิ้นลม ตลอดจนกลัวความเจ็บปวดที่จะเกิดขึ้น ความกลัวดังกล่าวอาจสร้างความทุกข์ยิ่งกว่าความเจ็บปวดทรมานทางกาย ความรักและกำลังใจจากลูกหลานญาติมิตรเป็นสิ่งสำคัญในยามนี้เพราะสามารถลดทอนความกลัวและช่วยให้เกิดความมั่นคงในจิตใจได้ ความอดทนอดกลั้น เห็นอกเห็นใจ อ่อนโยนและให้อภัย เป็นอาการแสดงออกของความรัก

2) **ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความตายที่จะมาถึง** การรู้ว่าวาระสุดท้ายของตนใกล้จะมาถึงย่อมช่วยให้ผู้ป่วยมีเวลาเตรียมตัวเตรียมใจในขณะที่สังขารยังเอื้ออำนวย อย่างไรก็ตาม

การเปิดเผยความจริงซึ่งเป็นข่าวร้าย โดยไม่ได้เตรียมใจไว้ก่อน ก็อาจทำให้มีอาการทรุดหนักลงกว่าเดิม การทำให้ผู้ป่วยยอมรับความตายที่กำลังจะเกิดขึ้น มักเป็นกระบวนการที่ใช้เวลานาน นอกเหนือจากความรักและความไว้วางใจแล้ว แพทย์ พยาบาล ตลอดจนญาติมิตร จำต้องมีความอดทน และพร้อมที่จะฟังความในใจจากผู้ป่วย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการให้เปิดเผยความจริงมากกว่าที่จะปกปิด และถึงในที่สุดผู้ป่วยก็ยอมรับได้จากการสังเกตอาการปฏิกิริยาของลูกหลานญาติมิตรที่เปลี่ยนไป เช่น จากใบหน้าที่ไร้รอยยิ้ม หรือจากการเอาอกเอาใจที่มีมากขึ้น

3) **ช่วยให้จิตใจจดจ่อกับสิ่งดีงาม** การนึกถึงสิ่งดีงามช่วยให้จิตใจเป็นกุศลและบังเกิดความสุข ทำให้ความกลัวคุกคามจิตใจได้น้อยลง และสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดได้ดีขึ้น วิธีหนึ่งที่พระพุทธรูปเจ้าและพระสาวกมักแนะนำให้ผู้ใกล้ตายปฏิบัติก็คือ การระลึกถึงและมีศรัทธามั่นในพระรัตนตรัย จากนั้นก็ให้ตั้งตนอยู่ในศีลและระลึกถึงศีลที่ได้บำเพ็ญมา ความภูมิใจในความดีที่ตนกระทำและมั่นใจในอนิสงส์แห่งความดีดังกล่าวเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วย ในยามที่ใกล้สิ้นลมสิ่งที่ควรทำคือช่วยให้ระลึกถึงคุณงามความดีที่เคยทำมา

4) **ช่วยลดเปลื้องสิ่งค้างคาใจ** เมื่อผู้ป่วยรู้ว่าวาระสุดท้ายของชีวิตใกล้มาแล้ว สิ่งหนึ่งซึ่งจะทำความทุกข์แก่จิตใจ และทำให้ไม่อาจตายอย่างสงบได้ ก็คือ ความรู้สึก ค้างคาใจในบางสิ่งบางอย่าง ความปรารถนาที่จะพบคนบางคนเป็นครั้งสุดท้าย หรือคนที่ตนปรารถนาจะขออโหสิกรรม ความห่วงกังวลหรือความรู้สึกไม่ดีที่ค้างคาใจเป็นสิ่งที่สมควรได้รับการปลดเปลื้องอย่างเร่งด่วน หากไม่แล้วจะทำให้ผู้ป่วยทรมานทรมายหนักอกหนักใจ พยายามปฏิเสธผลลัทธิความตาย และตายอย่างไม่สงบ ดังนั้นเพื่อให้รู้สึกสบายใจและไม่ให้มีเวรกรรมต่อกันอีก ควรแนะนำผู้ป่วยให้กล่าวคำขอขมาต่อผู้ที่เคยมีเวรกรรมต่อกัน หรือขออโหสิกรรมต่อเจ้ากรรมนายเวรทั้งหลายที่เคยล่วงเกินกันมา ทางด้านญาติมิตรก็เช่นกัน ในขณะที่ผู้ป่วยยังรับรู้ได้ ควรกล่าวคำขอขมาต่อผู้ป่วยเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยกล่าวคำให้อภัยหรือให้อโหสิกรรมต่อญาติมิตรได้

5) **ช่วยให้ผู้ป่วยปล่อยวางสิ่งต่างๆ** การปฏิเสธความตาย ชัดขึ้นไม่ยอมรับความจริงที่อยู่เบื้องหน้า เป็นสาเหตุแห่งความทุกข์ของผู้ป่วยในระยะสุดท้าย และเหตุที่ชัดขึ้นดินรนก็เพราะยังติดยึดกับบางสิ่งบางอย่าง ไม่สามารถพลาจากจากสิ่งนั้นได้ อาจจะได้แก่ ลูกหลาน คนรัก พ่อแม่ ทรัพย์สมบัติ งานการ หรือโลกทั้งโลกที่ตนคุ้นเคย ญาติมิตร ตลอดจนแพทย์และพยาบาล ควรช่วยให้ปล่อยวางให้มากที่สุด เช่น ให้ความมั่นใจว่าลูกหลานสามารถดูแลตนเองได้ หรือพ่อแม่ จะได้รับการดูแลด้วยดี หรือเตือนสติว่าทรัพย์สมบัตินั้นเป็นของเภา สิ่งเหล่านี้หากยังยึดติดอยู่ จะเหนี่ยวรั้งจิตใจ ทำให้ชัดขึ้นฝืน ความตาย ทรมานทรมายจนวาระสุดท้าย การละความสำคัญมั่นหมายดังกล่าวจะทำให้ต้องอาศัยการฝึกฝนจิตใจพอสมควร แต่ก็ไม่เกินวิสัยที่ผู้ป่วยธรรมดาจะทำได้

6) **สร้างบรรยากาศแห่งความสงบ** ความสงบใจและการปล่อยวางสิ่งค้างคาติดยึดในใจผู้ป่วยนั้น จะเกิดขึ้นได้อย่างต่อเนื่องจำเป็นต้องมีบรรยากาศรอบตัวเอื้ออำนวยด้วย สิ่งที่ญาติมิตร แพทย์และพยาบาลสามารถช่วยได้เป็นอย่างดีน้อยก็คือ ช่วยสร้างบรรยากาศแห่งความสงบ ด่วนเว้นการพูดคุยที่รบกวนผู้ป่วย งดการถกเถียงในหมู่ญาติพี่น้อง หรือ ร้องไห้เพราะสภาวะจิตของคนรอบตัวนั้นสามารถส่งผลต่อบรรยากาศและต่อจิตใจของผู้ป่วยได้

7) **กล่าวคำอำลา** ขณะที่ผู้ป่วยกำลังจากไป และสัญญาอันซื่อสัตย์กลายเป็นลำดับ หากลูกหลานญาติมิตรปรารถนาจะกล่าวคำอำลา ให้ตั้งสติ ระวังความโศกเศร้าจากนั้นให้กระซิบที่ข้างหู พูดถึงความรู้สึกดีๆ ที่มีต่อเขา ชื่นชมและขอบคุณในคุณงามความดีที่ได้กระทำ พร้อมทั้งขอขมาในกรรมใดๆ ที่ล่วงเกิน จากนั้นก็น้อมนำจิตผู้ป่วยให้เป็นกุศลยิ่งขึ้น โดยแนะนำให้ปล่อยวางสิ่งต่างๆ ทั้งหลายลงเสีย ให้ระลึกถึงพระรัตนตรัยหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่นับถือ

โดยทั่วไปแพทย์และญาติผู้ป่วยมักจะคิดแต่การช่วยเหลือทางกาย โดยลืมคิดถึงการช่วยเหลือทางจิตวิญญาณ จึงมักสนับสนุนให้มีการใช้เทคโนโลยีการแพทย์ทุกอย่างเท่าที่มีเพื่อช่วยต่อลมหายใจผู้ป่วย ใหม่ๆ ที่ในภาวะใกล้ตาย สิ่งที่ผู้ป่วยต้องการมากที่สุดได้แก่การช่วยเหลือทางจิตใจและจิตวิญญาณ ดังนั้นหากผู้ป่วยมีอาการหนักจนหมดหวังจะรักษาชีวิตไว้ได้แล้ว น่าจะคำนึงถึงคุณภาพหรือสภาวะจิตของผู้ป่วยมากกว่า ซึ่งหมายความว่า ปล่อยให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบท่ามกลางลูกหลาน ญาติมิตรที่ร่วมกันสร้างบรรยากาศอันเป็นกุศลสำหรับผู้ป่วยเพื่อไปสู่สุคติ สถานที่ที่เอื้อให้เกิดบรรยากาศดังกล่าวอย่างดีที่สุดมักจะได้อยู่ที่บ้านของผู้ป่วยเอง ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยหลายคนจึงปรารถนาที่จะตายที่บ้านมากกว่าที่โรงพยาบาล หากลูกหลานญาติมิตรมีความพร้อมที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยในทางจิตใจ การที่ผู้ป่วยจะตัดสินใจใช้ชีวิตช่วงสุดท้ายที่บ้านก็เป็นไปได้ง่ายขึ้น

3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลทางจิตวิญญาณ

การดูแลเพื่อส่งเสริมความผาสุกในระยะใกล้ตายนั้น ต้องให้การดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัวหรือปัจจัยในด้านอื่นๆ ที่ส่งผลต่อตัวผู้ป่วย ดังต่อไปนี้ (Olson and Dossey, 2009)

3.2.1 ความแตกต่างทางด้านอารมณ์ของแต่ละบุคคลในการเผชิญกับกระบวนการตาย ได้แก่

1) ความรู้สึกผิด แสดงออกโดยการทำผิดตนเองและการโทษผู้อื่น ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการตาย หรือที่ทำให้ความสามารถในการทนกับความเจ็บปวดในเรื่องต่างๆ ลดลง

2) อารมณ์โกรธ แสดงออกในรูปแบบของการกล่าวโทษพระเจ้า โรค ครอบครัวย หรือปัจจัยอื่นๆ แพทย์ หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง ที่ทำให้ความสามารถในการทำงานของ ร่างกาย อารมณ์และจิตวิญญาณเปลี่ยนแปลงไป

3) การสร้างเสียงหัวเราะ แม้ว่าในบุคคลที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วย มีความ เข้าใจกันก็ไม่สามารถที่จะสร้างเสียงหัวเราะขึ้นมาได้เนื่องจากความสัมพันธ์ระหว่างความ สนุกสนานและความเศร้าไม่สามารถไปด้วยกันได้

4) ความรัก เป็นองค์ประกอบสำคัญในการดำเนินชีวิตและในระยะ ใกล้ตาย ผู้ป่วยสามารถรับความรักจากตนเองและจากผู้อื่นได้ เมื่อใดที่ผู้ป่วยเปิดใจที่จะรับความ รักจากผู้อื่น ครอบครัวยและบุคคลใกล้ชิดเป็นองค์ประกอบสำคัญ ที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการ ตายโดยยอมรับกับความตายที่จะมาถึงได้

5) ความกลัว มีบ่อยครั้งที่ผู้ป่วยแสดงออกโดยการแยกตัว ว และอยู่เพียง คนเดียว แต่การกระทำเช่นนี้จะสามารถทำให้ผู้ป่วยได้คิดทบทวนถึงเรื่องราวที่ผ่านมา เมื่อผู้ป่วย ผ่านพ้นจุดนี้ไปได้ จะสามารถยอมรับกับความกลัวที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้

6) การให้อภัย เป็นสิ่งสำคัญในกระบวนการเข้าสู่ความตาย เนื่องจาก ทำให้เกิดการปล่อยวาง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับกระบวนการที่ผ่านมาในชีวิตและทัศนคติของแต่ละบุคคล

7) ความเชื่อ เป็นวิสัยทัศน์ที่สำคัญ เพราะในแต่ละบุคคลย่อมมีความเชื่อที่ แตกต่างกัน การสนับสนุนให้กระทำตามความเชื่อเป็นกำลังสำคัญในการสร้างพลังให้กับผู้ป่วย

8) ความหวัง สิ่งนี้สามารถได้รับการสนับสนุนจากผู้ป่วยอื่น ครอบครัวยหรือ บุคคลที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการตาย เช่น แพทย์ พยาบาล ผู้นำศาสนา ความหวังในที่นี้หมายถึง ความหวังในการได้รับความรัก ความหวังในการลดความเจ็บปวด ได้รับความสุขสบายทางกาย ความหวังในความผาสุกทางจิตวิญญาณ เพื่อให้เกิดความสุขสบายทางจิต จิตวิญญาณ และได้ อยู่ในสถานที่แห่งความสุขในระยะสุดท้ายของชีวิต

3.2.2 การมีปฏิสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับบุคคลอื่นและผลการแสดงออกทาง อารมณ์ของผู้ป่วยในการมีปฏิสัมพันธ์

3.2.3 ความจำเป็นในการให้ความรู้เกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้นและสิ่งที่สามารถช่วย บรรเทาได้ ทั้งกับผู้ป่วยและครอบครัวย

3.2.4 ความต้องการในเรื่องของความสุขสบาย และอิทธิพลที่มีผลต่อความ สุขสบาย เช่น การควบคุมความเจ็บปวดและการจัดการอาการ อาหารและน้ำ การช่วยการหายใจ การเคลื่อนไหวย และได้รับการสัมผัสอย่างอ่อนโยน เป็นต้น

3.2.5 อาการที่แสดงถึงความเจ็บป่วยทางจิตใจ เช่น ประสาทหลอน หวาดระแวง ซึมเศร้า ปฏิเสธทุกสิ่งที่อยู่รอบตัว วิตกกังวลมาก สับสน ก้าวร้าว สูญเสียความทรงจำ เป็นต้น ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาถ้าไม่จำเป็น เนื่องจากจะรบกวนความสามารถในการยอมรับใน กระบวนการตาย

ในปีค.ศ. 1975 Casem, H.N. (อ้างถึงใน สถาพร ลีลา นันทกิจ , 2547) ได้ศึกษาถึงสิ่งที่ บุคลากรทางการแพทย์ ควรจะมีให้แก่ผู้ป่วยที่กำลังเผชิญความตาย มี 9 ประการ คือ

- 1) Competence คือ มีความสามารถในการช่วยให้ผู้ใกล้ตายและครอบครัว ลดความวิตกกังวล และทำให้เกิดความเชื่อมั่นต่อมาตรฐานการรักษาที่ได้แนะนำ
- 2) Concern ให้ความสนใจและใส่ใจต่อความรู้สึก และอารมณ์ต่างๆ ของผู้ใกล้ตายและครอบครัว
- 3) Comfort ช่วยให้ผู้ใกล้ตายมีความสบาย ไม่เกิดความทุกข์ทั้งร่างกายและจิตใจ
- 4) Communication มีความสามารถในการสื่อสารกับผู้ใกล้ตาย โดยเฉพาะ เรื่องที่นำมาพูดคุยต้องมีความเหมาะสม จริงใจ ถูกต้องกับกาลเทศะ รวมถึงการสื่อสารควรเป็นไป ในรูปแบบในฐานะความเป็นบุคคลที่เท่าเทียมกันไม่ใช่ฐานะบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย
- 5) Children หากการป่วยไข้ไม่ใช่เป็นโรคติดต่อหรือหนักแล้ว การให้ลูกหลานที่อยู่ ในวัยเด็กได้มีโอกาสเข้าเยี่ยมเยียน ถ้าผู้ใกล้ตายมีความพร้อมจะช่วยเป็นการบำรุงกำลังใจ
- 6) Family cohesion and integration การจัดให้คนในครอบครัวและคนสนิทได้ มีโอกาสอยู่ร่วมกับผู้ใกล้ตายตลอดเวลา นอกจากจะหมายถึงความอบอุ่น ความผูกพัน ความ แนบแน่นในครอบครัว ยังช่วยทำให้ผู้ใกล้ตายไม่รู้สึกถูกละทิ้ง โดยเฉพาะเมื่อถึงวาระสุดท้าย
- 7) Cheerfulness ให้การปลอบใจเพื่อให้เกิดความชื่นบาน เพื่อช่วยให้ผู้ใกล้ตายเกิดความผ่อนคลาย โดยเฉพาะความสามารถในการนำอารมณ์ขันมาใช้ แต่ควรต้องทำ ให้ถูกกาลเทศะ
- 8) Consistency and perseverance ให้การติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะการไปเยี่ยมเยียน ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ใกล้ตายเกิดความมั่นใจว่าไม่ถูกละทิ้ง
- 9) Equanimity (calmness of mind and temper) จัดหาสิ่งที่สามารถทำให้ผู้ใกล้ตายเกิดความสุขทั้งทางด้านจิตใจและอารมณ์ เพื่อให้ผู้ใกล้ตายสามารถปรับตัวให้เข้ากับ สภาวะใกล้ตายได้อย่างถูกต้อง โดยเฉพาะการสามารถใช้ชีวิตช่วงสุดท้ายกับคนใกล้ชิดหรือบุคคล ที่เป็นที่รัก เพื่อให้การจากกันเป็นไปอย่างราบรื่นและมีความสุข

3.3 การประเมินทางจิตวิญญาณ

การรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินทางด้านจิตวิญญาณนั้น มีความสำคัญเช่นเดียวกับการประเมินสุขภาพของผู้ป่วยในด้านอื่นๆ เนื่องจากความเชื่อของแต่ละบุคคล และทฤษฎีศาสนาเป็นส่วนที่สำคัญในด้านจิตวิญญาณ การประเมินเบื้องต้นทางด้านจิตวิญญาณรวมถึงเรื่องราวในอดีตสามารถเป็นพื้นฐานในการให้คำแนะนำผู้ป่วยในเรื่องของจิตวิญญาณได้ สิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึงคือ ความต้องการด้านจิตวิญญาณ การให้ความสำคัญกับจิตวิญญาณ ประสบการณ์ การเจ็บป่วยในชีวิต เพราะสิ่งเหล่านี้จะช่วยโยงไปถึงปัญหาทางด้านจิตวิญญาณ พยาบาลจะต้องสังเกตถึงอาการที่แสดงถึงปัญหาทางด้านจิตวิญญาณ เช่น การเปลี่ยนแปลงอย่างทันทีทันใดในเรื่องของการปฏิบัติกิจกรรมด้านจิตวิญญาณ (ปฏิเสธ ออกห่าง อุกฤษต์ด้วยความหลงใหล) อารมณ์เปลี่ยนแปลง (ร้องไห้บ่อยๆ ซึมเศร้า ไม่เป็นมิตร โกรธ) ให้ความสนใจในเรื่องของจิตวิญญาณอย่างทันทีทันใด (อ่านหนังสือ หรือดูโทรทัศน์ที่เกี่ยวกับศาสนา ไปหาหมอยาในศาสนาต่างๆ) และมีปัญหาในเรื่องการนอน เป็นต้น (Taylor, Lillis, and LeMone, 1993 cited in M. E. O' Brien, 2008)

ในการประเมินทางด้านจิตวิญญาณ ต้องทราบถึงประวัติทางด้านจิตวิญญาณในอดีตของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย 4 มิติ คือ ความศรัทธา ความสำคัญ สังคม และบุคลิกลักษณะ (O' Brien, 2003) รวมถึงการประเมินความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ ซึ่งประกอบด้วย 7 องค์ประกอบใหญ่ คือ ความ เป็นส่วนตัว ความหมาย ความหวัง พิธีกรรมทางศาสนา ศีลธรรม สิ่งสวยงาม และการยอมรับความตาย (Galek, Flannelly, and Vane, 2005 cited in M.E. O' Brien, 2008) นอกจากนี้รูปแบบของการประเมินด้านจิตวิญญาณ ควรเน้นถึง ระบบความเชื่อ ด้านจิตวิญญาณ จิตวิญญาณส่วนบุคคล การพัฒนา/การเข้าถึงในเรื่องของจิตวิญญาณในชุมชน การปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนาและข้อจำกัด การดูแลที่เกี่ยวข้อง และการวางแผนเมื่ออยู่ในระยะสุดท้าย (การแสดงเจตจำนง) (Dameron, 2005 cited in M. E. O' Brien, 2008) การประเมินด้านจิตวิญญาณเมื่อแรกรับไว้ในโรงพยาบาลอาจยังได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน ความเชื่ออาหาร ความสม่ำเสมอในการตรวจเยี่ยม และการยอมรับในการแสดงออกของผู้ป่วย จะช่วยให้พยาบาลสามารถรวบรวมข้อมูลด้านจิตวิญญาณและมีความแม่นยำมากขึ้น

การประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณนั้น ต้องอาศัยพฤติกรรมที่บุคคลนั้นแสดงออกมา ซึ่งเป็นการแสดงออกทางการปฏิบัติที่สามารถสังเกตเห็นได้ แต่ในคนที่สังเกตไม่พบว่ามี การปฏิบัติก็ใช้ว่าจะไม่มีความต้องการ ในกรณีนี้ต้องใช้วิธีการพูดคุยซักถาม ในการประเมินข้อมูลด้านจิตวิญญาณ มีผู้ให้แนวทางการประเมินไว้หลายแบบ ได้แก่ ฟาริดา อิบบรา ฮิม (2539)

กล่าวว่า ต้องประเมินใน 4 ลักษณะ คือ 1) ปรัชญาของชีวิต 2) ความรู้สึกต่อสิ่งที่เห็นหรือธรรมชาติ 3) แนวคิดเกี่ยวกับศาสนาหรือพระผู้เป็นเจ้า และ 4) ความตระหนักในจิตวิญญาณ ซึ่งใกล้เคียงกับ Carson (1989) ให้แนวทางการสัมภาษณ์ ดังนี้ คือ 1) แนวคิดเกี่ยวกับพระผู้เป็นเจ้า 2) แหล่งของความหวังและความเข้มแข็ง 3) การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ซึ่งสามารถรวบรวมการประเมินสภาพการเก็บรวบรวมข้อมูล ความต้องการด้านจิตวิญญาณมี 3 วิธี ดังนี้ คือ การสังเกต การสัมภาษณ์ และการใช้แบบประเมิน โดยมีรายละเอียดดังนี้ คือ

3.3.1 การสังเกต สามารถทำได้ทั้งในขณะที่ให้การพยาบาลข้างเตียง หรืออยู่ในลานสายตาของพยาบาล ในบางครั้งข้อมูลที่ได้จากการสังเกตอาจไม่สมบูรณ์หรือไม่ชัดเจน จึงต้องใช้การสัมภาษณ์ร่วมด้วย สิ่งที่ใช้สังเกตได้แก่

- 1.) การสังเกตอารมณ์และพฤติกรรมทั่วไป เช่น การสังเกตสีหน้า ได้แก่ ใบหน้าแสดงความวิตกกังวล เศร้า เฉยเมย หรือใบหน้าเบิกบาน การสังเกตพฤติกรรมอื่นๆ เช่น ชอบอ่านหนังสือธรรมะ เอาเครื่องรางของคลังออกมากกราบไหว้ ชี้อพวงมาลัยมาไว้ที่เตียง เป็นต้น
- 2.) การสังเกตการพูด พฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วย เช่น การบ่นเกี่ยวกับความทุกข์ใจ บ่นคิดถึงลูก เป็นต้น
- 3.) การสังเกตการสัมผัสสัมพันธ์กับผู้อื่น เช่น มีญาติมาเยี่ยมหรือไม่ ญาติที่มาบ่อยที่สุดคือใคร เมื่อพบญาติแล้วผู้ป่วยมีพฤติกรรมอย่างไร
- 4.) การสังเกตการเจ็บป่วยทางกาย การเจ็บป่วยทางกายหลายอย่างที่ไม่สัมพันธ์กับปัญหาขณะนั้น เช่น ปวดศีรษะ เบื่ออาหาร หรือ แสดงความกังวล นอนไม่หลับ เป็นต้น
- 5.) การสังเกตสิ่งแวดล้อม สังเกตว่ามีสิ่งใดอยู่ใกล้กับผู้ป่วยที่แสดงถึงความเชื่อ ความผูกพัน เช่น ขวดน้ำมนต์ หนังสือธรรมะ รูปถ่ายของบุคคลอันเป็นที่รัก เป็นต้น

3.3.2 การสัมภาษณ์หรือการสนทนา การสัมภาษณ์หรือการสนทนาเมื่อแรกรับ อาจได้ข้อมูลยากหรือไม่ตรงกับความเป็นจริง จนกว่าผู้ป่วยจะไวใจ การสัมภาษณ์จะต้องเป็นการสัมภาษณ์เพื่อการช่วยเหลือ จะต้องมีการเตรียมตัวอยู่เสมอ และมีจุดมุ่งหมายในการสัมภาษณ์หรือการสนทนาทุกครั้ง (อุไรวรรณ ชัยยชนะวิโรจน์, 2543) ซึ่งการสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทราบถึงความต้องการด้านจิตวิญญาณได้รับการตอบสนองอย่างน้อยเพียงใด หรือมีภาวะวิกฤตด้านจิตวิญญาณหรือไม่ ซึ่งในหัวข้อที่สัมภาษณ์อาจลึกลงไปถึงความรู้สึกภายในที่สามารถบ่งบอกความต้องการด้านจิตวิญญาณ และอาจมองเห็นแนวทางการแก้ปัญหาได้ง่ายขึ้น โดยเป็นแนวคำถามที่เป็นปลายเปิดและคำถามปลายปิด ดังนี้

- 1.) แบบสัมภาษณ์ของอุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ (2543) ประกอบด้วย
 - 1.1) ความต้องการด้านจิตวิญญาณ ได้รับการตอบสนองมากขึ้นเพียงใด โดยการสอบถามความต้องการทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ความต้องการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต ความต้องการให้ได้ความรัก และความผูกพัน ความต้องการให้และได้รับการให้อภัย และความต้องการมีความหวัง
 - 1.2) สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ เช่น ศาสนาหรือพระเจ้ามีความสำคัญต่อผู้ป่วยอย่างไร วัดถุมงคลที่สวมใส่ป้องกันภัยอันตรายอย่างไร
 - 1.3) การปฏิบัติต่อความเชื่อ ความศรัทธา เช่น ถามเกี่ยวกับการปฏิบัติศาสนกิจมีผลต่อชีวิตอย่างไร มีการบ่นบานหรือไม่
 - 1.4) แหล่งความหวังและกำลังใจ
 - 2.) แบบสัมภาษณ์เพื่อใช้ในการประเมินภาวะทางจิตวิญญาณของ Stoll (1979) ประกอบด้วยข้อคำถาม 17 ข้อ แยกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับพระเจ้า ด้านแหล่งความหวัง ด้านการปฏิบัติศาสนกิจ และพิธีกรรม และด้านความเชื่อทางจิตวิญญาณกับภาวะสุขภาพ
 - 3.) แบบสัมภาษณ์เพื่อใช้ในการประเมินภาวะจิตวิญญาณของ Carson (1998) ได้พัฒนาแนวคำถามเพื่อใช้ในการประเมินภาวะจิตวิญญาณประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ด้านแนวคิดเกี่ยวกับพระเจ้า ด้านแหล่งความเข้มแข็งและความหวัง และด้านการปฏิบัติศาสนกิจ
 - 3.3.3 การใช้แบบประเมิน มีนักรักษาการหลา ยท่านได้สร้างเครื่องมือเพื่อเป็นแนวทางในการประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ ดังนี้
 - 1.) แบบวัดสุขภาพจิตวิญญาณ (Spiritual health inventory: SHI) พัฒนาโดย Highfield (1992) เป็นแบบประเมินภาวะจิตวิญญาณด้วยตนเอง มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีกรอบแนวคิดในการประเมินภาวะจิตวิญญาณออกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต จำนวน 11 ข้อ ด้านมีความสุข จำนวน 8 ข้อ และด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งแวดล้อมและสิ่งที่เหนือธรรมชาติ จำนวน 12 ข้อ รวมทั้งหมด 31 ข้อ ถ้าระดับคะแนนสูงแสดงถึงการมีสุขภาพทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูงหรือมีความผาสุกทางจิตวิญญาณ แต่ถ้าระดับคะแนนต่ำกว่า 93 แสดงถึงระดับสุขภาพจิตวิญญาณอยู่ในระดับต่ำหรือมีความทุกข์ทรมานทางจิตวิญญาณ สมพร รัตนพันธ์ (2540) ได้นำกรอบแนวคิดและแบบประเมินดังกล่าวมาดัดแปลงเพื่อวัดภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล

มหาวิทยาลัยศรีธรรมราช และจากการตรวจสอบความเชื่อมั่น โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค $r = .92$

2.) แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ พัฒนา โดย Paloutzian and Ellison (1992) มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ โดยมีกรอบแนวคิดในการประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณออกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านการมีความผาสุกที่มีความสัมพันธ์กับศาสนาจำนวน 10 ข้อ และด้านการมีความผาสุกในการดำรงชีวิต จำนวน 10 ข้อ รวมทั้งหมด 20 ข้อ ถ้าระดับคะแนนสูงแสดงถึงการมีความผาสุกทางจิตวิญญาณ แต่ถ้าระดับคะแนนต่ำแสดงถึงการมีความทุกข์ทรมานทางจิตวิญญาณ ฉวีวรรณ ไพรวัดย์ (2540) ได้นำกรอบแนวคิดและแบบประเมินดังกล่าวมาดัดแปลงเพื่อวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาล บำราศนราดรุ และจากการตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมิน โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค $r = .90$, ธัญญา น้อยเปียง (2545) นำไปใช้ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่คลินิกผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวน 120 คน และจากการตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมิน โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค $r = .84$ และ วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล นำไปใช้ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ที่มารับการรักษาในศูนย์มหาวิทยาลัยราชภัฏ รัญบุรี จังหวัดปทุมธานี และอโรคยศาล วัดคำประมง จังหวัดสกลนคร จำนวน 110 คน และจากการตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมิน โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค $r = .79$

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณของ Paloutzian and Ellison (1982) แปลเป็นไทยโดย ธัญญา น้อยเปียง (2545) และ วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล (2552) ได้นำมาปรับใช้เป็นแบบสอบถามด้านความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดย ผู้วิจัยได้นำมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุอีกครั้ง มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับความผาสุกในสิ่งที่เป็นอย่างอยู่ 10 ข้อ และความผาสุกในความผูกพันยึดมั่นกับศาสนา 10 ข้อ โดยข้อคำถามเป็นด้านบวกทั้งหมด ลักษณะคำตอบเป็น 5 มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ระดับคือ 1 คะแนน (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ถึง 5 คะแนน (เห็นด้วยอย่างยิ่ง)

3.4 ผลกระทบต่อจิตวิญญาณเมื่อเกิดความเจ็บป่วย (O' Brien, 2006)

ความว้าเหว่ (Loneliness) ความว้าเหว่เป็นปัญหาสำคัญสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจ ไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ตามปกติ เนื่องจากความอ่อนล้าหรือซึมเศร้า ความว้าเหว่สัมพันธ์กับการไม่ได้ทำงานที่ทำประจำ และแยกจากเพื่อนหรือกลุ่มทางสังคมต่างๆ ปัญหาทางสุขภาพ การสูญเสียบุคคลในครอบครัวหรือเพื่อน ปัญหาทางด้านการเงินจากรายได้ที่น้อยลง

ความไม่มั่นใจในอนาคต (Uncertainty of the future) ในผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาทางสุขภาพ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของความวิตกกังวลกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ในผู้สูงอายุบางรายอาจมีการเตรียมผู้ดูแลในการจัดการเมื่อตนเองเจ็บป่วยเรื้อรังหรือเสียชีวิตซึ่งเป็นการเตรียมความพร้อมที่ดี แต่ส่วนใหญ่จะปฏิเสธการคิดถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต เช่นในเรื่องของความตาย ทำให้ไม่มีการวางแผนที่ดีและเกิดความรู้สึกไม่มั่นใจกับสิ่งที่จะเกิดขึ้น

3.5 ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุและผู้ป่วยระยะสุดท้าย

3.5.1 ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ (O' Brien, 2006)

ความไว้วางใจ (Trust) ความไว้วางใจ สามารถช่วยในเรื่องของความกลัวกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ โดยการแนะนำให้ผู้สูงอายุรู้ถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ไม่เพียงแต่เรื่องของความตายและกระบวนการเข้าสู่วาระสุดท้ายเท่านั้น แต่ต้องให้รู้ถึงชีวิตภายหลังจากร่างดับลงแล้ว อาจใช้สิ่งที่คุณสูงอายุสามารถเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจได้ เช่น ศาสนา ความเชื่อ และการช่วยเหลือจากสังคม

ความหวัง (Hope) ความหวัง หรือสิ่งที่คาดหวัง เป็นผลลัพธ์ที่ดีในอนาคต ความหวังในผู้สูงอายุในเรื่องของความตายและชีวิตหลังความตายในผู้ที่นับถือในแต่ละศาสนาและวัฒนธรรมแตกต่างกันไปตามความเชื่อของแต่ละบุคคล สิ่งเหล่านี้จะช่วยควบคุมการดำเนินชีวิตให้เป็นไปในทางที่เหมาะสมและมีการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายได้ดี

การให้อภัย (Forgiveness) ในผู้สูงอายุที่เผชิญหน้ากับสิ่งที่ตั้งแค้นหรือความเจ็บป่วยระยะสุดท้าย การให้อภัยกับผู้อื่นและการได้รับการให้อภัยเป็นสิ่งที่พึงปรารถนา ซึ่งส่วนใหญ่มีโอกาสที่จะได้รับสิ่งนี้น้อยเนื่องจากในแต่ละบุคคลมีค่านิยม ทศนคติต่อการกล่าวการให้อภัยแตกต่างกันออกไป ซึ่งในความเป็นจริงแล้วการให้อภัยเป็นสิ่งจำเป็นและมีความสำคัญของการจากไปอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิต ทำให้เกิดความสงบและหมดความกังวลกับสิ่งต่างๆ

ความทรงจำ (Reminiscence) ในผู้สูงอายุ นอกจากการให้อภัยแล้ว การหวนระลึกถึงความหลังหรือความทรงจำต่างๆในอดีตเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากสามารถทำให้ทราบถึงสิ่งที่ยังไม่ได้ทำและต้องการที่จะทำ เช่นการให้อภัยบุคคลผู้ที่ทำให้ผิดใจ เป็นต้น รวมทั้งการระลึกถึงสิ่งดีงามต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต ซึ่งทำให้เกิดความเป็นสุขทางใจ

3.5.2 ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีดังนี้

ความรักและความสัมพันธ์ (Love and connectedness) ความรักที่ยิ่งใหญ่ที่สุดคือการรักตนเอง Hall, (1997) กล่าวว่า การจะเข้าใจจิตวิญญาณของคุณ คนอื่นได้ดี จะต้องเข้าใจว่าคุณคนนั้นมีความรัก ยอมรับและให้คุณค่าแก่ตนเองมากน้อยเพียงใด ความรู้สึกดังกล่าวจะช่วยให้คุณพึงตนเอง มีความพยายามที่จะต่อสู้ดิ้นรนเพื่อให้ความเป็นตัวตนดำรงอยู่ การเจ็บป่วยมักช่วยให้คุณได้ดี คิดได้ว่าจะหาทางเยียวยาตนได้ อย่างไรก็ตามจะต้องยอมจำนนต่อกฎธรรมชาติ การมีสติระลึกได้ถึงกฎธรรมชาตินี้เป็นการทำหน้าที่ของจิตวิญญาณ (ปัญญา) นอกจากรักตนเองแล้วทุกคนยังต้องการเป็นผู้ให้และเป็นผู้รับความรักจากผู้อื่น ดังที่ Maslow กล่าวว่า ความเป็นความรักเป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ทุกคน มนุษย์ จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัว ความสัมพันธ์ดังกล่าวมีอิทธิพลต่อพัฒนาการของบุคคลในหลายๆด้าน ทั้งด้านความคิดและความรู้สึก โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรักและความผูกพันกับสมาชิกในครอบครัว มิตรสหาย ของใช้ส่วนตัว สิ่งแวดล้อมและธรรมชาติ (Hall, 1997 อ้างถึงในทัศนีย์ทองประทีป, 2552)

การค้นหาคำหมายของชีวิตและการเจ็บป่วย (Meaning of life and illness) ทุกคนต้องการมีความหมายหรืออยู่อย่างมีคุณค่าต่อบุคคลที่ตนรัก หรือทำประโยชน์ให้ตนเองและสังคมที่ตนดำรงอยู่ ความเชื่ออาทร ความรักและความผูกพันของบุคคลใน ครอบครัว หรือมิตรสหาย เป็นกำลังใจสำคัญในการดำเนินชีวิตทั้งในยามปกติและยามเจ็บป่วยของทุกคน การเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงที่รักษาไม่หาย อาการป่วยหนักเนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังในระยะสุดท้าย และ/หรือผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ล้วนเป็นภาวะวิกฤตที่ต้องอาศัยความเข้มแข็งของจิตใจ ต้องการความรักและกำลังใจจากคนรักและญาติมิตร เพื่อให้สามารถก้าวพ้นความทุกข์ทรมานนี้และตายอย่างสงบ ผู้ป่วยที่มีจิตวิญญาณที่เข้มแข็ง สนใจศาสนาหรือมีปรัชญาในการดำเนินชีวิต จึงมักใช้วิกฤตนี้เพื่อค้นหาคำหมายของชีวิตและการเจ็บป่วย (O' Brien, 2008)

การขอโทษหรือการให้อภัย (Forgiveness) บุคคลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยและอยู่ในระยะสุดท้ายมักมีอาการอ่อนเพลียง่าย มีกิจกรรมได้จำกัด หรือถูกจำกัดการ

เคลื่อนไหวเนื่องจากการรักษา จึงทำให้มีเวลากับตัวเองมากกว่าปกติในการพิจารณาประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา ทั้งเรื่องราวที่เป็นความสุข ความสมหวัง ความทุกข์ และ /หรือความผิดพลาดที่เกิดขึ้น ความผิดพลาดที่เป็นความขัดแย้งระหว่างบุคคล บางครั้งบุคคลผู้ถูกกระทำอาจล้มหรือให้ภัยแล้ว แต่ผู้กระทำยังคงเก็บไว้ในความทรงจำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่ คิดว่าตนเองไม่มีโอกาสได้แก้ตัวหรือทำความดีชดเชยเพราะเวลาในชีวิตเหลือน้อย จะทำให้มีความทุกข์ ได้มาก การทบทวนความทรงจำในอดีต การยกโทษ การขอโทษ ล้วนมีความหมายต่อจิตวิญญาณของผู้กำลังจะเสียชีวิต การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้มีเวลาบอกคำลาต่อกัน ขอโทษใคร รมและสัมผัสกันเป็นครั้งสุดท้ายในขณะที่ร่างกายยังมีโอษฐ์อยู่ ไม่อาจประเมินค่าได้สำหรับจิตวิญญาณของผู้ที่กำลังจะตาย (ไพศาล วิสาโล, 2552)

การปฏิบัติตามความเชื่อ /ศาสนา (Religious practice) การเตรียมตัวเพื่อเผชิญกับความตายนั้นมีความสำคัญต่อบุคคลในทุกวัฒนธรรม ความเชื่อของชาวพุทธต้องการมีสติหรือรู้ตัวก่อนตาย เพื่อจะได้รำลึกถึงคุณความดี /กุศล หรือสวดมนต์ภาวนาเพื่อให้จิตสงบ ขณะที่จิตสงบจะมีสภาพจิตใจสะอาดปราศจากกิเลสหรือเครื่องเศร้าหมองต่างๆ สภาพจิตใจที่ดียิ่งจะส่งผลให้ชีวิตที่จะไปเกิดใหม่นั้นได้เกิดใน ภพภูมิที่ดี การทำบุญ (making merit) และการประกอบพิธีกรรม (rite) ทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจที่เข้มแข็ง กล่าวหาญที่จะเผชิญกับการพลัดพรากที่กำลังจะเกิดขึ้นได้ การสวดมนต์ (chanting) ชาวพุทธนิยมนิมนต์พระสงฆ์มาสวดโพชฌงค์ให้กับผู้ป่วยหรือผู้ที่กำลังจะตาย การรู้ ความหมายของคำสวดด้วยจะยิ่งเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและญาติในการพิจารณาธรรมชาติของชีวิต ในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวหรือระดับความรู้สึกตัวที่ไม่แน่นอน อาจใช้การเปิดเทปสวดมนต์ให้ผู้ป่วยฟัง การทำสมาธิ (meditation) หรือการปฏิบัติสมาธิ หมายถึงการทำให้จิตสงบจากกิเลสหรือ ออกุศล นับว่ามีความสำคัญมากในการปฏิบัติตามคำสอนของพุทธศาสนา เพราะถือว่าเป็นการสร้างกุศลจิตหรือการทำความดีขั้นสูง จิตที่สงบจะทำให้ผู้ป่วยได้รำลึกถึงกุศลความดีหรือประสบการณ์ชีวิตที่งดงาม (สันต์ หัตถิรัตน์, 2552)

ความหวัง (Hope) ความหวังเป็นความคาดหวังหรือเป้าหมายที่สำคัญในทางบวกของชีวิต การมีความหวังทำให้ชีวิตมีความสุข หรือเป็นพลังที่ทำให้บุคคลมีความพยายามที่จะก้าวไปสู่ความคาดหวัง ผู้ป่วยระยะสุดท้ายอาจมีความหวังหลายอย่าง เช่น ความหวังเกี่ยวกับการดำเนินชีวิต จะต้องปรับตัวหรือเตรียมตัวอย่างไร เพื่อให้อาการทุเลาลงหรือมีอาการดีขึ้น เพื่อที่จะได้ทำหน้าที่ของตนต่อไป รวมทั้งความหวังเกี่ยวกับอนาคตเพื่อการเตรียมตัวตาย ซึ่งเกี่ยวข้องกับความหวังในชาติหน้าหรือชีวิตเบื้องหลังความตาย (Paloutzian & Ellison, 1992)

4. แนวคิดเกี่ยวกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ

4.1 ความหมายของความผาสุกทางจิตวิญญาณ

พจนานุกรม ฉบับบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ระบุไว้ว่า “จิต” หมายถึง ใจ, สิ่งที่มีหน้าที่รู้ คิดและนึก “วิญญาณ” หมายถึง สิ่ง que เชื่อว่ามีอยู่ในกายเมื่อมีชีวิต เมื่อตายจะออกจากกาย ล่องลอยไปหาที่เกิดใหม่ ; ความรับรู้ เช่น จักขุวิญญาณ คือ ความรับรู้ทางตา ไสตวิญ ญาณ คือ การรับรู้ทางหู เป็นต้น 1 ในชั้น 5 คือ รูปเวทนา สังขารวิญญาณ โดยปริยายหมายถึง จิตใจ เช่น มีวิญญาณนักสู้ มีวิญญาณศิลปิน

จิตวิญญาณ หมายถึง มีจิตสูง คือมีความดี ลดละความเห็นแก่ตัว มีปัญญา มีการเข้าถึงสิ่งสูงสุด ในทางพระพุทธศาสนา คือพระนิพพาน ในศาสนา อื่นหมายถึงพระผู้เป็นเจ้าของเจ้า คำว่า **จิตวิญญาณ** เป็นการเอาคำเก่า 2 คำมาต่อกัน ใช้ในความหมายใหม่ที่เพิ่มมิติใหม่ขึ้น คือมิติ ความสูงของจิต จิตหรือวิญญาณเป็นคำกลางๆ สัตว์ก็มีจิตหรือวิญญาณ แต่ไม่มีจิตวิญญาณหรือจิตสูง สัตว์มี กาย **จิต สังคม** มนุษย์มี กาย **จิต สังคม จิตวิญญาณ** จิตวิญญาณจะให้ความหมายทางพุทธหมายถึงปัญญาก็ได้ หรือทางสากล หรือทางศาสนาอื่น ที่ตรงกับคำว่า spiritual ก็ได้ (ประเวศ วะสี, 2544)

จิตวิญญาณ เป็นวิวัฒนาการของจิต ซึ่งสามารถวิวัฒนาการไป จนถึงนิพพาน เป็นจิตที่ได้ฝึกฝนพัฒนาขึ้น เป็นจิตในระดับลึก จิตใจที่ละเอียด ประณีตขึ้น เป็นจิตที่มีคุณภาพจิตสูงขึ้น จิตหลุดพ้นจากความเห็นแก่ตัว จิตที่มีเมตตา กรุณา ไม่ยึดติด เป็น**จิตที่มีปัญญา** การที่จิตจะลงลึกถึงจิตวิญญาณได้ต้องอาศัยปัญญาที่ใช้ในทางดี หรือปัญญาญาณ ลักษณะของจิตที่มีปัญญา ได้แก่ จิตที่ยังรู้อย่างกว้างขวาง อย่างประณีต ผูกพันกันกับการมีสำนึกต่อสาธารณะ เป็นจิตของนักปราชญ์ หรือในวิสัยของปราชญ์ ปรับเปลี่ยนในสิ่งที่ตนเองกำลังคิดอยู่ กำลังเผชิญอยู่ จิตวิญญาณคือสติปัญญาที่ได้จากการทำงานของ สมองซีกขวานำซีกซ้าย ซึ่งขับเคลื่อนด้วยพลังงานทางอารมณ์รู้สึกนึกคิดด้านบวก เป็น**จิตใจซึ่งโน้มไปในทางที่เป็นความดีความเป็นสิริมงคล** เป็นจิตใจซึ่งลดละความเห็นแก่ตัวลง จิตใจซึ่งคิดถึงส่วนรวม จิตใจที่เปี่ยมด้วยความเมตตา กรุณา ที่อยากให้คนอื่นเขามีความสุข เป็น**ธรรมจิต** หมายความว่า จิตที่สูงส่ง ดั่งงาม เป็นธรรม เป็นธรรมชาติอันละเอียด เป็นจิตที่ออกไปในทางดีงาม เป็นจิตแห่งความงาม เห็นความดีและความจริง (พงศ์เทพ สุธีรัฐมิ, 2550)

จิตวิญญาณ มีความหมายกว้าง ไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะการนับถือศาสนาหรือการปฏิบัติตามหลักศาสนา เท่านั้น ยังรวมความไปถึงความรักและ /หรือความสัมพันธ์ที่มนุษย์มีต่อสิ่งต่างๆ ที่อยู่รอบตัว เช่น ธรรมชาติ สิ่งศักดิ์สิทธิ์หรืออำนาจลึกลับที่นอกเหนือความสามารถของ

มนุษย์ จิตวิญญาณยังช่วยให้บุคคลค้นหาความหมายชีวิต /เป้าหมายชีวิต และยังช่วยให้เกิดความเข้มแข็งภายในที่ทำให้ฟันฝ่าอุปสรรคในชีวิต ความเจ็บป่วยหรือเหตุการณ์ต่างๆที่เป็นวิกฤตในชีวิตได้ (ทศนีย์ ทองประทีป, 2552)

พจนานุกรม ฉบับบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ระบุว่า “ผาสุก” หมายถึง ความสำราญ ความสบาย ความผาสุกทางจิตวิญญาณ เป็นความรู้สึกที่มีความพร้อม ความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ ทำให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างดี รู้สึกมีความสุขในการดำเนินชีวิตอยู่ตลอดเวลา มีความรู้สึกอึดอัดสมบูรณ์และพร้อมที่จะดำเนินชีวิตอยู่กับธรรมชาติและสิ่งเหนือธรรมชาติ (ทัศนาศา นุญทอง, 2534)

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ หมายถึง ความรู้สึกส่วนลึกภายในจิตใจของบุคคลที่แสดงถึงภาวะสงบ เป็นสุข มีความเข้มแข็งในจิตใจ ยอมรับความจริง มีเป้าหมายในชีวิต มีความหวัง ยอมรับและพึงพอใจในสิ่งที่เป็นอย่างของตนเอง รู้สึกมั่นใจว่าตนเองมี ความสัมพันธ์กับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ หรือสิ่งที่ตนเองยึดเหนี่ยว ประกอบด้ว ความผาสุกในสิ่งที่เป็นอย่างอยู่และความผาสุก ในความศรัทธายึดมั่นทางศาสนา (ธัญญา น้อยเปียง, 2545)

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ หมายถึง ความรู้สึก หรือการรับรู้ชีวิตที่มีความสงบสุข มีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต มองชีวิตตนเองมีคุณค่าและมีความพึงพอใจในชีวิตตนเองที่ตนสามารถ มีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้อื่น ความรู้สึกเป็นสุขสงบจากการมีสิ่งที่ยึดเหนี่ยวภายในจิตใจ (นงลักษณ์ สรรสม, 2552)

4.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ จากการศึกษาพบว่า มี ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกทางจิตวิญญาณแบ่งออกเป็น ปัจจัยส่วนบุคคล และ ปัจจัยด้านสถานการณ์และสภาพแวดล้อม มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

4.2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่

อายุ จะมีความสัมพันธ์ต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยผู้สูงอายุจะมีความเชื่อในจิตวิญญาณมากกว่าคนหนุ่มสาวหรือคนที่มีอายุน้อย ความผาสุกทางจิตวิญญาณ จะทำให้มีความพึงพอใจในความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ทำให้ผู้สูงอายุสามารถให้ความหมายของการเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปในทางที่ยอมรับได้ และการนับถือศาสนาหรือการปฏิบัติพิธีกรรม จะสามารถกระตุ้นให้มีจุดมุ่งหมายในชีวิต (Carpenito, 1997)

สถานภาพสมรส การสมรสจะทำให้บุคคลรู้สึกเป็นปีกแผ่นมั่นคง มีคู่ที่คอยให้คำปรึกษาหรือคอยดูแลซึ่งกันและกัน นับเป็นการสนับสนุนทางจิตใจที่สำคัญในการ

ตอบสนองความต้องการทางจิตวิญญาณ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์วิกฤติของชีวิต ซึ่งการปรับตัวได้ของบุคคลในภาวะดังกล่าว จะทำให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข (Peri, 1995) จากการศึกษาของบุปผา ซอบใช้ (2536) พบว่าคู่สมรสจะเป็นบุคคลที่ช่วยเหลือในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้สูงอายุที่เป็นมะเร็ง เนื่องจากเป็นผู้คอยให้กำลังใจ ให้ความรัก ช่วยปฏิบัติภารกิจที่ให้ความหมายของชีวิต

เพศ เพศหญิงจะมีการปรับตัวตามหน้าที่ได้ดีกว่าเพศชาย เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วัยสูงอายุ เนื่องจากเมื่ออายุมากขึ้น เพศชายจะ เฉื่อยชา ไม่แข็งขัน แต่ผู้หญิงจะมีบทบาทเด่นขึ้นทำให้การมีความหมายในชีวิตจะเด่นกว่าเพศชาย (Shock, 1984 อ้างถึงใน ธีรวิวัฒน์ ไพรวลัย, 2540)

ระดับการศึกษา การศึกษาจะช่วยเพิ่มภูมิปัญญา สามารถมองชีวิตด้วยมุมมองทั้งในทางโลกและทางธรรมให้ไปด้วยกัน ช่วยให้บุคคลใช้กระบวนการคิดและทักษะในการแก้ปัญหา ซึ่งมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมที่จะนำไปสู่การพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณได้

ฐานะทางเศรษฐกิจหรือรายได้ เป็นสิ่งแสดงถึงความมั่นคงในชีวิตอย่างหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล และฐานะทางเศรษฐกิจยังเป็นอีกปัจจัยหนึ่งในการกำหนดทางเลือกแหล่งบริการสุขภาพ การร่วมกิจกรรมทางศาสนาหรือการประกอบพิธีกรรมต่างๆ ชาวพุทธที่เชื่อเรื่องการเวียนว่ายตายเกิดมักเชื่อว่าการทำบุญจะเป็นการสร้างความหวังในชีวิต และเตรียมตัวเผชิญกับความตาย ซึ่งการทำบุญมักต้องใช้จ่ายเงินเป็นปัจจัยประกอบ นอกจากนี้การมีรายได้หรือฐานะทางเศรษฐกิจดียังหมายถึงความสะดวกสบายในชีวิต ช่วยแก้ไข้ปัญหา ผ่อนหนักเป็นเบา ทำให้มีความหวัง กำลังใจ เกิดความมั่นคงทั้งในจิตใจและความเป็นอยู่ ซึ่งทั้งหมดนี้เกี่ยวข้องกับความต้องการด้านจิตวิญญาณ (ระวีวรรณ ถวายทรัพย์, 2545)

ศาสนา ศาสนาเป็นส่วนหนึ่งของจิตวิญญาณและเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อมนุษย์ตั้งแต่เกิดจนตาย การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาจะช่วยให้จิตวิญญาณของคนสมบูรณ์ขึ้น และศาสนายังเป็นความศรัทธาของมนุษย์ที่ช่วยให้เข้าใจตนเอง สำหรับผู้ป่วยนอกจากจะใช้ศาสนาเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตแล้ว ยังใช้ศาสนาเป็นสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ช่วยทำให้เกิดกำลังใจ (Shaffer, 1991) แต่ละศาสนามีหลักคำสอนที่แตกต่างกัน เนื่องจากความเชื่อและหลักคำสอนทางศาสนาเป็น เครื่องชี้แนวปฏิบัติในการดำเนินชีวิตของบุคคล และเป็นที่ยึดเหนี่ยวของจิตใจที่เกิดข้องกับจิตวิญญาณ (Ellison, 1983) ดังนั้นหลักคำสอนของศาสนาจึงมีผลต่อความ ผาสุกทางจิตวิญญาณ

4.2.2 ปัจจัยด้านสถานการณ์และสภาพแวดล้อม

การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วย เมื่อเกิดการเจ็บป่วยบุคคลจะมีการปรับตัวทั้งทางร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ และเมื่อระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีมากขึ้นจะยังมีผลกระทบต่อภาวะทางจิตวิญญาณของผู้ป่วย มากขึ้น (Craven and Hirnle, 1992) โดยผู้ป่วยจะรู้สึกถึงความไม่แน่นอนในชีวิตของตนเอง ความหมายและเป้าหมายในชีวิตเปลี่ยนแปลงไป ไร้ความหวัง ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีผลต่อการปรับตัวในการดำเนินชีวิตและมีชีวิตอยู่อย่างไรมีความสุข โดยเฉพาะผู้ป่วยเรื้อรังและมีภาวะคุกคามต่อชีวิตเช่น ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งได้รับความทุกข์ทรมาน จากการเจ็บป่วยและผลข้างเคียงของการรักษาต้องใช้เวลาในการรักษายาวนาน และมีอาการรุนแรงเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ จนถึงระยะสุดท้าย จึงต้องการสิ่งยึดเหนี่ยวและหาทางประคับประคองจิตใจโดยการพึ่งพาทางด้านจิตวิญญาณ

การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณ เนื่องจากสามารถช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณค่าตนเองได้รับความรัก ความหวังใจ (Aguilera, 1994) ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่โดดเดี่ยว ช่วยเหลือในการค้นหาความหมายในชีวิต (O' Connor et al., 1990) ไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์หรือองค์กรต่างๆ โดยให้การช่วยเหลือสนับสนุนต่างๆ เช่น เงินทอง สิ่งของ การให้กำลังใจ ให้ความใกล้ชิด รักใคร่ผูกพัน มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารซึ่งกันและกัน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รู้สึกว่าชีวิตยังมีความหมาย มีความหวังและกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไป นอกจากนี้ยังรวมไปถึงการมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี เนื่องจากครอบครัวเป็นหน่วยที่มีความผูกพันใกล้ชิดซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิก การได้รับการประคับประคอง ความรัก ความเข้าใจจึงเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนาจะได้รับจากครอบครัวและจะเป็นหนทาง ในการสร้างจิตวิญญาณของคน (Hill and Smith, 1990)

ความเข้มแข็งอดทน เป็นปัจจัยภายในที่จะช่วยให้บุคคลสามารถป้องกันเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ตนรับรู้ว่ามีผลคุกคามต่อภาวะสุขภาพ และช่วยให้สามารถต่อต้านความเครียดอันเนื่องมาจากการเผชิญกับภาวะเจ็บป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี ภายใต้การเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยที่มากกระทบ และสามารถใช้เวลาประนีประนอมทางสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Pollock, 1989) ความเข้มแข็งอดทนไม่เพียงแต่ช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเท่านั้น แต่ยังพบว่าเมื่อผลทำให้การดำเนินของโรคช้าลง ด้วย (Nicholas and Webster, 1993)

4.3 ปรัชญาและหลักการสำคัญเกี่ยวกับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ที่เจ็บป่วย (O' Brien, 2008)

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Spiritual well-being) เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับความเป็นองค์รวมในบุคคล ที่ประกอบด้วยความศรัทธาในศาสนา และความเข้าใจในศักยภาพ ของตน มองตนเอง ด้วยความไว้วางใจ เป็นความรู้สึกรับรู้ที่อยู่ในตัวตนทั้งหมด รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์และ ยอมรับผู้อื่น ผู้ที่ป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต มีความต้องการค้นหาความหมายของความเจ็บป่วย และเป้าหมายของชีวิต ความมีคุณค่าในตนเอง และการมีความหวังในการมีชีวิต เพื่อให้ตนเองมี ความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่เหลืออยู่ดีขึ้นพร้อมที่จะต่อสู้กับสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง หาก บุคคลไม่มีประสบการณ์ของความผาสุกทางจิตวิญญาณหรือมีความพร่องของจิตวิญญาณอาจจะ ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า อ่างว่าง วิดกกังวลในการมีชีวิตอยู่และอยู่อย่างไรความหมาย

ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ที่เจ็บป่วย เป็นทฤษฎีระดับกลาง (A middle-range theory) เกี่ยวกับความเชื่อของมนุษย์แต่ละบุคคล ซึ่งเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับร่างกายและ ธรรมชาติของจิตสังคม รวมถึงจิตวิญญาณที่อยู่เหนือความสามารถของบุคคล และ /หรือการ ยอมรับในประสบการณ์ของความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานในสิ่งที่อยู่เหนือธรรมชาติ สิ่งที่เราพบเห็น ได้บ่อย เมื่อปฏิบัติกรพยาบาล คือ สิ่งต่างๆที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย เช่น การที่ผู้ป่วยไม่ สามารถบังคับการทำหน้าที่ของร่างกายได้ เนื่องจากมีความบกพร่องทางด้านจิตสังคมในการดำรง อยู่ การขาดความคิดในทางด้านบวกและ ความหวังใน การดำรงชีวิตอยู่ รวมถึงความสามารถใน การยอมรับกับความเจ็บป่วย และความทุกข์ทรมานของแต่ละบุคคล ข้อมูลด้านจิตวิญญาณส่วน บุคคลเป็นสิ่งสำคัญในการระบุปัญหา สืบ ค้น เป็นแหล่ง ข้อมูล ในการดูแลสนับสนุน และ ประคับประคองจิตวิญญาณของผู้ที่เจ็บป่วย พยาบาลมีหน้าที่เป็นผู้ร่วมในกระบวนการช่วยผู้ป่วย ค้นหาความหมายของจิตวิญญาณจากประสบการณ์ความเจ็บป่วย เพื่อนำไปสู่ความผาสุกทาง จิตวิญญาณ ซึ่งหลักการสำคัญของทฤษฎีความผาสุกทางจิตวิญญาณประกอบไปด้วย องค์ประกอบต่างๆที่นำไปสู่การค้นหาความหมายของจิตวิ ญญาณจากประสบการณ์ความ เจ็บป่วย ซึ่งเมื่อสามารถค้นหาความหมายของจิตวิญญาณ จึงจะก่อให้เกิดความผาสุกทาง จิตวิญญาณในผู้ที่เจ็บป่วยได้ โดยมีองค์ประกอบดังนี้ คือ

4.3.1 ความเชื่อส่วนบุคคล ได้แก่ ความเชื่อในการดำรงอยู่ของศาสนา ความ เชื่อมั่นในพลังที่ได้รับจากพระเจ้า หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ความศรัทธาในความเชื่อของตน การได้รับการชี้แนะแนวทางตามหลักศาสนา และ ความสงบจากการเชื่อและยึดมั่นในสิ่งที่เชื่อ สิ่งที่ศรัทธา บุคคลที่มีความศรัทธาทางศาสนาจะยึดพระเจ้าเป็นที่พึ่งทางจิตใจ มีแรงจูงใจในการเจริญทาง

จิตวิญญาณ แสดงออกถึงความพอใจ คนที่ขาดความศรัทธาในพระเจ้าจะแสดงออกถึงความไม่มั่นใจในพระเจ้า ขาดความศรัทธาในอำนาจเหนือตนเอง กลัวความตายและชีวิตหลังความตาย รู้สึกถึงการถูกแยกออกจากสังคมเนื่องจากมีความศรัทธาแตกต่างกัน

4.3.2 ความอึดเอิบใจทางจิตวิญญาณ ได้แก่ ความพึงพอใจในสิ่ง ที่นับถือ ความรู้สึกได้ใกล้ชิดในพระเจ้าหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ การปราศจากความกลัวในสิ่งที่เคารพ ความปรองดอง และความรู้สึกได้รับการคุ้มครองจากพระเจ้าหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ โดยบุคคลจะรู้สึกปลอดภัยและเชื่อมั่น ไม่เกรงกลัวต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต เนื่องจากมีความศรัทธาต่อพระเจ้าอย่างเต็มเปี่ยม

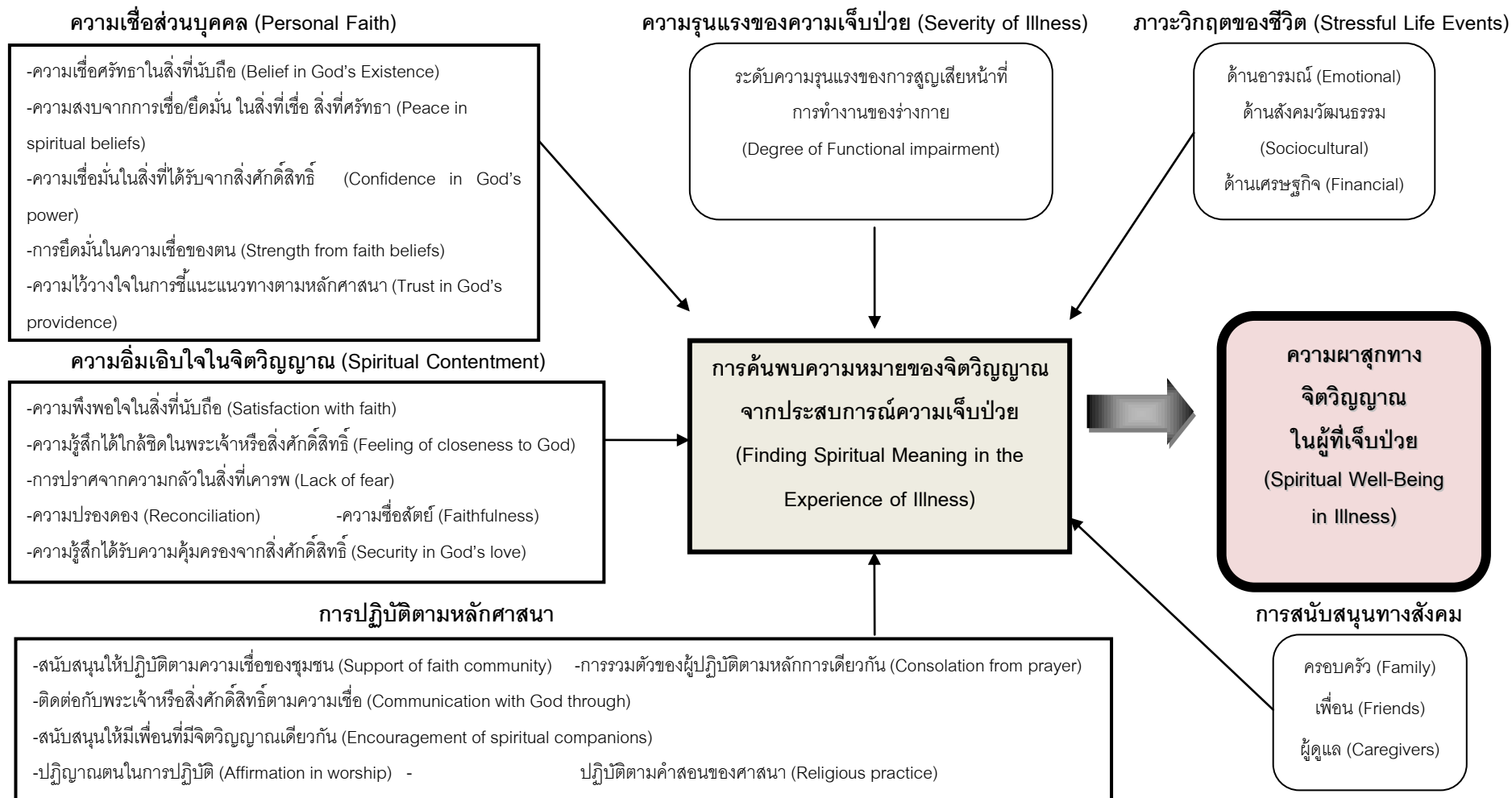
4.3.3 การปฏิบัติตามหลักศาสนา ได้แก่ การสนับสนุนให้ปฏิบัติตามความเชื่อ การสนับสนุนให้มีเพื่อนที่มีจิตวิญญาณเดียวกัน การปฏิญาณตนในการปฏิบัติ การรวมตัวกันของผู้ปฏิบัติตามหลักการเดียวกัน และการปฏิบัติตามหลักคำสอนของศาสนา ซึ่งเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำตามหลักความเชื่อในศาสนาที่ตนเองยึดถือ รวมทั้งการมีแบบอย่าง กฎเกณฑ์และ ตันกำเนิดของขนบธรรมเนียม ประเพณี ค่านิยม วัฒนธรรม ที่ก่อให้เกิดความสงบสุขในการอยู่ร่วมกัน นอกจากนี้ยังรวมถึงการมีศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ เช่น การสักการบูชาพระศาสดา การสวดมนต์

4.3.4 ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ได้แก่ ระดับความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่การทำงานของร่างกาย ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งของผู้ป่วยเรื้อรังและมีภาวะคุกคามต่อชีวิต ได้รับความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยและผลข้างเคียงของการรักษา ที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา ยาวนาน และมีอาการรุนแรงเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ

4.3.5 ภาวะวิกฤติของชีวิต ได้แก่ ภาวะวิกฤติทางด้านอารมณ์ สังคม วัฒนธรรม และปัญหาด้านเศรษฐกิจ การเผชิญกับเหตุการณ์วิกฤติในชีวิตเป็นสิ่งที่ทุกคนต้อง ประสบอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ทั้งความชรา ความเจ็บป่วย และการสูญเสียต่างๆ ประสบการณ์เหล่านี้จะทำให้บุคคลดิ้นรน เพื่อให้พ้นสภาพและภาวะวิกฤติที่ประสบอยู่ ภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นจะ ช่วยให้บุคคลสร้างกลไกใหม่ในการเผชิญกับปัญหา เพื่อเพิ่มความแข็งแกร่งและความสามารถในการแก้ปัญหาที่ผ่านเข้ามาในชีวิต จิตวิญญาณเป็นแหล่งประโยชน์ที่มี ความสำคัญที่ทำให้บุคคลสามารถเผชิญกับภาวะของชีวิตที่เกิดขึ้น

4.3.6 การสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน หรือ ผู้ดูแล โดยที่พยาบาลและผู้ป่วยสามารถร่วมกันค้นหาความหมายของจิตวิญญาณจาก ประสบการณ์ความเจ็บป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไป โดยเฉพาะการ สนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวมีความสำคัญต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยมากที่สุด

ดังที่แสดงในกรอบแนวคิด



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดของความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ที่เจ็บป่วย (O' Brien, 2008)

5. บทบาทของพยาบาลชั้นสูงในการดูแลด้านจิตวิญญาณ

การปฏิบัติงานของพยาบาลนับเป็นแกนหลักสำคัญ เนื่องจากลักษณะงานที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วย และโดยวิชาชีพที่ให้ความสำคัญกับการดูแล (care) ที่มีความหมายมากกว่าผลจากการรักษา (cure) พยาบาลสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ทั้งในด้านการตอบสนองความต้องการทางร่างกาย จิตใจและอารมณ์ โดยนำแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับตัวผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลักมาใช้ในการประเมิน วางแผนการให้การพยาบาล และติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งต้องคำนึงอยู่เสมอว่า แผนการดูแลผู้ป่วยนั้นมีเป้าหมาย เป็นการบรรเทาอาการเพื่อหยุดยั้งความทุกข์ทรมานและต้องพิจารณาตามลำดับความสำคัญ ความรุนแรงของอาการ และความต้องการของผู้ป่วย (เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี, 2550)

การดูแลแบบองค์รวม คือเป้าหมายสูงสุดของการพยาบาล พยาบาลควรถือว่าการดูแลผู้ป่วยในด้านจิตวิญญาณเป็นส่วนหนึ่งของ ความรับผิดชอบในการปฏิบัติการพยาบาลในแต่ละวัน กิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยนั้นต้องขึ้นอยู่กัปัญหาและความต้องการที่ประเมินได้จากผู้ป่วยและ/หรือญาติ เป้าหมายสำคัญของการพยาบาล คือ การส่งเสริมสุขภาพด้านจิตวิญญาณ หรือความผาสุกทางจิตวิญญาณ และการค้นหาปัจจัยที่ก่อให้เกิดปัญหาด้านจิตวิญญาณ เพื่อช่วยขจัดปัจจัยดังกล่าว คุณภาพการดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณจะเกิดขึ้นได้ ควรเป็นความร่วมมือระหว่างสหสาขาวิชาชีพและที่สำคัญยิ่ง คือ ญาติของผู้ป่วย ซึ่งเป็นแหล่งผู้ให้ข้อมูลและยังช่วยให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยให้ดำเนินไปได้ วยดี ซึ่งพยาบาลควรให้ความสำคัญแก่ญาติของผู้ป่วย มีแนวทางการปฏิบัติเพื่อดูแลผู้ป่วย ดังต่อไปนี้ (O' Brien, 2008; ทศนีย์ ทองประทีป, 2552)

1.) การดูแลตามปกติ (Routine care) ในการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ พยาบาล คือ บุคคลสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วย การที่พยาบาลมี มัธยเมฆทัตถาย ให้การต้อนรับ ด้วยมิตรไมตรี ช่วยแนะนำสถานที่หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ของโรงพยาบาล ช่วยจัดหาพระคัมภีร์หรือหนังสือธรรมะให้ผู้ป่วยได้อ่านตามความเหมาะสม ช่วยจัดเตียงให้ผู้ป่วยที่นับถือศาสนาเดียวกับอยู่ใกล้กันเพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน การที่พยาบาลแสดงออกถึงความยินดีในการช่วยเหลือ มีน้ำใจและใส่ใจต่อความจำเป็นพื้นฐานในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จะทำให้ผู้ป่วยมีความอบอุ่นใจ (spiritual comfort) และมั่นใจต่อระบบการดูแลรักษาได้ระดับหนึ่ง

2.) การส่งเสริม/ประคับประคองจิตวิญญาณ (Spiritual support) หมายถึง การดูแลผู้ป่วยกรณีพบว่าผู้ป่วยมีโอกาสเกิดปัญหาด้านจิตวิญญาณ (Spiritual concern) ผู้ป่วยอาจมีคำถามที่เกี่ยวกับการสูญเสียความศรัทธา ไม่เชื่อว่าการกรรมมีจริง รู้สึกท้อแท้หรือหมดหวัง พยาบาลควรให้โอกาสผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก พยาบาลควรชวนผู้ป่วยสนทนา เพื่อ หาข้อมูล

เกี่ยวกับการปฏิบัติตามความเชื่อ แหล่งของความหวังและกำลังใจของผู้ป่วย แล้ววางแผนการพยาบาลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมเหล่านี้ ได้อย่างปกติ เช่น การทำสมาธิ การสวดมนต์ การทำละหมาด หรือการอ่านพระคัมภีร์ เป็นต้น โดยช่วยจัดสิ่งแวดล้อมให้ มีความเหมาะสมและเป็นส่วนตัวในการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าว และช่วยติดต่อผู้ที่มีความหมายมาก สำหรับผู้ป่วยเพื่อมาช่วยเป็นกำลังใจแก่ผู้ป่วย

3.) การพยาบาลด้านจิตวิญญาณ (Spiritual intervention) หมายถึง การดูแลผู้ป่วยเพื่อช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับด้านจิตวิญญาณ (Spiritual suffering or spiritual distress) ขณะอยู่ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยนอกจาก จะมีปัญหาเรื่องความเจ็บป่วยแล้ว บางรายอาจเผชิญปัญหาที่รุนแรงอีกหลายเรื่อง เช่น ปัญหาทางเศรษฐกิจ หรือมีธุรกิจที่ยังดำเนินการไม่เสร็จสิ้น เป็นต้น ทำให้ไม่สามารถเผชิญปัญหาได้ จึงรู้สึกผิดหวังต่อโชคชะตา สูญเสียความมั่นใจหรือคุณค่าในตนเอง รู้สึกไม่มีความหมาย และเป็นภาระแก่ผู้อื่น บางรายจะรู้สึกสูญเสียศรัทธาต่อสิ่งที่นับถือ เพราะคิดว่าไม่ได้รับความยุติธรรมจากพระเจ้าหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องการความช่วยเหลือเพื่อช่วยให้รู้ สึกว่ามีความหมายและมีคุณค่า มีคนเข้าใจความทุกข์ที่ทรมานที่กำลังเผชิญอยู่ อาจต้องการพบพระสงฆ์ นักบวช หรือผู้นำศาสนา หรือบุคคลที่มีความหมายมากต่อชีวิต ซึ่งเป็นแหล่งของความหวังและกำลังใจ หรือต้องการประกอบพิธีกรรมบางอย่างเพื่อเป็นการขออโหสิกรรมหรือขอ อดความเป็นสิริมงคล พยาบาลควรช่วยติดต่อประสานงานให้ผู้ป่วย เพื่อเป็นกำลังใจแก่ผู้ป่วย

นอกจากนี้พยาบาลควรมีการพัฒนาทักษะเพื่อเตรียมพร้อมกับการให้การดูแลด้านจิตวิญญาณดังนี้ คือ ทักษะการติดต่อสื่อสาร (Communication skills) การแสดงความเห็นใจ (Empathy) การช่วยให้ผู้ป่วยแสดงออกถึงความต้องการด้านจิตวิญญาณ (Spiritual expression) การช่วยเหลือในการปฏิบัติตามความเชื่อ (O' Brien, 2008)

การใช้เทคนิคการสื่อสาร (Communication intervention) เทคนิคการสื่อสารที่ใช้ อาจเป็นรูปของการพูดคุยหรือการสื่อสารด้วยวิธีอื่น ๆ (Verbal and non-verbal) เนื่องจากความเชื่อเรื่องจิตวิญญาณเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อน หากผู้ที่ไม่มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องนี้อาจตีความว่าเป็นความเชื่อที่มงายไร้สาระ ดังนั้นพยาบาลไม่ควรสนทนากับผู้ป่วยและครอบครัวในเรื่องนี้เมื่อพบกันครั้งแรก การใช้เทคนิคการสนทนาโดยให้ผู้ป่วยเล่าถึงประสบการณ์ในชีวิตที่ผ่านมา (Life review) และการเป็นผู้รับฟังที่ดี (Active listening) จะช่วยสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ก่อให้เกิดความไว้วางใจและสามารถพูดถึงความเชื่อและความต้องการด้านจิตวิญญาณของตนเองกับพยาบาลได้ การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดถึงประสบการณ์ชีวิตส่วนตัว

หรือครอบครัว จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย ทั้งยังอาจช่วยให้ผู้ป่วยสามารถค้นหาสิ่งที่เป็นเครื่องยึดเหนี่ยว สิ่งที่เป็นกำลังใจ บางรายอาจค้นพบคำตอบของความหมายของการเจ็บป่วยและมองเห็นเป้าหมายของชีวิตได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

การสวดมนต์ (Prayer) การสวดมนต์นับเป็นกิจกรรมด้านจิตวิญญาณที่มีความสำคัญกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากการสวดมนต์จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองไม่ได้อยู่คนเดียว อย่างน้อยยังมีสิ่งยึดเหนี่ยวที่อาจเป็นพระเจ้าหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ ตนเองนับถืออยู่กับตนเอง การที่พยาบาลให้การสนับสนุนหรือร่วมในการสวดมนต์กับผู้ป่วยเป็นการแสดงออกถึงการเอาใจใส่ ความหวังดี รวมถึงความรักที่มีต่อผู้ป่วย อย่างไรก็ตามการสวดมนต์ภาวนาควรกระทำเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความสงบและยอมรับกับความตายอย่างสงบ ไม่ใช่เป็นการสวดเพื่อการวิงวอนขอที่ทำให้ผู้ป่วยปฏิเสธความจริงในตนเองที่ต้องเสียชีวิต

การทำสมาธิ (Meditation) การทำสมาธิจะช่วยให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสทำความเข้าใจเกี่ยวกับตนเองและความหมายของชีวิต ช่วยให้ผู้ป่วยได้พบกับความสงบสุขในช่วงสุดท้ายของชีวิต ส่วนเทคนิคการทำสมาธิอาจมีวิธีการที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความคุ้นเคยหรือการฝึกปฏิบัติของผู้ป่วยแต่ละราย

การอ่านหนังสือธรรมะ (Reading spiritual books) การให้ผู้ป่วยอ่านหนังสือธรรมะหรือหนังสือที่สนใจเป็นกิจกรรมการดูแลด้านจิตวิญญาณที่สำคัญอย่างหนึ่ง พยาบาลสามารถจัดหา หนังสือที่เหมาะสมตามความเชื่อของผู้ป่วย ในกรณีที่ผู้ป่วยอ่านหนังสือไม่ได้ พยาบาลอาจเป็นผู้อ่านหนังสือให้ผู้ป่วยฟัง

การใช้ดนตรีหรือศิลปะ (Music and Art) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีปัญหาเรื่องการสื่อสารย่อมมีความต้องการด้านจิตวิญญาณด้วย เช่น ในภาวะนี้พยาบาลสามารถ ใช้ดนตรี ภาพศิลปะ รูปภาพของครอบครัวหรือบุคคลอันเป็นที่รัก ตลอดจนรูปภาพที่ผู้ป่วยศรัทธา เป็นสิ่งที่ช่วยสนับสนุนความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้าย กิจกรรมการดูแลอาจประกอบด้วย การเปิดเพลงที่ผู้ป่วยชอบให้ฟังเบาๆ การนำรูปของครอบครัวหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เข้ามาไว้ในห้อง เป็นต้น

การใช้ดนตรีบำบัดในผู้สูงอายุ เสียงดนตรีเป็นสิ่งที่มียุทธิต่อจิตใจของมนุษย์ สามารถทำให้เกิดอารมณ์หดหู่ เศร้าหมอง สนุกสนาน ร่าเริงหรือเกรี้ยวกราดได้ในระยะเวลาอันสั้น (ผกาพรรณ บุญดิเรก , 2548) นอกจากนี้ดนตรียังมีผลต่อร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณของบุคคล (Campbell, 1991) และมีผลต่อสุขภาพร่างกายหลายประการ เช่น

ลดพฤติกรรมกระวนกระวาย ลดความเครียด ลดความวิตกกังวล ลดปวดลดอาการซึมเศร้า ช่วย
เบี่ยงเบนความสนใจ และเกิดความสงบ (Lou, 2001)

การใช้ดนตรีบำบัด จะมีองค์ประกอบของดนตรีที่มีผล ต่อการบำบัดที่
แตกต่างกัน โดยองค์ประกอบของดนตรีที่ใช้ในการบำบัดประกอบด้วย (สุกรี เจริญสุข, 2550)

1. จังหวะ (Rhythm) ช่วยเสริมสร้างสมาธิ (Concentration) และช่วยในการผ่อนคลาย (Relax) เช่น จังหวะเร็ว ไม่สม่ำเสมอ ทำให้เกิดอาการตื่นเต้นเร้าใจ ส่วน
จังหวะช้าสม่ำเสมอ ทำให้เกิดความมั่นคง ปลอดภัย ช่วยในการผ่อนคลาย ลดการหดเกร็งของ
กล้ามเนื้อ

2. ความเร็วและความช้าของดนตรี (Tempo) เป็นความเร็วใน
ทำนองโดยความเร็วมีอัตราที่ใกล้เคียงกับอัตราการเต้นของหัวใจจะทำให้เกิดความรู้สึกสงบและ
ผ่อนคลาย

3. ระดับเสียง (Pitch) คือ ความถี่ของเสียง ซึ่งมีระดับต่ำ ปาน
กลาง และสูง โดยเสียงต่ำจะทำให้รู้สึกหวาดกลัว ไม่ทันใจ บรรยากาศน่าเกรงขาม ส่วนเสียงสูงจะ
ทำให้เกิดความเร้าใจ เสียงปานกลางจะช่วยทำให้เกิดความรู้สึกสงบ

4. ความดัง (Loudness or volume intensity) เป็นความเข้ม
ของเสียง ความดังมีผลต่อการทำงานของระบบประสาท โดยพบว่าเสียงที่เบานุ่มจะทำให้เกิด
ความรู้สึกสงบสุข สบายใจ ในขณะที่เสียงดังจะทำให้เกิดการเกร็งกระตุกของกล้ามเนื้อ ความดังที่
เหมาะสมจะช่วยสร้างระเบียบการควบคุมตนเองได้ดี มีความสงบและเกิดสมาธิ

5. ทำนองเพลง (Melody) ได้แก่ การปรับเสียงสูงเสียงต่ำ เพื่อ
ช่วยในการระบายความรู้สึกส่วนลึกของจิตใจ ทำให้เกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์และลดความวิตก
กังวล เช่น ทำนองช้า ทำให้เกิดอารมณ์เศร้า ทำนองเร็ว ทำให้เกิดความรู้สึกร่าเริง

6. เสียงประสาน (Harmony) เป็นผลรวมของเสียงมากกว่า 2
เสียงพร้อมๆกัน ใช้ในการจัดระดับอารมณ์ความรู้สึกได้โดยการดูจากปฏิริยาที่แสดงออกมา เสียง
ที่สอดคล้องกลมกลืนจะทำให้เกิดความรู้สึกปลอดภัย อบอุ่นและอิสระ

7. น้ำเสียงความกังวาน (Tone color or sonority) เป็นลักษณะ
ของน้ำเสียงและเสียง ซึ่งน้ำเสียงจะมีความแตกต่างกัน ส่งผลต่อการรับรู้ที่แตกต่างกัน

8. ความรู้สึกทางดนตรี (Expression of music) เป็นการ
แสดงออกทางอารมณ์ของทั้งผู้ร้องและผู้ฟัง บ่งบอกถึงความคิด ความรู้สึก อารมณ์ขณะรับฟัง
ดนตรี

ผู้สูงอายุเมื่ออายุมากขึ้น สมรรถภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆจะเริ่มเสื่อมลง ดังนั้นดนตรีที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุควรมีอัตราเร็วของจังหวะเป็นจังหวะเดียวกับอัตราการเต้นของหัวใจ (สุกรี เจริญสุข, 2539) แนวทำนองของเพลงควรเป็นดนตรีที่เรียบง่าย มีความสงบ และเบาบาง สำหรับระดับเสียงของดนตรีไม่ควรใช้เสียงที่มีความแหลมสูง หรือทิ่มต้ำจนเกินไป เพราะจะมีผลต่อการบีบตัวของหัวใจ ควรเป็นเสียงในระดับปานกลาง และควร เป็นเพลงบรรเลงมากกว่าเพลงร้อง เพราะเพลงบรรเลงสามารถสร้างจินตนาการได้มากกว่าเพลงร้อง เนื่องจากเนื้อร้องจะทำให้ผู้ฟังมุ่งจำกัดความคิดไปตามเนื้อร้องของดนตรีที่ได้ยิน (Halpern and Savary, 1985 cite in Johnson and Davis, 1996) คุณสมบัติของดนตรีมีผลต่อผู้สูงอายุ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เมื่อนำดนตรีมาใช้ในการบำบัดรักษาจะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกที่ดี ลดความรู้สึกถูกแบ่งแยก ส่งเสริมความสามารถในการปรับอารมณ์ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม เรียกความทรงจำเก่าให้กลับดีขึ้น ทำให้เกิดการคิดถึงความทรงจำในอดีต (Reminiscence) ได้ดีขึ้น (Glynn, 1986)

การช่วยเหลือสนับสนุนให้มีการใช้เทคนิคการผ่อนคลายอื่นๆ เช่น การนวด (Massage) การสัมผัสรักษา (Therapeutic touch) หรือ สุนทรบำบัด (Aroma therapy) พยายามควรให้ความร่วมมือ ให้เวลาและคำแนะนำตามความเหมาะสมในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วย ซึ่งถือเป็นการช่วยสนับสนุนด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การนำสุนทรบำบัด (Aroma therapy) มาใช้ในการบำบัดทางการพยาบาล Aroma therapy เป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ในการใช้น้ำมันหอมระเหยจากธรรมชาติ (Volatile or essential oil) ในการบำบัดรักษาหรือบรรเทาอาการของโรค ทำให้สุขภาพดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ ตลอดจนช่วยเสริมความงามโดยอาศัยคุณสมบัติที่มีกลิ่นหอมและระเหยได้ของน้ำมันหอมระเหย โมเลกุลเล็กๆของน้ำมันหอมระเหยสามารถถูกสูดดม (Inhale) เข้าทางช่องจมูก และแปรเป็นสัญญาณไฟฟ้าเคมี ส่งผ่านไปยังสมองส่วนกลาง หรือแทรกซึมผ่านผิวหนังไปยังส่วนต่างๆของร่างกาย มีผลทำให้การทำงานของอวัยวะต่างๆของร่างกายและสมองรวมถึงจิตใจและอารมณ์ได้สมดุล จึงสามารถบำบัดอาการต่างๆได้ เช่น ลดความเครียด ช่วยให้หลับสบายหรือกระตุ้นให้สดชื่น มีพลัง ตลอดจนมีผลต่อการหลั่งของฮอร์โมนบางชนิด ได้ นอกจากนี้ผลทางร่างกายยังช่วยลดความเจ็บปวดของกล้ามเนื้อ ลดการอักเสบ ช้ำเชื้อโรค ลดอาการระคายเคืองของผิวหนัง ตลอดจนช่วยเสริมความงามทำให้ผิวชุ่มชื้น (พิมพร ลีลาพรพิสิฐ, 2545)

การใช้น้ำมันหอมระเหยกับร่างกายนั้น ห้ามใช้การสูดดมโดยตรง เพราะอาจก่อให้เกิดการระคายเคืองได้ ควรนำมาทำให้เจือจางก่อน รูปแบบที่ใช้ อาจทำได้หลายวิธี (พิมพ์ร ลีลาพรพิสิฐ, 2545) ได้แก่

1. ใช้ในการอาบน้ำ (Bathing) อาจผสมน้ำอาบ โดยวิธีหยดน้ำมันหอมระเหยลงในน้ำอุ่น ปิดประตูห้องแล้วแช่ตัวลงในอ่างอาบน้ำประมาณ 10 นาที พร้อมกับสูดดมกลิ่นหอมเข้าไป หรืออาจใช้เวลาอาบน้ำโดยการตักอาบหรืออาบจากฝักบัว โดยหยดน้ำมันหอมระเหยลงบนผ้าหรือฟองน้ำหรือลูกบวบที่ใช้ถูตัวหลังจากที่อาบน้ำเสร็จแล้ว

2. ใช้ในการนวดตัว (Body massage) วิธีนี้เป็นการนำน้ำมันหอมระเหยที่ผสมกับน้ำมันตัวพา (Carrier oil) เรียบร้อยแล้วมานวดบริเวณรอบลำคอ หัวไหล่ แขน หลัง โดยใช้ฝ่ามือนวดหมุนตามเข็มนาฬิกา อาจนวดขาจากต้นขาลงถึงเท้าแล้วแต่กรณี การนวดควรหลีกเลี่ยงการนวดบนสันหลัง การนวดเพื่อการรักษาจะต้องกระทำโดยผู้ชำนาญซึ่งมีความรู้ด้านการนวดเป็นอย่างดี

3. การประคบเย็น (Compressed) เป็นการผสมน้ำ น้ำมันหอมระเหยลงในตัวนำพา (carrier) ซึ่งอาจเป็นน้ำสะอาด น้ำดอกไม้ที่แช่เย็นหรือน้ำชาสมุนไพรก็ได้ กวนให้เข้ากัน จากนั้นใช้ผ้าจุ่มลงไปปิดหมาดๆ จึงนำมาประคบตามจุดที่ต้องการ ถ้าใช้น้ำร้อนจะเป็นการประคบร้อน

4. การสูดดม (Inhalation) นำน้ำมันหอมระเหยมาผสมให้เจือจางก่อน เช่น หยดบนกระดาษทิชชู ผ้าเช็ดหน้าหรือสำลี แล้วจึงสูดดม

5. การพ่นละอองฝอยในห้อง (Room spray) นำน้ำมันหอมระเหยมาผสมกับน้ำอุ่นที่ไม่เกิน 45 °C เขย่าให้เข้ากันแล้วบรรจุในภาชนะที่มีหัวฉีดพ่นละอองแล้วนำมาพ่นตามห้องหรือที่ต่างๆที่ต้องการ จึงสูดดมละอองเล็กๆ ที่กระจายเข้าไปในอากาศ

6. การผสมในเครื่องสำอาง ผสมน้ำมันหอมระเหยในผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางซึ่งไม่มีการแต่งกลิ่น ถ้าใช้กับใบหน้าไม่ควรเกิน 2% ถ้าใช้กับร่างกายจะเข้มข้นกว่าแต่ไม่เกิน 3%

7. การจุดตะเกียงเผา โดยหยดน้ำมันหอมระเหยลงในน้ำ แล้วจุดตะเกียงเผาอุณหภูมิไม่เกิน 60 °C จะได้ไอระเหยของน้ำมันหอมระเหยจึงสูดดม ซึ่งมักใช้ในการบำบัดอาการที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์และจิตใจ

8. การแช่ อาจเป็นการนั่งแช่ (Sitz bath) หรือเอามือหรือเท้าแช่ เพื่อจุดประสงค์ในการรักษาเฉพาะที่ ควรใช้น้ำอุ่นและให้อุ่นตลอดเวลา การแช่นาน 10 นาที หยดน้ำมันหอมระเหย 3-4 หยดลงไปตามจุดที่ต้องการ

9. การกลั้วคอหรือบ้วนปาก เพื่อบำบัดโรคในช่องปาก ช่องคอ เช่น ลดความเจ็บปวด ลดการอักเสบหรือฆ่าเชื้อโรค หยดน้ำมันหอมระเหย 2-3 หยดในน้ำ ¼ แก้ว คนให้ทั่วแล้วกลั้วคอหรือบ้วนปาก

10. เทียนหอม เป็นการผสมน้ำมัน หอมระเหยลงในเทียน เวลาจุดเทียนจะได้กลิ่นของน้ำมันหอมระเหย มักใช้เพื่อปรับสมดุลของอารมณ์และจิตใจเช่นเดียวกับการจุดตะเกียงเผา

น้ำมันหอมระเหยที่นิยมนำมาใช้ใน Aroma therapy มีด้วยกันหลายชนิด แต่ละชนิดจะมีคุณสมบัติที่แตกต่างกันออกไป ตัวอย่างเช่น

1. กลิ่นลาเวนเดอร์ แก้ปวดศีรษะ คลายเครียด นอนไม่หลับ ปวดข้อ ปวดเส้นเอ็น ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ผ่อนคลาย
2. กลิ่นเปปเปอร์มินต์ แก้ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ เป็นหวัด ลดความเหนื่อยล้า ทั้งทางร่างกายและจิตใจ
3. กลิ่นยูคาลิปตัส แก้ไอ แก้หวัด หรือการแพ้อากาศ
4. กลิ่นเลมอน บรรเทาความเมื่อยล้า อากาศ รื่นไฉว ลดอาการระคายเคืองจากแมลงกัดต่อย
5. กลิ่นวานิลลา เป็นกลิ่นที่นุ่มนวล ทำให้สงบและผ่อนคลาย
6. กลิ่นแก่นจันทร์ หรือแซนดาลููด ให้ความชุ่มชื้นแก่ผิวหนัง ลดการอักเสบผ่อนคลายจิตใจให้สงบ

การดูแลด้านจิตวิญญาณนับเป็นบทบาทที่สำคัญอย่างหนึ่งของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทั้งนี้เพื่อครอบคลุมการพยาบาลแบบองค์รวม การดูแลด้านจิตวิญญาณจะช่วยให้วาระสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วยมีความหมายประกอบไปด้วยความรักและสงบสุข (O' Brien, 2008)

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

บุปผา ขอบใบ้ (2536) ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือผู้ป่วยมะเร็งระยะ 3-4 ที่สูงอายุ จำนวน 75 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 53.33 และสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 89.33 และประกอบศาสนกิจทางศาสนาอย่างสม่ำเสมอร้อยละ 92 โดยใช้แบบสัมภาษณ์ ชนิดเจาะลึก พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย คือ ศาสนาเป็นสิ่งที่มีความหมาย เป็นกำลังใจ และความหวัง ผู้ป่วยต้องการที่จะปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาอย่างสม่ำเสมอ ลูก หลาน คู่สมรส เป็นสิ่งที่ให้ความหมาย เป็นกำลังใจและความหวัง นอกจากนี้ยังต้องการกำลังใจ ความรัก และความห่วงใย ความเอื้ออาทรต่อกัน ในการที่ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ต้องการให้ ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน หรือช่วยปฏิบัติภารกิจต่างๆ เช่น การถวายอาหารพระสงฆ์ เป็นต้น การเจ็บป่วยทำให้รู้สึกว่ามีผลกระทบต่อความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งมีความเกี่ยวข้องกับศาสนา และสัมพันธ์ภาพในครอบครัว

สุวรรณ วุฒิรณฤทธิ์ (2544) ศึกษาอำนาจในการทำนายความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้สูงอายุ ในจังหวัดชลบุรี จากเพศ สถานภาพสมรส จำนวนบุคคลที่มีความหมายในชีวิต การรับรู้สภาวะสุขภาพ ความว่าเหว่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และความผาสุกทางจิตวิญญาณทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความหมายและเป้าหมายในชีวิต การให้และรับความรัก ความเมตตา และความผูกพัน กับผู้อื่น การให้และรับการอภัยจากผู้อื่นและการมีความหวังในการดำเนินชีวิต ผลการวิจัยพบว่า ความว่าเหว่ การให้และการรับการอภัยกับผู้อื่น การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาและการรับรู้ความหมายและเป้าหมายในชีวิต สามารถร่วมทำนายความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 29.9 ($p < .05$) โดยการให้และรับการอภัยกับผู้อื่นเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออำนาจในการทำนายความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้สูงอายุสูงสุด

ธนิดา น้อยเปียง (2545) ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคมและความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 52.50 และร้อยละ 47.50 มีคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลางและระดับสูงตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างจำนวนครึ่งหนึ่งมีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 48.33 มีคะแนนการรับรู้ ความรุนแรงของการเจ็บป่วยอยู่ในระดับต่ำ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุก

ทางจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.301, p = .000$) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 26.2 ($p = .000$)

ระวีวรรณ ถวายทรัพย์ (2545) ศึกษาเกี่ยวกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ พบว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณตามการรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์สามารถสรุปได้เป็น 3 ประเด็นดังนี้ คือ 1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ให้ความหมายของความผาสุกทางจิตวิญญาณว่า คือ การมีความสุข มีความสงบ มีสติ มีความเมตตากรุณา และมีจิตใจที่เข้มแข็ง 2. การสร้างความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ประกอบด้วย การปฏิบัติ 4 วิธีคือ 1) การใช้พระพุทธศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ 2) การยึดมั่นในหลักคำสอนของพระพุทธศาสนา 3) การปฏิบัติกิจกรรมตามหลักพระพุทธศาสนา และ 4) การประกอบพิธีกรรมตามความเชื่อ และ 3. ปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ประกอบด้วย 3 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยทางบวก ได้แก่ ความหวัง การยอมรับสภาพตัวเอง การเปิดเผยว่าตัวเองติดเชื้อ การปลงความรู้สึกมีคุณค่าต่อตนเอง ความรับผิดชอบในภาระและหน้าที่ การตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง แรงแสนับสนุนทางสังคม และการคิดถึงสิ่งที่ดี 2) ปัจจัยทางลบ ได้แก่ สภาพจิตใจที่อ่อนแอ และ 3) ปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ รายได้ ประสบการณ์ชีวิตในอดีต บุคลิกภาพส่วนบุคคล การเลี้ยงดูในครอบครัว และสุขภาพร่างกาย

ระนิดา น้อยมนตรี (2547) ศึกษาเกี่ยวกับจิตวิญญาณและความต้องการด้านจิตวิญญาณตามประสบการณ์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะไม่ปรากฏอาการ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ความหมายของจิตวิญญาณ คือ 1) การเป็นที่รัก 2) การได้รับความห่วงใย 3) การได้รับกำลังใจ 4) สิ่งยึดมั่นสูงสุดในชีวิต สำหรับความต้องการด้านจิตวิญญาณ ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ความหมายว่า คือความต้องการอยากได้ในสิ่งที่จิตรับรู้ว่าเป็นสิ่งสำคัญมีคุณค่าสูงสุดในชีวิตตน ซึ่งมีความหลากหลายแล้วแต่บุคคล ซึ่งสามารถสรุปองค์ประกอบของความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะไม่ปรากฏอาการแบ่งเป็นประเด็นดังนี้ คือ 1) ต้องการที่พึ่งพิงทางใจ 2) ต้องการมีชีวิตอยู่ยาวนาน 3) ต้องการการให้อภัยและการแก้ไขสิ่งที่ผิดพลาด 4) ต้องการการยอมรับจากสังคม 5) มีความหวัง 6) ต้องการช่วยเหลือเพื่อนผู้ติดเชื้อ

อรรถยา อมรพรหมภักดี (2547) ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลในสถานบริการสุขภาพ โดยใช้ทฤษฎีการดูแลระหว่างบุคคล 10 ด้านของวัตสัน ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลในสถานบริการสุขภาพมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวมและรายด้าน 7 ด้านอยู่ในระดับสูง และรายด้านอีก 3 ด้านอยู่ในระดับปานกลาง

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่ได้ค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านที่ 1 (สร้างค่านิยมที่เห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่น) และด้านที่ค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านที่ 10 (เสริมสร้างพลังจิตวิญญาณ) ซึ่งจากผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การเสริมสร้างพลังจิตวิญญาณเพื่อให้พยาบาลเกิดความรู้ความเข้าใจ มีความมั่นใจและเกิดทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อดูแลผู้ป่วยให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ

นงเยาว์ กันทะมูล (2548) ได้ศึกษาระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอด ที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 90 ราย ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดมีคะแนนความ ผาสุกทางจิตวิญญาณโดยรวมอยู่ในระดับสูง และผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดมีวิธีการปฏิบัติเพื่อช่วยให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ คือ 1) ปฏิบัติตามหลักธรรมทางพุทธศาสนา ได้แก่ การเชื่อในกฎแห่งกรรม กฎไตรลักษณ์ สวดมนต์ ไหว้พระ ทำบุญ ศึกษาธรรม ทำสมาธิ 2) การทำกิจ กรรมเพื่อผ่อนคลาย ได้แก่ ดูแลบุตรหลาน ทำงานอดิเรก สนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ป่วยรายอื่น 3) ประกอบพิธีกรรมตามความเชื่อ เช่น การสะเดาะเคราะห์

Tsai, Wu, Chiu, et al. (2005) ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการกลัวความตายกับการตายดีในกลุ่มผู้ป่วยที่ยังอายุน้อยและในผู้ป่วยสูงอายุ ที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายในประเทศไต้หวัน พบว่า การกลัวความตายเป็นประสบการณ์ที่พบในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองทุกราย ในผู้สูงอายุจะมีการยอมรับและเผชิญกับความตายที่กำลังจะมาถึงได้ดีกว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่ยัง อายุน้อย และจากการศึกษาพบว่ามีความแตกต่างของความสัมพันธ์ระหว่างการกลัวความตายกับการตายดีในผู้ป่วย 2 วัย ระดับความรุนแรงของการกลัวความตายของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม จะลดลงหลังเข้าอยู่ในสถานดูแลระยะสุดท้าย อย่างไรก็ตามเมื่อเข้าสู่ 2 วันสุดท้ายก่อนตาย พบว่าผู้สูงอายุมีระดับของการกลัวความตายที่สูงขึ้นกว่ากลุ่มที่อายุน้อย และพบว่าใน 2 วันก่อนตาย ระดับของการกลัวความตายมีความสัมพันธ์ทางลบกับการตายดีในผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม แสดงให้เห็นว่าในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย มีความจำเป็นที่จะต้องให้การดูแลเป็นพิเศษในเรื่องของจิตใจ และจิตวิญญาณ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ

O' Brien (2006) ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ สูงอายุที่ใกล้จะเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตในสถานดูแลผู้สูงอายุแห่งหนึ่งในประเทศอเมริกา พบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่ใกล้จะเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต มีความต้องการด้านจิตวิญญาณในเรื่องเกี่ยวกับ ความไว้วางใจเพื่อช่วยลดในเรื่องของความกลัวกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ความหวังหรือสิ่งคาดหวังเพื่อมีการ

เตรียมความพร้อมในการเข้าสู่ระยะสุดท้าย การให้อภัยเพื่อทำให้เกิดความสงบและหมดความกังวล และการทวนระลึกถึงความหลังหรือความทรงจำซึ่งทำให้เกิดความเป็นสุขทางใจ

Taylor (2006) ศึกษาเกี่ยวกับความแพร่หลายและปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบของความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลในครอบครัว จากผู้ป่วยนอกจากศูนย์ ยรั้งดี บำบัด และผู้ป่วยในจากหน่วย มะเร็ง วิทยา ที่มหาวิทยาลัยแพทย์แห่งหนึ่งในอเมริกา โดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับความต้องการด้านจิตวิญญาณที่ Taylor สร้างขึ้น พบว่า จำนวนครั้งในการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณ คือ ผู้ที่ต้องการศาสนาคือผู้ที่มีความต้องการด้านจิตวิญญาณ ส่วนระยะเวลาในการเป็นโรคจะเกี่ยวข้องกับความต้องการด้านจิตวิญญาณที่มากขึ้น ผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลมีความต้องการด้านจิตวิญญาณมากกว่าผู้ป่วยที่อยู่ที่บ้าน ส่วนเชื้อชาติและศาสนาในกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกัน น้อยมาก เพศหญิงมีความต้องการด้านจิต วิญญาณสูงกว่าเพศชาย ชนิดของมะเร็ง งหรือการเจ็บป่วยที่รักษาไม่หาย มีความเกี่ยวข้องกับความต้องการด้านจิตวิญญาณที่เพิ่มขึ้น การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมี่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณ คือผู้ที่ไม่เห็นว่าเป็นโรคมะเร็งจะเป็นอันตรายต่อชีวิต จะมีความต้องการด้านจิตวิญญาณน้อย

K.Leung, T.Chui, C. Chen (2006) ศึกษาอิทธิพลของการรับรู้ลักษณะของอาการเจ็บป่วยระยะสุดท้ายต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยศึกษาในเรื่องของภาวะที่มีผลต่อจิตวิญญาณที่เกี่ยวกับสถานการณ์ ศีลธรรม การใช้ชีวิตและความศรัทธาในศาสนา โดยใช้เครื่องมือประเมินทางจิตวิญญาณ (Spirituality Transcan Measure) เพื่อประเมินในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้สภาวะการเจ็บป่วยมีผลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยการบอกข้อมูลที่ชัดเจนและสมบูรณ์เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ทิวาริณณ์ วัฒนาวัตถุ (2551) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยใช้แนวคิดความต้องการด้านจิตวิญญาณของ Taylor (2006) พบว่า ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของอาการ การเข้าร่วมในการปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนา มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$, $r = .68$, $.63$ และ $.38$ ตามลำดับ) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและสัมพันธ์ภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบ ในระดับปานกลางกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$, $r = -.51$ และ $-.30$ ตามลำดับ)

วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล และสุรีพร ธนศิลป์ (2552) ศึกษาความสัมพันธ์และ ความสามารถในการพยากรณ์ระหว่างการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ค ความรุนแรงของอาการ เจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 110 คน ที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยในศูนย์ มหาวชิราลงกรณ์ รัชบุรี จังหวัดปทุมธานี และอโรคยศาล วัดคำประมง จังหวัดสกลนคร ผลการวิจัยพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม และการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา มีความสัมพันธ์ ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.49$ และ 0.18 ตามลำดับ) แต่ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกทาง จิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -0.49$) ใน ด้านความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาและแรงสนับสนุน ทางสังคม สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้ายได้ร้อยละ 40 ($R^2 = .40$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ณฤดี กิจทวี (2552) ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ด้านจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม พบว่าประสบการณ์ด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม สามารถแยกได้ 4 ประเด็น คือ 1) ความทุกข์อันเนื่องมาจากโรค มะเร็งระยะลุกลามสร้างความเจ็บปวดทรมานด้านร่างกาย จิตใจถูกรบกวนด้วยความคิดถึงความตายและการพลัดพรากจากสิ่งที่รัก 2) การประคับประคอง ชีวิตให้ดำรงอยู่ คือการดำเนินชีวิตอยู่อย่างมีความหวัง การปรับตัวกับความเปลี่ยนแปลงและการ ยอมรับสภาพที่เกิดขึ้น 3) ความต้องการด้านคุณภาพชีวิตเพื่อตอบสนองความพึงพอใจในชีวิตและ การดำเนินชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพ ซึ่งประกอบด้วย การมีชีวิตเหมือนคนปกติ ได้รับการเคารพใน คุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และความสามารถในการพึ่งพาตนเอง 4) การเผชิญกับ ภาวะใกล้ตาย คือการรับรู้ถึงความตายที่จะเกิดขึ้น เป็นช่วงเวลาของการปลดปล่อยสิ่งที่ห่วงกังวล การยอมรับความจริง การใช้เวลาที่เหลืออยู่อย่างมีค่าและการดำเนินชีวิตอย่างไม่มีเงื่อนไข

นงลักษณ์ สรรสม และสุรีพร ธนศิลป์ (2553) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมท างศาสนา แรงสนับสนุนจาก ครอบครัวและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 120 คน จากศูนย์ มหาวชิราลงกรณ์ จังหวัดปทุมธานี และอโรคยศาล วัดคำประมง จังหวัดสกลนคร ผลการวิจัย พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอยู่ในระดับสูง ($x = 3.09$, $SD = 0.44$) และ แรงสนับสนุนจากครอบครัวและการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา มีความสัมพันธ์ ทางบวกในระดับปานกลางและต่ำ กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.48$ และ $.38$

ตามลำดับ, $p < .05$) แต่ประสพการณ์เกี่ยวกับอาการ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูง กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.64, p < .05$)

7. โปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดความผาสุกทางจิตวิญญาณของ O' Brien (2008) และแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบ บพุทธของพระไพศาล วิสาโล (2552) มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธ เนื่องจากสิ่งเหล่านี้ทำให้ค้นพบความหมายของจิตวิญญาณเมื่อเจ็บป่วย และส่งผลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย โดยผู้วิจัยเข้าเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวในวันที่ 1 หรือ 2 ที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการ ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ทั้งหมดจำนวน 7 ครั้ง ครั้งละ 20 – 30 นาที รวมเป็นเวลาทั้งหมด 2 สัปดาห์ โดยเข้าเยี่ยมทุก 2 วัน ตามเวลานัดหมายกับผู้ป่วยและครอบครัว เนื่องจากให้ผู้ป่วยได้มีกิจกรรมในการทบทวนตนเองเพื่อให้เกิดความเข้าใจและหากมีข้อสงสัยสามารถนำมาพูดคุยกับผู้วิจัยได้ในวันต่อมา (O' Brien, 2008) ในรายชื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลก่อนครบกำหนดตามโปรแกรมฯ จะดำเนินการต่อโดยการเยี่ยมบ้านจนครบตามโปรแกรมฯ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ เข้าพบผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้เกิดความมั่นใจให้ความเห็นอกเห็นใจ พุดให้กำลังใจหรือสัมผัสด้วยความอ่อนโยน จะช่วยให้รับรู้ถึงความปรารถนาดีได้ โดยอาจจับมือจับแขน บีบเบาๆ พร้อมกับแผ่ความปรารถนาดีให้ ขณะที่สัมผัสตัวผู้ป่วย ให้น้อมจิตอยู่ในความสงบ เมตตาจากจิตที่สงบและเป็นสมาธิจะมีพลังจนผู้ป่วยสามารถสัมผัสได้ และประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณครั้งที่ 1 โดยใช้แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ

ครั้งที่ 2 ประเมินทางด้านจิตวิญญาณ โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งสิ่งสำคัญที่คำนึงถึงคือ ความต้องการด้านจิตวิญญาณ การให้ความสำคัญ กับจิตวิญญาณ ประสบการณ์การเจ็บป่วยในชีวิต เพราะสิ่งเหล่านี้จะช่วยโยงไปถึงปัญหาทางด้านจิตวิญญาณ และต้องทราบถึงประวัติทางด้านจิตวิญญาณในอดีตของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย 4 มิติ คือ ความศรัทธา ความสำคัญ สังคม และบุคลิกลักษณะ รวมถึงการประเมินความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ ซึ่งประกอบด้วย 7 องค์ประกอบใหญ่ คือ ความเป็นส่วนตัว ความหมาย ความหวัง พิธีกรรมทางศาสนา ศีลธรรม สิ่งสวยงาม และการยอมรับความตาย นอกจากนี้ยังประเมินในเรื่อง

ของความเชื่อด้านจิตวิญญาณส่วนบุคคล การเข้าถึงในเรื่องของจิตวิญญาณในชุมชน การปฏิบัติ พิธีกรรมทางศาสนา

ครั้งที่ 3 เตรียมใจให้พร้อมก่อนเดินทางไกล เข้าพบสนทนาและอธิบาย ทำความเข้าใจเกี่ยวกับสภาวะของโรค อาการที่เป็นอยู่ในขณะนี้ โดยร่วมกับแพทย์ผู้รักษาและครอบครัว ควบคุมไปกับการให้กำลังใจและความมั่นใจว่าจะไม่ทอดทิ้ง จะอยู่เคียงข้างและช่วยเหลือ อย่างเต็มที่จนถึงที่สุด และประเมินความรู้สึกหลังจากที่ร่วมโปรแกรมฯ โดยการสัมภาษณ์ด้วยคำถาม ปลายเปิด และการสังเกตการแสดงออกของกลุ่มตัวอย่างขณะและหลังจากที่ร่วมโปรแกรมฯ

ครั้งที่ 4 ส่งเสริมความเชื่อ ความศรัทธาในสิ่งที่นับถือ ความเชื่อในการดำรงอยู่ของศาสนา ความเชื่อมั่นในพลังที่ได้รับ การได้รับการชี้แนะแนวทางตามหลักศาสนา โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแนวทางตามหลักศาสนาของตนเอง และปฏิบัติไปพร้อมกับผู้ป่วย เช่น การสวดมนต์ ทำสมาธิ เป็นต้น และส่งเสริมความพึงพอใจในสิ่งที่นับถือ ความรู้สึกได้รับการคุ้มครองจาก สิ่งที่เคารพ ช่วยให้จิตใจจดจ่อกับสิ่งที่ตั้งใจ โดยน้อมจิตผู้ป่วยให้ระลึกถึงและมีศรัทธามั่นในพระรัตนตรัย คือ พระพุทฺธ พระธรรม และพระสงฆ์ ระลึกถึงศีลที่ปฏิบัติมา ยกย่องคุณความดี ความภูมิใจในความดีที่กระทำมา และประเมินความรู้สึกหลังจากที่ร่วมโปรแกรมฯ โดยการสัมภาษณ์ด้วยคำถามปลายเปิด และการสังเกตการแสดงออกของกลุ่มตัวอย่างขณะและหลังจากที่ร่วมโปรแกรมฯ และประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณครั้งที่ 2 โดยใช้แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ

ครั้งที่ 5 ช่วยปลดเปลื้องสิ่งที่ค้างคาใจ และการปล่อยวางสิ่งต่างๆ โดยนัดหมายกับครอบครัวของผู้ป่วยในเวลาที่เหมาะสม ลูกหลาน สามารถพร้อมกันได้มากที่สุด เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวกล่าวคำให้อภัย ขอโทษกรรมต่อกัน หรืออาจใช้การเขียนคำขอโทษ ความในใจ หรือสิ่งที่ต้องการลงกระดาษและแลกเปลี่ยนกันอ่าน พร้อมนำกล่าวคำขอโทษกรรมโดยให้ครอบครัวของผู้ป่วย ว่าตาม และประเมินความรู้สึกหลังจากที่ร่วมโปรแกรมฯโดยการสัมภาษณ์ด้วยคำถามปลายเปิด และการสังเกตการแสดงออกของกลุ่มตัวอย่างขณะและหลังจากที่ร่วมโปรแกรมฯ

ครั้งที่ 6 ส่งเสริมการปฏิบัติตามหลักความเชื่อทางศาสนา เพื่อให้ประกอบพิธีตามความเหมาะสม และสร้างบรรยากาศแห่งความสงบ โดยให้ผู้ป่วยสวดมนต์ ทำสมาธิร่วมกัน จัดห้องให้สงบและดูศักดิ์สิทธิ์ และน้อมจิตของผู้ป่วยด้วยการเปิด เพลงบรรเลงหรือบทสวดมนต์เบาๆ รวมทั้งการนิมนต์พระสงฆ์มาเยี่ยม หากผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ และประเมินความรู้สึก

หลังจากที่ร่วมโปรแกรมฯ โดยการสัมภาษณ์ด้วยคำถามปลายเปิด และการสังเกตการแสดงออกของกลุ่มตัวอย่างขณะและหลังจากที่ร่วมโปรแกรมฯ

ครั้งที่ 7 สนับสนุนให้ครอบครัววางแผนร่วมกับผู้ป่วยในเรื่องการจัดการเมื่ออยู่ในวาระสุดท้าย ประเมินความรู้สึกหลังจากที่ร่วมโปรแกรมฯ โดยการสัมภาษณ์ด้วยคำถามปลายเปิด และการสังเกตการแสดงออกของกลุ่มตัวอย่าง ขณะและหลังจากที่ร่วมโปรแกรมฯ และประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณครั้งที่ 3 โดยใช้แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ

โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังแสดงในภาพที่ 2

กรอบแนวคิดการวิจัย

การดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธ สร้างขึ้นตามแนวคิดของ O' Brien (2008) ร่วมกับแนวทางของ พระไพศาล วิสาโล (2552) โดยการจัดการกับปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบสำคัญของความผาสุกทางจิตวิญญาณ ดังนี้

1. การส่งเสริมความเชื่อส่วนบุคคล (Personal faith) โดยการ

ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ เข้าพบผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้เกิดความมั่นใจ (ใช้เวลา 20 นาที)

ครั้งที่ 2 ประเมินทางด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ การ รับรู้ในเรื่องของความเจ็บป่วย วัฒนธรรม ศาสนา ความเชื่อ การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา (ใช้เวลา 20 นาที)

ครั้งที่ 3 เตรียมใจให้พร้อมก่อนเดินทางไกล เข้าพบผู้ป่วยสนทนาและอธิบายทำความเข้าใจเกี่ยวกับสภาวะของโรค อาการที่เป็นอยู่ในขณะนี้ โดยร่วมกับแพทย์ ผู้รักษาและครอบครัว (ใช้เวลา 30 นาที)

ครั้งที่ 4 ส่งเสริมความเชื่อ ความศรัทธาในสิ่งที่นับถือ ความเชื่อในการดำรงอยู่ของศาสนา โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแนวทางตามหลักศาสนาของตนเอง และปฏิบัติไปพร้อมกับผู้ป่วย เช่น การสวดมนต์ ทำสมาธิ เป็นต้น (ใช้เวลา 15 นาที)

2. ความอึดเอิบใจในจิตวิญญาณ (Spiritual contentment) โดยการ

ครั้งที่ 4 ส่งเสริมความพึงพอใจในสิ่งที่นับถือ ความรู้สึกได้รับการคุ้มครองจากสิ่ง ที่เคารพ ช่วยให้จิตใจจดจ่อกับสิ่งที่ตั้งงาม โดยน้อมจิตผู้ป่วยให้ระลึกถึงและมีศรัทธา มั่นในพระรัตนตรัย ระลึกถึงศีลที่ปฏิบัติมา ยกย่องคุณความดี (ใช้เวลา 15 นาที)

ครั้งที่ 5 ช่วยปลดปล่อยสิ่งที่ค้างคาใจ และการปล่อยวางสิ่งต่างๆ โดยนัดหมายกับครอบครัวของผู้ป่วยในเวลาที่เหมาะสม ลูกหลาน สามารถพร้อมกันได้มากที่สุด เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวกล่าวคำให้อภัย ขอโทษกรรมต่อกัน (ใช้เวลา 30 นาที)

3. การปฏิบัติตามหลักศาสนา (Religious practice) โดยการ

ครั้งที่ 6 ส่งเสริมการปฏิบัติตามหลักความเชื่อทางศาสนา เชื้อให้ประกอบพิธีตามความเหมาะสม และสร้างบรรยากาศแห่งความสงบ โดยให้ผู้ป่วยสวดมนต์ ทำสมาธิ ร่วมกัน จัดห้องให้สงบและดูศักดิ์สิทธิ์ และน้อมจิตของ ผู้ป่วยด้วยการเปิดเพลง บรรเลงหรือบทสวดมนต์เบาๆ ร่วมทั้งการนิมนต์พระสงฆ์มาเยี่ยม (ใช้เวลา 30 นาที)

ครั้งที่ 7 สนับสนุนให้ครอบครัววางแผนร่วมกับผู้ป่วยในเรื่องการจัดการเมื่ออยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต (ใช้เวลา 30 นาที)

ความผาสุก
ทาง
จิตวิญญาณ

ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัย เชิงทดลอง (Experimental Research) ใช้แบบแผนการวิจัย กึ่งทดลองแบบศึกษากลุ่มเดียววัดแบบอนุกรมเวลา (One - Group Time Series Design) (Polit and Beck, 2004) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาเปรียบเทียบ ความผาสุกทางจิตวิญญาณก่อน ระหว่างและหลังได้รับ โปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณ เชิงพุทธ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ครั้งนี้ คือผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเปราะบางและละเอียดอ่อน อีกทั้งอยู่ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ซึ่งควรได้รับการให้บริการอย่างเท่าเทียมกัน จึงเป็นการยาก ที่จะดำเนินการทดลองแบบมีกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งอาจทำให้ผู้สูงอายุและครอบครัวเกิดความรู้สึก เลือกปฏิบัติได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกดำเนินการวิจัยชนิดศึกษากลุ่มเดียวทำการวัดซ้ำทั้งหมด 3 ครั้ง โดยทำการวัดก่อนการทดลอง 1 ครั้ง ระหว่างการทดลอง 1 ครั้ง และหลังเสร็จสิ้นการทดลองทันที 1 ครั้ง ระยะห่างของการวัดแต่ละครั้งประมาณ 1 สัปดาห์ ควบคู่ไปกับการสัมภาษณ์ด้วยคำถาม ปลายเปิด (Open - ended question) เกี่ยวกับความรู้สึกหลังจากที่ร่วม ทำกิจกรรม และการ สังเกตการแสดงออกของกลุ่มตัวอย่าง ขณะและหลังจากที่ร่วม กิจกรรมในแต่ละครั้ง โดยมีรูปแบบ การวิจัย ดังนี้

กลุ่มทดลอง	O ₁	X	O ₂	O ₃
X	หมายถึง	โปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธ ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ O' Brien (2008) ร่วมกับแนวทางของพระไพศาล วิสาโล (2552)		
O ₁	หมายถึง	การประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธ		
O ₂	หมายถึง	การประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย หลังได้รับโปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธ ในครั้งที่ 4 (สิ้นสุดสัปดาห์ที่ 1)		

- O₃ หมายถึง การประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย หลังได้รับการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธครบ 7 ครั้ง (สิ้นสุดสัปดาห์ที่ 2)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ คือ บุคคลที่มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งในระยะที่มีการแพร่กระจายของโรคไปยังต่อมน้ำเหลือง และ /หรือระบบต่างๆ ของร่างกาย ที่เข้ารับการรักษามุ่งผู้ป่วยในในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งในระยะที่มีการแพร่กระจายของโรคไปยังต่อมน้ำเหลือง และ /หรือระบบต่างๆ ของร่างกาย ที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ที่เข้ารับการรักษามุ่งผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาล สมิติเวช สุขุมวิท กรุงเทพมหานคร ซึ่งผู้วิจัย คัดเลือกผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria) ซึ่งมีคุณสมบัติดังนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งในระยะที่มีการแพร่กระจายของโรคไปยังต่อมน้ำเหลือง และ /หรือระบบต่างๆ ของร่างกาย และได้รับการรักษาเพื่อประคับประคองและบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ
2. มีระดับความรู้สึกตัวดี มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารได้รู้เรื่องและเข้าใจ
3. ไม่มีอาการแทรกซ้อนจากโรคที่อยู่ในระยะลุกลาม จนทำให้เกิดอาการที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษ เช่น ระดับความรู้สึกตัวลดลง เหนื่อยหอบ ระดับความปวดมากกว่าหรือเท่ากับ 4
4. ระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 (Palliative performance scale \geq 50%)
5. นับถือศาสนาพุทธ
6. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ตลอดระยะเวลาการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกตัวลดลง เหนื่อยหอบ มีระดับความปวดมากกว่าหรือเท่ากับ 4 หรือมีอาการเจ็บป่วยที่รุนแรงขึ้น จนทำให้ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษ
2. ผู้ป่วยเสียชีวิตขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล

จากการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามเวลาที่กำหนด โดยไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการเจ็บป่วยที่รุนแรงขึ้น จนทำให้ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษ หรือเสียชีวิตขณะเข้าร่วมการวิจัย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

จากการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power of test) โดยวิธีการเปิดตารางอำนาจทดสอบที่ Power of test = 90%, Effect side 0.5, $\alpha = .05$ ได้กลุ่มตัวอย่าง 30 คน (รัตนศิริ ทาโต, 2551) มีขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุโรคมะเร็ง ที่มารับบริการ ณ แผนกอายุรกรรม ผู้ป่วยนอก แผนกเคมีบำบัด และแผนกผู้ป่วยใน
2. ประสานงานกับหัวหน้าพยาบาลประจำแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก และหัวหน้าพยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยใน โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และรายละเอียดการวิจัย พร้อมทั้งเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขออนุญาตดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง
3. ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ช่วงเวลาดังแต่ 11 ตุลาคม พ.ศ. 2554 ถึง 15 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2555 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ และให้การดูแลทางจิตวิญญาณเชิง พุทธ รวมทั้ง 7 ครั้ง ควบคู่กับการพยาบาลตามปกติจากแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาล จากนั้นประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณอีกครั้งเมื่อสิ้นสุดกิจกรรมในครั้งที่ 4 และครั้งที่ 7 ซึ่งมีรายละเอียดการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

3.1 ผู้วิจัยทำการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นจากเวช ระเบียบของผู้สูงอายุ โรคมะเร็งที่มารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน โดยได้รับความร่วมมือจากแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก แผนกเคมีบำบัด และแผนกผู้ป่วยใน ในการแจ้งและสอบถามความสนใจในการเข้าร่วมการวิจัยจากผู้ป่วยมะเร็งที่ เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน เมื่อผู้ป่วยและญาติยิน ดีและสนใจในการร่วมงานวิจัย ผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลเบื้องต้นในวันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา โดยศึกษาข้อมูลด้านอายุ เพศ การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย ระยะความรุนแรงของโรค การรักษาที่เคยได้รับที่ผ่าน มาตั้งแต่เจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน

3.2 เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งในระยะที่มีการแพร่กระจายของโรคไปยัง ต่อมน้ำเหลือง และ /หรือระบบต่างๆ ของร่างกาย มีระดับความรู้สึกตัวดี มีการรับรู้และ สติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารได้รู้เรื่องและเข้าใจ ไม่มีอาการแทรกซ้อนจากโรคที่อยู่ใน ระยะลุกลาม จนทำให้เกิดอาการที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษ นับถือศาสนาพุทธ ผู้วิจัยจะเข้าไป แนะนำตัวกับผู้ป่วยและญาติ เชิญเข้าร่วมการวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอน ดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาการวิจัย ประโยชน์ และชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของ การเข้าร่วมการวิจัย หากผู้ป่วยและญาติยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ผู้วิจัยดูแลให้ ผู้ป่วยลงนามยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย

จากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอน ที่กำหนด ได้กลุ่มตัวอย่างเป็น เพศชาย 16 คนและเพศหญิง 14 คน อายุอยู่ระหว่าง 61 – 86 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี /สูงกว่า และมีอาชีพธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย มีรายได้เฉลี่ย ต่อเดือน มากกว่า 500,000 บาท ในการรักษาพยาบาลมีการชำระค่าใช้จ่ายเอง และส่วนใหญ่มี บุตรหลานช่วยเหลือดูแล

การวินิจฉัยโรคส่วนใหญ่เป็น โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ รองลงมาเป็นมะเร็ง ปอด ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ประมาณ 1 – 8 ปี และระยะความ รุนแรงของโรคส่วนใหญ่อยู่ในระยะที่ 3 ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีโรคประจำตัวอื่นๆ นอกเหนือจาก โรคมะเร็งอีก 1-2 โรค มีระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative performance scale) 50 – 90% กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยได้รับการรักษาโรคมะเร็งโดยการ ผ่าตัดและเคมีบำบัด และยังรับการรักษาต่อเนื่องโดยการรับประทานยาเคมีบำบัดเพื่อควบคุมการ ลุกลาม ควบคู่ไปกับการรักษาแบบประคับประคอง

ในด้านจิตวิญญาณกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความต้องการและเป้าหมายในชีวิตที่ไม่ต้องทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บป่วย โดยมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจคือศาสนา มีบุตรหลาน และคู่สมรส เป็นแหล่งสร้างขวัญกำลังใจ และส่วนใหญ่มีการปฏิบัติศาสนกิจโดยการทำบุญใส่บาตร ทำสังฆทาน

รายละเอียดของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกออก เป็นข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ดังแสดงในตารางที่ 2 ข้อมูลทางด้านสุขภาพ ดังแสดงในตารางที่ 3 และข้อมูลทางด้านจิตวิญญาณดังแสดงในตารางที่ 4 ตามลำดับ ดังนี้

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การจ่ายค่ารักษาพยาบาล และ บุคคลที่ช่วยเหลือดูแล (n = 30)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	16	53.33
หญิง	14	46.67
อายุ (ปี) (\bar{X} = 72.17, SD = 6.914, Min = 61, Max = 86)		
60 - 69	11	36.67
70 - 79	15	50
80 ปีขึ้นไป	4	13.33
สถานภาพสมรส		
โสด	1	3.33
สมรส	24	80
หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต)	5	16.67

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	8	26.67
มัธยมศึกษาตอนต้น	4	13.33
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	2	6.66
อนุปริญญา/ปวส.	2	6.66
ปริญญาตรี/สูงกว่า	14	46.68
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	7	23.33
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	14	46.68
บ้านานาญ	7	23.33
เกษตรกรรม	2	6.66
รายได้ (บาท)		
< 50,000	4	13.33
50,001 – 100,000	5	16.67
100,001 – 150,000	4	13.33
150,001 – 500,000	6	20
> 500,000	11	36.67
การจ่ายค่ารักษาพยาบาล		
เบิกต้นสังกัด/บ้านานาญ	5	16.67
ชำระเอง	21	70
ประกันชีวิต	4	13.33
บุคคลที่ช่วยเหลือดูแล		
คู่สมรส	5	16.67
บุตร/หลาน	24	80
เครือญาติอื่นๆ (เช่น พี่ น้อง)	1	3.33

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทางด้านสุขภาพ ได้แก่ การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรค ระยะความรุนแรงของโรค โรคประจำตัว ระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative performance scale) การรักษาที่เคยได้รับที่ผ่านมามาตั้งแต่เจ็บป่วย และการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน

ข้อมูลทางด้านสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การวินิจฉัยโรค		
มะเร็งลำไส้ใหญ่	10	33.34
มะเร็งปอด	5	16.67
มะเร็งหลอดอาหารและกระเพาะอาหาร	3	10
มะเร็งตับอ่อนและถุงน้ำดี	3	10
มะเร็งเต้านม	2	6.66
มะเร็งกระเพาะปัสสาวะและท่อปัสสาวะ	2	6.66
มะเร็งต่อมลูกหมาก	2	6.66
มะเร็งรังไข่	1	3.33
Multiple Myeloma	1	3.33
มะเร็งเม็ดเลือดขาว	1	3.33
ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วย (ปี)		
0 – 2	15	50
3 – 4	6	20
5 - 6	6	20
7 - 8	3	10
ระยะความรุนแรงของโรค		
ระยะที่ 3	21	70
ระยะที่ 4	9	30

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลทางด้านสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
ไม่มี	3	10
1 – 2 โรค	13	43.34
3 – 4 โรค	12	40
มากกว่าหรือเท่ากับ 5 โรค	2	6.66
ระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง		
PPS* 50 – 60 %	13	43.34
PPS* 70 – 80 %	14	46.67
PPS* 90 – 100 %	3	10
การรักษาที่เคยได้รับที่ผ่านมามาตั้งแต่เจ็บป่วย (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)		
เคมีบำบัด	25	83.33
การผ่าตัด	20	66.67
รังสีรักษา	9	30
สมุนไพร/การแพทย์ทางเลือก	3	10
การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน		
เคมีบำบัด	13	43.33
แบบประคับประคอง	11	36.67
สมุนไพร/การแพทย์ทางเลือก	5	16.67
ฮอร์โมนบำบัด	1	3.33

*PPS = Palliative performance scale

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทางด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ ความต้องการและเป้าหมายในชีวิต สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ บุคคลหรือแหล่งสร้างขวัญกำลังใจ และการปฏิบัติศาสนกิจ

ข้อมูลทางด้านจิตวิญญาณ	จำนวน	ร้อยละ
ความต้องการและเป้าหมายในชีวิต		
ไม่ทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บป่วย	11	36.67
รักษาให้หายจากโรคนี้	7	23.33
ไม่อยากมีชีวิตอยู่อีกต่อไป	5	16.67
เสียชีวิตอย่างสงบ	4	13.33
อยู่กับบุตร/หลานไปเรื่อยๆ	3	10
สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ		
ศาสนา	15	50
เครื่องราง/วัตถุมงคล	8	26.67
ครอบครัว	7	23.33
บุคคลหรือแหล่งสร้างขวัญกำลังใจ		
บุตร/หลาน	22	73.33
คู่สมรส	5	16.67
เครือญาติ/พี่น้อง	2	6.67
ตนเอง	1	3.33
การปฏิบัติศาสนกิจ		
ทำบุญใส่บาตร/สังฆทาน	11	36.67
สวดมนต์/ไหว้พระ	9	30
สร้างพระ/วัด	4	13.33
วิปัสสนา/รักษาศีลที่วัด	3	10
ฟังเทศน์/ทำวัตร	3	10

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงการ พิศักสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยก่อนทำการวิจัย ผู้วิจัยได้ เสนอโครงร่าง วิทยานิพนธ์ เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จาก คณะกรรมการ จริยธรรม การวิจัยในมนุษย์และผู้ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ซึ่งผ่านการพิจารณาให้ดำเนินการวิจัยได้ เมื่อวันที่ 11 ตุลาคม พ.ศ. 2554

จากนั้นผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยก่อนเริ่ม ดำเนินการ วิจัย ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง และชี้แจงให้ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างและญาติทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการ ดำเนินการวิจัยการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาการวิจัย ประโยชน์ และชี้แจงการ พิศักสิทธิของการเข้าร่วมการวิจัย ได้แก่ สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ในการตอบรับหรือปฏิเสธการ เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้อย่างสมัครใจ โดยไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด ซึ่งข้อมูล ที่ได้จากการวิจัยจะถือเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในลักษณะ ภาพรวมและเชิงวิชาการ พร้อมทั้งจะนำประโยชน์ไปใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น ขณะทำการศึกษานั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถออก จากการศึกษาได้ก่อนการวิจัยสิ้นสุด โดยไม่ต้อง แจ้งเหตุผลใดๆ กรณีมีข้อสงสัยหรือ คำถามต่างๆ สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ ตลอดเวลา และเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วม การวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นลงนามลงใน เอกสารยินยอมเข้าร่วม การวิจัย ในระหว่างดำเนินการตาม โปรแกรมฯ จะยุติการเก็บข้อมูลทันทีเมื่อพบว่าผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวลดลง มีอาการเหนื่อย หอบ อ่อนเพลีย ปวด หรือสัญญาณชีพผิดปกติซึ่งเกิดจากการลุกลามของโรค เพื่อให้การดูแลและ ช่วยเหลือผู้ป่วยตามอาการ โดยผู้วิจัยจะประสานงานกับพยาบาล ร่วมกับการพยาบาลเบื้องต้น และรายงานให้แพทย์ทราบเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นในลำดับต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง

โดยมีรายละเอียด ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ และการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย โดยมีรายละเอียดของเครื่องมือ พร้อมขั้นตอนในการพัฒนาเครื่องมือ ดังนี้

แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้วิจัย ได้พัฒนา เครื่องมือ ขึ้นจากแบบประเมิน ความผาสุกด้าน จิตวิญญาณ ของ Paloutzian and Ellison (1982) โดยแปลเป็นไทยโดย ธัญญา น้อยเป็ยง (2545) และวีไลลักษณ์ ตันติตระกูล (2552) ได้นำมาปรับใช้เป็นแบบสอบถามด้านความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้าย แบบประเมินนี้ประกอบด้วยองค์ประกอบ 2 ด้าน คือ

1 ความผาสุกในสิ่งที่เป็นอยู่ หมายถึง ความรู้สึกว่าชีวิตมีเป้าหมายหรือมีจุดมุ่งหมาย มองเห็นว่าชีวิต เป็นสิ่งที่มีคุณค่า พึงพอใจในชีวิตตนเอง มีอารมณ์เบิกบาน มองโลกในแง่ดี ไม่ท้อแท้สิ้นหวัง พอใจที่จะมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้อื่น

2 ความผาสุกในความผูกพันยึดมั่นกับศาสนา หมายถึง ความรู้สึก เป็นสุข สงบภายในจิตใจ ซึ่งเกิดจากการมีศรัทธา ความเชื่อในศาสนา มี ศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ และมีความสุขในการปฏิบัติตามคำสอนทางศาสนา

ซึ่งประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับความผาสุกในสิ่งที่เป็นอยู่ 10 ข้อ และความผาสุกในความผูกพันยึดมั่นกับศาสนา 10 ข้อ โดยข้อคำถามเป็นด้านบวกทั้งหมด ลักษณะคำตอบเป็น มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ (1) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (2) ไม่เห็นด้วย (3) ไม่แน่ใจ (4) เห็นด้วย และ (5) เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยให้ผู้สูงอายุเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือกที่ตรงกับความรู้สึกของตนเองมากที่สุด ซึ่งคะแนนที่ควรจะเป็นอยู่ระหว่าง 1 – 100 คะแนน แปลผลความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นระดับคะแนนเฉลี่ยโดยใช้วิธีการหาอันตรภาคชั้น (ประคอง กรรณสูตร, 2554) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

< 20	คะแนน หมายถึง มีความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับต่ำมาก
21 – 40	คะแนน หมายถึง มีความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับต่ำ
41 – 60	คะแนน หมายถึง มีความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับปานกลาง
61 – 80	คะแนน หมายถึง มีความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับสูง
81 – 100	คะแนน หมายถึง มีความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับสูงมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัย นำแบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุ โรคมะเร็ง ระยะสุดท้าย เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปตรวจสอบความถูกต้อง ครอบคลุมเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน (รายชื่อดังแสดงในภาคผนวก ก) ซึ่งประกอบด้วย

1. อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านวิสัญญีและการดูแล
แบบประคับประคอง 1 ท่าน
2. แพทย์ผู้ผ่านการอบรมด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเชิงพุทธ 1 ท่าน
3. อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลทางจิตวิญญาณ 1 ท่าน
4. พยาบาลปฏิบัติการขั้นสูง (APN) ด้านอายุรศาสตร์
เรื่องการดูแลแบบประคับประคอง 1 ท่าน
5. พระอาจารย์ (ผู้ช่วยเลขานุการสำนักงานส่งเสริมคุณธรรม
จริยธรรมและความมั่นคงแห่งสถาบันชาติ ศาสนา พระมหากษัตริย์) 1 ท่าน

ซึ่งหลังจากได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ปรับแก้แบบประเมิน ดังนี้คือ เพิ่มคำอธิบายในเรื่อง ึ่งของความรู้สึกว่าชีวิตมีคุณค่า ให้ชัดเจนมากขึ้น เพื่อง่ายต่อความเข้าใจ และสื่อได้ตรงความหมายมากยิ่งขึ้น

และนำเครื่องมือไปหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้เท่ากับ 1.0 ซึ่งจากเกณฑ์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาควรมีค่าเท่ากับหรือมากกว่า .8 จึงจะถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี (Polit & Beck, 2004)

จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่มีลักษณะ เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มารับบริการที่แผนกเคมีบำบัด และแผนกผู้ป่วยใน และนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สูตรการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้เท่ากับ .87 ซึ่งเป็นค่าที่อยู่ระหว่าง .8 - .9 ถือว่าเป็นค่าความเที่ยงที่อยู่ในระดับ ดีมาก (DeVellis, 1991 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมตานี , 2553) ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำเครื่องมือนี้ไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

ส่วน ที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการ ทดลอง คือ โปรแกรมการ ดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธ เพื่อก่อให้เกิด ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุ โรคมะเร็ง ระยะสุดท้าย ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยศึกษาค้นคว้าเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลทาง

จิตวิญญาณ ทั้งภายในและต่างประเทศ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งระยะสุดท้าย และหลักพุทธศาสนา จากนั้นกำหนดเนื้อหาสาระสำคัญเกี่ยวกับการดูแลจิตวิญญาณเชิงพุทธ ซึ่งประกอบด้วยเครื่องมือ 10 ชุด ได้แก่

- 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย
- 2) แบบประเมินระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative performance scale)
- 3) คู่มือการ ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสำหรับพยาบาล เรื่องการ ดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย
- 4) คู่มือการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย
- 5) แบบประเมินจิตวิญญาณเชิงพุทธ
- 6) แบบบันทึกการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยตามโปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธ
- 7) เพลงบรรเลง (Meditation Music)
- 8) บทสวดมนต์ เทปธรรมะบรรยาย หนังสือธรรมะ
- 9) เครื่องสร้างกลิ่นและน้ำมันหอมระเหย
- 10) พระสงฆ์

โดยมีรายละเอียดของเครื่องมือ พร้อมขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือ ดังนี้

1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อรวบรวมข้อมูลของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1.1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษาพยาบาล และบุคคลที่ช่วยเหลือดูแล 1.2) ข้อมูลเกี่ยวกับด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย ระยะความรุนแรงของโรค โรคประจำตัว การรักษาที่เคยได้รับที่ผ่านมามาตั้งแต่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง และการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน และ 1.3) ข้อมูลเกี่ยวกับจิตวิญญาณ ได้แก่ ความต้องการ และเป้าหมายในชีวิต สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ บุคคลหรือแหล่งสร้างขวัญกำลังใจ และการปฏิบัติศาสนกิจ ซึ่งข้อมูลในส่วนนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวม ข้อมูลจากการสอบถามผู้ป่วยและจากเวชระเบียนผู้ป่วย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคมะเร็ง เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไป ตรวจสอบความถูกต้อง ความ

ครอบคลุมเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน โดยภายหลังการปรับแก้เครื่องมือร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตามคำแนะนำที่ได้รับจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วนั้น ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองสอบถามผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่มารับการรักษาที่แผนกเคมีบำบัดและแผนกผู้ป่วยใน จำนวน 5 คน พบว่าผู้สูงอายุเข้าใจแบบสอบถามดี ผู้วิจัยจึงนำเครื่องมือนี้ไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

2) แบบประเมินระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

(Palliative performance scale) เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้ประเมินระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองของ Victoria Hospice Society แปลเป็นไทยโดยหรรษา ลัดดาร์ตัน และคณะ ใช้ในการประเมินอาการเริ่มแรกของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ ค่ะ แนวทางการประเมินระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง แบ่งระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองออกเป็นเปอร์เซ็นต์ คือ 0 – 100 % ในแต่ละระดับมีช่วงคะแนนห่างกัน 10 เปอร์เซ็นต์ ระดับเปอร์เซ็นต์มาก แสดงถึงผู้ป่วยมีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในขณะปัจจุบันได้มาก ต้องการความช่วยเหลือน้อย ระดับเปอร์เซ็นต์น้อย แสดงถึงผู้ป่วยมีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในขณะปัจจุบันได้น้อย ต้องการความช่วยเหลือมาก ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ทำนายโรคของผู้ป่วยเบื้องต้น (Prognostic value)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เนื่องจากเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้ประเมินระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จึงไม่ได้มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

3) คู่มือการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสำหรับพยาบาล เรื่องการ ดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมเนื้อหาโดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ความรู้ทั่วไปของโรคมะเร็ง ได้แก่ พยาธิสรีระวิทยาของมะเร็ง สาเหตุและกลไกของการเกิดมะเร็ง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดมะเร็ง การจัดแบ่งชั้นความรุนแรงของโรคมะเร็ง โรคมะเร็งที่ พบบ่อยในผู้สูงอายุ อาการและ อาการแสดงที่พบในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ส่วนที่ 2 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับจิตวิญญาณและความผาสุกทางจิตวิญญาณ ได้แก่ ลักษณะปฏิกิริยาการตอบสนองต่อความตาย ลักษณะปฏิกิริยาการตอบสนองด้านจิตวิญญาณ ้นต่อความตาย ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ ปรัชญาและหลักการสำคัญเกี่ยวกับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ที่

เจ็บป่วย แนวคิดการดูแลทางจิตวิญญาณ มุมมองของการตายดีในผู้สูงอายุไทยพุทธ และแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธของพระไพศาล วิสาโล ส่วนที่ 3 การดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธ ได้แก่ คำจำกัดความต่างๆ และโปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธ และส่วนที่ 4 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินโปรแกรม ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินจิตวิญญาณเชิงพุทธ แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ และแบบบันทึกการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยตามโปรแกรมฯ

โดยในส่วนที่ 3 ประกอบด้วย **แผนการสนทนาและการปฏิบัติกิจกรรมตามโปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธ สำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย** ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดความผาสุกทางจิตวิญญาณของ O' Brien (2008) และแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธของพระไพศาล วิสาโล (2552) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับ โรคมะเร็งระยะสุดท้าย การดูแล ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย การดูแลทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุ และในผู้ที่เจ็บป่วยระยะสุดท้าย แนวคิดการดูแลทางจิตวิญญาณ ความผาสุกทางจิตวิญญาณของ ประกอบด้วย การดำเนินกิจกรรมโดย กำหนดระยะเวลาของโปรแกรมทั้งหมดจำนวน 7 ครั้ง ครั้งละ 20 – 30 นาที รวมเป็นเวลาทั้งหมด 2 สัปดาห์ โดยเริ่มในวันที่ 1 หรือ 2 ที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการ เข้าเยี่ยมผู้ป่วยทุก 2 วัน ตามเวลานัดหมายกับผู้ป่วยและครอบครัว เนื่องจากให้ผู้ป่วยได้มีกิจกรรมในการทบทวนตนเองเพื่อให้เกิดความเข้าใจและหากมี ข้อสงสัย สามารถนำมาพูดคุยกับผู้วิจัยได้ ในวันต่อมา (O' Brien, 2008) ในรายที่จำหน่ายออกจาก โรงพยาบาลก่อนครบกำหนดตามโปรแกรมฯ จะดำเนินการต่อโดยการเยี่ยมบ้านจนครบ ตามโปรแกรมฯ โดยกิจกรรมดังกล่าวเป็นการจัดการองค์ประกอบสำคัญของความผาสุกทางจิตวิญญาณ ดังนี้

การส่งเสริมความเชื่อส่วนบุคคล (Personal faith) โดยการ

ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ เข้าพบผู้ป่วยและครอบครัว ให้ความรัก ความเห็นอกเห็นใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ยอมรับ เชื่อมั่น และเกิดกำลังใจ โดยใช้คู่มือการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ และแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ครั้งที่ 2 ประเมินทางด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ การรับรู้ในเรื่องของความเจ็บป่วย วัฒนธรรม ศาสนา ความเชื่อ การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เป็นต้น โดยใช้แบบประเมินจิตวิญญาณเชิงพุทธ เพื่อเป็นพื้นฐานในการให้คำแนะนำผู้ป่วยในเรื่องของจิตวิญญาณ โดยคำนึงถึงความต้องการด้านจิตวิญญาณ การให้ความสำคัญกับจิตวิญญาณ ประสพการณ์การเจ็บป่วยในชีวิตเพราะสิ่งเหล่านี้จะช่วยโยงไปถึงปัญหาทางด้านจิตวิญญาณ

ครั้งที่ 3 เตรียมใจให้พร้อมก่อนเดินทางไกล เข้าพบผู้ป่วยสนทนาและอธิบาย ทำความเข้าใจเกี่ยวกับสภาวะของโรค อาการที่เป็นอยู่ในขณะนี้ โดยร่วมกับแพทย์ผู้รักษา และครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยทราบถึงการดำเนินของโรคในขณะนี้ ช่วยให้สามารถวางแผนล่วงหน้า ได้ว่าจะให้ทีมสุขภาพดูแลรักษาอย่างไร

ครั้งที่ 4 ส่งเสริมความเชื่อ ความศรัทธาในสิ่งที่นับถือ ความเชื่อ ในการดำรงอยู่ของศาสนา ความเชื่อมั่นในพลังที่ได้รับ การได้รับการชี้แนะแนวทางตามหลัก ศาสนา โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแนวทางตามหลักศาสนาของตนเอง และปฏิบัติ ไปพร้อมกับผู้ป่วย เช่น การสวดมนต์ ทำสมาธิ เป็นต้น เพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้ป่วยในการ ปฏิบัติตามแนวทางของตนและการปฏิบัติตามหลักศาสนาที่นับถือ

ความอึดเอิบใจในจิตวิญญาณ (Spiritual contentment) โดยการ

ครั้งที่ 4 ส่งเสริมความพึงพอใจในสิ่งที่นับถือ ความรู้สึกได้รับการ ค้ำคองจากสิ่งที่เคารพ ช่วยให้จิตใจจดจ่อกับสิ่งที่ตั้งงาม โดยน้อมจิตผู้ป่วยให้ระลึกถึงและ มีศรัทธามั่นในพระรัตนตรัย คือ พระพุทธ พระธรรม และพระ สงฆ์ ระลึกถึงศีลที่ปฏิบัติมา ยกย่อง คุณความดี ความภูมิใจในความดีที่กระทำมา เพื่อก่อให้เกิดความสงบและยอมรับ

ครั้งที่ 5 ช่วยปลดปล่อยสิ่งที่ค้างคาใจ และการปล่อยวางสิ่งต่างๆ โดย นัดหมายกับครอบครัวของผู้ป่วยในเวลาที่เหมาะสม ลูกหลาน สามารถพร้อมกันได้มากที่สุด เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวกล่าวคำให้อภัย ขอโทษกรรมต่อกัน โดยการเขียนบรรยายหรือ บันทึกลงเสียง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเปิดใจ รวมทั้งการหาทางช่วยเหลือในการทำภารกิจที่ค้างค้างให้สำเร็จ

การปฏิบัติตามหลักศาสนา (Religious practice) โดยการ

ครั้งที่ 6 ส่งเสริมการปฏิบัติตามหลักความเชื่อทางศาสนา เอื้อให้ ประกอบพิธีตามความเหมาะสม และสร้างบรรยากาศแห่ง ความสงบ โดยให้ผู้ป่วยสวดมนต์ ทำสมาธิร่วมกัน จัดห้องให้สงบและดูศักดิ์สิทธิ์ และน้อมจิตของผู้ป่วยด้วยการเปิดเพลงบรรเลง หรือบทสวดมนต์เบาๆ ร่วมทั้งการนิมนต์พระสงฆ์มาเยี่ยม เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความผ่อนคลาย มีสมาธิ มีสติในการเผชิญกับความไม่สุขสบายหรือความทุกข์ทรมานต่างๆ รวมทั้งเป็นการเปิด โอกาสให้ผู้ป่วยได้ทำบุญหรือปฏิบัติพิธีกรรมตามหลักความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัว

ครั้งที่ 7 สนับสนุนให้ครอบครัววางแผนร่วมกับผู้ป่วยในเรื่องการจัดการ เมื่ออยู่ในวาระสุดท้าย เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการวางแผนการดูแล รักษาพร้อมกับทีมสุขภาพ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม โดยไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำคู่มือการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสำหรับพยาบาล เรื่องการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน

ภายหลังการปรับแก้เครื่องมือร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตามคำแนะนำที่ได้รับจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วนั้น ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปให้พยาบาล 3 คน ทดลองใช้กับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่มารับการรักษาโรงพยาบาลที่แผนกผู้ป่วยใน พบว่าพยาบาลมีความเข้าใจในเครื่องมือและสามารถใช้คู่มือในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมฯได้ แต่ในส่วนของ การสนทนาในเรื่อง การดำเนินของโรคมะเร็งในขณะนี้ของผู้ป่วย การช่วยให้ยอมรับความตาย และการน้อมนำจิตให้เกิดสมาธิ ผู้วิจัยต้องเข้าร่วมดำเนินกิจกรรมไปพร้อมกันและให้คำแนะนำเพิ่มเติม เนื่องจากพยาบาลที่ทดลองใช้เครื่องมือนั้น ยังไม่มีประสบการณ์ในการสนทนาและการดูแลทางจิตวิญญาณมาก่อน เมื่อสิ้นสุดการทดลองผู้วิจัยได้นำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้ง เพื่อให้ง่ายต่อการใช้งานสำหรับพยาบาลทั่วไป จากนั้น ผู้วิจัยจึงนำเครื่องมือนี้ไปใช้ในการดำเนินกิจกรรมต่อไป

3) คู่มือการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เรื่อง “แสงสว่างนำทางสู่ความสงบ” ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมเนื้อหา เกี่ยวกับจิตวิญญาณ การดูแลทางจิตวิญญาณ รายละเอียดของโปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธ หลักปฏิบัติทางพุทธศาสนา และกิจกรรมต่างๆในแต่ละโปรแกรมฯ โดยสอดแทรกข้อคิดในการดำเนินชีวิต ข้อคิดเกี่ยวกับความตาย และพุทธวจนะ รวมถึงรวบรวมบทสวดมนต์และมงคลคาถาต่างๆ ไว้ในคู่มือด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุสะดวกในการใช้คู่มือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำ คู่มือการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ โรคมะเร็งระยะสุดท้าย เรื่อง “แสงสว่างนำทางสู่ความสงบ” เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน

ภายหลังการปรับแก้เครื่องมือร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตามคำแนะนำที่ได้รับจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วนั้น ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่มารับการรักษาโรงพยาบาลที่แผนกผู้ป่วยใน จำนวน 3 คน พบว่าผู้สูงอายุเข้าใจและสามารถใช้คู่มือปฏิบัติกิจกรรมตามโปรแกรมฯร่วม มไปกับผู้วิจัยได้ ผู้วิจัยจึงนำเครื่องมือนี้ไปใช้ในการดำเนินกิจกรรมต่อไป

4) แบบประเมินจิตวิญญาณเชิงพุทธ ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือขึ้นจากแบบประเมินจิตวิญญาณของ O' Brien (2008) ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาแปลเป็นไทยและนำมาปรับใช้ให้เหมาะกับบริบทของผู้สูงอายุไทยพุทธ โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับความเชื่อส่วนบุคคล ความอึดเอิบใจในจิตวิญญาณ และการปฏิบัติตามหลักศาสนา อย่างละ 7 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบประเมินจิตวิญญาณ เชิงพุทธ เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปตรวจสอบความถูกต้อง ครอบคลุมเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ซึ่งหลังจากได้รับข้อเสนอแนะได้ปรับแก้แบบประเมินจิตวิญญาณเชิงพุทธ ดังนี้

- 1) ปรับข้อคำถามให้เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด
- 2) ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน มีความเห็นให้ตัดข้อคำถามออก 1 ข้อ จึงเหลือข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ (1) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (2) ไม่เห็นด้วย (3) ไม่แน่ใจ (4) เห็นด้วย และ (5) เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยให้ผู้สูงอายุเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือกที่ตรงกับความรู้สึกของตนเองมากที่สุด ซึ่งคะแนนที่ควรจะเป็นอยู่ระหว่าง 1 – 100 คะแนน แปลผล ในเชิงของความเชื่อทางจิตวิญญาณเป็นระดับคะแนนเฉลี่ยโดยใช้วิธีการหาอันตรภาคชั้น (ประคอง กรรณสูตร, 2554) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

- < 20 คะแนน หมายถึง มีความเชื่อทางจิตวิญญาณต่ำมาก
- 21 – 40 คะแนน หมายถึง มีความเชื่อทางจิตวิญญาณต่ำ
- 41 – 60 คะแนน หมายถึง มีความเชื่อทางจิตวิญญาณปานกลาง
- 61 – 80 คะแนน หมายถึง มีความเชื่อทางจิตวิญญาณสูง
- 81 – 100 คะแนน หมายถึง มีความเชื่อทางจิตวิญญาณสูงมาก

ซึ่งหลังจากได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ปรับแก้แบบประเมิน และนำเครื่องมือไปหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้เท่ากับ .86 ซึ่งจากเกณฑ์

ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาควรมีค่าเท่ากับหรือมากกว่า .8 จึงจะถือว่ามีค่าความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี (Polit and Beck, 2004)

จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มารับบริการที่แผนกเคมีบำบัด และแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท และนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สูตรการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้เท่ากับ .85 ซึ่งเป็นค่าที่อยู่ระหว่าง .8 - .9 ถือว่าเป็นค่าความเที่ยงที่อยู่ในระดับดี มาก (DeVellis, 1991 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2553) ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำเครื่องมือนี้ไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

5) แบบบันทึกการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยตามโปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดความผาสุกทางจิตวิญญาณของ O' Brien (2008) และแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธของพระไพศาล วิสาโล (2552) ตามรายละเอียดในแต่ละขั้นตอนของโปรแกรมฯ ประกอบด้วย วัน เวลา ระยะเวลาที่ใช้ในการเยี่ยม อาการของผู้ป่วยในขณะที่เข้าเยี่ยม เนื้อหาที่ใช้ในการสนทนา กิจกรรมที่ปฏิบัติให้กับผู้ป่วยและการประเมินกิจกรรมในแต่ละขั้นตอน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำ แบบบันทึก การเข้าเยี่ยมผู้ป่วยตามโปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน

โดยภายหลังจากการปรับแก้เครื่องมือร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตามคำแนะนำที่ได้รับจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วนั้น ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปให้พยาบาล 3 คน ทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่มารับการรักษาโรงพยาบาลที่แผนกผู้ป่วยใน พบว่าพยาบาลมีความเข้าใจในเครื่องมือและสามารถใช้ แบบบันทึกการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยตามโปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมฯได้ ผู้วิจัยจึงนำเครื่องมือนี้ไปใช้ในการดำเนินกิจกรรมต่อไป

6) เพลงบรรเลง ผู้วิจัยคัดเลือก ดนตรีเพื่อการทำสมาธิ (Meditation Music) ของจาร์ส เศวตภาภรณ์ เนื่องจากผู้สูงอายุเมื่ออายุมากขึ้น สมรรถภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆ จะเริ่มเสื่อมลง ดังนั้นดนตรีที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุควรมีอัตราเร็วของจังหวะเป็นจังหวะเดียวกับอัตรา

การเดินของหัวใจ (สุกรี เจริญสุข, 2539) แนวทำนองของเพลงควรเป็นดนตรีที่เรียบง่าย มีความสงบ และเบาบาง สำหรับระดับเสียงของดนตรีไม่ควรใช้เสียงที่มีความแหลมสูง หรือทุ้มต่ำจนเกินไป เพราะจะมีผลต่อการบีบตัวของหัวใจ ควรเป็นเสียงในระดับปานกลาง และควรเป็นเพลงบรรเลงมากกว่าเพลงร้อง เพราะเพลงบรรเลงสามารถสร้างจินตนาการได้มากกว่าเพลงร้อง เนื่องจากเนื้อร้องจะทำให้ผู้ฟังมุ่งจำกัดความคิดไปตามเนื้อร้องของดนตรีที่ได้ยิน (Halpern and Savary, 1985 cite in Johnson and Davis, 1996) ซึ่งดนตรีเพื่อการทำสมาธิของจอร์จ เซเวราภรณ์ นี้เป็น ทำนองเพลงบรรเลง ที่เรียบง่าย เบาบาง เสียงดนตรีอยู่ในระดับปานกลาง สร้างให้เกิดสมาธิที่สงบ โดยวัตถุประสงค์ของดนตรีมุ่งไปสู่จุดหมายปลายทางของสรรพชีวิต คือ นิพพาน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำดนตรีเพื่อการทำสมาธิ ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ที่มารับการรักษาโรงพยาบาลที่แผนกผู้ป่วยใน จำนวน 3 คน พบว่า ในขณะที่ผู้สูงอายุฟังดนตรี มีอัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติ มีท่าที่ที่สงบ สามารถพักได้ ผู้วิจัยจึงนำเครื่องมือนี้ไปใช้ในการดำเนินกิจกรรมต่อไป

7) **บทสวดมนต์ เทปธรรมะ บรรยาย หนังสือธรรมะ** ซึ่งผู้วิจัยคัดเลือกบทสวดมนต์ เทปธรรมะบรรยาย หนังสือธรรมะ จาก หลากหลายผู้แต่ง เนื่องจากการทำกิจกรรมในแต่ละรายมีช่วงเวลาที่แตกต่างกัน เช่น ในช่วงเช้าจะเลือกใช้บททำวัตรเช้า เป็นต้น และเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุสามารถเลือกบทธรรมะบรรยาย หรือคำ สอนของพระอาจารย์ที่ เคารพนับถือ เพื่อให้เกิดความพึงพอใจสูงสุด

8) **เครื่องสร้างกลิ่น และน้ำมันหอมระเหย** ผู้วิจัยคัดเลือก เครื่องสร้างกลิ่นขนาดเล็กและใช้ไฟฟ้า เนื่องจากห้องพักรักษาผู้ป่วยมีขนาดปานกลาง เครื่องสร้างกลิ่นขนาดเล็กจะให้ปริมาณกลิ่นที่พอเหมาะ อยู่ภายในบริเวณ ห้องไม่รบกวนห้องผู้ป่วยอื่น อีกทั้งภายในโรงพยาบาลไม่สามารถจุดไฟได้ เนื่องจากภายในห้องพักรักษาผู้ป่วยมีการเดินระบบออกซิเจน ประกายไฟอาจทำให้เกิดอันตรายได้ จึงเลือกแบบที่ใช้ไฟฟ้า ในส่วนของน้ำมันหอมระเหย ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลิ่นที่มีลักษณะหอมอ่อนๆ และกลิ่นที่ทำให้รู้สึกโล่งสบาย เช่น กลิ่นมะลิ กลิ่น เลมอน กลิ่นลาเวนเดอร์ กลิ่นยูคาลิปตัส เป็นต้น โดยผู้สูงอายุสามารถเลือกกลิ่นที่ตนชอบได้ด้วยตนเอง

9) **พระสงฆ์** ซึ่งผู้วิจัยได้รับความร่วมมือจาก พระวัดสระเกศ ราชวรมหาวิหาร รับกิจนิมนต์ เข้าร่วมในการทำกิจกรรม

สรุปว่าโปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธ สำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง ระยะสุดท้าย ประกอบด้วยเครื่องมือ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เครื่องมือ/สื่อ อุปกรณ์ ที่ใช้ในโปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธ

แนวคิด	กิจกรรม	เครื่องมือ/ สื่อ อุปกรณ์	เวลา/ ระยะเวลา
1.การส่งเสริมความ เชื่อส่วนบุคคล	สร้างสัมพันธภาพ	- แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล - คู่มือการดูแลทางจิตวิญญาณ เชิงพุทธ	สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมครั้งที่ 1 ใช้เวลา 20 นาที
	ประเมินทางด้าน จิตวิญญาณ	- แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ด้านจิตวิญญาณ - แบบประเมินจิตวิญญาณ เชิงพุทธ	สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมครั้งที่ 2 ใช้เวลา 20 นาที
	เตรียมใจให้พร้อม ก่อนเดินทางไกล	- รายละเอียดเกี่ยวกับโรคของ ผู้ป่วย - เอกสารรายละเอียดการรักษา ในด้านต่างๆ	สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมครั้งที่ 3 ใช้เวลา 30 นาที
	ส่งเสริมความเชื่อ ความศรัทธาในสิ่งที่ นับถือ	- พระพุทธรูป หรือรูปสิ่ง ศักดิ์สิทธิ์ที่ผู้ป่วยเคารพนับถือ	สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมครั้งที่ 4 ใช้เวลา 15 นาที
	2.ความอึดใจใน จิตวิญญาณ	ส่งเสริมความพึง พอใจในสิ่งที่นับถือ ความรู้สึกได้รับการ คุ้มครองจากสิ่งที่ เคารพ ช่วยให้จิตใจ จดจ่อกับสิ่งดีงาม	- หนังสือธรรมะ เทปธรรมะ บรรยาย บทสวดมนต์

ตารางที่ 5 (ต่อ)

แนวคิด	กิจกรรม	เครื่องมือ/ สื่อ อุปกรณ์	เวลา/ ระยะเวลา
2.ความอึดใจใน จิตวิญญาณ	ช่วยปลดปล่อยสิ่ง ค้างคาใจ และการ ปล่อยวางสิ่งต่างๆ	- คู่มือการดูแลทางจิตวิญญาณ เชิงพุทธสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ - เครื่องบันทึกเสียง	สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมครั้งที่ 5 ใช้เวลา 30 นาที
3.การปฏิบัติตาม หลักศาสนา	ส่งเสริมการปฏิบัติ ตามหลักความเชื่อ ทางศาสนา เอื้อให้ ประกอบพิธีตาม ความเหมาะสม และ สร้างบรรยากาศแห่ง ความสงบ สนับสนุนให้ ครอบครัววางแผน ร่วมกับผู้ป่วยในเรื่อง การจัดการเมื่ออยู่ใน วาระสุดท้ายของ ชีวิต	- เครื่องสร้างกลิ่น และน้ำมัน หอมระเหย - เพลงบรรเลง (Meditation Music) เครื่องเล่นแผ่นเสียง - พระสงฆ์ - เอกสารความรู้และตัวอย่าง เกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนา	สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมครั้งที่ 6 ใช้เวลา 30 นาที สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมครั้งที่ 7 ใช้เวลา 30 นาที

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีระยะเวลาตั้งแต่ 15 ตุลาคม พ.ศ.2554 ถึง 15 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2555 ที่โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท โดยมีขั้นตอนดำเนินงาน ดังนี้

ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง

1. ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเอง เพื่อให้เป็นผู้มีความรู้ความสามารถในการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธแก่ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ดังนี้

1.1 ผู้วิจัยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยระยะสุดท้าย และเป็นสมาชิกในกลุ่ม Palliative care ในหอผู้ป่วยวิกฤติ โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท ประมาณ 6 ปี

1.2 ศึกษา ค้นคว้า ทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งในผู้สูงอายุ จิตวิญญาณในผู้สูงอายุและผู้เจ็บป่วยระยะสุดท้าย การดูแลจิตวิญญาณ และการปฏิบัติตามหลักพุทธศาสนา

1.3 ศึกษาหลักพุทธศาสนามาร่วมกับการปฏิบัติธรรมอย่างสม่ำเสมอ

1.4 เข้ารับการอบรม การประชุมระดับนานาชาติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เรื่อง “ความเชื่อมโยงของการศึกษาไปสู่การปฏิบัติ”

1.5 เข้ารับการ อบรมโครงการ “การเผชิญความตายอย่างสงบ ” ของ พระไพศาล วิสาโลและเครือข่ายพุทธิกา

1.6 เข้าร่วมสังเกตการณ์ และฝึกการสนทนาในโครงการจิตอาสาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของกลุ่มงานการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลรามาริบัติ

2. เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย 2) แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย 3) คู่มือการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสำหรับพยาบาล เรื่อง “การดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ” 4) คู่มือการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เรื่อง “แสงสว่างนำทางสู่ความสงบ” 5) แบบประเมินจิตวิญญาณเชิงพุทธ 6) แบบบันทึกการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยตามโปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย 7) เพลงบรรเลง (Meditation Music) 8) บทสวดมนต์ เทปธรรมะบรรยาย หนังสือธรรมะ 9) เครื่องสร้างกลิ่นและน้ำมันหอมระเหย

ขั้นที่ 2 ขั้นดำเนินการทดลอง

ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัย เริ่มกิจกรรม ในวันที่ 1 หรือ 2 ที่ผู้ป่วยเข้ารับ การรักษาเป็นผู้ป่วยใน โดยดำเนินกิจกรรม ทั้งหมดจำนวน 7 ครั้ง ครั้งละ 20 – 30 นาที รวมเป็นเวลาทั้งหมด 2 สัปดาห์ โดยเข้าเยี่ยมทุก 2 วัน ตามเวลานัดหมายกับผู้ป่วยและครอบครัว เนื่องจากให้ผู้ป่วยได้มีกิจกรรม ในการทบทวนตนเองเพื่อให้เกิดความเข้าใจและหากมีข้อสงสัย สามารถนำมาพูดคุยกับผู้วิจัยได้ ในวันต่อมา ในรายที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลก่อนครบกำหนดตามโปรแกรมฯ จะดำเนินการ ต่อโดยการเยี่ยมบ้านจนครบตามโ โปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่าง จะได้รับโปรแกรมการดูแลทาง จิตวิญญาณเชิงพุทธ โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่ 15 ตุลาคม 2554 ถึง 15 กุมภาพันธ์ 2555 ซึ่งมี ขั้นตอนดำเนินการ ดังนี้

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ให้ความเห็นอกเห็นใจ ประกอบด้วย กิจกรรม

1) ยินดีที่รู้จัก 2) ตกลงเราจะเดินทางไปด้วยกัน 3) เล่าสู่กันฟัง 4) เหตุแห่งความไม่สบายใจ และ 5) แล้วเราจะพบกันใหม่ โดยผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยและครอบครัว แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัย สอบถามเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความไม่สุขสบายต่างๆ สาเหตุแห่งความไม่สบาย ใจและ ไม่สุขสบาย และนัดวันเวลาในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ยอมรับ เชื่อมมั่น และเกิดกำลังใจ โดยใช้ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และ คู่มือการดูแลทาง จิตวิญญาณเชิงพุทธสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ และประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ ครั้งที่ 1 โดยใช้ แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ (ใช้เวลา 20 นาที)

ครั้งที่ 2 การประเมินด้านจิตวิญญาณ ประกอบด้วยกิจกรรม 1) ยินดีที่ได้พบ กันอีก 2) เล่าสู่กันฟัง 3) ทำความรู้จักกับจิตวิญญาณในตน 4) สิ่งนี้ คือ จิตวิญญาณในตน และ 5) แล้วเราจะพบกันใหม่ โดยผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วย สนทนาเกี่ยวกับสถานการณ์ทั่วไป หรือข่าวสาร ต่างๆ สอบถามความเป็นอยู่ ความสุขสบายต่างๆ อธิบายความหมายของจิตวิญญาณและสิ่งที่ เกี่ยวข้อง ประเมินด้านจิตวิญญาณ โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทางด้านจิต วิญญาณ และ แบบประเมินจิตวิญญาณ เชิงพุทธ เพื่อเป็น พื้นฐานในการให้คำแนะนำผู้ป่วยในเรื่องของ จิตวิญญาณ คำนึงถึงความต้องการด้านจิตวิญญาณ การให้ความสำคัญกับจิตวิญญาณ ประสบการณ์การเจ็บป่วยในชีวิต จากนั้นสรุปชี้แจงผลการประเมินที่ได้ และนัดวัน เวลา ในการทำ กิจกรรมครั้งต่อไป (ใช้เวลา 20 นาที)

ครั้งที่ 3 การเตรียมใจให้พร้อมก่อนเดินทางไกล ประกอบด้วย กิจกรรม

1) คุณหมอมมาแล้ว 2) เปิดใจรับความจริง 3) คุณหมอ คุณพยาบาลนี่คือสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ 4) แล้วเราจะพบกันใหม่ และ 5) Dream team โดยผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วย เข้าพบผู้ป่วย สนทนา

เกี่ยวกับสถานการณ์ทั่วไป หรือข่าวสารต่างๆ สอบถามความเป็นอยู่ ความสุขสบายต่างๆ อธิบายทำความเข้าใจเกี่ยวกับสภาวะของโรค อาการที่เป็นอยู่ในขณะนี้ ร่วมกับแพทย์ผู้รักษาและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยทราบถึงการดำเนินของโรคในขณะนี้ ช่วยให้สามารถวางแผนล่วงหน้าได้ว่า จะให้ทีมสุขภาพดูแลรักษาอย่างไร และนัดวัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป (ใช้เวลา 30 นาที) จากนั้นประชุมร่วมกันกับทีมแพทย์และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเพื่อรับทราบปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยและวางแผนในการดูแลรักษาพยาบาลร่วมกัน

ครั้งที่ 4 การส่งเสริมความเชื่อ ความศรัทธา และความพึงพอใจในสิ่งที่นับถือ ช่วยให้จิตใจจดจ่อกับสิ่งดีงาม ประกอบด้วยกิจกรรม 1) เริ่มต้นวันใหม่ 2) ความเชื่อ ความศรัทธาที่ท่านมี 3) น้อมจิตระลึกถึงทาน ศีล ภาวนา 4) นึกถึงสิ่งดีงาม 5) จิตแห่งความสงบและสว่าง และ 6) แล้วเราจะพบกันใหม่ โดยผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วย สนทนาเกี่ยวกับสถานการณ์ทั่วไปหรือข่าวสารต่างๆ สอบถามความเป็นอยู่ ความสุขสบายต่างๆ กระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแนวทางตามหลักศาสนาของตนเอง และ ผู้วิจัยปฏิบัติไปพร้อมกับผู้ป่วย เช่น การสวดมนต์ ทำสมาธิ เป็นต้น เพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้ป่วยในการปฏิบัติตามแนวทางของตนเองและการปฏิบัติตามหลักศาสนาที่นับถือ (ใช้เวลา 15 นาที)

จากนั้นผู้วิจัย ส่งเสริมความพึงพอใจในสิ่งที่นับถือ ความรู้สึกได้รับการคุ้มครอง จากสิ่งที่เคารพ ช่วยให้จิตใจจดจ่อกับสิ่งที่ดีงาม โดย สวดมนต์ หรือเปิดเทปธรรมะ เพื่อ น้อมจิตผู้ป่วยให้ระลึกถึงและมีศรัทธามั่นในพระรัตนตรัย คือ พระพุทฺธ พระธรรม และพระสงฆ์ ระลึกถึงศีล ที่ปฏิบัติมา ยกย่องคุณความดี ความภูมิใจในความดีที่กระทำมา เพื่อก่อให้เกิดความสงบและยอมรับ และนัดวัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป รวมทั้ง นัดหมายกับครอบครัว ของผู้ป่วยในการรวบรวมสมาชิกในครอบครัวให้ได้มากที่สุด (ใช้เวลา 15 นาที)

ครั้งที่ 5 การปลดปล่อยสิ่งที่ค้างคาใจ และการปล่อยวางสิ่งต่างๆ ประกอบด้วยกิจกรรม 1) ครอบครัวสุขสันต์ 2) เปิดใจ 3) ส่งต่อความในใจ และ 4) ภารกิจพิชิตความผาสุก โดยผู้วิจัยนัดหมายกับครอบครัวของผู้ป่วยในเวลาที่เหมาะสม ลูกหลาน สามารถพร้อมกันได้มากที่สุด เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีความเป็นส่วนตัวในการเขียนความในใจ อาจดูแลให้ความช่วยเหลือในรายที่ต้องการบันทึกเสียงหรือต้องการความช่วยเหลือในด้านต่างๆ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัว เปิดใจ กล่าวคำให้อภัย ขอโทษกรรมต่อกัน รวมทั้งการหาทางช่วยเหลือในการทำภารกิจที่ค้างคาใจของผู้ป่วยให้สำเร็จร่วมกับครอบครัวของผู้ป่วย (ใช้เวลา 30 นาที)

ครั้งที่ 6 การส่งเสริมการปฏิบัติตามหลักความเชื่อทางศาสนา เอื้อให้ประกอบพิธีตามความเหมาะสม และสร้างบรรยากาศแห่งความสงบ ประกอบด้วย กิจกรรม 1) กลิ่นสุ

ความสงบ 2) น้อมจิตให้เกิดสมาธิ 3) อารมณ์พระกรรมฐาน และ 4) ทำบุญร่วมกัน โดยจัดห้องสร้างบรรยากาศแห่งความสงบ โดยใช้น้ำมันหอมระเหยกลิ่นที่ผู้ป่วยชอบ เปิดเพลงบรรเลงหรือบทสวดมนต์เบาๆ และ น้อมจิตให้สงบและเกิดสมาธิด้วยการอ่านบทธรรมะ เรื่อง “น้อมใจรับสังขาร ” จากหนังสือ “มรรคาแห่งชีวิต ” รวมทั้งการกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติสมาธิ โดยให้จิตยึดเหนี่ยวกับลมหายใจและบริกรรมภาวนา และอาจนิมนต์พระสงฆ์มาประกอบพิธีกรรมทางศาสนา ทำบุญ หรือตอบสนองกิจกรรมต่างๆ ตามแต่ที่ผู้ป่วยต้องการ (สืบเนื่องจากกิจกรรมครั้งที่ 5) เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความผ่อนคลาย มีสมาธิ มีสติในการเผชิญกับความไม่สุขสบายหรือความทุกข์ทรมานต่างๆ รวมทั้งเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ทำบุญหรือปฏิบัติพิธีกรรมตามหลักความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัว (ใช้เวลา 30 นาที)

ครั้งที่ 7 การสนับสนุนให้ครอบครัววางแผนร่วมกับผู้ป่วยในเรื่องการจัดการเมื่ออยู่ในวาระสุดท้าย ประกอบด้วยกิจกรรม “เจตจำนงของชีวิต” โดยผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัววางแผนร่วมกัน ในเรื่องการจัดการเมื่อป่วยหนักและ การจัดการเมื่อเสียชีวิต ให้คำแนะนำในเรื่องเกี่ยวกับการทำหนังสือแสดงเจตนา (Living will) เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการวางแผนการดูแลรักษาพร้อมกับทีมสุขภาพและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม โดยไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน (ใช้เวลา 30 นาที)

ขั้นที่ 3 ขั้นประเมินผลการทดลอง

การประเมินผลการทดลอง ผู้วิจัยประเมินเปรียบเทียบอย่างต่อเนื่องในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมฯ รวม 3 ครั้ง ในระยะเวลา 2 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียดกิจกรรม ดังนี้

1. ผู้วิจัยประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ ภายหลังจากดำเนินโปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ในครั้งที่ 4 และ 7 โดยใช้แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อเป็นข้อมูลเปรียบเทียบกับความผาสุกทางจิตวิญญาณก่อนดำเนินกิจกรรม ตามโปรแกรมฯ (ใช้เวลาครั้งละ 5 – 10 นาที)

2. ผู้วิจัยประเมินการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯของกลุ่มตัวอย่าง โดยการสัมภาษณ์และ /หรือเขียนบรรยายในคู่มือโปรแกรมฯ ในแต่ละครั้งที่เสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรมในเรื่องความรู้สึกหลังเข้าร่วมกิจกรรม และข้อเสนอแนะ รวมทั้งสอบถามครอบครัว ของกลุ่มตัวอย่างในเรื่องของความรู้สึก ประโยชน์ที่ได้รับและข้อเสนอแนะ (ใช้เวลาครั้งละ 5 – 10 นาที)

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยโดยสรุป แสดงในภาพที่ 3 ดังนี้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้อง และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติ ด้วยคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษาพยาบาล บุคคลที่ช่วยเหลือดูแล ข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย ระยะความรุนแรงของโรค โรคประจำตัว การรักษาที่เคยได้รับที่ผ่านมา ตั้งแต่เจ็บป่วยด้วยโรคมาเร็ง การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน ความต้องการ และเป้าหมายในชีวิต สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ บุคคลหรือแหล่งสร้างขวัญกำลังใจ และการปฏิบัติศาสนกิจ วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. คำนวณหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของความผาสุกทางจิตวิญญาณก่อน ระหว่างและหลังเสร็จสิ้นการทดลอง
3. วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวระหว่างคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณเมื่อมีการวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA) โดยการวัดก่อนการทดลอง 1 ครั้ง ระหว่างการทดลอง 1 ครั้ง และหลังเสร็จสิ้นการทดลอง 1 ครั้ง กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
4. วิเคราะห์ เปรียบเทียบความแปรปรวนระหว่างคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นรายคู่ (Pairwise Comparisons) ของการประเมินก่อนการทดลอง 1 ครั้ง ระหว่างการทดลอง 1 ครั้ง และหลังเสร็จสิ้นการทดลอง 1 ครั้ง กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัย เชิงทดลอง (Experimental research design) ใช้แบบแผนการวิจัย กึ่งทดลอง แบบศึกษากลุ่มเดียววัดแบบอนุกรมเวลา (One - Group time series design) เพื่อศึกษาผลของการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ก่อน ระหว่าง และหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธ และเพื่อเปรียบเทียบความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายก่อน ระหว่างและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งในระยะที่มีการแพร่กระจายของโรคไปยังต่อมน้ำเหลือง และ/หรือระบบต่างๆ ของร่างกาย ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาล สมิติเวช สุขุมวิท กรุงเทพมหานคร จำนวน 30 คน ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าร่วมการวิจัยตามที่กำหนด ไว้ (Inclusion criteria)

วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมกิจกรรม 1 ครั้ง ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม 1 ครั้ง และหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม 1 ครั้ง วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA) และเปรียบเทียบความแปรปรวนระหว่างคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นรายคู่ (Pairwise Comparisons) ผลการวิจัยเสนอตามลำดับ ดังนี้

1. ศึกษาความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายก่อน ระหว่าง และหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณ ณ เชียงพุทธ มีผลการวิเคราะห์ แสดงดังตารางที่ 6 และ 7

ตารางที่ 6 คะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง ระยะสุดท้าย 30 ราย ก่อน ระหว่าง และหลัง เสร็จสิ้น โปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณ เชียงพุทธ

N = 30	ความผาสุกทางจิตวิญญาณ					
	ก่อนเข้าร่วม		ระหว่างเข้าร่วม		หลังเสร็จสิ้น	
	คะแนน	ระดับ	คะแนน	ระดับ	คะแนน	ระดับ
1	34	ต่ำ	74	สูง	91	สูงมาก
2	43	ปานกลาง	80	สูง	91	สูงมาก
3	41	ปานกลาง	87	สูงมาก	92	สูงมาก
4	52	ปานกลาง	87	สูงมาก	94	สูงมาก
5	49	ปานกลาง	83	สูงมาก	94	สูงมาก
6	40	ต่ำ	77	สูง	88	สูงมาก
7	52	ปานกลาง	83	สูงมาก	90	สูงมาก
8	44	ปานกลาง	84	สูงมาก	88	สูงมาก
9	49	ปานกลาง	85	สูงมาก	90	สูงมาก
10	48	ปานกลาง	85	สูงมาก	90	สูงมาก
11	49	ปานกลาง	87	สูงมาก	92	สูงมาก
12	44	ปานกลาง	87	สูงมาก	89	สูงมาก
13	60	ปานกลาง	72	สูง	85	สูงมาก
14	40	ต่ำ	85	สูงมาก	88	สูงมาก
15	49	ปานกลาง	84	สูงมาก	90	สูงมาก
16	49	ปานกลาง	84	สูงมาก	88	สูงมาก
17	51	ปานกลาง	83	สูงมาก	90	สูงมาก
18	46	ปานกลาง	84	สูงมาก	84	สูงมาก
19	46	ปานกลาง	85	สูงมาก	91	สูงมาก

ตารางที่ 6 (ต่อ)

N = 30	ความผาสุกทางจิตวิญญาณ					
	ก่อนเข้าร่วม		ระหว่างเข้าร่วม		หลังเสร็จสิ้น	
	คะแนน	ระดับ	คะแนน	ระดับ	คะแนน	ระดับ
20	39	ต่ำ	86	สูงมาก	87	สูงมาก
21	43	ปานกลาง	84	สูงมาก	91	สูงมาก
22	48	ปานกลาง	85	สูงมาก	93	สูงมาก
23	44	ปานกลาง	85	สูงมาก	89	สูงมาก
24	47	ปานกลาง	87	สูงมาก	89	สูงมาก
25	49	ปานกลาง	85	สูงมาก	90	สูงมาก
26	53	ปานกลาง	71	สูง	89	สูงมาก
27	48	ปานกลาง	70	สูง	87	สูงมาก
28	38	ต่ำ	71	สูง	89	สูงมาก
29	46	ปานกลาง	79	สูง	88	สูงมาก
30	45	ปานกลาง	85	สูงมาก	87	สูงมาก
คะแนนรวม	1386		2464		2684	
SD	5.23		5.33		2.33	
Mean	46.20		82.13		89.47	
ระดับ	ปานกลาง		สูงมาก		สูงมาก	

จากตารางที่ 6 แสดงผลการวิเคราะห์คะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง ระยะสุดท้าย 30 ราย ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมฯ และหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธ พบว่า

1. คะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย เปรียบเทียบ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และ ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ที่ 1 มีคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณแตกต่างกันในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 30 ราย

2. คะแนนความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย เปรียบเทียบ ระหว่าง เข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ที่ 1 และ หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมฯ มีคะแนนความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ ใกล้เคียงกันในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 30 ราย

3. คะแนนความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย เปรียบเทียบ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และ หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมฯ มีคะแนนความพึงพอใจทางจิตวิญญาณแตกต่างกันในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 30 ราย

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของ ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง ระยะสุดท้ายก่อน ระหว่างและหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธ

ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ	ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ		
	ก่อนเข้าร่วม	ระหว่างเข้าร่วม	หลังเสร็จสิ้น
ด้านความพึงพอใจในสิ่งที่เป็นอยู่	22.35	40.56	44.76
การมีเป้าหมายในชีวิต	2.13	4.13	4.53
ชีวิตเป็นประสบการณ์ที่ดีงาม	1.80	4.00	4.43
ชีวิตมีคุณค่า	2.33	4.27	4.57
ชีวิตมีเป้าหมายที่สามารถเป็นจริงได้	2.53	4.07	4.37
รู้สึกดีเกี่ยวกับอนาคต	2.33	3.93	4.37
มีความหวังในชีวิต	1.97	3.90	4.53
มีความหวังว่าชีวิตจะมีความสุข	2.27	4.07	4.50
ชีวิตมีความสมบูรณ์	2.30	3.77	4.37
ชีวิตมีความสุขสงบ	2.43	4.40	4.60
ชีวิตมีความรื่นรมย์	2.27	3.73	4.47
ด้านความพึงพอใจในความผูกพันยึดมั่นกับศาสนา	23.85	41.57	44.71
ทำดียอมได้รับผลดี	2.97	4.17	4.50
การปฏิบัติธรรมทำให้สงบ	2.00	4.27	4.43
การปฏิบัติตามคำสอนของศาสนานำไปสู่ความสงบ	2.50	4.30	4.46
คำสอนในศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ	2.20	4.20	4.43
การสวดมนต์หรือการทำสมาธิทำให้มีความอิมใจ	2.37	4.30	4.53
ความศรัทธาในศาสนาทำให้ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว	2.47	4.27	4.50
การทำความดีทำให้มีความสุข	2.23	4.43	4.70
คำสอนของศาสนาช่วยให้จิตใจเข้มแข็ง	2.17	4.10	4.43
มีที่พึ่งทางใจ	2.37	4.00	4.40
การทำความดีช่วยให้ความทุกข์ลดลง	2.57	3.83	4.33
โดยรวม (คะแนน)	46.20	82.13	89.47
(ระดับ)	ปานกลาง	สูงมาก	สูงมาก

จากตารางที่ 7 แสดงผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายทั้ง 30 คน ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม และหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธโดยรวม รายด้านและรายข้อ พบว่า

1. ค่าเฉลี่ยของคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่าง โดยรวม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 46.20 หมายถึง ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายมีความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ด้านความผาสุกในความผูกพันยึดมั่นกับศาสนา โดยมีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 23.85 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณสูงสุด ได้แก่ ข้อที่ถามในเรื่อง ทำดียอมได้รับผลดี โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 2.97 รองลงมาคือข้อที่ถามในเรื่อง การทำความดีช่วยให้ความทุกข์ลดลง โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 2.57 ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ ข้อที่ถามในเรื่อง ชีวิตเป็นประสบการณ์ที่ดั่งงาม โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 1.80

2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่างโดยรวม ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 82.13 หมายถึง ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายมีความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับ สูงมาก เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ด้านความผาสุกในความผูกพันยึดมั่นกับศาสนา โดยมีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 41.57 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณสูงสุด ได้แก่ ข้อที่ถามในเรื่อง การทำความดีทำให้มีความสุข โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 4.43 รองลงมาคือข้อที่ถามในเรื่อง ชีวิตมีความสุขสงบ โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 4.40 ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ ข้อที่ถามในเรื่อง ชีวิตมีความรื่นรมย์ โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 3.73

3. ค่าเฉลี่ยของคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่างโดยรวม หลังเสร็จสิ้นโปรแกรม เท่ากับ 89.47 หมายถึง ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายมีความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูงมาก เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ด้านความผาสุกในสิ่งที่เป็นอยู่ โดยมีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 44.76 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณสูงสุด ได้แก่ ข้อที่ถามในเรื่อง ชีวิตมีความสุขสงบ โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 4.6 รองลงมาคือข้อที่ถามในเรื่อง ชีวิตมีคุณค่า โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 4.57 ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ ข้อที่ถามในเรื่อง การทำความดีช่วยให้ความทุกข์ลดลง โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 4.33

2. เปรียบเทียบความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายก่อน ระหว่าง และหลังได้รับ โปรแกรม การดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธ มีผลการวิเคราะห์ แสดงดังตารางที่ 8 และ 9

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ก่อน ระหว่าง และหลัง เสร็จสิ้น โปรแกรม การดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธ

คะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณ	Mean	Standard deviation	F-test	P-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	2.31	.261	833.363	.00
ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมฯ	4.11	.266		
หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมฯ	4.47	.117		

จากตารางที่ 8 การวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ เท่ากับ 2.31 ค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม ฯ เท่ากับ 4.11 และหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมฯ เท่ากับ 4.47 เมื่อนำค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณทั้ง 3 ครั้ง มาเปรียบเทียบกัน โดยใช้สถิติทดสอบการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeat Measures ANOVA) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง ระยะสุดท้าย ก่อน ระหว่าง และหลัง เสร็จสิ้น โปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธ โดยการทดสอบรายคู่ (Pairwise comparison)

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ	Mean different		
	ก่อนเข้าร่วม (P-value)	ระหว่างเข้าร่วม (P-value)	หลังเสร็จสิ้น (P-value)
ก่อนเข้าร่วม	-	1.797 (.000)	2.163 (.000)
ระหว่างเข้าร่วม	-	-	.367 (.000)
หลังเสร็จสิ้น	-	-	-

จากตารางที่ 9 วิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย โดยการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมฯ และหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธ โดยการทดสอบค่าเฉลี่ยรายคู่ (Pairwise comparison) และเนื่องจากข้อมูลระหว่างกลุ่มมีความแปรปรวนไม่เท่ากันจึงใช้ทดสอบด้วยสถิติ Bonferroni ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 พบว่า

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมฯ สัปดาห์ที่ 1 และหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. ค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ผลของการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research design) ใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลองแบบศึกษากลุ่มเดียววัดแบบอนุกรมเวลา (One - Group time series design)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ก่อน ระหว่าง และหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธ
2. เพื่อเปรียบเทียบความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ก่อน ระหว่างและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธ

สมมติฐานการวิจัย

1. ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายหลังได้รับโปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธอยู่ในระดับสูงถึงสูงมาก
2. ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายหลังได้รับโปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธ เพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม การดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ คือ บุคคลที่มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 60 ปีบริบูรณ์ ขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งในระยะที่มีการแพร่กระจายของโรคไปยังต่อมน้ำเหลือง และ /หรือระบบต่างๆ ของร่างกาย ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลตึกกษณะระดับตติยภูมิกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งในระยะที่มีการแพร่กระจายของโรคไปยังต่อมน้ำเหลือง และ /หรือระบบต่างๆ ของร่างกาย ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ มีเป้าหมายการรักษาเพื่อการประคับประคองและบรรเทาความทุกข์ทรมาน อันเป็นผล

มาจากโรคและอาการแทรกซ้อนของโรค ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาล สมิติเวช สุขุมวิท กรุงเทพมหานคร ซึ่งผู้วิจัยคัดเลือกผู้สูงอายุ ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria) ซึ่งมีคุณสมบัติดังนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งในระยะที่มีการแพร่กระจายของโรคไปยัง ต่อม้ำเหลือง และ /หรือ ระบบต่างๆ ของร่างกาย และได้รับ การรักษาเพื่อการประคับประคองและบรรเทาความทุกข์ทรมาน อันเป็นผลมาจากโรคและอาการแทรกซ้อนของโรค
2. มีระดับความรู้สึกตัวดี มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารได้รู้เรื่องและเข้าใจ
3. ไม่มีอาการแทรกซ้อนจากโรคที่อยู่ในระยะลุกลาม จนทำให้เกิดอาการที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษ เช่น ระดับความรู้สึกตัวลดลง เห็นอ้อยหอบ ระดับความปวดมากกว่าหรือเท่ากับ 4
4. ระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 (Palliative performance scale \geq 50%)
5. นับถือศาสนาพุทธ
6. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ตลอดระยะเวลาการวิจัย

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power of test) โดยวิธีการเปิดตารางอำนาจทดสอบที่ Power of test = 90%, Effect side 0.5, $\alpha = .05$ ได้กลุ่มตัวอย่าง 30 คน (รัตนศิริ ทาโต, 2551)

ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยศึกษาข้อมูลเบื้องต้นจากเวชระเบียนของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่มารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ในวันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา โดยศึกษาข้อมูลด้านอายุ เพศ การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย ระยะความรุนแรงของโรค การรักษาที่เคยได้รับที่ผ่านมาตั้งแต่เจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะเข้าไปแนะนำตัวกับผู้ป่วยและครอบครัว เชิญเข้าร่วมการวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาการวิจัย ประโยชน์ และชี้แจงการ พิทักษ์สิทธิของการเข้าร่วมการวิจัย หากผู้ป่วยและครอบครัว ยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ผู้วิจัยดูแลให้ผู้ป่วยลงนามยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย มีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.0 และค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .87

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง ประกอบด้วย 10 ชุด ได้แก่

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย
2. แบบประเมินระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative performance scale)
3. คู่มือการ ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสำหรับพยาบาล เรื่องการ ดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย
4. คู่มือการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย
5. แบบประเมินจิตวิญญาณเชิงพุทธ มีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .86 และค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .85
6. แบบบันทึกการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยตามโปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธ
7. เพลงบรรเลง (Meditation Music)
8. บทสวดมนต์ เทปธรรมะบรรยาย หนังสือธรรมะ
9. เครื่องสร้างกลิ่นและน้ำมันหอมระเหย
10. พระสงฆ์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และผู้อำนวยการโรงพยาบาล ซึ่งผ่านการพิจารณาให้ ดำเนินการวิจัยได้เมื่อวันที่ 11 ตุลาคม พ.ศ. 2554 จากนั้นผู้วิจัยจึงดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือ วิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีระยะเวลาตั้งแต่ 15 ตุลาคม พ.ศ.2554 ถึง 15 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2555 โดยมีขั้นตอนดำเนินงาน ดังนี้

ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง

ผู้วิจัยเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย 2) แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย 3) แผนการสนทนาและการปฏิบัติกิจกรรมตามโปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธ สำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย 4) คู่มือการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสำหรับพยาบาล เรื่อง “การดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย” 5) คู่มือการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เรื่อง “แสงสว่างนำทางสู่ความสงบ” 6) แบบประเมินจิตวิญญาณเชิงพุทธ 7) แบบบันทึกการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยตามโปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

ขั้นที่ 2 ขั้นดำเนินการทดลอง

ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยกำหนดระยะเวลาของโปรแกรมในวันที่ 1 หรือ 2 ที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการทั้งหมดจำนวน 7 ครั้ง ครั้งละ 20 – 30 นาที รวมเป็นเวลาทั้งหมด 2 สัปดาห์ โดยเข้าเยี่ยมทุก 2 วันตามเวลานัดหมายกับผู้ป่วยและครอบครัว ในรายที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลก่อนครบกำหนดตามโปรแกรมฯ จะดำเนินการต่อโดยการเยี่ยมบ้านจนครบตามโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างจะได้รับโปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธ ภายใต้กรอบแนวคิด ความผาสุกทางจิตวิญญาณ ของ O’ Brien (2008) และแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบ พุทธของ พระไพศาล วิสาโล (2552) โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่ 15 ตุลาคม 2554 ถึง 15 กุมภาพันธ์ 2555 ซึ่งมีขั้นตอนดำเนินการ ดังนี้

ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ให้ความเห็นอกเห็นใจ โดยผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยและครอบครัว แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และคู่มือการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ

ครั้งที่ 2 ประเมินด้านจิตวิญญาณ โดยผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วย ประเมินด้านจิตวิญญาณ โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทางด้านจิตวิญญาณ และแบบประเมินจิตวิญญาณเชิงพุทธ เพื่อเป็นพื้นฐานในการให้คำแนะนำผู้ป่วยในเรื่องของจิตวิญญาณ จากนั้นสรุปชี้แจงผลการประเมินที่ได้

ครั้งที่ 3 เตรียมใจให้พร้อมก่อนเดินทางไกล โดยผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยอธิบายทำความเข้าใจเกี่ยวกับสภาวะของโรค อาการที่เป็นอยู่ในขณะนี้ ร่วมกับแพทย์ผู้รักษาและครอบครัว

เพื่อให้ผู้ป่วยทราบถึงการดำเนินของโรคในขณะนี้ ช่วยให้สามารถวางแผนล่วงหน้าได้ว่าจะให้ทีมสุขภาพดูแลรักษาอย่างไร จากนั้นประชุมร่วมกันกับทีมแพทย์และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเพื่อรับทราบปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยและวางแผนในการดูแลรักษาพยาบาลร่วมกัน

ครั้งที่ 4 ส่งเสริมความเชื่อ ความศรัทธาและความพึงพอใจในสิ่งที่นับถือ ช่วยให้เกิดจิตใจจดจ่อกับสิ่งดีงาม โดยผู้วิจัยกระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแนวทางตามหลักศาสนาของตนเอง และผู้วิจัยปฏิบัติไปพร้อมกับผู้ป่วย เช่น การสวดมนต์ทำสมาธิ เป็นต้น จากนั้นผู้วิจัยส่งเสริมความพึงพอใจในสิ่งที่นับถือ ความรู้สึกได้รับการคุ้มครองจากสิ่งที่เคารพ ช่วยให้จิตใจจดจ่อกับสิ่งที่ดีงาม โดยสวดมนต์ หรือเปิดเทปธรรมะ เพื่อน้อมจิตผู้ป่วยให้ระลึกถึงและมีศรัทธามั่นในพระรัตนตรัย ยกย่องคุณความดี ความภูมิใจในความดีที่กระทำมา เพื่อก่อให้เกิดความสงบและยอมรับ และนัดหมายกับครอบครัวของผู้ป่วยในการรวบรวมสมาชิกในครอบครัวให้ได้มากที่สุดในการครั้งต่อไป

ครั้งที่ 5 ช่วยปลดเปลื้องสิ่งที่ค้างคาใจ และการปล่อยวางสิ่งต่างๆ โดยผู้วิจัยนัดหมายกับครอบครัวของผู้ป่วยในเวลาที่เหมาะสม ลูกหลาน สามารถ ร่วมกันได้ดีมากที่สุด เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเป็นส่วนตัวในการเขียนความในใจ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเปิดใจ กล่าวคำให้อภัย ขออโหสิกรรมต่อกัน รวมทั้งการหาทางช่วยเหลือในการทำภารกิจที่ค้างคาของผู้ป่วยให้สำเร็จร่วมกับครอบครัวของผู้ป่วย

ครั้งที่ 6 ส่งเสริมการปฏิบัติตามหลักความเชื่อทางศาสนา เอื้อให้ประกอบพิธีตามความเหมาะสม โดยจัดห้องสร้างบรรยากาศแห่งความสงบ โดยใช้น้ำมนต์หอมระเหยกลิ่นที่ผู้ป่วยชอบ เปิดเพลงบรรเลงหรือบทสวดมนต์เบาๆ และน้อมจิตให้สงบและเกิดสมาธิด้วยการอ่านบทธรรมะ รวมทั้งการกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติสมาธิโดยให้จิตยึดเหนี่ยวกับลมหายใจและบริกรรมภาวนา และอาจนิมนต์พระสงฆ์มาประกอบพิธีกรรมทางศาสนา ทำบุญ หรือตอบสนองกิจกรรมต่างๆ ตามแต่ที่ผู้ป่วยต้องการ

ครั้งที่ 7 สนับสนุนให้ครอบครัววางแผนร่วมกับผู้ป่วยในเรื่องการจัดการเมื่ออยู่ในวาระสุดท้าย โดยผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัววางแผนร่วมกัน ในเรื่องการจัดการเมื่อป่วยหนักและการจัดการเมื่อเสียชีวิต ให้คำแนะนำในเรื่องเกี่ยวกับการทำหนังสือแสดงเจตนา (Living will) เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการวางแผนการดูแลรักษาพร้อมกับทีมสุขภาพ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

ขั้นที่ 3 ขั้นประเมินผลการทดลอง

ผู้วิจัยประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ ภายหลังจากดำเนินโปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ในครั้งที่ 4 และ 7 โดยใช้แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อเป็นข้อมูลเปรียบเทียบกับความผาสุกทางจิตวิญญาณก่อนดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมฯ และประเมินการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง โดยการสัมภาษณ์และ /หรือเขียนบรรยายในคู่มือโปรแกรมฯ ในแต่ละครั้งที่เสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรมในเรื่องความรู้สึกหลังเข้าร่วมกิจกรรม และข้อเสนอแนะรวมทั้งสอบถามครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างในเรื่องของความรู้สึก ประโยชน์ที่ได้รับและข้อเสนอแนะ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้อง และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษาพยาบาล บุคคลที่ช่วยเหลือดูแล ข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย ระยะความรุนแรงของโรค โรคประจำตัว การรักษาที่เคยได้รับที่ผ่านมา ตั้งแต่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน ความต้องการ และเป้าหมายในชีวิต สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ บุคคลหรือแหล่งสร้างขวัญกำลังใจ และการปฏิบัติศาสนกิจ วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. คำนวณหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของความผาสุกทางจิตวิญญาณก่อน ระหว่างและหลังเสร็จสิ้นการทดลอง
3. วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวระหว่างคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณเมื่อมีการวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA) โดยการวัดก่อนการทดลอง 1 ครั้ง ระหว่างการทดลอง 1 ครั้ง และหลังเสร็จสิ้นการทดลอง 1 ครั้ง กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
4. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแปรปรวนระหว่างคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นรายคู่ (Pairwise Comparisons) ของการประเมินก่อนการทดลอง 1 ครั้ง ระหว่างการทดลอง 1 ครั้ง และหลังเสร็จสิ้นการทดลอง 1 ครั้ง กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

1. ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธอยู่ในระดับสูงมาก
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธ เพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณเพิ่มขึ้น ตั้งแต่สัปดาห์แรกเป็นต้นไป

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธ โดยใช้แนวคิดความผาสุกทางจิตวิญญาณของ O' Brien (2008) และแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธของพระไพศาล วิสาโล (2552) สำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายในโรงพยาบาล เอกชน ระดับตติยภูมิ ผลของการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัยได้ ดังนี้

สมมติฐานการวิจัย ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธโดยใช้แนวคิดความผาสุกทางจิตวิญญาณของ O' Brien (2008) ร่วมกับแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธของพระไพศาล วิสาโล (2552) อยู่ในระดับสูงมาก ซึ่ง เพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธ

ผลการวิจัยพบว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย หลังได้รับโปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธอยู่ในระดับสูงมาก และ ค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธ เพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผลการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Spiritual well-being) ในผู้ป่วยสูงอายุโรค มะเร็งระยะสุดท้าย เป็นความรู้สึกร่วมลึกภายในจิตใจของผู้สูงอายุ ที่แสดงถึงสภาวะจิตใจที่สงบ เป็นสุข ยอมรับ ความจริง มีความเข้มแข็งในจิตใจ ฟังพอใจในสิ่งที่เป็นอย่างอยู่ และมีความรู้สึกมั่นใจถึงความสัมพันธ์กับสิ่งที่ตนศรัทธา ซึ่งผลจากการศึกษาพบว่า

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ค่าเฉลี่ยของคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมเท่ากับ 46.20 หมายถึง ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายมีความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้าน ที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ด้านความผาสุกในความผูกพันยึดมั่นกับศาสนา โดยมีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 23.85 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณสูงสุด ได้แก่ ข้อที่ถามในเรื่อง ทำดียอมได้รับผลดีโดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 2.97 รองลงมาคือข้อที่ถามในเรื่อง การทำความดีช่วยให้ความทุกข์ลดลง

โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 2.57 ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ ข้อที่ถามในเรื่องชีวิตเป็นประสบการณ์ที่ดีงาม โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 1.80

เมื่อพิจารณาพบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธ กลุ่มตัวอย่างมีความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งเป็นความผาสุกทางจิตวิญญาณที่มีอยู่เดิมในตนเอง เป็นสิ่งที่เกิดจากการมีศาสนาเป็นที่ศรัทธา ยึดมั่น รวมถึงความเชื่อในการปฏิบัติตามหลักพุทธศาสนา ทั้งนี้อาจเนื่องจาก หลักคำสอนทางพุทธ ศาสนา สอนให้ รู้จักกระทำแต่ความดี ละเว้นต่อการกระทำความผิดบาป รวมถึงพุทธศาสนิกชนส่วนใหญ่ได้รับการ ปลูกฝัง ตั้งแต่วัยเยาว์ ให้มีความเชื่อในเรื่องของผลบุญ- ผลกรรมที่เกิดจากการกระทำ จึงทำให้มีความผาสุกทางจิตวิญญาณ ในระดับหนึ่ง แต่ในด้านของความผาสุกทางจิตวิญญาณในสิ่งที่เป็นอย่างนั้น เมื่อพิจารณาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความผาสุกทาง จิตวิญญาณอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งอาจเป็นเพราะมีความทุกข์ทรมานจากอาการทางกายที่เกิดจากการลุกลามของโรค ทำให้รู้สึกว่ประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาเป็นสิ่งที่เลวร้าย ทุกข์ทรมาน และทำให้ไม่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณ รวมถึงรู้สึกท้อแท้ หมดหวังในการมีชีวิตอยู่ และกลัวกับ ความทุกข์ทรมานหรือสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตข้างหน้า ดังเช่นจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยรายหนึ่ง กล่าวว่า “ตั้งแต่ผมเริ่มมีอาการนะ ก็รู้สึกว่า ทรมานเหลือเกินทั้งปวดท้อง ปวดหลัง ถ่ายเป็นเลือด เข้าออกโรงพยาบาลตลอด บางครั้งปวดจน ขยับตัวไม่ได้ เหมือน กับจะโดนฉีกเป็นชิ้นๆ ไม่รู้เมื่อไหร่จะหมดเวรหมดกรรมซะที ไม่ไหว ไม่รู้ จะต้องทรมานไปถึงเมื่อไหร่” (ID 3: CA Colon T₃N₁M₁)

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล และสุวีพร ธนศิลป์ , (2552) พบว่า ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย คือเมื่อความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยมีมากขึ้น จะยิ่งมีผลกระทบต่อจิตวิญญาณของผู้ป่วยมากขึ้น ความผาสุกทางจิตวิญญาณจึงอยู่ในระดับต่ำ และจากการศึกษา ของ Highfield, (1992); Taylor (2006) พบว่า ระยะเวลาของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิ ญญาณของผู้ป่วยมะเร็ง คือเมื่อระยะเวลาของการเจ็บป่วยมากขึ้นจะมีความต้องการด้านจิตวิญญาณมากขึ้น

ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมฯ ค่าเฉลี่ยของคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่างโดยรวม เท่ากับ 82.13 หมายถึง ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายมีความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูงมาก ซึ่งจะเห็นได้ว่าการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธทั้ง 4 ครั้งนั้น รูปแบบของกิจกรรมเน้นที่ตัวผู้ป่วยเป็นหลัก เมื่อดำเนินกิจกรรมต่อโดยให้ครอบครัวของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมจนเสร็จสิ้นโปรแกรมฯ

จะเห็นได้ว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่างโดยรวม เท่ากับ 89.47 ซึ่งเป็นค่าเฉลี่ยคะแนนที่เพิ่มขึ้น แสดงว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณ ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมฯ และหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมฯ เพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 7) อธิบายได้ว่า การดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธ มีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความผาสุกทางจิตวิญญาณเพิ่มขึ้น ซึ่งเกิดขึ้นได้จากการค้นพบความหมายของจิตวิญญาณจากประสบการณ์ความเจ็บป่วย (Finding spiritual meaning in the experience of illness) การที่จะค้นพบความหมายของจิตวิญญาณในตนเองของผู้ที่เจ็บป่วยระยะสุดท้ายได้นั้น สามารถทำได้โดยการจัดการกับปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบสำคัญของความผาสุกทางจิตวิญญาณ ประกอบด้วย

1. **ความเชื่อส่วนบุคคล (Personal faith)** ได้แก่ ความเชื่อในการดำรงอยู่ของศาสนา ความเชื่อมั่นในพลังที่ได้รับจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ความศรัทธา ภาวในความเชื่อของตน การได้รับการชี้แนะแนวทางตามหลักศาสนา และความสงบจากการเชื่อและยึดมั่นในสิ่งที่เชื่อ สิ่งที่ศรัทธา บุคคลที่มีความ เชื่อ ความ ศรัทธาทางศาสนาจะยึด ศาสนา เป็นที่พึ่งทางจิตใจ มีแรงจูงใจในการเจริญทางจิตวิญญาณ แสดงออกถึงความพอใจ ความเชื่อ ความศรัทธาที่สามารถส่งเสริมให้เกิดได้โดย

การสร้างสัมพันธภาพ ให้ความเห็นอกเห็นใจ เป็นกิจกรรมหนึ่งที่มีส่วนทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความไว้วางใจ (Trust) ความไว้วางใจสามารถช่วยลดในเรื่องของ ความกลัวที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ และทำให้เกิดความรักและความสัมพันธ์ (Love and connectedness) (O' Brien, 2008) ซึ่งเป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ทุกคน มนุษย์จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัว ความสัมพันธ์ดังกล่าวมีอิทธิพลต่อพัฒนาการของบุคคลในหลายๆด้าน ทั้งด้านความคิดและความรู้สึก (Hall, 1997:91 อ้างถึงในทัศนีย์ ทองประทีป , 2552) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ O' Brien, (2006) ที่พบว่าเมื่อผู้ป่วยได้รับกำลังใจหรือความเอาใจใส่ในสภาวะที่ผู้ป่วยประสบอยู่ ไม่รู้สึกถูกทอดทิ้งหรือเป็นภาระ ก็จะนำไปสู่ความผาสุกทางจิตวิญญาณ รวมถึงบุคลาการทางสาธารณสุข เช่น แพทย์ พยาบาล และทีมสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยอย่างมาก ที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจต่อสู้กับโรคร้ายไข้เจ็บต่อไป (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544)

เมื่อเกิดความไว้วางใจและสัมพันธภาพที่ดีแล้ว จะทำให้สามารถประเมินด้านจิตวิญญาณ ความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรม การรับรู้ในเรื่องความเจ็บป่วยของแต่ละบุคคลนั้น ได้ ซึ่งจะเป็นแนวทางในการ ค้นหาความหมายของชีวิตและการเจ็บป่วย ได้ (meaning of life and illness) (O' Brien, 2006) เนื่องจากทำให้ทราบถึงความต้องการทางจิตวิญญาณของแต่ละบุคคล

เมื่อพิจารณาจากข้อมูลด้านจิตวิญญาณพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีความต้องการและเป้าหมายในชีวิตที่จะไม่ทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บป่วย และยังมีความหวังที่จะรักษาให้หายจากโรคและอาการที่เป็นอยู่ โดยมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจที่แตกต่างกันออกไป ได้แก่ ศาสนา เครื่องราง วัตถุมงคล และครอบครัว รวมถึงมีบุตร/หลาน คู่สมรส และญาติพี่น้องเป็นแหล่งสร้างขวัญกำลังใจ รวมถึงมีการปฏิบัติศาสนกิจที่แตกต่างกันออกไปตามความเชื่อและความสะดวกในการปฏิบัติ ได้แก่ การทำบุญใส่บาตร/ทำสังฆทาน การสวดมนต์/ไหว้พระ การสร้างพระ/สร้างวัด มีส่วนน้อยที่ไปพึ่งเทคนิควาดูหรือวิปัสสนา/รักษาศีลที่วัด

จากข้อมูลที่ได้ จะพบว่าในแต่ละบุคคลจะมีความต้องการทางจิตวิญญาณที่แตกต่างกันออกไป การให้ความสำคัญกับจิตวิญญาณ ประสบการณ์การเจ็บป่วยในชีวิต จะช่วยโยงให้เห็นถึงปัญหาทางด้านจิตวิญญาณ ซึ่งจากการศึกษาของทิวารินทร์ วัฒนาวัด ฤ (2551) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณ ในระดับปานกลาง และการเข้าร่วมในการปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนาที่มากขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความต้องการด้านจิตวิญญาณมากขึ้น ซึ่งหมายถึง เมื่อผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความทุกข์ใจไม่สบายใจ จะสนใจศาสนาเพิ่มขึ้น มีความต้องการที่จะมีความสัมพันธ์กับศาสนา ต้องการความคุ้มครองจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ดังนั้นข้อมูลเหล่านี้ทำให้ สามารถตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณได้อย่างเหมาะสม

รวมถึงการ ให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงการดำเนินข องโรคในปัจจุบัน จากแพทย์หรือทีมสุขภาพ พบว่า เมื่อแพทย์บอกความจริงเกี่ยวกับโรคและการดำเนินของโรคแล้ว ส่งผลให้ ผู้สูงอายุรู้สึกตกใจและวิตกกังวล แต่เป็นการเปิดโอกาสให้มีการเตรียมตัวและยอมรับกับ สิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยรายหนึ่ง กล่าวว่า “ก็รู้อยู่นะว่าเป็นมะเร็ง แต่ไม่มีใครเคยบอกว่าเป็นมากน้อยแค่ไหน เราก็คิดว่าคงไม่มาก พอหมอ(ชื่อ)บอกก็ตกใจ เหมือนใจตก ลงไป อยู่ทีกั้นเหวเลย” (ID 8: CA Ovary T₂N₂M₁) และผู้ป่วยอีกรายหนึ่ง กล่าวว่า “ลูกเค้าบอกแค่ว่า เป็นเนื้องอก แต่ผมก็รู้ว่ามันคือมะเร็ง เพราะทั้งผ่าตัด ทั้งให้ยา ให้ยาครั้งแรกก็ผมร่วงแล้ว เมื่อคุณ มาบอกให้ชัดเจนแบบนี้ก็ดี จะได้สั่งเสียกันให้เรียบร้อย ” (ID 10: CA Prostate gland T₁N₂M₁) นอกจากนี้ การให้กลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้เกี่ยวกับ เรื่องของความตาย กระบวนการเข้า สู่วาระสุดท้าย และชีวิตภายหลังจากที่ร่างดับ บลงแล้ว เป็นสิ่งที่จะช่วยลดความวิตกกังวลและความกลัวลงได้ เพียงแต่ต้องให้เวลากับ ผู้สูงอายุในการคิด และไตร่ตรอง รวมทั้ง ต้องให้กำลังใจควบคู่ไปด้วย นอกเหนือจากการให้กำลังใจแล้วอาจใช้สิ่งที่ผู้สูงอายุสามารถเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจได้ เช่น ศาสนา ความเชื่อ และการ ช่วยเหลือจากสังคมหรือครอบครัว จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยรายหนึ่ง กล่าวว่า

“รับได้นะกับมะเร็ง ไม่ได้กลัวตายหรอก แต่ขอเวลาอีกนิด ให้ได้เห็นหน้าหลานก่อนคงดี ” (ID 29: CA Pancreas T₃N₃M₀) จะเห็นได้ว่าการเตรียมตัวเพื่อเผชิญกับความตายนั้นมีความสำคัญต่อบุคคลในทุกวัฒนธรรม ตามความเชื่อของชาวพุทธ ต้องการมีสติหรือรู้ตัวก่อนตาย เพื่อจะได้รำลึกถึงคุณความดี กุศล หรือสวดมนต์ภาวนาเพื่อให้จิตสงบ ขณะที่จิตสงบจะมีสภาพจิตใจสะอาดปราศจากกิเลสหรือเครื่องเศร้าหมองต่างๆ สภาพจิตใจที่ดีงามจะส่งผลให้ชีวิตที่จะไปเกิดใหม่นั้นได้เกิดในภพภูมิที่ดี (สุมานี นิมมานนิตย์, 2552)

การส่งเสริมให้มีความศรัทธาในสิ่งที่นับถือ ความเชื่อมั่นในศาสนา และการสนับสนุนให้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา นั้น (Religious practice) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เมื่อต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล จะสวดมนต์ทุกวัน บางรายสวดบทสั้น ๆ เช่น นโม 3 จบ บางรายสวดบทอธิปิโส ขึ้นอยู่กับสภาพร่างกายและอาการเจ็บป่วยในขณะนั้น จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยรายหนึ่ง กล่าวว่า “สวดแค่นโม 3 จบเท่านั้น แล้วยกอธิษฐาน เพราะพูดมาก ๆ ก็เหนื่อย ” (ID 5: CA Lung T₃N₁M₀) และผู้ป่วยรายหนึ่ง กล่าวว่า “มีคนบอกให้สวดอธิปิโสทำอายุ ยายก็ทำนะ สวดครบบ้างไม่ครบบ้าง บางครั้งนั่งเมื่อยก็นอนสวด แต่ก็สบายใจขึ้น ” (ID 14: Multiple Myeloma T_xN₄M₂) การส่งเสริมให้มีความศรัทธา ความเชื่อมั่น และสนับสนุนให้ปฏิบัตินั้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจที่เข้มแข็งกล้า ที่จะเผชิญกับการพลัดพรากที่กำลังจะเกิดขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของนางเยาว์ กันทะมุล (2548) ที่พบว่าผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดมีคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณโดยรวมอยู่ในระดับสูง และผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดมีวิธีการปฏิบัติเพื่อช่วยให้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ คือ ปฏิบัติตามหลักธรรมทางพุทธศาสนา ได้แก่ การเชื่อในกฎแห่งกรรม กฎไตรลักษณ์ สวดมนต์ ไหว้พระ ทำบุญ ศึกษารธรรม ทำสมาธิ

2. ความอึดเอิบใจในจิตวิญญาณ (Spiritual contentment) ได้แก่ ความพึงพอใจในสิ่งที่นับถือ ความรู้สึกได้ใกล้ชิดกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ การปราศจากความกลัวในสิ่งที่เคารพ ความปรองดอง ความซื่อสัตย์ และความรู้สึกได้รับความคุ้มครองจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ สิ่งเหล่านี้สามารถส่งเสริมให้เกิดได้โดย

การส่งเสริมความพึงพอใจในสิ่งที่นับถือ ความรู้สึกได้รับการคุ้มครองจากสิ่งที่เคารพ ระลึกถึงศีลที่ปฏิบัติมา ยกย่องคุณความดีที่กระทำมา การหวนระลึกถึงความห ลังหรือความทรงจำต่างๆ (Reminiscence) เนื่องจากการระลึกถึงศีล คุณความดีที่กระทำและความทรงจำที่ดีงามที่ผ่านเข้ามาในชีวิต นอกจากจะ ทำให้ทราบถึงสิ่งที่ยังไม่ได้ทำและต้องการจะทำ แล้ว ยังทำให้เกิดความเป็นสุขทางใจ (O' Brien, 2008) สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดความหวัง (hope) เป็นความคาดหวังหรือเป้าหมายที่สำคัญในทางบวกของชีวิต การมีความหวังทำให้ชีวิตมีความสุข

หรือเป็นพลังที่ทำให้บุคคลมีความพยายามที่จะก้าวไปสู่ความคาดหวัง เมื่อพิจารณาจะเห็นได้ว่า กลุ่มตัวอย่าง อาจมีความหวังหลายอย่าง เช่น ความหวังเกี่ยวกับการดำเนิน ชีวิต ที่จะต้องปรับตัว หรือเตรียมตัวอย่างไร เพื่อให้โอกาสทุเลาลงหรือมีโอกาสดีขึ้น รวมทั้งความหวังเกี่ยวกับอนาคต เพื่อการเตรียมตัวตาย ซึ่งเกี่ยวข้องกับความหวังในชาติหน้าหรือชีวิตเบื้องหลังความตาย จากการ บันทึกลงของผู้ป่วยรายหนึ่ง ได้บรรยายว่า “เมื่อหมอกับหนูมาพูดคุยเกี่ยวกับโรค ทำให้รู้ว่าคงไม่ตาย เร็วอย่างที่คิด อยากทำบุญใหญ่ซักครั้ง จงกฐินวัดที่พิษณุโลก ไว้ปลายปี หวังว่าบุญใหญ่ครั้งนี้จะ ทำให้อะไรๆ ดีขึ้นบ้าง ” (ID 12: CA Breast T₄N₂M₀) หรือจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยรายหนึ่ง กล่าวว่า “ลูกสาวจะแต่งงานในอีก 2 เดือนข้างหน้า มันเตรียมงานกันหมดแล้ว ถ้ามีบุญจริงคงได้ อยู่ดูวันนั้น” (ID 25: CA Colon T₃N₀M₀) ทั้งนี้การมีความหวังและกำลังใจในการดำเนินชีวิตจะ ส่งผลให้เกิดความเข้มแข็งอดทน ซึ่งเป็นปัจจัยภายในที่จะช่วยให้บุคคลสามารถป้องกันเหตุการณ์ หรือสถานการณ์ที่ตนรับรู้ว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพ และช่วยให้สามารถต่อต้านความเครียด อันเนื่องมาจากการเผชิญกับภาวะเจ็บป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี ภายใต้การเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยที่มากกระทบ และสามารถชี้แหล่งประโยชน์ทางสังคมได้ อย่างมีประสิทธิภาพ (Pollock,1989) ความเข้มแข็งอดทนไม่เพียงแต่ช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ ดีขึ้นเท่านั้น แต่ยังพบว่ามันผลทำให้การดำเนินของโรคช้าลงด้วย (Nicholas and Webster,1993) ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิวาริณณ์ วัฒนาวัตถุ (2551) ที่พบว่า ความต้องการด้าน จิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป็น นรายด้าน มีความต้องการสูงสุดในด้านการทบทวน ความเชื่อ เนื่องจากเป็นความต้องการส่วนลึกที่เกี่ยวข้องกับตัวตนของตนเอง

การช่วยปลดเปลื้องสิ่งที่ค้างคาใจ และการปล่อยวางสิ่งต่างๆ โดยนัยหมายกับ ครอบครัวยของผู้ป่วย ในเวลาที่ญาติ ลูกหลาน สามารถพร้อมกันได้มากที่สุด รวมถึง การเปิดโอกาส ให้ขอโทษหรือให้อภัยต่อกัน (forgiveness) อธิบายได้ว่าสิ่งเหล่านี้อาจทำให้ผู้ป่วยสามารถ พิจารณาประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา ทั้งเรื่องราวที่เป็นความสุข ความสมหวัง ความทุกข์ และ /หรือ ความผิดพลาดที่เกิดขึ้น ซึ่งสิ่งที่สำคัญคือ ความผิดพลาดที่เป็นคว ามขัดแย้งระหว่างบุคคล บางครั้งบุคคลผู้ถูกกระทำอาจลืมหรือให้อภัยแล้ว แต่ผู้ กระทำยังคงเก็บไว้ในความทรงจำ ซึ่งเป็น สิ่งที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทางจิตวิญญาณและทำให้ไม่อาจตายอย่างสงบได้ (ไพศาล วิสาโล , 2552) เมื่อผู้ป่วยได้มีโอกาสปล่อยวาง ยอมรับในสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้น และได้ขอโทษหรือให้อภัย ต่อกัน รวมถึงการรับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกลูกทอดทิ้งหรือเป็นภาระ ก็ จะ นำไปสู่ความผาสุกทางจิตวิญญาณได้ จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยรายหนึ่ง กล่าวว่า “ลูกเค้าก็มี ครอบครัวยของเค้า คนที่เค้าอยู่ด้วยไม่ใช่คนที่เราเลือกให้ ก็เลยไม่ให้แต่งแต่เค้าก็ไม่ฟัง หนีไปไกล

นานๆ ไทรมหาหาก็ก็คุดไม่ก็ค้ำ คงนึกว่าเราโกรธ ไม่คิดว่าวันนี้ลูกจะมา ไม่ได้เจอนานมากแล้ว เห็น พาหลานเดินเข้ามาก็ดีใจ ไม่เคยโกรธเลย ยังไง ก็ลูก” (ID 18: CA Stomuch T₃N₁M₀) สอดคล้องกับการศึกษาของ Walton and Sullivan (2004) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากมีการเยียวยา ด้านจิตวิญญาณโดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคม ทำให้มีจิตใจที่เข้มแข็ง เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ และสอดคล้องกับการศึกษาของสมพร รัตนพันธ์ (2541) ที่พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล

3. การปฏิบัติตามหลักศาสนา (Religious practice) ได้แก่ การสนับสนุนให้ปฏิบัติตามความเชื่อของชุมชน สนับสนุนให้มีเพื่อนที่มีจิตวิญญาณเดียวกัน ปฏิญาณตนในการปฏิบัติ และปฏิบัติตามคำสอนของศาสนา สิ่งเหล่านี้สามารถส่งเสริมได้โดย

การส่งเสริมการปฏิบัติตามหลักความเชื่อทางศาสนา เพื่อให้ประกอบพิธีตามความเหมาะสม และสร้างบรรยากาศแห่งความสงบ เมื่อพิจารณาจากข้อมูลจะพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความศรัทธาเลื่อมใสในพระพุทธศาสนา มีความเชื่อในเรื่องการปฏิบัติตามหลักศาสนา เชื่อว่าการกระทำความดีจะได้รับผลดี ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า การทำบุญ (making merit) การประกอบพิธีกรรม (rite) และการสวดมนต์ (chanting) อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจที่เข้มแข็ง กล้าที่จะเผชิญกับความเจ็บปวด การพลัดพรากที่กำลังจะเกิดขึ้น รวมถึงการเปิดเทปสวดมนต์ให้ผู้ป่วยฟัง การทำสมาธิ (meditation) หรือการปฏิบัติสมาธิ เป็นการทำให้จิตสงบจากกิเลสหรืออกุศล นับว่ามีความสำคัญมากในการปฏิบัติตามคำสอนของพุทธศาสนา เพราะถือว่าเป็นการสร้างกุศลจิตหรือการทำความดีขั้นสูง จิตที่สงบจะทำให้ผู้ป่วยได้รำลึกถึงกุศลความดีหรือประสบการณ์ชีวิตที่งดงาม การได้มีโอกาสทำบุญ ทำสมาธิ และปฏิบัติตามคำสอนของศาสนา จะช่วยทำให้จิตใจสงบ อาการของโรคเบาบางลง และทุกข์ทรมานน้อยลง ดังเช่นจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยรายหนึ่ง กล่าวว่า “เวลาที่เหนื่อยมากๆ ปวดมากๆ ก็ท้อใจ แต่พยายามนึกตามที่คุณพยาบาลเคยบอกนะ นึกถึงเวลาไปทำบุญ เวลาไปสวดมนต์ นึกถึงพระที่เคยสร้างไว้ แม่เค้าก็ช่วยบอก พุท-โธ พุท-โธ ก็รู้สึกว่ามันหายใจสบายขึ้น เบาปวดลงพอทนได้ ไม่ทรมานทรมาน” (ID 26: CA Lung T₂N₃M₀) สอดคล้องกับแนวคิดของ O’ Brien (2008) กล่าวถึงปัจจัยหลักในการนำไปสู่ความผาสุกทางจิตวิญญาณ คือ การปฏิบัติกิจทางศาสนา เช่น การสักการบูชาพระศาสดา การสวดมนต์ การได้เข้าถึงสิ่งสูงสุดทางจิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิไลลักษณ์ ตันติตระกูล (2552) ที่พบว่า การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และการศึกษาของ นุปผา ซอ บิไซ (2536) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ระยะ 3 - 4 พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความ

ต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย คือ ศาสนาเป็นสิ่งที่มีความหมาย เป็นกำลังใจ และความหวัง ผู้ป่วยมีความต้องการที่จะปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาอย่างสม่ำเสมอ

จากหลักฐานและเหตุผลสนับสนุนที่กล่าวมา จึงกล่าวได้ว่า การดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นการจัดกิจกรรมเสริมนอกเหนือจากการพยาบาลตามปกติให้แก่ผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วย สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย มีความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยใช้แนวคิดความผาสุกทางจิตวิญญาณของ O' Brien (2008) ร่วมกับแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธของพระไพศาล วิสาโล (2552) มาประยุกต์ใช้ในการดูแล ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสงบ คลายความทุกข์ และเกิดความสุขในจิตใจ มีกำลังใจ และสามารถเพิ่มความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการ จัดรูปแบบ การดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ที่เจ็บป่วย ระยะสุดท้ายในสถานพยาบาลระดับตติยภูมิ โดยนำโปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณไปสอดแทรกในกระบวนการพยาบาลตามปกติ เพื่อให้การดูแลได้ครอบคลุมแบบ องค์กรวมและ ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีในวาระสุดท้ายของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย
2. สามารถนำโปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณไปประยุกต์ ใช้ในการดูแลผู้ป่วย โรคอื่นๆ ที่อยู่ในระยะสุดท้าย เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความทุกข์ทรมานน้อยลง พร้อมทั้งจะยอมรับความเป็นจริงของชีวิต โดยการสนับสนุน ส่งเสริมให้ครอบครัวของผู้ป่วย มีส่วนร่วมในการดูแลและให้กำลังใจ รวมถึงสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา โดยพยาบาลควรมีบทบาทในเชิงรุกมากขึ้นในด้านการดูแลทางจิตวิญญาณให้กับผู้ป่วยระยะสุดท้าย
3. ในการนำโปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธไปใช้นั้น การประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณก่อนที่จะเริ่มดำเนินกิจกรรม มีความจำเป็นต้องสร้าง สัมพันธภาพเบื้องต้นกับผู้ป่วยและครอบครัวก่อน เพื่อให้เกิดความไว้วางใจในตัวผู้ดำเนินกิจกรรม ซึ่งจะก่อให้เกิดความร่วมมือในการตอบคำถามและให้ข้อมูลที่ชัดเจนต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้ มีการประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณก่อนการทดลอง เพียง 1 ครั้ง อาจมีการประเมินก่อนการทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 2 ครั้ง เพื่อให้ข้อมูลที่ได้มีความชัดเจนมากขึ้น
2. การศึกษาครั้งนี้ ภายหลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรมแล้ว ผู้วิจัยได้ติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจนผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล หรือเสียชีวิต ดังนั้นควรมีการนำผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ไปพัฒนาเป็นโปรแกรมการพยาบาล ให้ครอบคลุมและต่อเนื่องไปจนถึงเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลหรือเสียชีวิต และควรมีการจัดกิจกรรมให้กับครอบครัวของผู้ป่วย เช่น การให้ความรู้หรือฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน เป็นต้น
3. การศึกษาครั้งนี้ใช้เวลาในการดำเนินโปรแกรมและเก็บข้อมูล ประมาณ 2 สัปดาห์ ควรมีการศึกษาเก็บข้อมูลอย่างต่อเนื่องภายหลังจากเสร็จสิ้นการดำเนินโปรแกรม 1 สัปดาห์ ไปจนถึง 4 สัปดาห์หรือจนถึงผู้ป่วยเสียชีวิต เพื่อติดตามการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยภายหลังจากเสร็จสิ้นการดำเนินโปรแกรม และศึกษาความผาสุกทางจิตวิญญาณในระยะยาว
4. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียว อาจทำการศึกษาเป็นแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลทางจิตวิญญาณควบคู่ไปด้วย เพื่อให้ได้ข้อมูลทางการวิจัยที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

การแพทย์,กรม. (2553). **สถิติโรคปีงบประมาณ 2552** [ออนไลน์]. แหล่งที่มา:

<http://www.dms.moph.go.th/syatreport/index.htm> [กรกฎาคม 2553]

คณะกรรมการจัดทำเกณฑ์มาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย. (2538). **คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งขั้นลุกลาม**. กรุงเทพฯ: เท็กซ์เมเรียนรูชาเซล.

จินต์จุฑา รอดพาล. (2549). **การตายดี: มุมมองผู้สูงอายุไทยพุทธ**. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จุมพล พูลภัทรชีวิน. (2552). **สู่ความเข้าใจเกี่ยวกับจิตวิญญาณ** [ออนไลน์]. แหล่งที่มา:

<http://www.ce.mahidol.ac.th> [ตุลาคม 2553]

จุฬารวรรณ สุรกุล. (2544). **ประสบการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งในการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากทีมสุขภาพ**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ฉวีวรรณ ไพรวัลย์. (2540). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา พฤติกรรมการดูแลทางพยาบาลกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยเอ็ดส์โรงพยาบาลบาราศนราดูล**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ทิวาวิวัฒน์ วัฒนาวัดถุ. (2551). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ณฤดี กิจทวี. (2552). **ประสบการณ์ด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม**.

วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา คณะจิตวิทยา
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี. (2550). **การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ใน ประเสวีรัฐ เลิศสงวนสินชัยและคณะ (บรรณาธิการ), การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. หน้า 15-23. กรุงเทพฯ: อักษรสัมพันธ์.

- ทัศนาศุ บุญทอง. (2534). มโนคติของจิตวิญญาณทางการแพทย์บาล ใน อรรถพิณธ์ วีระฉัตร(บรรณานุกรม)
การประชุมวิชาการเรื่อง การพยาบาลในมิติจิตวิญญาณ. กรุงเทพฯ: เรือนแก้ว
 การพิมพ์
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2547). เสี่ยงสะท้อนจากพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. **วารสาร
 พยาบาลเกื้อการุณย์** 11(2): 36-46.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2552). **พยาบาล: เพื่อนร่วมทุกข์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย.** พิมพ์ครั้งที่ 2.
 กรุงเทพฯ: วี พรินทร์.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2552). **จิตวิญญาณ: มิติหนึ่งของการพยาบาล.** กรุงเทพฯ: วี พรินทร์.
- ธัญญา น้อยเปียง. (2545). **การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม
 และความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม.** วิทยานิพนธ์ปริญญา
 มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นงลักษณ์ สรรสม และสุวีพร ธนศิลป์. (2553). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต
 ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. **วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**
 ฉบับพิเศษ: 42-53.
- นงเยาว์ กันทะมูล. (2546). **ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอด.**
 วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์
 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุปผา ชอบใช้. (2536). **ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง.**
 วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์
 บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2550). **ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์.** พิมพ์ครั้งที่ 4.
 กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเทอร์เน็ต.
- บัณฑิตยสถาน. (2546). **พจนานุกรม ฉบับบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542.** กรุงเทพฯ:
 ศิริวัฒนาอินเทอร์เน็ตพรินทร์.
- ประเวศ วะสี. (2544). **สุขภาพทางจิตวิญญาณ [ออนไลน์].** แหล่งที่มา: [http://www.
 doctor.or.th](http://www.doctor.or.th) [ตุลาคม 2553]
- ผกาพรรณ บุญดิเรก. (2548). **ดนตรีบำบัด. วารสารศิลปกรรมศาสตร์
 คณะศิลปกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ.** ฉบับปฐมฤกษ์: 26-29.

- พงศ์เทพ สุธีรัฐภูมิ. (2550). **ขอบเขตของสุขภาพทางจิตวิญญาณในบริบทไทย** [ออนไลน์].
แหล่งที่มา: [www.http://gotoknow.org](http://gotoknow.org) [ตุลาคม 2553]
- พินิจ รัตนกุล. (2547). จริยธรรมและการดูแลในผู้ป่วยมะเร็งวิถี. **วารสารเกื้อการุณย์** 11(2):
12-15.
- พิมพ์พร ลีลาพรพิสิฐ. (2545). **สุคนธ์บำบัด**. เชียงใหม่: คณะเภสัชศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ไพศาล วิสาโล. (2552). การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธ ในไพศาล ลิ้มสถิต
และอภิราชย์ ชันท์เสน(บรรณาธิการ), **ก่อนวันผลัดใบ หนังสือแสดงเจตนาการจากไป
ในวาระสุดท้าย**. พิมพ์ครั้งที่ 2. หน้า 27-48. กรุงเทพฯ: เอมี เอนเตอร์ไพรส์.
- พาริดา อิบราฮิม. (2534). มโนคติของจิตวิญญาณการพยาบาล. ในอรพินท์ วีระฉัตร
(บรรณาธิการ). **การประชุมวิชาการเรื่องการพยาบาลในมิติจิตวิญญาณ**,
กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- ระวีวรรณ ถวายทรัพย์. (2545). **ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์**.
วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรมศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2551). **การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้**. กรุงเทพฯ:
โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- วนิดา รัตนานนท์. (2550). วิเคราะห์ประเด็น Symptom management ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย.
เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. มิถุนายน
2550 ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กรุงเทพมหานคร
- วันดี โภคะกุล. (2543). **คู่มือการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้าย**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุม
สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- วิจิตรา กุสุมภ์. (2551). **การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต: แบบองค์รวม**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ:
ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล สหประชาพาณิชย์.
- วิชัย ฉัตรธนาวารี. (2552). โรคมะเร็งที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน ในประเสริฐ อัสสันตชัย
(บรรณาธิการ), **ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน**. หน้า 361-381.
กรุงเทพฯ: ยูเนียน ศรีเอชเอ็น.

- ระนิดา น้อยมนตรี. (2547). **จิตวิญญาณและความต้องการด้านจิตวิญญาณตาม
ประสบการณ์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะไม่ปรากฏอาการ.** วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วาสนีย์ วิเศษฤทธิ. (2550). **ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและ
ครอบครัว. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย.
5-6 มิถุนายน 2550 ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กรุงเทพมหานคร**
- วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล และสุวีพร ธนศิลป์. (2552). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทาง
จิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. วารสารสำนักการแพทย์ทางเลือก 2(3)
(กันยายน – ธันวาคม): 27-35.**
- สถาพร ลีลำนันทกิจ. (2543). **การดูแลแบบประคับประคอง. ในคู่มือการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ
ระยะสุดท้ายสำหรับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์
ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.**
- สมพร รัตนพันธ์. (2540). **ปัจจัยทำนายภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.**
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2544). **ตำราจิตเวชสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป: อาการทางจิตเวช
ในผู้ป่วยโรคกาย. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.**
- สุจินดา ริมศรีทอง, สุดาพรรณ ธัญจิรา, อรุณศรี เตชสังข์. (2550). **พยาธิสรีรวิทยาทางการ
พยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัทสามเจริญพาณิชย์(กรุงเทพ) จำกัด.**
- สุกรี เจริญสุข. (2539). **จะฟังดนตรีอย่างไรให้ไพเราะ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เรือนแก้ว
การพิมพ์.**
- สุกรี เจริญสุข. (2550). **ดนตรีเพื่อการพัฒนาศักยภาพของสมอง. กรุงเทพฯ: Dream
catcher graphic co., LTD.**
- สุมานี นิยมมานิตย์. (2552). **ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะใกล้ตาย. ในไพศาล ลิ้มสถิต และ
อภิราชย์ ชันท์เสน(บรรณาธิการ), ก่อนวันผลัดใบ หนังสือแสดงเจตนาการจากไปใน
วาระสุดท้าย. พิมพ์ครั้งที่ 2. หน้า 14-25. กรุงเทพฯ: เอมี เอนเตอร์ไพรส์.**
- สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ. (2550). **สถานะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของคนไทย. ในสุวิทย์
วิบูลผลประเสริฐ(บรรณาธิการ), การสาธารณสุขไทย 2548-2550. หน้า 168.
กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.**

- สุวรรณา วุฒิมิรณฤทธิ. (2544). **ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตายของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สันต์ หัตถิรัตน์. (2552). **การดูแลผู้ป่วยให้ตายดี**. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2550). **พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์วิญญูชน.
- อรรธยา อมรพรหมภักดี. (2547). **พฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลในสถาบันให้บริการสุขภาพ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อวยพร ตันมุขยกุล. (2534). การตอบสนองต่อความต้องการด้านจิตวิญญาณโดยใช้กระบวนการพยาบาล ใน อรุณีย์ วีระฉัตร (บรรณาธิการ), **การประชุมวิชาการ เรื่อง การพยาบาลในมิติจิตวิญญาณ**. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. (2547). **การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้าน**. **วารสารเกื้อการุณย์** 11(2): 47-52.
- อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์. (2543). **ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว ภาวะสุขภาพ การปฏิบัติธรรมกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

ภาษาอังกฤษ

- Aguilera, D. C. (1994). **Crisis intervention: Theory and methodology**. St.Louis: Mosby.
- Albers, G., Echteld, M. A., Vet, H. C., et al. (2010). Content and spiritual items of quality-of-life instruments appropriate for use in palliative care: review. **Journal of pain and symptom management** 40(2): 290-300.
- Ando, M., Morita, T., Akechi, T. Okamoto, T. (2010). Efficacy of short-term life-review interviews on the spiritual well-being of terminally ill cancer patient. **Journal of pain and symptom management** 39(6): 993-2010.

- Bakitas, M., Lyons, K. D., Hegel, M. T., et.al. (2009). Effects of a palliative care intervention on clinical outcomes in patient with advance cancer. **Journal of the American medical association** 302 (7): 741-749.
- Campbell, D. G. (1991). **Music physician for times to come**. Wheaton, IL: Quest.
- Carpenito, L. J. (1997). **Nursing diagnosis: Application to clinical practice**. Philadelphia: Lipponcortt.
- Carson, V. B. (1989). **Spiritual dimensions of nursing prectice**. Philadephia: W.B. Saunders Company.
- Curtis, J. R. (2007). Improving communication about end-of-life care in the intensive care unit. ใน ประเสริฐฐ เลิศสงวนสินชัยและคณะ, **การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 150-161. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์.
- Craven, R. F. and Hirnle, C. J. (1992). **Fundamentals of nursing: Human health and function**. Philadelphia: Lippincortt.
- Duggleby, W. D., Degner, L., Williams, A., et al. (2007). Living with Hope: Initial evaluation of a psychosocial hope intervention for older palliative home care patient. **Journal of pain and sysptom management** 33(3): 247-257.
- Ellison, W. (1983). Spiritual well-being: Conceptualization and measurement. **Journal of Psychology and Theology** 11(4): 330-340.
- Glynn, N. J. (1986). The therapynofmusic. **Journal of Gerontological Nursing** 12: 7-10.
- Guthrie, A. E, and Mazanec, P. (2004). Cancer. In M.L., Sherman and D.W. Matzo, **Gerontologic palliative care nursing**. pp.190-211. St. Louis: Mosby.
- Higginson, I. J., and Costantini, M. (2008). Dying with cancer, living well with advance cancer. **European journal of cancer** 44: 1414- 1424.
- Highfield, M. F. (1992). Spiritual health of oncology patient: Nurse and patient perspective. **Cancer Nursing**. 15(1), 1-8.
- Hill, L., and Smith, N. (1990). **Self-care nursing: Promotion of health** Norwolk: Appleton and Lange.
- Hirai, K., Miyashita, M., Morita, T., et al. (2006). Good death in Japanese cancer care: A qualitative study. **Journal of pain and symptom management** 31(2): 140-147.

- Jocham, H. R., Dassen, T., Widdershoven, G., Halfens, R. J., et.al. (2009). Quality of life assessment in a palliative care setting in Germany: an outcome evaluation. **International journal of palliative care nursing** 15 (7): 338-345.
- Johnson, K., and Davis, J. R. (1996). An introduction to music therapy: Halping the oncology patient in ICU. **Critical Care Nursing Quarterly** 18: 54-60.
- K. Leung, T. Chiu, C. Chen. (2006). The influence of wareness of terminal condition on spiritual well-being in terminal cancer patients. **Journal of Pain and Symptom Management** 31(5): 1-9.
- Kubler-Ross, E. (1969). **On death and dying**. New York: Macmillan Publishing.
- Lou, M-F. (2001) The use of music to decrease agitated behavior of demented elderly: the state of the science. **Scand J Caring Sci** 15: 165-173.
- McClement, S. E., & Chochinov, H. M. (2008). Hope in advance cancer patients. **European journal of Cancer** 44: 1169-1174.
- National cancer institute. (2009). **Hospital-based cancer registry 2008**. National cancer institute., Department of medical services ministry of public health. Bangkok: National cancer institute.
- National cancer institute. (2010). **Hospital-based cancer registry 2009**. National cancer institute., Department of medical services ministry of public health. Bangkok: National cancer institute.
- Nicolas, P. K., and Webster, A. (1993) Hardiness and social support in human immunodeficiency virus. **Applied Nursing research** 6(3): 132-136.
- O' Brien, M. E. (1982). The need for spiritual integrity. In H. Yura and M. Walsh (Eds.), **Human needs and the nursing process** (Vol. 2, pp. 82-115) Norwalk, CT: Appleton Century Croft.
- O' Brien, M. E. (1989). **Anatomy of a nursing home: A new view of resident life**. Owings Mills, MD: National Health Publishing.
- O' Brien, M. E. (2003). **Parish nursing: Healthcare ministry within the church**. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers.

- O' Brien, M. E. (2006). Parish nursing: Meeting spiritual needs of elders near the end of life. **Journal of Christian Nursing** 23(1): 28-33.
- O' Brien, M. E. (2008). **Spiritual in nursing: standing on holy ground**. 3rd edition. Massachusetts: Jones and Bartlett publishers.
- O' Connor, A. P., Wicker, C. A., and Germino, B. B. (1990). Understanding the cancer patient's search for meaning. **Cancer Nursing** 13(3): 167-175
- Olson, M., and Dossey, B. M. (2009). Dying in peace. In B. M. Dossey and L. Keegan, **Holistic nursing: A handbook for practice**. 5th edition, pp 393-414. Massachusetts: Jones and Bartlett.
- Paloutzian, R. F., Ellison, C. W. (1982). Loneliness, Spiritual well being and quality of life. In Peplau. L. A., Perlmen. D. **Loneliness, A source book of current therapy, research and therapy**. New York: Wiley Interscience.
- Pasetto, L. M., Falci, C., Compostella, A., et al. (2007). Quality of life in elderly cancer patients. **European journal of cancer** 43: 1508-1513.
- Peri, T. C. (1995). Promoting spiritual in person with acquired immunodeficiency syndrome: A nursing intervention. **Holistic Nursing Practice** 10(10): 68-70.
- Polit, D. F., and Beck, C. T. (2004). **Nursing research: principles and methods**. 3rd edition. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Pollock, S. E. (1989). The hardiness characteristic: A motivating factor in adaptation. **Advance in Nursing Science** 11(2): 53-62.
- Sellers, S. C., and Haag, B. A. (1998). Spiritual nursing interventions. **Journal of Holistic in Nursing** 16(3): 338-354.
- 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 edition. Philadelphia: J.B. Lippincortt.

- Taylor, E. J. (2006). Prevalence and associated factors of spiritual needs among patients with cancer and family caregivers. *Oncology Nursing Forum* 33(4): 729-735.
- Tsai, J., Wu, C., Chiu, T., et al. (2005). Fear of death and good death among the young and elderly with terminal cancers in Taiwan. *Journal of pain and symptom management* 29(4): 344-351.
- Weisman, A. (1972). *On dying and denying: A psychiatric study of terminality*. New York: Behavioral publications.
- World Health Organization. (2008). *Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes: Diagnosis and treatment*. Geneva: WHO Switzerland.
- World Health Organization. (2008). *Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes: Early detection*. Geneva: WHO Switzerland.
- World Health Organization. (2008). *Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes: Palliative care*. Geneva: WHO Switzerland.
- World Health Organization. (2010). *World cancer day 2010* [Online]. Retrieved From: <http://www.who.int/cancer/en/> [July 2010]
- Yao, C. A., Hu, W. Y., Lai, Y. F., et al. (2007). Dose dying at home influence the good death of terminal cancer patient. *Journal of pain and symptom management* 34(5): 497-504.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย
รายนามสถานที่ขอเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรื่อง ผลของการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุ
โรคมะเร็งระยะสุดท้าย (THE EFFECT OF BUDDHIST SPIRITUAL CARE ON SPIRITUAL
WELL-BEING OF THE END STAGE CANCER ELDERLY PATIENTS)

เสนอโดย นางสาวปัทมฉร รัตนิล นิสิตสาขา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้สูงอายุ)

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา

ลำดับที่	รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่งวิชาการ	ทำหนังสือถึง
1.	ผศ.นพ. พรเลิศ ฉัตรแก้ว	- อาจารย์แพทย์ คณะแพทย์จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย - วิสัญญีแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญเรื่อง Palliative care	คณบดีคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
2.	รองศาสตราจารย์ ดร. ทัศนีย์ ทองประทีป	- อาจารย์ประจำภาควิชา การพยาบาลอายุรศาสตร์ และศัลยศาสตร์ วิทยาลัย พยาบาลเกื้อการุณย์	คณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาล เกื้อการุณย์
3.	พระวิจิตรธรรมมาภรณ์ (เทิด ญาณวชิโร; วงศ์ชอุ่ม)	- ผู้ช่วยเลขานุการ สำนักงานส่งเสริมคุณธรรม จริยธรรมและความมั่นคง แห่งสถาบันชาติ ศาสนา พระมหากษัตริย์	ผู้ช่วยเลขานุการสำนักงาน ส่งเสริมคุณธรรม จริยธรรม และความมั่นคงแห่ง สถาบันชาติ ศาสนา พระมหากษัตริย์

ลำดับที่	รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่งวิชาการ	ทำหนังสือถึง
4.	แพทย์หญิง กาญจนาสุดา ทองไทย	- แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ โรคระบบต่อมไร้ท่อและ เมตตาบอลิซึม โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท - ผ่านการอบรมโครงการ เผชิญความตายอย่างสงบ ขั้นพัฒนาทักษะการนำ ทางจิตวิญญาณ (ขั้นสูง)	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สมิติเวช สุขุมวิท
5.	อาจารย์ศากุน ปวีณวัฒน์	- APN Palliative care คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี	คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

รายนามสถานที่ขอเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

ลำดับที่	ทำหนังสือถึง	สถานที่เก็บรวบรวม ข้อมูลการวิจัย	จำนวน (คน)
1.	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สมิติเวช สุขุมวิท	โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท	30

ภาคผนวก ข

จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย
เอกสารแจ้งผลพิจารณาจริยธรรม
เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130

ที่ ศธ 0512.11/ ๒๒๖

วันที่ 22 มิถุนายน 2554

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณะบดีคณะแพทยศาสตร์

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

เนื่องด้วย นางสาวปัทมธร รัตนิล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ พรเลิศ ฉัตรแก้ว เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิตินสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ พรเลิศ ฉัตรแก้ว

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158

ชื่อนิสิต

นางสาวปัทมธร รัตนิล โทร. 08-7095-3247

ที่ ศธ 0512.11/ 1๕๓๓



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรชัย ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๒ มิถุนายน 2554

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์เกี่ยวกับการумы มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร

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

เนื่องด้วย นางสาวปัทมธร รัตนิล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ ดร. ทศนีย์ ทองประทีป อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และสัลยศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรกรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

รองศาสตราจารย์ ดร. ทศนีย์ ทองประทีป

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158

ผู้นิสิต

นางสาวปัทมธร รัตนิล โทร. 08-7095-3247

ที่ ศธ 0512.11/ 1573



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีสศทพรชัย ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๒ มิถุนายน 2554

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้ช่วยเลขานุการสำนักงานส่งเสริมคุณธรรมจริยธรรมและความมั่นคงแห่งสถาบันชาติ
ศาสนา พระมหากษัตริย์

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

เนื่องด้วย นางสาวปัทมธร รัตนิล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณี ขอนมัสการ พระวิจิตรธรรมมารักษ์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้ พระวิจิตรธรรมมารักษ์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารักษ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

พระวิจิตรธรรมมารักษ์

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158

ชื่อนิสิต

นางสาวปัทมธร รัตนิล โทร. 08-7095-3247

ที่ ศธ 0512.11/ 1727



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีสศทพรชัย ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๒ มิถุนายน 2554

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท

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

เนื่องด้วย นางสาวปัทมธร รัตนิล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ แพทย์หญิงกาญจนาสุดา ทองไทย เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

แพทย์หญิง กาญจนาสุดา ทองไทย

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158

ชื่อนิสิต

นางสาวปัทมธร รัตนิล โทร. 08-7095-3247

ที่ ศธ 0512.11/ 1377



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรชัย ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

22 มิถุนายน 2554

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณะบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

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

เนื่องด้วย นางสาวปิ่นฉัตร รัตนิล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุ โรคมะเร็งระยะสุดท้าย” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ ศากุน ปวีณรัตน์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารัตน์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

อาจารย์ ศากุน ปวีณรัตน์

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158

ชื่อนิสิต

นางสาวปิ่นฉัตร รัตนิล โทร. 08-7095-3247

ที่ ศธ 0512.11/ 1716



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรชัย ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

9 สิงหาคม 2554

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม

เรียน คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสมิติเวช

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างการวิจัย
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เนื่องด้วย นางสาวปิ่นฉัตร รัตนิล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และประสงค์จะขอเสนอ รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรม โดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาคำเนิการด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อนันต์

นายแพทย์จิตจำลอง หะริณสุต

ผู้ช่วยผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท

10 OCT 2011

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158

ชื่อนิสิต

นางสาวปิ่นฉัตร รัตนิล โทร. 08-7095-3247

ที่ ศบ 0512.11/ 1959



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรหม ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

14 กันยายน 2554

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมิติเวชสุขุมวิท

เนื่องด้วย นางสาวปิณณธร รัตนิล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุ โรคมะเร็งระยะสุดท้าย” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในผู้ที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งในระยะแพร่กระจายไปยังระบบต่าง ๆ ของร่างกายหรือได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งอยู่ในระยะที่ 3 หรือระยะที่ 4 จำนวน 30 คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย แบบประเมินจิตวิญญาณ แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ คู่มือการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสำหรับพยาบาล คู่มือการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธสำหรับผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย และแบบบันทึกการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยตามโปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธ ทั้งนี้สัปดาห์ละประมาณ 1 ครั้ง ในวัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวปิณณธร รัตนิล ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารัตน์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158

ชื่อนิสิต

นางสาวปิณณธร รัตนิล โทร. 08-7095-3247



โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท
SAMITIVEJ SUKHUMVIT HOSPITAL

www.samitivejhospitals.com

133 สุขุมวิท 49 แขวงคลองตันเหนือ เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110 โทร. 0-2711-8181 แฟกซ์ : (66) 0-2391-1290
133 SUKHUMVIT 49, KLONGTAN NUA, VADHANA, BANGKOK 10110, THAILAND. TEL. 0-2711-8181 FAX : (66) 0-2391-1290

ที่ สผ.230/2554

11 ตุลาคม 2554

เรื่อง ตอบรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย และอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตามที่ท่านได้มีความประสงค์ขอให้คุณปิ่นนธร รัตนิล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย นำเสนอผลงานวิจัยเรื่อง "ผลของการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธต่อความมาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย" เพื่อพิจารณาจริยธรรมการวิจัย นั้น โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท ยินดีตอบรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในหัวข้อดังกล่าว และอนุมัติให้คุณปิ่นนธร รัตนิล ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบการทำวิจัยในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายแพทย์จิตจำลอง หะรินสุต)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท

สำนักกรรมการผู้จัดการ
โทร. 0-2711-8627

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Patient Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของ
ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

ชื่อผู้วิจัย นางสาวปิ่นณรร รัตนิล ตำแหน่ง นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ติดต่อ (ที่ทำงาน) แผนกผู้ป่วยวิกฤติ (ICU) โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท

133 ซอยสุขุมวิท 49 ถนนสุขุมวิท แขวงคลองตันเหนือ เขตวัฒนา

กรุงเทพมหานคร 10110

(ที่บ้าน) 151/548 ซอยพัฒนาการ 65 ถนนพัฒนาการ แขวงประเวศ

เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร 10250

โทรศัพท์ที่ทำงาน 0-2711-8580-83

โทรศัพท์มือถือ 08-7095-3247

E-mail : rattani@hotmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้เป็นการศึกษา ผลของการดูแลทางจิตวิญญาณ ามเชิงพุทธต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษา เปรียบเทียบความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายก่อน ระหว่างและหลังได้รับ โปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธ

4. ลักษณะของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

4.1 โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ดังนี้

4.1.1 มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง รวมจำนวน 30 คน

4.1.2 ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งในระยะแพร่กระจายไปยังระบบต่างๆ ของร่างกาย หรือได้รับการ วินิจฉัยว่าเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งอยู่ในระยะที่ 3 หรือระยะที่ 4 และได้รับการรักษาเพื่อประคับประคองและบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ

4.1.3 มีระดับความรู้สึกลดลงดี มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารได้รู้เรื่องและเข้าใจ

4.1.4 ไม่มีอาการแทรกซ้อนจากโรคที่อยู่ ในระยะลุกลาม จนทำให้เกิดอาการที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษ เช่น ระดับความรู้สึกลดลงลง เหลือขอบ ระดับความปวดมากกว่าหรือเท่ากับ 4

4.1.5 ระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 (Palliative performance scale \geq 50%)

4.1.6 นับถือศาสนาพุทธ

4.1.7 ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ตลอดระยะเวลาการวิจัย

4.2 พื้นที่ในการศึกษาวิจัย ได้แก่ โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท

5. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยเข้าเยี่ยม กลุ่มตัวอย่าง ในวันที่ 1 หรือ 2 ที่เข้ารับบริการ และประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ จากนั้นดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมทั้งหมดจำนวน 7 ครั้ง ครั้งละ 20 – 30 นาที รวมเป็นเวลาทั้งหมด 2 สัปดาห์ โดยเข้าเยี่ยมทุก 2 วัน ตามเวลานัดหมายกับกลุ่มตัวอย่างและครอบครัว ในรายที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลก่อนครบกำหนดตามโปรแกรมฯ จะดำเนินการต่อโดยการเยี่ยมบ้านจนครบตามโปรแกรมฯ และประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณซ้ำระหว่างดำเนินกิจกรรม(ครั้งที่ 4) และเสร็จสิ้นกิจกรรม (ครั้งที่ 7)

6. ในระหว่างดำเนินการตามโปรแกรมฯ จะยุติการเก็บข้อมูลทันทีเมื่อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้สึกลดลง มีอาการเหนื่อยหอบ อ่อนเพลีย ปวด หรือสัญญาณชีพผิดปกติซึ่งเกิดจากการลุกลามของโรค เพื่อให้การดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยตามอาการ โดยผู้วิจัยจะประสานงานกับพยาบาล ร่วมกับการพยาบาลเบื้องต้นและรายงานให้แพทย์ทราบเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นในลำดับต่อไป

7. ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและครอบครัวตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความสมัครใจ สามารถปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ รวมทั้งข้อมูลที่ได้ทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

8. ผู้วิจัยได้อธิบายถึงประโยชน์ของงานวิจัย เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีในวาระสุดท้าย และนำผลการวิจัย

มาเป็นแนวทางในการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งยังเป็นข้อมูลสำหรับการวิจัยทางการปฏิบัติการพยาบาล ในการพัฒนาคุณภาพงานบริการพยาบาลด้านการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการ

9. หากผู้เข้าร่วมการวิจัยมีปัญหาหรือข้อสงสัยสามารถติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมและติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลาที่ 151/548 ซอยพัฒนาการ 65 ถนนพัฒนาการ แขวงประเวศ เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร 10250 โทรศัพท์ 08-7095-3247 E-mail: rattani@hotmail.com และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ครอบครัวและผู้เข้าร่วมวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทบทวนว่ายังสมัครใจจะอยู่ในงานวิจัยต่อไปหรือไม่ รวมทั้งหากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมและการวิจัยในมนุษย์ สำนักกรรมการผู้จัดการ โรงพยาบาลสมิติเวช (สุขุมวิท) 133 ซอยสุขุมวิท 49 ถนนสุขุมวิท แขวงคลองตันเหนือ เขตวัฒนา กรุงเทพมหานคร 10110 โทรศัพท์ 0-2711-8627

ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุ
โรคมะเร็งระยะสุดท้าย

เลขที่ ประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าชื่อ (นาย/นาง/นางสาว)..... นามสกุล.....ได้รับคำอธิบาย
อย่างชัดเจนจากผู้วิจัย นางสาว ปวีณนทร รัตนิล ที่อยู่ที่ ติดต่อกับ 151/548 ซอยพัฒนาการ 65 ถนนพัฒนาการ
แขวงประเวศ เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร 10250 โทรศัพท์ 08-7095-3247 ที่ทำงานแผนกผู้ป่วยวิกฤติ
(ICU) โรงพยาบาลสมิติเวช (สุขุมวิท)

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียด เกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอน
สิ่งที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้
โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยจนเข้าใจ
เป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจ เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้า
ยินยอมเข้าร่วมกิจกรรมการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยใช้
เวลาในการเข้าร่วมการวิจัย 2 สัปดาห์

ข้าพเจ้ามีสิทธิ ถอนตัวออกจากการวิจัยครั้งนี้เมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล
ซึ่งการออกจากการวิจัยนี้จะไม่เกิดผลกระทบในทางใด ต่อการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่าผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย
รวมทั้งข้อมูลใดๆที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยที่ได้มา
ในภาพรวม ไม่มีข้อมูลส่วนใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้า สามารถ
ร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมและการวิจัยในมนุษย์ สำนักกรรมการผู้จัดการ โรงพยาบาล
สมิติเวช (สุขุมวิท) 133 ซอยสุขุมวิท 49 ถนนสุขุมวิท แขวงคลองตันเหนือ เขตวัฒนากรุงเทพมหานคร 10110
โทรศัพท์ 0-2711-8627

ข้าพเจ้าจึงได้ลงนามไว้ท้ายหนังสือนี้

ลงชื่อ.....ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

()

ลงชื่อ.....ผู้วิจัย

(นางสาวปวีณนทร รัตนิล)

ลงชื่อ.....พยาน

()

ภาคผนวก ค

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ ณของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

ตอนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง ประกอบด้วย

1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย
 2) แบบประเมินระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง
 3) คู่มือการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสำหรับพยาบาล เรื่องการ ดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

4) คู่มือการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

5) แบบประเมินจิตวิญญาณเชิงพุทธ

6) แบบบันทึกการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยตามโปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณ

เชิงพุทธ

ตอนที่ 1
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกที่แสดงถึงความเชื่อส่วนบุคคลของท่านเกี่ยวกับหัวข้อต่อไปนี้

				
1	2	3	4	5
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ข้อความ	1	2	3	4	5
1) ท่านเชื่อในคำสอนที่ว่าทำดียอมได้ดี					
2) ท่านรู้สึกว่าชีวิตเป็นประสบการณ์ที่ดั่งงามอย่างหนึ่ง					
3) คำสอนในศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจที่จะช่วยให้ท่านพบกับความผาสุกได้					
4)					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
20)					

ตอนที่ 2

เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง

- 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย
- 2) แบบประเมินระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง
- 3) คู่มือการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสำหรับพยาบาล เรื่องการ ดูแลทางจิตวิญญาณ

เชิงพุทธสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

- 4) คู่มือการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย
- 5) แบบประเมินจิตวิญญาณเชิงพุทธ
- 6) แบบบันทึกการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยตามโปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธ

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ ต้องการทราบข้อมูลส่วนตัวและข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของท่าน โปรดเติมข้อความในช่องว่าง และ/หรือ ชี้เครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ตรงตามความเป็นจริง โดยแต่ละข้อขอให้ท่านเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว

ก. ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ

- 1.ชาย 2.หญิง

2. อายุ.....ปี

3. สถานภาพสมรส

- 1.โสด 2. สมรส 3.หม้าย 4.หย่าร้าง/แยกกันอยู่

4.ระดับการศึกษาสูงสุด

- 1.ไม่ได้รับการศึกษา 2. ประถมศึกษา
 3.มัธยมศึกษาตอนต้น 4.มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช.
 5.อนุปริญญา/ปวส. 6.ปริญญาตรี/สูงกว่า

5. อาชีพ

- 1.ไม่ได้ประกอบอาชีพ 2.ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย
 3.บำนาญ 4.เกษตกรรวม 5. รับจ้าง

6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนในปัจจุบัน

1. <50,000 2.50,001 – 100,000 3. 100,001 – 150,000
 4. 150,001 – 500,000 5. >500,000

7. การจ่ายค่ารักษาพยาบาล

1. ต้นสังกัด/บำนาญ 2.ชำระเอง 3. ประกันชีวิต

8. บุคคลที่ช่วยเหลือดูแลท่าน

1. สามี-ภรรยา 2. บุตร/หลาน 3. เครือญาติอื่นๆ (เช่น พี่ น้อง)

ข. แบบบันทึกข้อมูลทางด้านสุขภาพ

1. การวินิจฉัยโรค.....
2. ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง.....
3. ระยะเวลาความรุนแรงของโรค (Cancer staging).....
4. โรคประจำตัว.....
5. Palliative performance scale.....
6. การรักษาที่เคยได้รับที่ผ่านมามาตั้งแต่เจ็บป่วย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - 1. เคมีบำบัด 2. รังสีรักษา 3. การผ่าตัด
 - 4. ฮอโมนบำบัด 5. สมุนไพร / การแพทย์ทางเลือก
 - 6. แบบประคับประคอง
7. การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - 1. เคมีบำบัด 2. รังสีรักษา 3. การผ่าตัด
 - 4. ฮอโมนบำบัด 5. สมุนไพร / การแพทย์ทางเลือก
 - 6. แบบประคับประคอง

ค. แบบบันทึกข้อมูลทางด้านจิตวิญญาณ

1. ความต้องการและเป้าหมายในชีวิต
 - 1. รักษาให้หาย 2. ไม่ทุกข์ทรมานจากอาการ 3. เสียชีวิตอย่างสงบ
 - 4. ไม่อยากมีชีวิตอยู่ 5. อยู่กับบุตร/หลานไปเรื่อยๆ
2. สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ
 - 1. ศาสนา 2. เครื่องราง/วัตถุมงคล 3. ครอบครัว
3. บุคคลหรือแหล่งสร้างขวัญกำลังใจ
 - 1. คู่สมรส 2. บุตร/หลาน 3. ตนเอง
 - 4. เพื่อน 5. เครื่องญาติ/พี่น้อง
4. การปฏิบัติศาสนกิจ
 - 1. ทำบุญใส่บาตร/สังฆทาน 2. สวดมนต์/ไหว้พระ
 - 3. วิปัสสนา/รักษาศีล 4. ฟังเทศน์ 5. สร้างวัด/พระ

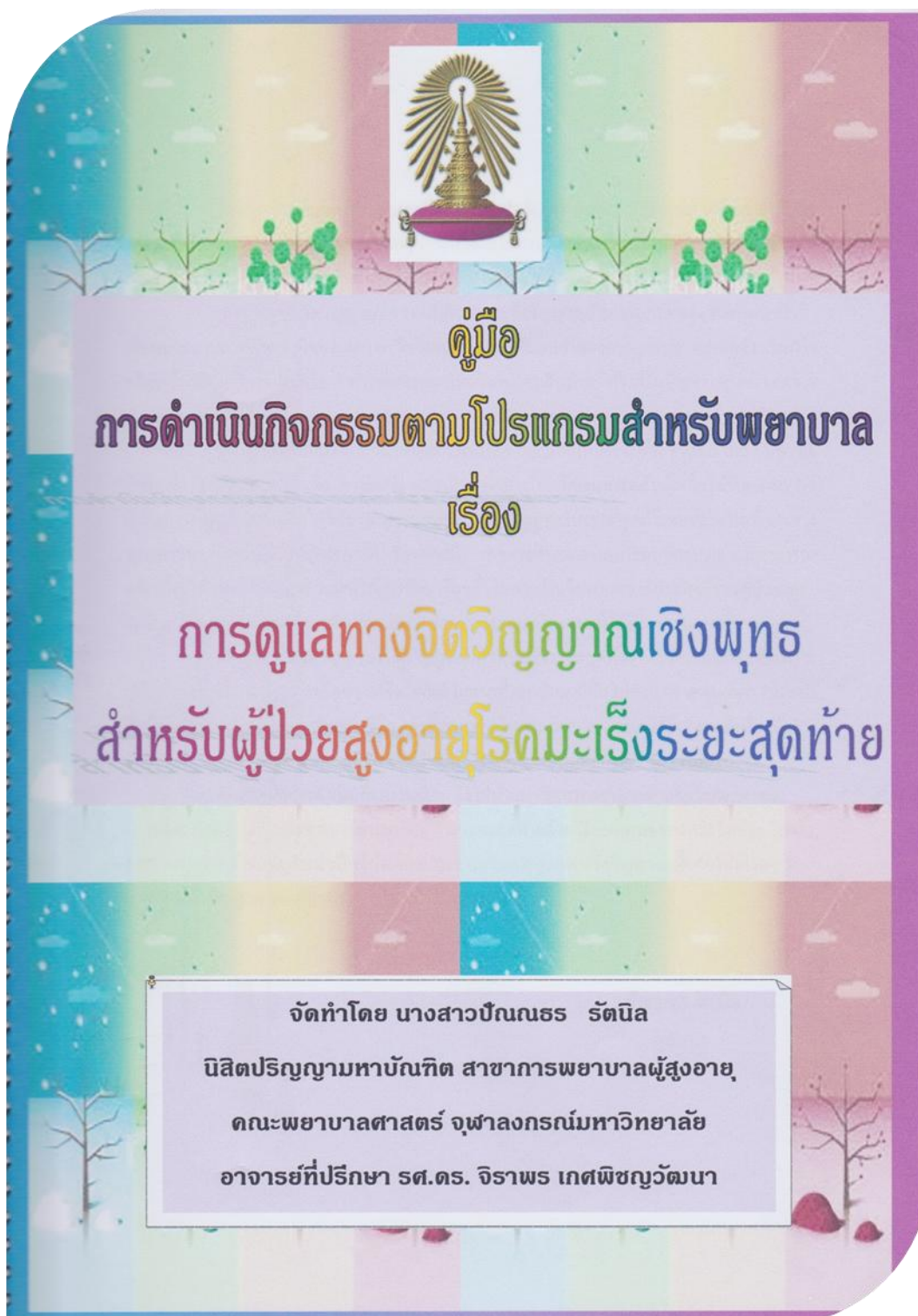
แบบประเมินระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Performance scale)

คำชี้แจง คะแนนการประเมินระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (PPS) ให้ดูที่ตารางการแบ่งระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โดยการอ่านในแนวราบตามแต่ละระดับของ PPS เพื่อตรวจสอบว่าคะแนนการประเมินระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองอยู่ที่ระดับกี่เปอร์เซ็นต์ ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยมากที่สุด

ระดับ PPS	การเคลื่อนไหว	การปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินโรค	การดูแลตนเอง	การรับประทานอาหาร	ระดับความรู้สึกตัว
100%	เคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ ไม่มีอาการของโรค	ทำตัวเอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
90%	เคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ มีอาการของโรคบางอาการ	ทำตัวเอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
80%	เคลื่อนไหวปกติ	ต้องออกแรงอย่างมากในการทำกิจกรรม ตามปกติ มีอาการของโรคบางอาการ	ทำตัวเอง	ปกติ หรือลดลง	รู้สึกตัวดี
70%	ความสามารถในการ เคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ มีอาการของโรคอย่างมาก	ทำตัวเอง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี
60%	ความสามารถในการ เคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานอดิเรก/งานบ้านได้ มีอาการของโรคอย่างมาก	ต้องการความช่วยเหลือ เป็นครั้งคราว	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ สับสน
50%	นั่ง/นอน เป็นส่วนใหญ่	ไม่สามารถทำงานได้เลย มีการลุกลามของโรคมากขึ้น	ต้องการความช่วยเหลือในการ ปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ สับสน

ระดับ PPS	การเคลื่อนไหว	การปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินโรค	การดูแลตนเอง	การรับประทานอาหาร	ระดับความรู้สึกตัว
40%	นอนอยู่บนเตียงเป็นส่วนใหญ่	ทำกิจกรรมได้น้อยมาก มีการลุกลามของโรคมากขึ้น	ต้องการความช่วยเหลือ เป็นส่วนใหญ่	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
30%	อยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ มีการลุกลามของโรคมากขึ้น	ต้องการการดูแลทั้งหมด	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
20%	อยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ มีการลุกลามของโรคมากขึ้น	ต้องการการดูแลทั้งหมด	จิบน้ำได้เล็กน้อย	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
10%	อยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ มีการลุกลามของโรคมากขึ้น	ต้องการการดูแลทั้งหมด	รับประทานอาหารไม่ได้ (บ้วนปากได้เท่านั้น)	ง่วงซึม หรือ ไม่รู้สึกตัว +/- สับสน
0%	เสียชีวิต	-	-	-	-

ตัวอย่าง คู่มือการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสำหรับพยาบาล



บทนำ

จิตวิญญาณเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่มีความสำคัญเพราะบุคคลประกอบด้วยร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ การดูแลสุขภาพบุคคลไม่สามารถแบ่งแยกเป็นส่วนๆ ได้ แต่ต้องให้การดูแลคนทั้งคนในทุกองค์ประกอบอย่างบูรณาการ เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีของบุคคล

การดูแลด้านจิตวิญญาณมีความสำคัญเพราะจิตวิญญาณเป็นแก่นหลักของชีวิตที่ทำหน้าที่เชื่อมประสานการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจและสังคม เป็นแหล่งของความหมาย ความหวัง คำสั่งใจ หรือเครื่องยึดเหนี่ยวของจิตใจ ทำให้สามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วย ก้าวผ่านปัญหา อุปสรรคความลำบากในชีวิตได้

พุทธศาสนาที่คนไทยส่วนใหญ่เคารพนับถือ เป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตคนไทย มีความสำคัญต่อวัฒนธรรม ความเชื่อ ความหวัง และเป็นที่พักพิงใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อได้รับความทุกข์ เหนียวินภาวะวิกฤติ หรือเจ็บไข้ได้ป่วย ความศรัทธาทางจิตวิญญาณในระยะสุดท้ายของชีวิตในบริบททางพุทธศาสนา คือการนำไปสู่การตายดี ซึ่งหมายถึง การตายที่ปลอดจากการทุกข์ทรมาน ที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ของผู้ป่วย ญาติ และผู้ให้การรักษาโดยทั่วไปควรเป็นไปตามความประสงค์ของผู้ป่วยและญาติ บนพื้นฐานของการรักษาด้านการแพทย์ วัฒนธรรมและจริยธรรมที่ได้มาตรฐานและดีงาม

การดูแลทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย จึงมีความสำคัญยิ่งเพราะแม้ร่างกายจะเสื่อมถอยลงไปเรื่อยๆ แต่จิตใจยังมีโอกาสที่จะกลับมาดีขึ้น ไม่ทรมานทรมาย จนเกิดความสงบขึ้นได้แม้กระทั่งในวาระสุดท้ายของชีวิต ดังที่ท่านพระไพศาล วิสาโล กล่าวไว้ว่า “ กายกับใจแม้จะสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด แต่เมื่อกายทุกข์ ไม่จำเป็นว่าใจจะต้องเป็นทุกข์กับกายด้วยเสมอไป”

ดังนั้นคู่มือการดำเนินกิจกรรมนี้ จึงได้นำแนวคิดการพยาบาลด้านจิตวิญญาณของ O' Brien, (2008) และแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธของพระไพศาล วิสาโล, 2552 มาประยุกต์ใช้และพัฒนาเป็นโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลทางจิตวิญญาณเพื่อก่อให้เกิดความศรัทธาทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

ปัทมธร รัตนิล

ผู้จัดทำ

คำชี้แจง

คู่มือการดำเนินงานกิจกรรมตามโปรแกรมสำหรับพยาบาล เรื่อง “การดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย” ได้จัดทำขึ้นเพื่อสามารถเป็นส่วนประกอบในการให้ความรู้ คำแนะนำ แก่ผู้ป่วยครอบครัว รวมทั้งผู้ที่สนใจ และใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อก่อให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณในระยะสุดท้ายของชีวิต อีกทั้งยังส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีตามมาอีกด้วย

คู่มือการดำเนินงานกิจกรรมตาม โปรแกรมสำหรับพยาบาลนี้ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับ โรคมะเร็ง

ส่วนที่ 2 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับจิตวิญญาณและความผาสุกทางจิตวิญญาณ

ส่วนที่ 3 โปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธ และ

ส่วนที่ 4 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนิน โปรแกรม

ผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือฉบับนี้จะเป็นประโยชน์แก่พยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้อง ในการดูแลทางจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย หากมีข้อผิดพลาดประการใด ขออภัยไว้ ณ ที่นี้

บัณฑิลา รัตนิล

ผู้จัดทำ

สารบัญ

	หน้า
ส่วนที่ 1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคมะเร็ง	
พยาธิสรีระวิทยาของมะเร็ง	7
สาเหตุและกลไกของการเกิดมะเร็ง	10
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดมะเร็ง	11
การจัดแบ่งชั้นความรุนแรงของโรคมะเร็ง	14
โรคมะเร็งที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ	15
อาการและอาการแสดงที่พบในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย	16
ส่วนที่ 2 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับจิตวิญญาณและความผาสุกทางจิตวิญญาณ	
ลักษณะปฏิบัติการตอบสนองต่อความตาย	20
ลักษณะปฏิบัติการตอบสนองด้านจิตวิญญาณต่อความตาย	22
ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ	23
ปรัชญาและหลักการสำคัญเกี่ยวกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ ในผู้ที่เจ็บป่วย (O' Brien, 2008)	24
แนวคิดการดูแลทางจิตวิญญาณ	26
มุมมองของการตายดีในผู้สูงอายุไทยพุทธ	27
แนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้าย ด้วยวิธีแบบพุทธของพระไพศาล วิสาโล	28

สารบัญ

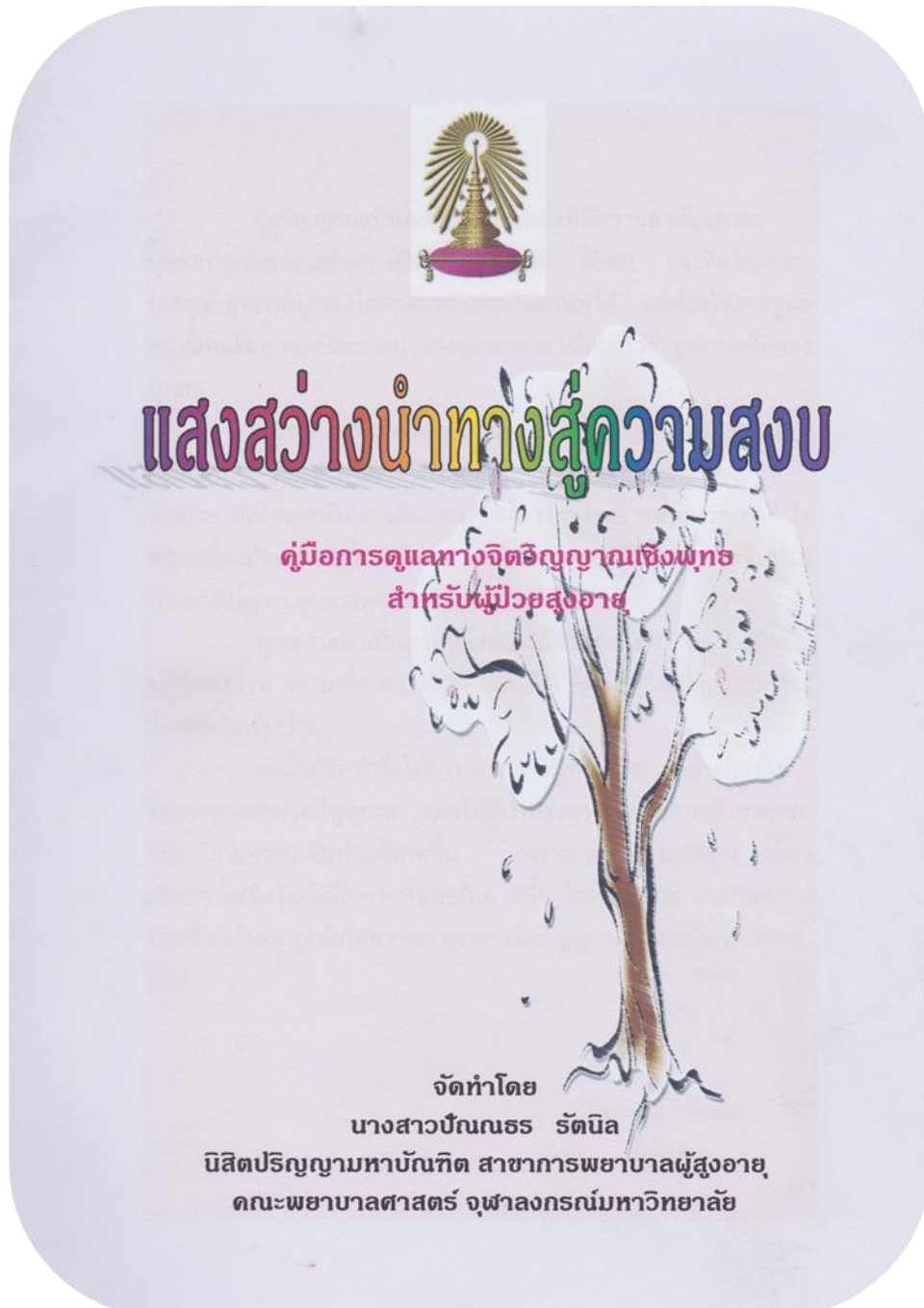
	หน้า
ส่วนที่ 3 การดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธ	
คำจำกัดความ	32
โปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธ	33
กิจกรรมครั้งที่ 1	37
กิจกรรมครั้งที่ 2	42
กิจกรรมครั้งที่ 3	46
กิจกรรมครั้งที่ 4	51
กิจกรรมครั้งที่ 5	56
กิจกรรมครั้งที่ 6	61
กิจกรรมครั้งที่ 7	66
ส่วนที่ 4 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินโปรแกรม	
แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล	71
แบบประเมินจิตวิญญาณ	73
แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ	76
แบบบันทึกการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยตาม โปรแกรมฯ	79
รายการอ้างอิง	88



ส่วนที่ 1

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคมะเร็ง

ตัวอย่าง คู่มือการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง
ระยะสุดท้าย



บทนำ

จิตวิญญาณเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่มีความสำคัญเพราะบุคคลประกอบด้วยร่างกายจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ การดูแลสุขภาพบุคคลไม่สามารถแยกเป็นส่วนๆได้ แต่ต้องให้การดูแลคนทั้งคนในทุกองค์ประกอบอย่างบูรณาการ เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีของบุคคล

การดูแลด้านจิตวิญญาณมีความสำคัญเพราะจิตวิญญาณเป็นแก่นหลักของชีวิตที่ทำหน้าที่เชื่อมประสานการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจและสังคม เป็นแหล่งของความหมาย ความหวัง กำลังใจหรือเครื่องยึดเหนี่ยวของจิตใจ ทำให้สามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยก้าวผ่านปัญหา อุปสรรคความลำบากในชีวิตได้

พุทธศาสนาเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตคนไทย มีความสำคัญต่อวัฒนธรรม ความเชื่อ ความหวัง และเป็น ที่พึ่งทางใจเมื่อเผชิญภาวะวิกฤตหรือเจ็บป่วย

ดังนั้นผู้จัดทำจึงได้นำบริบททางพุทธศาสนาประยุกต์ใช้ในการดูแลทางจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุและครอบครัวสามารถยอมรับกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เพราะแม้ร่างกายจะเสื่อมถอยลงเรื่อยๆ แต่จิตใจยังมีโอกาสที่จะกลับมาดีขึ้น ไม่ทรมานทรมาย จนเกิดความสงบขึ้นได้และก่อให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณในระยะสุดท้ายของชีวิต

ปัทมธร รัตน์
ผู้จัดทำ



สารบัญ

	หน้า
ความสุขสงบ ในจิตใจ	8
โปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธ	10
• สร้างสัมพันธภาพ ให้ความรัก ความเห็นอกเห็นใจ	15
• ประเมินทางด้านจิตวิญญาณ	21
• เตรียมใจให้พร้อมก่อนเดินทางไกล	25
• ส่งเสริมความเชื่อ ความศรัทธาและความพึงพอใจ	
ในสิ่งที่นับถือ ช่วยให้จิตใจจดจ่อกับสิ่งดีงาม	32
• ช่วยปลดปล่อยสิ่งที่ค้างคาใจและปล่อยวางสิ่งต่างๆ	39
• ส่งเสริมการปฏิบัติตามหลักความเชื่อทางศาสนา	
เอื้อให้ประกอบพิธีตามความเหมาะสม	
และสร้างบรรยากาศแห่งความสงบ	44
• สนับสนุนให้ครอบครัววางแผนร่วมกับผู้ป่วย	
ในการจัดการเมื่ออยู่ในวาระสุดท้าย	52
รายการอ้างอิง	



อภิธรรมปิณฑม ชุมนวคตสวณ

... ควรพวกเรทั้งหมด ...

คิดดูให้เห็นโทษและคุณแห่งความตายเสียให้ชัดใจ

... ผู้มีปัญญาไม่ควรประมาทความตาย ...

ให้เห็นว่าเป็นสมบัติสำหรับตัวเรา เราต้องการในกาลอันสมควร

คือความตายมาถึงเราสมัยใด สมัยนั้นและเชื่อว่ากาลอันสมควร

ไม่ควรจะเกลียด ไม่ควรจะกลัว

... สังขารทั้งหมด ...

คือสัตว์ที่เกิดมาในไตรภพจะหลีกหลบให้พ้นจากความตาย ไม่มีเลย

เมื่อมีความเกิดเป็นเบื้องต้นแล้ว ย่อมมีความตายเป็นเบื้องปลายทุก

คน

นัยหนึ่งให้เอาความเกิดความตายซึ่งมีประจำอยู่ทุกวันเป็น

เครื่องหมาย

เมื่อพิจารณาถึงความตาย

ก็ต้องพิจารณาถึง ความป่วยไข้ และความแก่ ความชรา

เพราะเป็นเหตุเป็นผลกัน

... ความระงับสังขารทั้งหมดนั้น ...

ท่านมิได้หมายถึงความตาย

ท่านหมายถึงวิปัสสนาญาณ และอาสวกขณญาณ

คือปัญญารู้เท่าสังขาร รู้ความสิ้นไปแห่งอาสวะ

... เป็นชื่อของพระนิพพาน ... เป็นยอดแห่งความสุข ...

พระอุบาลีคุณูปมาจารย์ (จันทร์ สิริจันโท)

วัดบรมนิวาสราชวรวิหาร กรุงเทพมหานคร




ความสุขสงบ ในจิตใจ

เกิดขึ้นเมื่อ.....

- มีความรู้สึกส่วนลึกภายในจิตใจ
- สภาวะจิตใจมีความสุข
- ได้รับความรัก ความเห็นอกเห็นใจ
- ปราศจากความกลัว ยอมรับความตายที่จะมาถึง
- มีความมั่นใจ พึ่งพอใจในความเชื่อ ความศรัทธาของสิ่งที่เคารพนับถือ
- มีจิตใจจดจ่ออยู่กับสิ่งดีงาม
- ได้รับการปลดปล่อยจากสิ่งที่ค้างคาใจ เกิดการปล่อยวางให้ภัยตนเองและผู้อื่น
- ได้อยู่ในสถานที่ที่สงบ
- ได้เข้าไปใกล้หรือเข้าถึงสิ่งสูงสุดทางจิตใจ



คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกที่แสดงถึงความเชื่อของท่านเกี่ยวกับหัวข้อต่อไปนี้

				
1	2	3	4	5
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ข้อความ	1	2	3	4	5
ก. ความเชื่อส่วนบุคคล (personal faith)					
1) ท่านมีความศรัทธา เลื่อมใสในพระพุทธศาสนา					
2) ท่านเชื่อว่าผู้ที่นับถือศาสนาพุทธ จะมีคำสอนของพระพุทธเจ้าเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ					
3) ท่านรู้สึกมั่นใจว่าศาสนาพุทธ มีคำสอนในทางที่ดี ที่ควรยึดถือปฏิบัติ					
4) ท่านเชื่อว่าจะได้รับความสุขและความสบายใจจากความเชื่อและการปฏิบัติตามคำสอนของพระพุทธศาสนา					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
20)					

แบบบันทึกการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยตามโปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธ

ครั้งที่	วัน-เดือน-ปี	ระยะเวลา	อาการของผู้ป่วย	กิจกรรม	ประเมิน
1./...../..... -	ระดับความรู้สึกตัวและอารมณ์ <input type="checkbox"/> รู้สึกตัวดี <input type="checkbox"/> สับสน <input type="checkbox"/> อารมณ์ปกติ <input type="checkbox"/> ซึมเศร้า <input type="checkbox"/> กลัว <input type="checkbox"/> วิตกกังวล อาการและอาการแสดง <input type="checkbox"/> ไม่มีอาการ <input type="checkbox"/> เหนื่อยหอบ <input type="checkbox"/> ปวด <input type="checkbox"/> ไม่สบาย <input type="checkbox"/> คลื่นไส้ อาเจียน <input type="checkbox"/> การขับถ่ายผิดปกติ <input type="checkbox"/> มีไข้ <input type="checkbox"/> อ่อนเพลีย <input type="checkbox"/> นอนไม่หลับ <input type="checkbox"/> Pain score =	<input type="checkbox"/> สร้างสัมพันธภาพ เข้าหาผู้ป่วยและครอบครัว แนะนำตัว <input type="checkbox"/> สร้างความเข้าใจ ความมั่นใจ ชี้แจงวัตถุประสงค์ สิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วม <input type="checkbox"/> ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรค <input type="checkbox"/> ประเมินอาการ ความไม่สบาย <input type="checkbox"/> ประเมินความต้องการได้รับความช่วยเหลือ <input type="checkbox"/> พุดให้กำลังใจ <input type="checkbox"/> สัมผัสด้วยความอ่อนโยน <input type="checkbox"/> นัดหมายวัน เวลา ในการเข้าพบครั้งต่อไป	<input type="checkbox"/> ผู้ป่วยและครอบครัวให้การตอบรับ สนใจ <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยมีความเข้าใจ ความมั่นใจในเบื้องต้น <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยรับฟัง <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยยอมรับการสัมผัส <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยและครอบครัวไม่ตอบรับ ไม่สนใจ <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยแสดงความไม่เชื่อใจ หวาดกลัว <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยไม่รับฟัง <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยไม่ยอมรับการสัมผัส

ภาคผนวก ง

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์เครื่องมือวิจัย

การคำนวณหาค่าความเที่ยง ผู้วิจัยนำแบบประเมินที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และทำการปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยจำนวน 30 คน แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเที่ยงของแบบประเมิน ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มีสูตรดังนี้

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum Si^2}{St} \right]$$

เมื่อ	α	คือ ค่าความคงที่ภายใน
	n	คือ จำนวนข้อในแบบประเมิน
	$\sum Si^2$	คือ ผลรวมของความแปรปรวนของคะแนนรายข้อ
	St	คือ ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับ

2. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การคำนวณหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.1 ค่าร้อยละ ใช้สูตร

$$P = \frac{f}{n} \times 100$$

เมื่อ	P	คือ ค่าร้อยละ
	f	คือ ความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นร้อยละ
	n	คือ จำนวนรวมทั้งหมด

2.2 ค่าเฉลี่ย ใช้สูตร

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

เมื่อ	\bar{X}	คือ ค่าเฉลี่ย
	$\sum X$	คือ ผลรวมของคะแนนทั้งหมด
	N	คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

2.3 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สูตร

$$SD = \frac{\sqrt{N\sum X^2 - (\sum X)^2}}{N(N-1)}$$

เมื่อ	SD	คือ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	$\sum X$	คือ ผลรวมทั้งหมดของคะแนนแต่ละตัว
	$\sum X^2$	คือ ผลรวมทั้งหมดของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง
	N	คือ จำนวนข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง

ภาคผนวก จ

ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล

ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล

ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล (เพิ่มเติม)

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ยของคะแนนประเมินจิตวิญญาณเชิงพุทธ ของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

ตารางที่ 11 คะแนนประเมินจิตวิญญาณเชิงพุทธ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย 30 ราย

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ยของคะแนนประเมินจิตวิญญาณเชิงพุทธ ของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ ง
ระยะสุดท้าย

จิตวิญญาณเชิงพุทธ	ค่าเฉลี่ยของคะแนน ประเมินจิตวิญญาณ เชิงพุทธ
ก. ความเชื่อส่วนบุคคล	
1) ท่านมีความศรัทธา เลื่อมใสในพระพุทธศาสนา	4.40
2) ท่านเชื่อว่าผู้ที่นับถือศาสนาพุทธ จะมีคำสอนของพระพุทธเจ้าเป็น เครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ	4.07
3) ท่านรู้สึกมั่นใจว่าศาสนาพุทธ มีคำสอนในทางที่ดี ที่ควรยึดถือ ปฏิบัติ	4.13
4) ท่านเชื่อว่า您将ได้รับความสุขและความสบายใจจากความเชื่อและ การปฏิบัติตามคำสอนของพระพุทธศาสนา	4.20
5) ท่านเชื่อว่าผู้ที่ทำดีย่อมได้รับผลดี ผู้ที่ทำชั่วย่อมได้รับผลชั่ว	4.53
6) ท่านมีความมั่นใจว่าสิ่งศักดิ์สิทธิ์ให้ความคุ้มครองผู้ที่ทำความดี อยู่เสมอ	4.03
7) ท่านเชื่อว่าพื้นฐานทางพระพุทธศาสนาทำให้บุคคลมีศีลธรรมและ สังคมมีความสงบสุข	3.90
ข. การปฏิบัติตามหลักศาสนา	
8) กลุ่มพุทธศาสนิกชนหรือกลุ่มที่มีความเชื่อเดียวกันเป็นส่วนสำคัญ สำหรับชีวิตท่าน	3.77
9) ท่านมีความตั้งใจที่จะเข้าร่วมในการปฏิบัติศาสนกิจถ้าสามารถ ทำได้	4.23
10) ท่านมีความพึงพอใจในการปฏิบัติตามหลักศาสนานอกจาก การกราบไหว้พระ เช่น การนั่งสมาธิ การทำบุญ การช่วยเหลือผู้อื่น และสังคม	4.10
11) ท่านได้รับการแนะนำ สนับสนุนในการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา โดยเพื่อนหรือครอบครัวที่มีความเชื่อตามหลักศาสนาเดียวกัน	4.40

ตารางที่ 10 (ต่อ)

จิตวิญญาณเชิงพุทธ	ค่าเฉลี่ยของคะแนน ประเมินจิตวิญญาณ เชิงพุทธ
12) ท่านได้รับความสะดวกสบายและความช่วยเหลือในการปฏิบัติ ศาสนกิจจากผู้นับถือศาสนาเดียวกัน	3.77
13) สิ่งที่ช่วยท่านในการเข้าถึงคำสอนของพระพุทธเจ้า คือการอ่าน หนังสือธรรม พังธรรมะ สวดมนต์ หรือสมาธิ	4.03
ค. ความเชื่อส่วนบุคคล	
14) ท่านรู้สึกมีความสุขทุกครั้งที่เกิดถึงความดีที่เคยกระทำมา	4.00
15) ท่านรู้สึกได้ใกล้ชิดกับพระพุทธองค์เพราะสามารถนำคำสอนมา ใช้ได้ในชีวิตประจำวัน	4.37
16) ท่านคิดว่าการตั้งจิตอธิษฐานและการภาวนาจะเป็นจริงได้ด้วย ศรัทธา	4.47
17) ท่านเคยทำบางอย่างที่ทำให้รู้สึกว่าเป็นบาปต้องได้รับผลกรรมนั้น ตามกฎหมายแห่งกรรม	4.37
18) ท่านรู้สึกภาคภูมิใจที่เป็นที่รักของทุกคน	4.33
19) ท่านรู้สึกว่าความดีที่ท่านได้กระทำมา ทำให้ท่านได้รับผลดี	4.33
20) ท่านเชื่อว่าเมื่อทำบุญย่อมได้รับผลบุญทั้งในชาตินี้และส่งผลถึง ชาติหน้าด้วย	4.20
โดยรวม	83.63

ตารางที่ 11 คะแนนประเมินจิตวิญญาณเชิงพุทธ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้ป่วย
สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย 30 ราย

N = 30	คะแนนประเมินจิตวิญญาณเชิงพุทธ	
	คะแนน	มีความเชื่อทางจิตวิญญาณ
1	74	สูง
2	81	สูงมาก
3	88	สูงมาก
4	92	สูงมาก
5	84	สูงมาก
6	78	สูง
7	81	สูงมาก
8	85	สูงมาก
9	85	สูงมาก
10	85	สูงมาก
11	86	สูงมาก
12	88	สูงมาก
13	72	สูง
14	86	สูงมาก
15	90	สูงมาก
16	87	สูงมาก
17	87	สูงมาก
18	86	สูงมาก
19	86	สูงมาก
20	86	สูงมาก
21	89	สูงมาก
22	90	สูงมาก
23	89	สูงมาก
24	89	สูงมาก

ตารางที่ 11 (ต่อ)

N = 30	คะแนนประเมินจิตวิญญาณเชิงพุทธ	
	คะแนน	มีความเชื่อทางจิตวิญญาณ
25	86	สูงมาก
26	74	สูง
27	73	สูง
28	72	สูง
29	78	สูง
30	82	สูงมาก
คะแนนรวม		2509
SD		5.83
Mean		83.63

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวปัทมฉัตร รัตนิล เกิดวันที่ 1 พฤศจิกายน 2525 สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยมิชชัน (ปัจจุบันเป็นคณะพยาบาลศาสตร์มิชชัน มหาวิทยาลัยนานาชาติ เอเชีย-แปซิฟิก) ในปีการศึกษา 2548 ได้เข้าปฏิบัติงาน ณ แผนกผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลสมิติเวช ซอยสุขุมวิท 49 ถนนสุขุมวิท แขวงคลองตันเหนือ เขตวัฒนา กรุงเทพมหานคร 10110 โทร. 0-2711-8580 เมื่อเดือนเมษายน 2548 จนถึงปัจจุบัน และปัจจุบันศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตั้งแต่ปีการศึกษา 2552 – ปัจจุบัน