

สภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่เข้ารับการรักษา ณ วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี



นางชนิดดา ผาสุกมุล

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2545

ISBN 974-17-1762-8

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

SPIRITUAL ASPECTS AMONG PATIENTS WITH AIDS AT PHRABAT NAMPU TEMPLE  
LOP BURI PROVINCE

Mrs.Chanadda Phasukmool



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Science in Mental Health

Department of Psychiatry

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2002

ISBN 974-17-1762-8



ชนิดดา ผาสุกมุล : สภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่เข้ารับการรักษา ณ วัดพระบาท  
น้ำพุ จังหวัดลพบุรี. (SPIRITUAL ASPECTS AMONG PATIENTS WITH AIDS AT  
PHRABAT NAMPU TEMPLE LOP BURI PROVINCE) อ. ที่ปรึกษา : รองศาสตราจารย์  
แพทย์หญิงนันทิกา ทวิชาชาติ, 237 หน้า. ISBN 974-17-1762-8.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาสภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรค  
เอดส์ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสภาวะจิตวิญญาณ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่เข้ารับการรักษา ณ วัด  
พระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี จำนวน 119 คน รวบรวมข้อมูลโดยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ได้แก่  
แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณ แบบวัดการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเอง แบบ  
วัดความหวัง แบบวัดคุณค่าและความหมายของชีวิต สภาวะจิตวิญญาณรวม และแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม  
วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ไคสแควร์ การวิเคราะห์ความแปรปรวน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์  
สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้ป่วยโรคเอดส์มีความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ พบว่า  
ความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับแรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยที่สามารถทำนายความ  
ผาสุกทางจิตวิญญาณได้ดีที่สุดคือ แรงสนับสนุนทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P < .01$

2. ผู้ป่วยโรคเอดส์มีการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อศึกษาความสัมพันธ์  
พบว่า เพศหญิงมีการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเองสูงกว่าเพศชาย และปัจจัยที่สามารถทำนายการรับรู้สภาวะจิต  
วิญญาณในตนเองได้ดีที่สุดคือ ปัจจัยด้านเพศ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P < .01$

3. ผู้ป่วยโรคเอดส์มีความหวังอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อศึกษาความสัมพันธ์พบว่า เพศหญิงมีความหวัง  
สูงกว่าเพศชาย ผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีความหวังสูงและปัจจัยที่สามารถทำนายความหวัง ได้  
ดีที่สุดคือ ปัจจัยด้านเพศและแรงสนับสนุนทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P < .01$

4. ผู้ป่วยโรคเอดส์มีคุณค่าและความหมายของชีวิตอยู่ระดับปานกลาง เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ พบว่า  
เพศหญิงมีระดับคุณค่าและความหมายของชีวิตสูงกว่าเพศชาย และปัจจัยที่สามารถทำนายคุณค่าและความหมาย  
ของชีวิตได้ดีที่สุด คือ ปัจจัยด้านเพศ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P < .01$

5. ผู้ป่วยโรคเอดส์มีสภาวะจิตวิญญาณรวม อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อศึกษาความสัมพันธ์พบว่า เพศ  
หญิงมีสภาวะจิตวิญญาณรวมสูงกว่าเพศชายและผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีสภาวะจิตวิญญาณ  
รวมสูง ปัจจัยที่สามารถทำนายสภาวะจิตวิญญาณรวม ได้ดีที่สุดคือ ปัจจัยด้านเพศและแรงสนับสนุนทางสังคม  
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P < .01$

ภาควิชา.....จิตเวชศาสตร์.....ลายมือชื่อนิติ.....  
สาขาวิชา.....สุขภาพจิต.....ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....  
ปีการศึกษา....2545.....

## 4475213230 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEY WORD: AIDS PATIENTS / SPIRITUAL ASPECTS / PHRABAT NAMPU TEMPLE

CHANADDA PHASUKMOOL : SPIRITUAL ASPECTS AMONG PATIENTS WITH AIDS AT PHRABAT NAMPU TEMPLE LOP BURI PROVINCE. THESIS ADVISOR : ASSOC. PROF. NANTIKA THAVICHACHART. 237 pp. ISBN 974-17-1762-8.

The purposes of this descriptive study were to examine the spiritual aspects of the patients with AIDS and to explore factors associated with spiritual aspects. The sample consisted of 119 patients with AIDS who were admitted to AIDS hospice care at Phrabat Numpu Temple, Lop Buri Province. Data were collected from each participant who completed a set of questionnaires : sociodemographic questionnaire, The Spiritual Well-Being Scale (SWBS), The Spiritual Perspective Scale (SPS), The Herth Hope Index (HHI), The Meaning in Life Scale (ML), The Spiritual total score and The Personal Resource Questionnaire Part II (PRO part II). The data were analyzed to determine descriptive statistics, Chi-square, one-way ANOVA, Pearson's correlation coefficient and Stepwise multiple regression analysis. The results were as follows :

1. The patients with AIDS had a moderate level of Spiritual well-being. As for relationship, there was a statistically significant positive relationship between Spiritual well-being and Social support. The best predictor of Spiritual well-being were social support ( $P < .01$ ).

2. The subjects had a moderate level of Spiritual Perspective. As regards relationship, women reported higher Spiritual perspective than men. The best predictor of Spiritual perspective was gender, statistically significant at the level of .01.

3. The subjects had a moderate level of Hope. As for relationship, women reported having higher hope than men and those subject with higher in Social support tended to score higher in Hope as well. The best predictor of Hope was gender and social support, statistically significant at the level of .01.

4. The subjects had a moderate level of Meaning in life. Concerning relationship, women reported having higher Meaning in Life than men. The best predictor of Meaning in Life was gender, statistically significant at the level of .01.

5. Both male and female had a moderate level of Spiritual Total. Concerning relationship, women reported having higher Spiritual Total than men and those subjects with higher in Social support tended to score higher in Spiritual Total as well. The best predictor of Spiritual Total was gender and social support, statistically significant at the level of .01.

Department.....Psychiatry..... Student's signature.....

Field of study.....Mental Health..... Advisor's signature.....

Academic year...2002.....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งในการให้ความรู้ คำแนะนำ การตรวจแก้ไข ด้วยความห่วงใยและกำลังใจจาก รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงนันทิกา ทวิชาชาติ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอาจารย์เป็นอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.วิพรรณ ประจวบเหมาะ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ผ่าน บาลโพธิ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์พวงสร้อย วรกุล อาจารย์นายแพทย์สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย และอาจารย์แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปิติพร ที่กรุณาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ตลอดจนคณาจารย์ทั้งในและนอก ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ ทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้แก่ผู้วิจัย

ขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์แพทย์หญิงดวงใจ กษานติกุล ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์และอาจารย์แพทย์หญิงบุรณี กาญจนถวัลย์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำตรวจสอบแก้ไขวิทยานิพนธ์ และขอขอบพระคุณ Dr.Kaye Herth : Dean, College of Allied Health and Nursing Minnesota State University USA and Professor Pamela G. Reed : Professor and Associate Dean for Academic Affairs University of Arizona College of Nursing USA. ที่ได้กรุณาจัดส่งและอนุญาตให้ใช้เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้

ขอกราบนมัสการ ดร.พระครูอาทรประชานาถ เจ้าอาวาสวัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรีที่ได้เมตตาให้คำแนะนำ อนุญาตให้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในวัดพระบาทน้ำพุ และ ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ในวัดพระบาทน้ำพุและผู้ป่วยโรคเอดส์ทุกท่าน

ขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัยที่ให้ทุนอุดหนุนการวิจัย อันเป็นทุนส่วนหนึ่งในการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ธุรการ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกตลอดการศึกษาที่ผ่านมา

ท้ายที่สุดขอขอบพระคุณบุพการีที่มอบสิ่งที่ดีให้กับชีวิต ขอขอบคุณ คุณกิตติศัพท์ ผาสุกมุล ที่ให้การสนับสนุนและเป็นกำลังใจผู้วิจัยด้วยดี และขอขอบคุณเพื่อนนิสิตสุขภาพจิตทุกท่าน สำหรับความช่วยเหลือและมิตรภาพที่มอบให้

ชนิดดา ผาสุกมุล

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่	
1. บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	3
คำถามของการวิจัย.....	3
สมมุติฐาน.....	4
ขอบเขตของการวิจัย.....	4
ข้อจำกัดของการวิจัย.....	6
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	7
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	8
2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับโรคเอดส์.....	10
การเผชิญความเจ็บป่วยในผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้าย.....	22
แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับจิตวิญญาณ.....	24
ความต้องการทางจิตวิญญาณ.....	29
ลักษณะสภาวะจิตวิญญาณ.....	35
สภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคเอดส์.....	39
การประเมินสภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคเอดส์.....	40
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสภาวะจิตวิญญาณ.....	42

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
3. วิธีดำเนินการวิจัย.....	53
รูปแบบการวิจัย.....	53
ประชากร.....	53
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	54
การรวบรวมข้อมูล.....	61
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	62
4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	63
ลักษณะประชากรที่ศึกษา.....	64
ลักษณะสภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคเอดส์.....	77
ปัจจัยที่มีผลต่อสภาวะจิตวิญญาณ.....	84
ปัจจัยทำนายสภาวะจิตวิญญาณ.....	160
ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบสภาวะจิตวิญญาณ.....	165
5. สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	167
สรุปผลการวิจัย.....	169
อภิปรายผลการวิจัย.....	183
ข้อเสนอแนะ.....	202
รายการอ้างอิง.....	206
ภาคผนวก.....	214
ภาคผนวก ก. รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ.....	215
ภาคผนวก ข. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	216
ภาคผนวก ค. โครงการธรรมรักษานิเวศน์.....	230
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	237



## สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
ตาราง 1	ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย.....	64
ตาราง 2	สถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว.....	69
ตาราง 3	ปฏิกิริยาของครอบครัวและผู้ร่วมงานเมื่อทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี.....	70
ตาราง 4	เหตุผลที่มารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ.....	71
ตาราง 5	อาการและการวินิจฉัยที่เคยได้รับการรักษาก่อนมาอยู่ที่วัดพระบาทน้ำพุ.....	72
ตาราง 6	การรักษาในหอผู้ป่วยภายหลังเข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ.....	73
ตาราง 7	การวินิจฉัยอาการของโรคเอชไอวี.....	74
ตาราง 8	ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย.....	76
ตาราง 9	ระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วย.....	77
ตาราง 10	ระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณด้านความผาสุกในการดำเนินชีวิต.....	78
ตาราง 11	ระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณด้านความศรัทธาในศาสนา.....	79
ตาราง 12	ระดับการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเองของผู้ป่วย.....	80
ตาราง 13	ระดับความหวังของผู้ป่วย.....	81
ตาราง 14	ระดับคุณค่าและความหมายของชีวิตของผู้ป่วย.....	82
ตาราง 15	ระดับสภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วย.....	83
ตาราง 16	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ.....	84
ตาราง 17	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเอง.....	92
ตาราง 18	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความหวัง.....	100
ตาราง 19	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณค่าและความหมายของชีวิต.....	108
ตาราง 20	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับสภาวะจิตวิญญาณ.....	116
ตาราง 21	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับค่าคะแนนเฉลี่ยของความผาสุกทางจิตวิญญาณ.....	124
ตาราง 22	เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ย โดยการเปรียบเทียบเชิงซ้อน.....	130
ตาราง 23	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเอง.....	132
ตาราง 24	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับค่าคะแนนเฉลี่ยความหวัง.....	138
ตาราง 25	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับค่าคะแนนเฉลี่ยคุณค่าและความหมายของชีวิต.....	144

## สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
ตาราง 26	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับค่าคะแนนเฉลี่ยสภาวะจิตวิญญาณ...150
ตาราง 27	เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ย โดยการเปรียบเทียบเชิงซ้อน.....156
ตาราง 28	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างความผาสุกทางจิตวิญญาณ และแรงสนับสนุนทางสังคม.....158
ตาราง 29	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างความหวังและแรงสนับสนุน ทางสังคม.....158
ตาราง 30	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างสภาวะจิตวิญญาณและแรงสนับสนุน ทางสังคม.....159
ตาราง 31	ปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคเอดส์ จากการวิเคราะห์ ถดถอยพหุแบบขั้นต้น.....160
ตาราง 32	ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเองของผู้ป่วยโรคเอดส์ จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นต้น.....161
ตาราง 33	ปัจจัยที่มีผลต่อความหวังของผู้ป่วยโรคเอดส์ จากการวิเคราะห์ ถดถอยพหุแบบขั้นต้น.....162
ตาราง 34	ปัจจัยที่มีผลต่อคุณค่าและความหมายของชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นต้น.....163
ตาราง 35	ปัจจัยที่มีผลต่อสภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคเอดส์ จากการวิเคราะห์ ถดถอยพหุแบบขั้นต้น.....164
ตาราง 36	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างสภาวะจิตวิญญาณกับองค์ประกอบของ สภาวะจิตวิญญาณ.....165
ตาราง 37	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างองค์ประกอบของ สภาวะจิตวิญญาณ.....166

## สารบัญภาพ

ภาพประกอบ	หน้า
ภาพที่ 1	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....8
ภาพที่ 2	จำนวนผู้ที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่ประมาณได้จากตัวแบบ ระหว่างปี พ.ศ.2528 – 2557 .....14
ภาพที่ 3	จำนวนผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี , ผู้ป่วยเอดส์สะสมและผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์ ที่ประมาณได้จากตัวแบบ ระหว่างปี พ.ศ. 2528 –2557 .....15
ภาพที่ 4	ลักษณะสภาวะจิตวิญญาณและความต้องการทางจิตวิญญาณ.....29
ภาพที่ 5	การรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเอง.....34



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันแม้อัตราเพิ่มของการติดเชื้อเอชไอวี จะลดลง แต่ผู้ติดเชื้อสะสมและผู้ป่วยเอดส์กลับเพิ่มจำนวนมากขึ้น จากรายงานสถานการณ์โรคเอดส์ของกองระบาดวิทยา<sup>(1)</sup> กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการจากสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชน ตั้งแต่ พ.ศ. 2527 ถึงวันที่ 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2545 มีจำนวนรวมทั้งสิ้น 281,391 ราย โดยจำแนกเป็นผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 205,416 ราย ผู้ติดเชื้อที่มีอาการ จำนวน 75,975 ราย นอกจากนี้จากการคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย<sup>(2)</sup> โดยใช้ตัวแบบเชิงคณิตศาสตร์ ในช่วงปี พ.ศ. 2528 - 2554 พบว่า ในช่วงแรก ผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และมีจำนวนสูงสุดในปี พ.ศ. 2538 คือ จำนวน 633,586 ราย ในปี พ.ศ. 2543 จำนวนผู้ติดเชื้อลดลง เหลือ 490,197 ราย, ในปี พ.ศ. 2547 มีจำนวน 316,590 รายและ 85,472 ราย ในปี พ.ศ. 2557 ในทางกลับกัน พบว่า มีผู้ติดเชื้อสะสมเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยเอดส์สามารถเข้าถึงบริการการรักษาและมีความรู้ในการดูแลตนเองมากขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2538 มีผู้ติดเชื้อสะสม จำนวน 834,200 ราย ปี พ.ศ. 2542 มีจำนวน 1,028,000 ราย และเพิ่มเป็น 1,064,000 ราย ในปี พ.ศ. 2547 และ 1,078,000 ราย เมื่อถึงปี พ.ศ.2557 และจำนวนผู้ป่วยเอดส์สะสมก็เพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วเช่นกัน ปี พ.ศ. 2538 มีจำนวน 235,700 ราย(ร้อยละ 0.4 ของประชากร) เพิ่มเป็น 562,100 ราย ในปี พ.ศ.2543 (ร้อยละ 0.9 ของประชากร) เพิ่มเป็น 755,700 ราย ในปี พ.ศ. 2547 (ร้อยละ 1.14 ของประชากร) และมีจำนวน 974,500 ราย ในปี พ.ศ. 2557 (ร้อยละ1.37 ของประชากร) ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545-2549) จะมีผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์ ปีละประมาณ 50,000 ราย ร้อยละ 90 อยู่ในช่วงอายุ 20-44 ปี<sup>(3)</sup> จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าสถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทยยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ติดเชื้อที่มีอาการซึ่งนับวันจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นและกลายเป็นผู้ป่วยโรคเอดส์ในที่สุด โรคเอดส์เป็นโรคเรื้อรัง รุนแรง ยาวนานและนำไปสู่ความตายก่อนวัยอันควร ผู้ป่วยโรคเอดส์ได้รับผลกระทบมากมายทั้งผลกระทบด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายจากโรคแทรกซ้อนต่างๆ ซึ่งเกิดขึ้นในทุกระบบ ทำให้เกิด ความเจ็บปวดเรื้อรัง ร่างกายชubbผอม อ่อนเพลีย มีความยากลำบากในการเคลื่อนไหว การรับประทาน

อาหารและกิจวัตรประจำวันอื่นๆ สูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ มีภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป สูญเสียอนาคต นำมาซึ่งผลกระทบ ทางด้านจิตใจและสังคม ผู้ป่วยเอดส์รู้สึกว่ตนเองแตกต่างจากคนอื่น ถูกสังคมรังเกียจ รู้สึกผิด โกรธ เกิดความขัดแย้งภายในใจระหว่างการดูแลใส่ใจตนเองกับการทำลายตนเอง และความขัดแย้งระหว่างความต้องการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นกับการแยกตัวออกจากสังคม กังวลกับความไม่แน่นอนของภาวะสุขภาพ การดำเนินของโรคและความตายที่จะมาถึง รับรู้ถึงความสูญเสียและความไม่แน่นอนของชีวิต ทำให้เกิดภาวะเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า ท้อแท้สิ้นหวัง อยากให้ชีวิตจบลง ซึ่งเป็นผลกระทบต่อสภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วย <sup>(4) (5) (6)</sup>

สภาวะจิตวิญญาณเป็นมิติหนึ่งของบุคคลที่เป็นพลังของชีวิต ช่วยให้บุคคลค้นหาคุณค่าและความหมายของการมีชีวิตอยู่ด้วยความพึงพอใจ ความสงบสุขและมีความหวัง รวมถึงความต้องการให้ชีวิตดำเนินต่อไป จากการค้นหาศักยภาพภายในตนเอง ซึ่งเป็นพลังในการปรับตัวต่อสภาวะการณ์ต่างๆ รวมทั้งความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์ต่อผู้อื่น และความศรัทธาในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ โดยมีพื้นฐานมาจากความรัก ความไว้วางใจ การให้อภัย ช่วยให้เกิดความหวัง และรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตวิญญาณ มี 2 องค์ประกอบ <sup>(7)</sup> คือ องค์ประกอบด้านความศรัทธาในหลักคำสอนของศาสนา และองค์ประกอบด้านความต้องการมีชีวิตอยู่และพึงพอใจในการดำเนินชีวิต นำมาซึ่งความผาสุกทางจิตวิญญาณ การตระหนักถึงความสำคัญของสภาวะจิตวิญญาณจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อบุคคลนั้น เผชิญกับภาวะวิกฤตของชีวิต เช่น ความเจ็บป่วย, ความทุกข์ทรมานและการสูญเสีย เพราะสภาวะจิตวิญญาณเป็นพลังสำคัญของบุคคลที่ช่วยเผชิญและปรับตัวต่อภาวะวิกฤตนั้นได้ ช่วยลดความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บปวดทางกายและจิตใจ ช่วยลดความกลัวต่อความตาย สามารถเผชิญกับโรคร้ายได้และช่วยเพิ่มคุณค่าของชีวิต ช่วยเพิ่มความหวังให้ผู้ป่วยอยากจะมีชีวิตอยู่ต่อไป สภาวะจิตวิญญาณในผู้ป่วยโรคเอดส์ <sup>(8) (9) (10)</sup> พบว่าผู้ป่วยโรคเอดส์มีการรับรู้ต่อสภาวะจิตวิญญาณตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีเชื้อโรคเอดส์ในร่างกาย จนถึงวาระสุดท้าย โดยผู้ป่วยรับรู้สภาวะจิตวิญญาณทั้งในด้านความต้องการที่จะมีชีวิตอยู่และด้านการมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ได้รับการตอบสนองทางจิตวิญญาณ (Spiritual needs) ที่เพียงพอ ได้แก่ มีความหวัง ได้รับการรัก การให้อภัยจากคนรอบข้าง ได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ มีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี ใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีคุณค่า มีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ มีความศรัทธาและได้ปฏิบัติตามคำสอนของศาสนา ช่วยให้ผู้ป่วยโรคเอดส์เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Spiritual well-being) <sup>(11) (12) (13)</sup> ผู้ป่วยที่ได้รับการตอบสนองทางจิตวิญญาณที่ไม่เพียงพอ ทำให้เกิดความทุกข์ทางจิตวิญญาณ (Spiritual distress) เป็นภาวะไร้

ความหวัง,หมดพลัง หมดคุณค่า มีชีวิตอยู่อย่างไรจุดมุ่งหมาย ขาดกำลังใจที่จะดำเนินชีวิตต่อไป ไม่สามารถเผชิญกับความตายได้ ผู้ป่วยโรคเอดส์จึงควรได้รับการดูแลทางด้านจิตวิญญาณ ซึ่งมี ความสำคัญต่อผู้ป่วยเอดส์เป็นอย่างยิ่ง<sup>(14)(15)(16)</sup>

การดูแลทางด้านจิตวิญญาณเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care) โดยใช้หลักการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) และการดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาสุดท้าย (Terminal Care)<sup>(17)</sup> เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานที่เกิดจากการดำเนินของโรค และมีคุณภาพชีวิตที่ดี<sup>(18)</sup> ดังนั้นการมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วย เอดส์จะช่วยให้ผู้ป่วยเอดส์ได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพและส่งเสริมให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี ต่อไป

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

### วัตถุประสงค์หลัก

- เพื่อศึกษาสภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคเอดส์

### วัตถุประสงค์รอง

- ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคเอดส์

## คำถามของการวิจัย

### คำถามหลัก

- สภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคเอดส์ มีลักษณะเป็นอย่างไร

### คำถามรอง

- ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคเอดส์ มีอะไรบ้าง

## สมมุติฐาน

ไม่มี

## ขอบเขตของการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา สภาวะจิตวิญญาณ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กับ สภาวะจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยโรคเอดส์ ที่เข้ารับการรักษา ณ วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี เท่านั้น ที่สุ่มเลือกโดยวิธีการเลือกสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling)

### 2. ตัวแปรที่ศึกษา

#### 2.1 ตัวแปรอิสระ คือ

2.1.1 ปัจจัยในตัวผู้ป่วย ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ภูมิลำเนา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วย/ครอบครัว พฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้ได้รับเชื้อโรคเอดส์ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อโรคเอดส์ บุคคลที่พักอาศัยอยู่ด้วยกันก่อนเข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ ปฏิบัติการของครอบครัวและผู้ร่วมงานเมื่อทราบว่าติดเชื้อโรคเอดส์ การวินิจฉัยโรคของกลุ่มอาการซึบของภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อม อาการทางกาย/ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการ บุคคลที่คอยให้ความช่วยเหลือภายหลังติดเชื้อเอดส์ ผู้ที่นำมาับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ เหตุผลสำคัญที่มารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ บุคคลที่ต้องดูแลรับผิดชอบ ประวัติการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย ณ วัดพระบาทน้ำพุ ยารักษาโรคที่ได้รับ ระยะเวลาการเข้ารับการรักษาในวัดพระบาทน้ำพุ

2.1.2 แรงสนับสนุนทางสังคม วัดได้จากแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม (The Personal Resource Questionnaire : PRQ Part II ) ของ แบรินด์และไวน์เนอร์ท (Brand and Weinert) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

- แรงสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ
- แรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง
- แรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูง

## 2.2 ตัวแปรตาม คือ

2.2.1 ระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณ วัดได้จากแบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณ (The Spiritual Well-Being Scale : SWBS) ของ Paloutizan and Ellison แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

- ความผาสุกทางจิตวิญญาณระดับต่ำ
- ความผาสุกทางจิตวิญญาณระดับปานกลาง
- ความผาสุกทางจิตวิญญาณระดับสูง

2.2.2 ระดับการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเอง วัดได้จาก แบบวัดสภาวะจิตวิญญาณในตนเอง (The Spiritual Perspective Scale : SPS) ของ Pamela G. Reed แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

- การรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเองระดับต่ำ
- การรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเองระดับปานกลาง
- การรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเองระดับสูง

2.2.3 ระดับความหวัง วัดได้จาก แบบวัดความหวัง (The Herth Hope Index : HHI) ของ Kaye Herth แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

- ความหวังระดับต่ำ
- ความหวังระดับปานกลาง
- ความหวังระดับสูง

2.2.4 ระดับคุณค่าและความหมายของชีวิต วัดได้จากแบบวัดคุณค่าและความหมายของชีวิต (The Meaning in Life Scale : ML) ของ Warner และ Williams แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

- คุณค่าและความหมายของชีวิตระดับต่ำ



- คุณค่าและความหมายของชีวิตระดับปานกลาง
- คุณค่าและความหมายของชีวิตระดับสูง

2.2.5 ระดับสภาวะจิตวิญญาณ วัดได้จากผลรวมของระดับขององค์ประกอบของสภาวะจิตวิญญาณ ใน 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ความผาสุกทางจิตวิญญาณ การรับรู้ สภาวะจิตวิญญาณในตนเอง ความหวังและ คุณค่าและความหมายของชีวิต แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

- สภาวะจิตวิญญาณระดับต่ำ
- สภาวะจิตวิญญาณระดับปานกลาง
- สภาวะจิตวิญญาณระดับสูง

### ข้อจำกัดของการวิจัย

ผู้วิจัยศึกษาเฉพาะ ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีอาการบ่งชี้ของภูมิคุ้มกันเสื่อม ที่อาศัยอยู่ในบ้านพักของวัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี ซึ่งอาจมีความแตกต่างของอาการตามระยะของโรค คือ ตั้งแต่มีภูมิคุ้มกันเสื่อมในระยะเริ่มต้น ถึงระยะสุดท้ายของโรค ผู้ป่วยทุกรายไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคเอดส์ แต่ได้รับการรักษาด้วยยาตามอาการ และไม่ได้รับการตรวจ CD4 ซึ่งทำให้ไม่สามารถบอกระยะที่แท้จริงของโรคได้

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยโรคเอดส์ หมายถึง ผู้ป่วยเอดส์ที่มีอาการบ่งชี้ของภูมิคุ้มกันเสื่อม โดยตรวจพบโรคหรือกลุ่มอาการที่ปรากฏ 1 ใน 25 โรค ตามการจัดกลุ่มโรคของกองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข<sup>(19)</sup> อาจเป็นระยะเริ่มต้นถึงระยะสุดท้ายของโรค ที่เข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี โดยมีระเบียบการรับเข้าพักรักษาในวัดพระบาทน้ำพุ คือผู้ป่วยต้องมีใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาลว่าเป็นผู้ป่วยโรคเอดส์และมีอาการบ่งชี้ของภูมิคุ้มกันเสื่อมโดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยของกระทรวงสาธารณสุข และอาศัยอยู่ในบ้านพักของวัดพระบาทน้ำพุ ไม่ได้รับยาต้านโรคเอดส์ ได้รับการรักษาตามอาการ มีประมาณ 110 คน

สภาวะจิตวิญญาณ หมายถึง สภาวะการค้นหาความหมายและเป้าหมายในชีวิต และการมีชีวิตอย่างมีคุณค่า มีความหวังมีแรงจูงใจที่จะปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น รู้จักที่จะมอบความรักและให้อภัย ในขณะที่เดียวกันก็ยินดีที่จะได้รับความรักและการช่วยเหลือจากผู้อื่น เพื่อให้เกิดความสงบและความผาสุกในชีวิต ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ศึกษาเกี่ยวกับ ความผาสุกทางจิตวิญญาณ การรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเอง ความหวัง และคุณค่าและความหมายของชีวิต

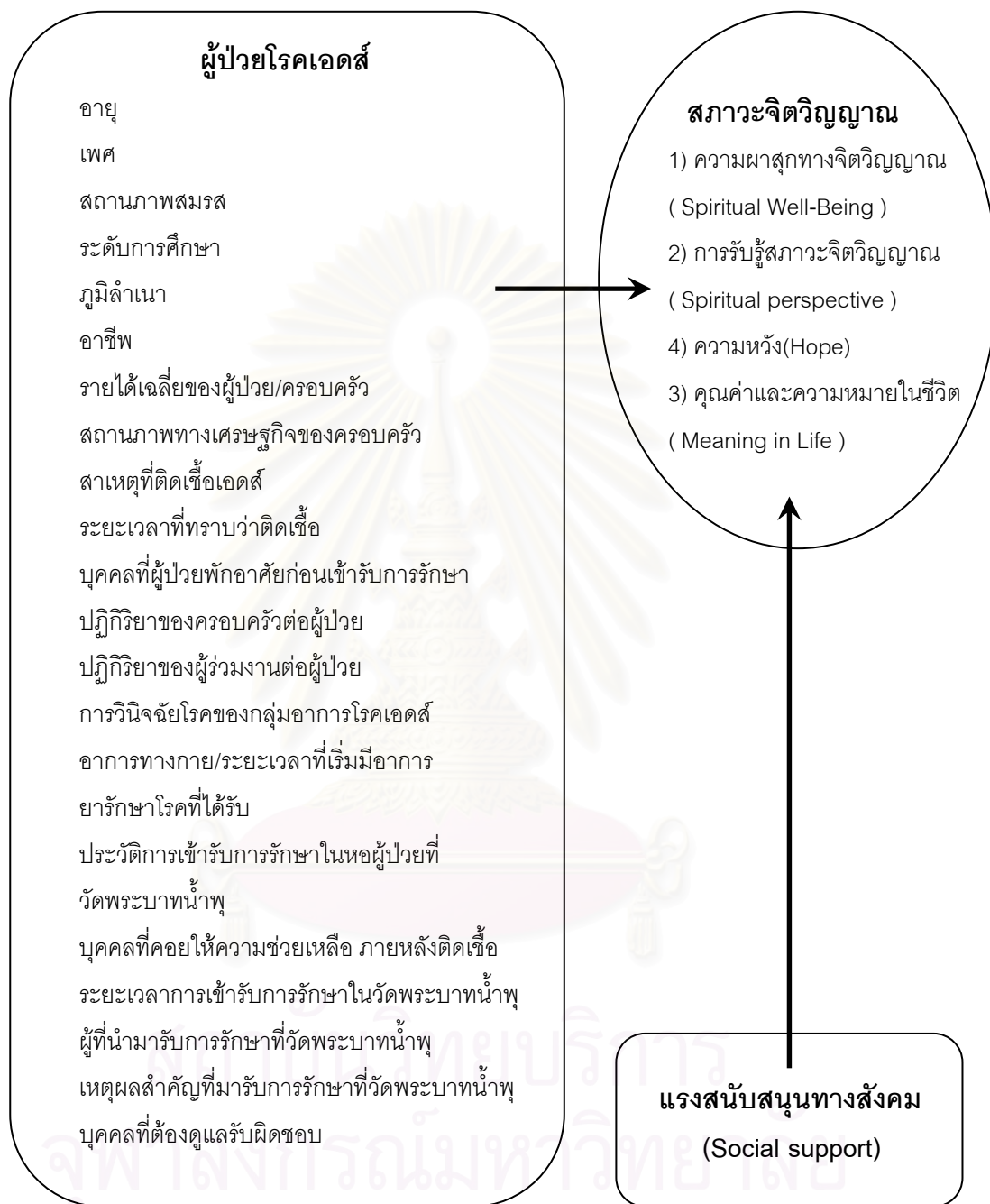
วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี หมายถึง สถานที่รักษา ดูแล ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีอาการบ่งชี้ของภูมิคุ้มกันเสื่อมซึ่งอาจจะเป็นระยะเริ่มต้นจนถึงระยะสุดท้ายของโรค และทุกรายไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคเอดส์ โดยได้รับการรักษาตามอาการ มีสถานที่พักรักษาแยกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนแรกเป็นหอผู้ป่วยนอนพักรักษาประมาณ 80 คน และส่วนที่ 2 เป็นบ้านพักผู้ป่วย ซึ่งมีผู้ป่วยพักรักษาในบ้านพักผู้ป่วย ประมาณ 110 คน

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ตระหนักถึงความสำคัญของสภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคเอดส์
2. เพื่อให้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ด้านจิตวิญญาณได้อย่างมีประสิทธิภาพและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์
3. เพื่อให้ประโยชน์เป็นข้อมูลในการทำวิจัยต่อไป

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### แนวคิดและทฤษฎี

1. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับโรคเอดส์
  - 1.1 ความหมายของโรคเอดส์
  - 1.2 ลักษณะทางคลินิกและระยะต่างๆ โรคเอดส์
  - 1.3 การคาดประมาณผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย
  - 1.4 ผลกระทบของโรคเอดส์
  - 1.5 การเผชิญความเจ็บป่วยระยะสุดท้ายในผู้ป่วยเอดส์
2. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับสภาวะจิตวิญญาณ
  - 2.1 ความหมายของสภาวะจิตวิญญาณ
  - 2.2 ความต้องการทางจิตวิญญาณ
  - 2.3 ลักษณะสภาวะจิตวิญญาณ
  - 2.4 สภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคเอดส์
  - 2.5 การประเมินสภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคเอดส์

#### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสภาวะจิตวิญญาณ

## แนวคิดและทฤษฎี

### แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับโรคเอดส์

#### ความหมายของโรคเอดส์

เอดส์ หรือ AIDS มาจากคำเต็มว่า Acquired Immune Deficiency Syndrome หมายถึง กลุ่มอาการของโรคที่เกิดจากภาวะภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่อง อันเนื่องมาจากการที่ร่างกายได้รับเชื้อไวรัสชนิดหนึ่งเรียกว่า เชน ไอ วี (Human Immuno Deficiency Virus) เข้าสู่ร่างกาย จากการมีเพศสัมพันธ์ การได้รับเลือด หรือ ผลิตภัณฑ์จากเลือด การปลูกถ่ายเนื้อเยื่อ การใช้กระบอกฉีดยา หรือ เข็มฉีดยาเสพติดเข้าหลอดเลือดร่วมกับผู้ที่ติดเชื้อ เชน ไอ วี และ ผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งการได้รับการถ่ายทอดเชื้อจากมารดาที่มีเชื้อ เชน ไอ วี ในระหว่างตั้งครรภ์ ขณะคลอด หรือหลังคลอด ทำให้มีการทำลายเซลล์ต่างๆของร่างกายและทำลายภูมิคุ้มกันของร่างกาย โดยเฉพาะ ที เฮลเปอร์ ลิมโฟไซต์ (T-helper lymphocytes) เมื่อเชื้อ เชน ไอ วี เข้าสู่ร่างกายจะมีการฟักตัวอยู่ระยะหนึ่ง ต่อมาจะมีการเพิ่มจำนวนมากขึ้น จนสามารถทำลายภูมิคุ้มกันของร่างกาย ให้ลดลงไปเรื่อยๆ ในที่สุดร่างกายจะไม่สามารถป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโรคใดๆ ได้ ทำให้เกิดการติดเชื้อโรคอื่นๆแทรกซ้อน เกิดอาการเจ็บป่วยในหลายระบบของร่างกาย รักษาไม่หาย ปรากฏเป็นโรคเอดส์ระยะสุดท้ายและเสียชีวิตในที่สุด<sup>(20)</sup>

#### ลักษณะทางคลินิกและระยะต่างๆ โรคเอดส์

ลักษณะทางคลินิกภายหลังร่างกายได้รับเชื้อ เชน ไอ วี เข้าสู่ร่างกาย สามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ระยะ<sup>(21)</sup> คือ

##### ระยะที่ 1 Acute HIV Infection หรือ Primary HIV Infection

อาการเฉียบพลันของการติดเชื้อ (Acute clinical illness) ที่พบบ่อย คือ ประมาณ 2 - 4 สัปดาห์ แต่สามารถเกิดได้ ตั้งแต่ 6 วัน ถึง 6 สัปดาห์ อาการที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ ไข้ ปวดกล้ามเนื้อ (myalgia) ปวดศีรษะ ผื่น (erythematous maculopapular rash) คออักเสบ (pharyngitis) อ่อนเพลีย (fatigue) ต่อมน้ำเหลืองโต (lymphadenopathy) อาการส่วนใหญ่จะคล้ายคลึงกับไข้หวัด ไข้จากคออักเสบ รวมทั้งการติดเชื้อไวรัสอื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง Epstein-Barr virus mononucleosis

### ข้อสังเกตที่เกี่ยวกับ Primary HIV Infection มีดังนี้

- อาการทางทางคลินิกเกือบทั้งหมดหายเองได้ แต่อาการบางอย่าง เช่น อ่อนเพลีย (fatigue) อาจเป็นอยู่นานหลายเดือน

- ต่อมน้ำเหลืองโต มักตรวจพบประมาณสัปดาห์ที่ 2 ของอาการและมักโตทั่วๆไป แต่ตำแหน่งที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ รักแร้ ท้ายทอย และที่คอ เคยมีรายงานว่าม้ามโตร่วมด้วยได้

- ลักษณะของผื่น เป็นผื่นแดง ไม่คัน แต่อาจเป็นทั้งตัวได้ ขนาดของผื่น 5-10 มม. (เส้นผ่าศูนย์กลาง) ผื่นจะขึ้นบริเวณใบหน้าหรือลำตัว แต่อาจเป็นทั้งตัวได้ อาการทางผิวหนังอื่นๆ ได้แก่ reseola-like rash, diffuse urticaria, avescular, pustular exanthem, desquamation of the palms and soles, alopecia และบางรายอาจรุนแรงถึง erythema multiforme ได้ ผมร่วนและผิวหนังลอกมักเกิดขึ้นในเดือนที่ 2

- แผลในปากพบได้ค่อนข้างบ่อยที่พบน้อยลงไป คือ แผลที่หลอดอาหาร (esophagus) และ anus หรือ penis

- ในรายที่มีอาการแพ้แสง (photophobia) อาจเกี่ยวข้องกับ aseptic meningitis ได้

- เชื้อราในช่องปาก หรือ ในหลอดอาหาร (oral or esophageal candidiasis) หากเกิดขึ้นแสดงว่าผู้ป่วยรายนี้มีการลดลงของ CD4+T cell อย่างมีนัยสำคัญ และการที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่องขนาดนี้ควรนึกถึง HIV Infection เป็นอย่างมาก อย่างไรก็ตามอาการของเชื้อรานี้ส่วนมากจะหายเองได้

- อาการของระบบทางเดินหายใจพบได้น้อย เคยมีรายงานแต่พบน้อย คือ Pneumocystis carinii pneumonia (PCP) ในกรณีที่มี CD4+T cell ลดลงอย่างมาก (severe CD4+ lymphopenia)

### ระยะที่ 2 Asymptomatic HIV infection หรือ Clinical latency

ระยะติดเชื้อโดยไม่ปรากฏอาการ (Asymptomatic HIV หรือ Clinical latency) เชื้อ HIV ไม่ได้สงบนิ่ง ยังคงมีการแบ่งตัวในอัตราที่สูงและภูมิคุ้มกันคือ CD4+ cell จะถูกทำลายลงเรื่อยๆ ระยะเวลานับจากเริ่มติดเชื้อ HIV จนเกิดอาการของ AIDS (incubation period) ประมาณ 8-10 ปี (median) แต่มีรายงานผู้ติดเชื้อไม่เกินร้อยละ 5 มีการดำเนินโรคแบบรวดเร็ว

(rapid progressors) คือ น้อยกว่า 3 ปี และ อีกประมาณไม่เกินร้อยละ 5 มีการดำเนินโรคแบบ long-term nonprogressors คือ ติดเชื้อมานานเกิน 10 ปี โดยไม่มีอาการและไม่มีการลดลงของ CD4+ lymphocytes ทั้งนี้พบว่ามีปัจจัยหลายอย่างที่มีผลต่อการดำเนินโรค ได้แก่ ปัจจัยทางเชื้อไวรัส, ปัจจัยทางภูมิคุ้มกัน และอื่นๆ

### ระยะที่ 3 Early symptomatic disease or AIDS-related complex (ARC)

ระยะที่มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ (Early symptomatic disease or AIDS-related complex : ARC) เป็นระยะที่ภูมิคุ้มกันต้านทานในร่างกายของผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี ถูกทำลายลงเรื่อยๆ โดยทั่วไปถ้า CD4+ T cell เริ่มลดลงจนต่ำกว่า 500 เซลล์ต่อไมโครลิตร จะเริ่มมีอาการและอาการแสดงทางคลินิกเกิดขึ้น คือ

Reactivation Herpes Zoster (shingles) การเกิดงูสวัด พบได้ร้อยละ 10 - 20 ซึ่งเกิดจาก reactivation ของ varicella-zoster หรือเชื้ออีสุกอีใส เป็นอาการทางคลินิกอาการแรกที่ยบ่งถึงภาวะภูมิคุ้มกันเริ่มบกพร่อง (immunodeficiency) อุบัติการณ์จะพบประมาณร้อยละ 5 - 10 ในผู้ป่วย late HIV disease ในผู้ป่วยมีรายงานพบว่าเฉลี่ยประมาณ 5 ปี หลังเกิดงูสวัด จะปรากฏอาการของ AIDS

Oral hairy leukoplakia (OHL) มีลักษณะเป็นฝ้าขาวเย้นเป็นซี่ๆ มักขึ้นบริเวณขอบลิ้น ในรายที่เป็นมากอาจเป็นเกือบทั้งลิ้น มีลักษณะที่ขูดไม่ออก ผู้ป่วยจะไม่มีอาการใดๆ ยกเว้น ความกังวลเรื่องความสวยงามและกลัวผู้อื่นทราบ โดยทั่วไปจะเป็นๆ หายๆ ได้เอง จะเริ่มมีอาการและอาการแสดงทางคลินิกเกิดขึ้น

Oral candidiasis (Oral thrush) มีลักษณะทางคลินิก 4 แบบ ได้แก่

- Pseudomembranous Candidiasis หรือ thrush ลักษณะเป็นแบบ ฝ้าขาวคล้ายคราบน้ำหรือเนยขาว (cottage cheese) เป็นแผ่นๆ หลุดลอกได้ง่าย ตำแหน่งที่พบได้บ่อย คือ soft palate tonsils และ buccal mucosa ที่พบน้อยลงไป ได้แก่ บริเวณบนและขอบลิ้น hard palate และ hypopharynx โดยทั่วไป mucosa จะมีการอักเสบและแดงร่วมด้วย

- Atrophic candidiasis มีลักษณะเป็นแบบ flat erythematous plaques คือ เป็นปื้นอักเสบแดงโดยไม่มี white exudate หรือฝ้าขาวให้เห็น

- Hypertrophic candidiasis มีลักษณะคล้ายคลึงกับ OHL เป็นฝ้าขาวที่ขูดไม่ออก มักพบบริเวณขอบลิ้น palate และ buccal mucosa
- Angular cheilitis มีอาการอักเสบที่มุมปาก มีรอยแตก

Constitutional Symptoms การที่ผู้ติดเชื้อ HIV มีไข้ ( $T > 38^{\circ}\text{C}$ ) เรื้อรังนานกว่า 1 เดือน และ/หรือน้ำหนักลดลงไปมากกว่าร้อยละ 10 และ/หรือท้องเดินเรื้อรัง โดยไม่พบสาเหตุ ถือเป็นอาการใกล้เอดส์ หรือ AIDS-related complex และการที่มีทั้งสามอาการร่วมกันและมีน้ำหนักลดลงอย่างมาก เรียกภาวะนี้ว่า Wasting Syndrome

Thrombocytopenia ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ สามารถพบได้ ร้อยละ 3 ของผู้ติดเชื้อ HIV ส่วนใหญ่จะไม่มีอาการรุนแรงทางคลินิก ผู้ป่วยมักมี platelet count  $> 50,000$  เซลล์ต่อไมโครลิตร ซึ่งโดยทั่วไปจะเกิดปัญหาเลือดออกแทรกซ้อนต่อเมื่อ platelet count น้อยกว่า 10,000 เซลล์ต่อไมโครลิตร

Pruitic papular eruption (PPE) เป็นอาการทางผิวหนังที่พบได้ค่อนข้างบ่อยของผู้ติดเชื้อ HIV ในประเทศเขตร้อน เช่น แอฟริกา และไทย พบประมาณร้อยละ 18 - 46 ในแอฟริกา และร้อยละ 27 ในไทย ลักษณะทางคลินิกคือ เริ่มด้วยอาการคันมากตามผิวหนัง มีการเกาบ่อยๆ และตามด้วยตุ่มแดง (papules) คล้ายยุงหรือแมลงกัด เมื่อตุ่มเรื้อรังมากขึ้นจะเห็นเป็นรอยดำหรือแผลเป็น ตำแหน่งที่พบบ่อย คือบริเวณแขนขา ในรายที่เป็นรุนแรงขึ้นจะกระจายไปยังลำตัว ส่วนน้อยที่เกาขึ้นบริเวณใบหน้า

#### ระยะที่ 4 Advanced HIV diseases หรือ AIDS

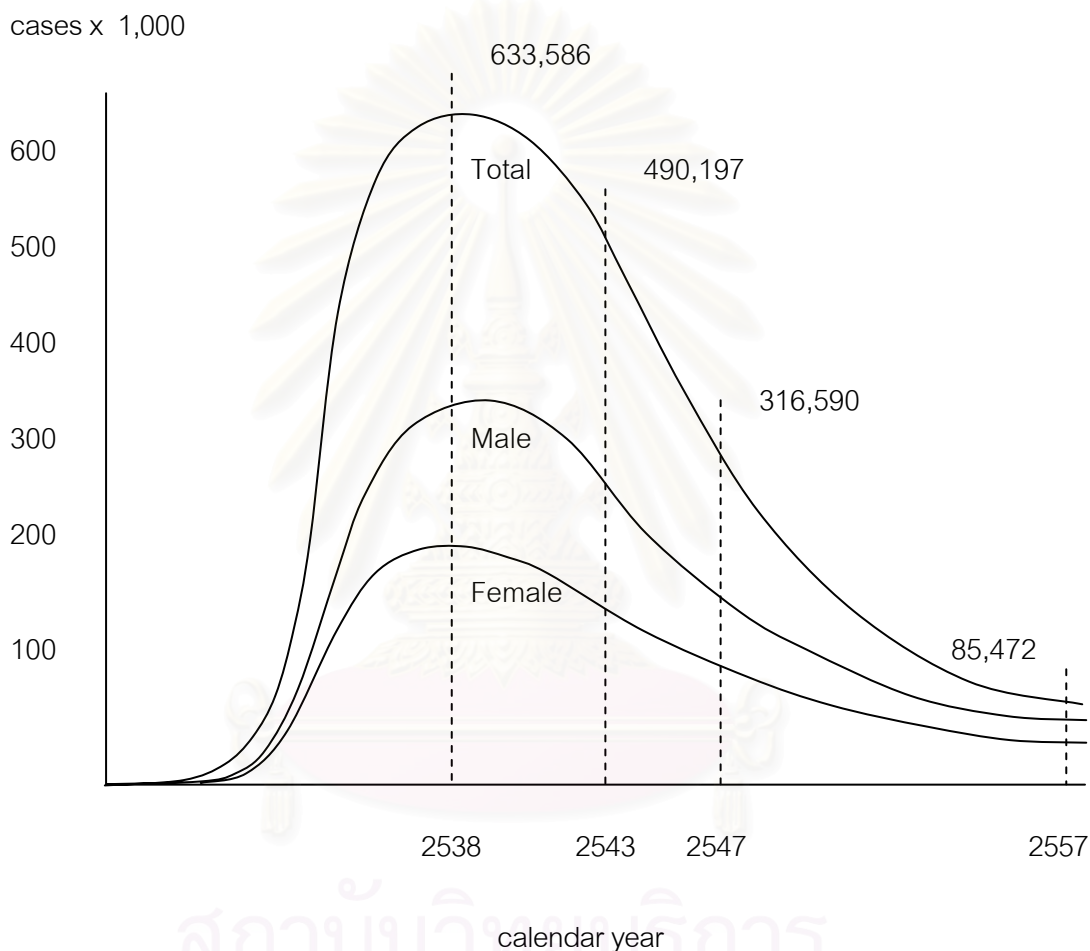
ระยะที่ป่วยเป็นโรคเอดส์หรือโรคเอดส์เต็มขั้น (Advanced HIV diseases หรือ AIDS) เป็นระยะที่ภูมิคุ้มกันบกพร่องอย่างรุนแรง มีโอกาสที่จะเกิดโรคฉวยโอกาส ในอัตราที่สูงขึ้น ทุกระบบของร่างกาย เมื่อภูมิต้านทานร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง CD4+ T cell ถูกทำลายจนเหลือน้อยกว่า 200 เซลล์ต่อไมโครลิตร ถือว่าเข้าสู่ระยะภูมิคุ้มกันที่บกพร่องอย่างรุนแรง มีโอกาสที่จะเกิดโรคฉวยโอกาส ในอัตราที่สูงขึ้น เช่น การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ วัณโรค การติดเชื้อระบบทางเดินอาหาร อากาไรซ์ อากาไรซ์ อาการต่อมน้ำเหลืองโตทั้งตัว อาการติดเชื้อทั้งระบบประสาทส่วนกลาง นอกจากนี้ยังพบอาการของโรคมะเร็ง ที่พบบ่อย คือ มะเร็งของหลอดเลือด (Kaposi's Sarcoma) มีอาการเป็นจ้ำสีม่วงแดงคล้ำตามผิวหนัง มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Lymphoma) จะมีก้อนโตตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย



## การคาดประมาณผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย

จากการคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย โดยใช้ตัวแบบเชิงคณิตศาสตร์ เพื่ออธิบายการระบาดของ HIV / AIDS <sup>(2)</sup>

Current number of HIV infections by gender, Thailand 2528 - 2557

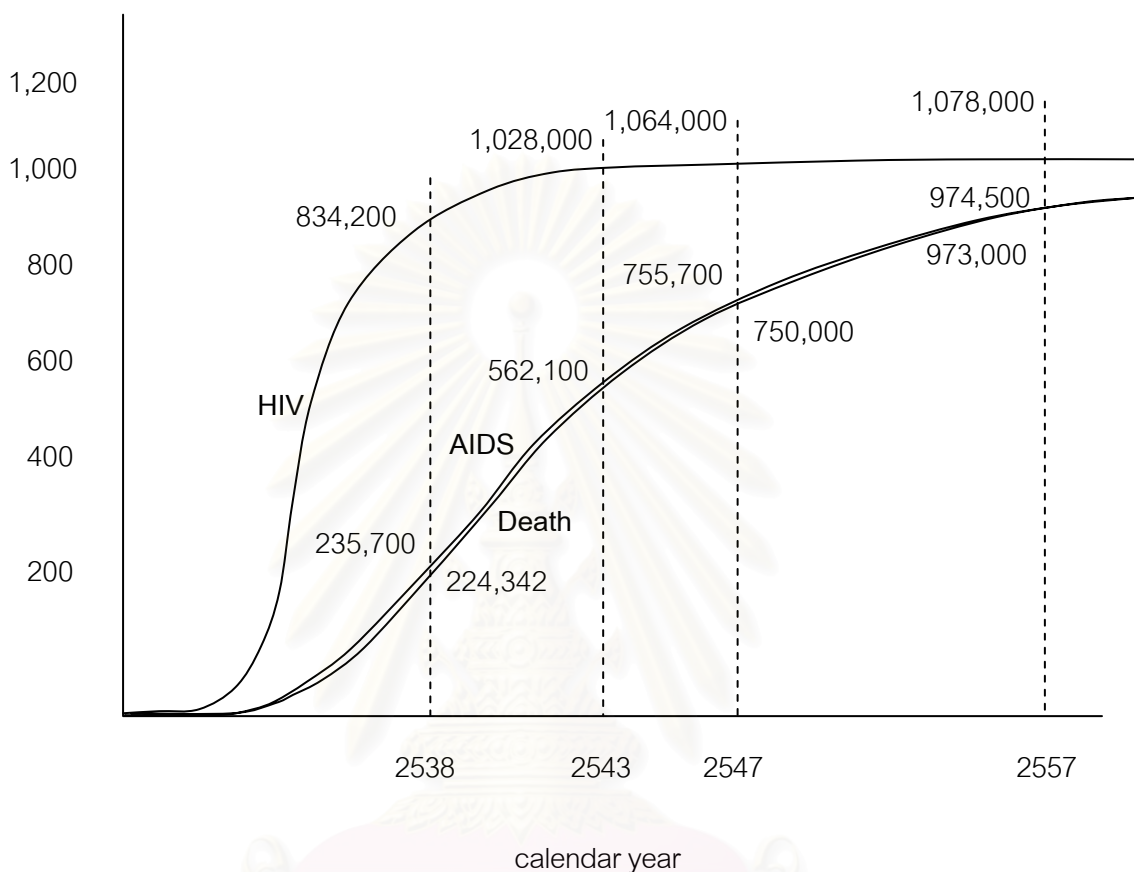


ภาพที่ 2 จำนวนผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่ประมาณได้จากตัวแบบ ระหว่างปี พ.ศ. 2528 – 2557

ในช่วงปี พ.ศ. 2528 - 2554 พบว่า ในช่วงแรก ผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และมีจำนวนสูงสุดในปี พ.ศ. 2538 คือ จำนวน 633,586 ราย ในปี พ.ศ. 2543 จำนวนผู้ติดเชื้อลดลง เหลือ 490,197 ราย, ในปี พ.ศ. 2547 มีจำนวน 316,590 รายและ 85,472 ราย ในปี พ.ศ. 2557

## Cumulative incidence of HIV infection, AIDS and death due to AIDS, Thailand 2528 - 2557

cases x 1,000



ภาพที่ 3 จำนวนผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี , ผู้ป่วยเอดส์สะสมและผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์ ที่ประมาณได้จากตัวแบบ ระหว่างปี พ.ศ. 2528 - 2557

จำนวนผู้ติดเชื้อสะสมตั้งแต่เริ่มต้นการระบาด พบว่าในปี พ.ศ. 2538 มีผู้ติดเชื้อสะสม จำนวน 834,200 ราย จำนวนสะสมของผู้ติดเชื้อจะเป็นประมาณ 1 ล้านคนในปี พ.ศ. 2542 หรือประมาณ 1,028,000 ราย ในปี พ.ศ. 2543 (ประมาณร้อยละ 1.6 ของประชากรที่คาดประมาณไว้ในปีนั้น) และเพิ่มเป็น 1,064,000 ราย ในปี พ.ศ. 2547 และ 1,078,000 ราย เมื่อถึงปี พ.ศ.2557

จำนวนผู้ป่วยเอดส์สะสมก็เพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วตั้งแต่ประมาณปี พ.ศ. 2533 ทำให้จำนวนสะสมของผู้ป่วยเอดส์สูงถึง 235,700 ราย ในปี พ.ศ. 2538 (ประมาณร้อยละ 0.4 ของประชากร) เพิ่มเป็น 562,100 ราย ในปี พ.ศ.2543 (ประมาณ ร้อยละ 0.9 ของประชากร) เพิ่มเป็น 755,700 ราย ในปี พ.ศ. 2547 (ประมาณ ร้อยละ 1.14 ของประชากร) และ

มีจำนวน 974,500 ราย ในปี พ.ศ. 2557 (ประมาณ ร้อยละ 1.37 ของประชากร) ซึ่งจะเห็นได้ว่า อัตราเพิ่มในช่วงหลังลดลงกว่าในช่วงแรกมากพอควร ดังจะเห็นได้จากความลาดชันของเส้นโค้งจำนวนสะสมที่ลดความชันลง

จากการกำหนดระยะเวลาการมีชีวิตอยู่หลังการแสดงอาการโรคเอดส์ เท่ากับ 7 เดือน ทำให้ผู้ป่วยเอดส์ กับจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์ใกล้เคียงกันมาก จะเห็นว่า จำนวนตายสะสมจนถึงปี พ.ศ. 2538 จากตัวแบบเท่ากับ 224,342 ราย และจะเพิ่มเป็นประมาณ 750,000 ราย เมื่อถึง ปี พ.ศ. 2547 และ 973,000 ราย เมื่อถึง ปี พ.ศ. 2557

## ผลกระทบของโรคเอดส์

โรคเอดส์เป็นโรคเรื้อรัง รักษาไม่หายและมีความรุนแรง ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ดังนี้

### 1. ผลกระทบด้านร่างกาย<sup>(8)(17)(18)</sup>

ระยะการติดเชื้อระยะสุดท้ายที่เรียกว่า Advanced HIV disease เป็นระยะที่ภูมิคุ้มกันบกพร่องอย่างรุนแรง เกิดโรคฉวยโอกาสหลายระบบ ได้แก่

1.1 การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ พบบ่อยคือ Mycobacterium tuberculosis ซึ่งเป็นสาเหตุของวัณโรค การติดเชื้อแบคทีเรียชนิดอื่นๆ เป็นสาเหตุของการเกิดโรคปอดบวม หรือการติดเชื้อไวรัสซึ่งเป็นสาเหตุของโรคปอดอักเสบ การติดเชื้อราหรือโปรโตซัว ที่สำคัญมากคือ Pneumocystis carinii ซึ่งเป็นสาเหตุของ Pneumocystis carinii ,Pneumonia or PCP ผู้ป่วยเอดส์จะมีอาการไข้เรื้อรัง, หอบเหนื่อย, หายใจเร็ว, ไอ ,เจ็บหน้าอก, หายใจลำบาก ชูบผอมน้ำหนักลด

1.2 การติดเชื้อระบบทางเดินอาหารเป็นอาการที่พบบ่อยในโรคเอดส์ระยะสุดท้าย ผู้ป่วยจะมีอาการอุจจาระร่วงเรื้อรัง กลืนอาหารลำบาก การติดเชื้อราในทางเดินอาหาร หรือมีแผลในหลอดอาหาร จากการติดเชื้อ ไฮโตเมกาโลไวรัส นอกจากนี้ มีอาการกระเพาะอาหารอักเสบ ตับอักเสบ เช่น อาการปวดท้อง ตัวเหลือง มีภาวะทุพโภชนาการ

1.3 ความผิดปกติของระบบประสาท การติดเชื้อ Cryptococcus ในสมอง ทำให้เกิดสมองอักเสบ ผู้ป่วยจะมีไข้ ปวดศีรษะมาก คอแข็ง มีความทุกข์ทรมานอย่างมาก บางรายเชื้อ

จะถูกลามเข้าไปในระบบประสาท ทำให้เกิดอาการทางจิตประสาท (AIDS dementia complex) จะมีอาการความจำเสื่อม ความคิดอ่านเชื่องช้า หลงลืมก่อนวัย ไม่มีสมาธิ สมองเสื่อม แขนขาชา หรืออ่อนแรง ชักกระตุก

1.4 ความผิดปกติของผิวหนังและต่อมน้ำเหลือง ผู้ป่วยเอดส์จะมีร่างกายผอมลง ปรากฏอาการมะเร็งของผิวหนัง (Kaposi's sarcoma) มีจ้ำสีม่วงคล้ำตามผิวหนัง มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Lymphoma) ก้อนโตตามร่างกาย อาการติดเชื้อตามผิวหนัง ได้แก่ เริม, งูสวัด, หูดชนิดต่างๆ แผลที่เรียกชนิดต่างๆ ที่ทำให้เกิดมีการอักเสบหรือตุ่มหนอง การติดเชื้อราหรือปรสิตต่างๆ การเกิดผื่นตุ่มคัน หรืออาการแพ้ต่างๆ

1.5 ความผิดปกติทางหู คอ จมูก มีการติดเชื้อราได้ง่าย โดยเฉพาะการติดเชื้อ Candida ในปาก ซึ่งเป็นสิ่งที่บ่งบอกได้ว่าอาการของโรคเริ่มจะรุนแรงขึ้น อาการที่พบบ่อยอีกอย่างหนึ่งในระบบนี้ ได้แก่ อาการหวัดเรื้อรัง นอกจากนี้อาจมีการติดเชื้อไวรัสต่างๆได้เช่นเดียวกับระบบอื่นๆ

1.6 ความผิดปกติในระบบหัวใจ ได้แก่ การอักเสบของเยื่อหุ้มหัวใจ การอักเสบของกล้ามเนื้อหัวใจ หรืออาการหัวใจโต อาการทางหัวใจมักเกิดร่วมกับความผิดปกติในระบบอื่นๆ ด้วย

1.7 ความผิดปกติของไต เช่น มีความไม่สมดุลย์ของสารอิเล็กโตรไลต์ และความเป็นกรด-ด่าง ซึ่งอาจเนื่องมาจากความผิดปกติในการดูดซึมของทางเดินอาหาร ความผิดปกติของต่อมหมวกไต อาจมีภาวะไตวาย ซึ่งอาจมีสาเหตุจากการได้รับยารักษาโรคเอดส์ที่มีพิษต่อไต การขาดเลือดหรือการติดเชื้อฉวยโอกาส ผู้ป่วยมักมีอาการเจ็บบริเวณเอวหรือมีอาการปัสสาวะผิดปกติ

1.8 ความผิดปกติของระบบต่อมไร้ท่อ เนื่องจากการติดเชื้อชนิดต่างๆ ทั้งไวรัส แบคทีเรีย เชื้อรา พยาธิต่างๆหรือจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

1.9 ความผิดปกติของกระดูกและข้อ อาการอักเสบและปวดข้อพบได้บ่อยในผู้ติดเชื้อเอดส์ นอกจากนี้ก็อาจพบอาการบวม ข้อติดแข็ง ซึ่งอาจมีสาเหตุสำคัญมาจากการติดเชื้อฉวยโอกาสเข้าสู่บริเวณข้อ

1.10 ความผิดปกติในระบบเลือด มักมีอาการซีด และอ่อนเพลีย เนื่องจากจำนวนเม็ดเลือดแดงลดลง มักพบร่วมกับเม็ดเลือดขาวและเกร็ดเลือดต่ำด้วยและยังพบว่ามีความผิดปกติในรูปร่างและหน้าที่ จึงอาจพบอาการเลือดออกง่าย หรือจ้ำเลือดตามตัว

1.11 ความผิดปกติทางโภชนาการ เป็นปัญหาที่พบเสมอและเป็นสาเหตุส่งเสริมให้เกิดความผิดปกติในระบบอื่นๆ ตามมาในผู้ป่วยเอดส์ และเป็นปัจจัยสำคัญของการดำเนินโรค ผู้ติดเชื้อจะมีอาการผอมซีด ไม่มีแรง อ่อนเพลีย และง่ายต่อการติดเชื้อหรือเจ็บป่วย สาเหตุสำคัญของการขาดสารอาหาร คือ

- รับประทานอาหารได้น้อยลง เพราะเบื่ออาหาร เจ็บปาก เจ็บคอกลิ้นแล้วเจ็บ หรือมีสภาพจิตใจที่หดหู่ ซึมเศร้าท้อแท้

- มีการความต้องการปริมาณสารอาหารเพิ่มขึ้นเนื่องจากการติดเชื้อ หรือมีการแบ่งตัวของเซลล์มาก

1.12 ความผิดปกติเกี่ยวกับภูมิแพ้ โดยพบว่า ผู้ติดเชื้อมีอาการแพ้ง่าย อาจเป็นผื่นลมพิษ หอบหืด หรืออาการอักเสบผิวหนังอย่างรุนแรง

1.13 ความผิดปกติทางจิตเวช<sup>(22) (23) (24)</sup> ที่พบคือ AIDS Dementia ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถของสติปัญญา เสียความทรงจำ สมองเสื่อม, Organic Mental Disorder เป็นกลุ่มอาการทางสมองที่แสดงออกโดยที่ผู้ป่วยมีอาการสับสน, มีภาวะซึมเศร้า

## 2. ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์<sup>(4)(25)(26)</sup>

ผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะสุดท้าย ต้องเผชิญกับสิ่งคุกคามต่อจิตใจและอารมณ์อย่างมาก อันเป็นผลจากการสูญเสีย ได้แก่ การสูญเสียภาพลักษณ์ การควบคุมตนเอง ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์จากการถูกสังคามรังเกียจ สูญเสียอนาคต วิถีชีวิตเปลี่ยนแปลงไป ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีสิ่งที่ยังเป็นห่วง ทำให้เกิดภาวะความเครียดและวิตกกังวล ซึมเศร้า ท้อแท้และสิ้นหวัง กังวลต่อความตาย อาจรู้สึกกลัว ความกลัวที่พบมากในผู้ป่วยใกล้ตาย ได้แก่ ความเจ็บปวดที่ไม่ทุเลาลง การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ การสูญเสียความสามารถควบคุมการทำหน้าที่ของร่างกาย สูญเสียความสามารถในการตัดสินใจ ความเป็นส่วนตัว ไม่สามารถกลับไปทำธุระการงานของตนให้สำเร็จ ถูกละทิ้งจากครอบครัว และตายอย่างโดดเดี่ยว

การคุกคามทางด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคเอดส์<sup>(27) (28)</sup> คือ ความเครียด อันมีสาเหตุมาจากความหมอดหวังที่จะหายจากโรค การรับรู้ที่ตนเองจะต้องตายเพราะโรคนี้ ความรู้สึกกลัวตายจะมีมาก ความตายเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนกลัว เมื่อรู้ว่าความตายใกล้จะมาถึง บุคคลจะกลัวต่อความตาย ความกลัวที่พบบ่อยในผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย ได้แก่

- ความเจ็บปวดที่ไม่ทุเลาลง
- การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์
- การสูญเสียความสามารถควบคุมการทำหน้าที่ของร่างกาย
- การไม่ได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับสภาพของร่างกาย
- การสูญเสียความสามารถในการตัดสินใจ การสั่งการ การควบคุมต่อแผนการดูแล และคุณภาพชีวิต

- การสูญเสียความเป็นส่วนตัว
- การที่ไม่สามารถกลับไปทำธุระการงานของตนให้สำเร็จ
- การถูกละทิ้งจากครอบครัวหรือสิ่งสำคัญอื่นๆ
- การตายอย่างโดดเดี่ยว

คูเบลอร์ รอส (Kubler-Ross)<sup>(29)</sup> ได้ศึกษาเกี่ยวกับความตายและอธิบายถึงปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคล เมื่อรับทราบเกี่ยวกับการตายของคนว่ามี 5 ระยะ ได้แก่

- ระยะปฏิเสธ (Denial) เมื่อผู้ป่วยได้รับทราบข่าวร้ายโดยทันที จะเกิดอาการตกใจอย่างรุนแรง และจะปฏิเสธ ไม่ยอมรับความจริง พยายามบอกว่าผลการตรวจผิดพลาด ผู้ป่วยต้องการเวลาในช่วงนี้เพื่อหนี และหลีกเลี่ยงความจริงที่เขาที่ยอมรับไม่ได้ การปฏิเสธอาจมีหลายระยะ ผู้ป่วยอาจจะปฏิเสธความจริงอยู่ระยะหนึ่ง แต่บางคนอาจจะปฏิเสธตลอดการดำเนินโรคหรือจนวาระสุดท้ายของชีวิตก็ได้

- ระยะโกรธ (Anger) ผู้ป่วยจะรู้สึกโกรธ หลังได้รับคำยืนยันเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค ผู้ป่วยจะรู้สึกสิ้นหวัง ขมขื่น และโกรธในความโชคร้ายของตนเอง ระยะนี้ผู้ป่วยจะมีอารมณ์หงุดหงิด โกรธง่ายและต่อต้าน

- ระยะเวลาต่อรอง (Bargaining) ระยะเวลาที่ผู้ป่วยจะพยายามต่อรองกับแพทย์ หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์เพื่อขอให้ตนมีชีวิตอยู่ได้อีกสักระยะหนึ่ง

- ระยะเวลาซึมเศร้า (Depression) เป็นระยะที่แสดงออกถึงความรู้สึกต่อการสูญเสียชีวิตของตนเอง จะแสดงความเสียใจอย่างรุนแรง อ่อนเพลียมาก ซึม สับสน เหม่อลอย นอนไม่หลับ ชอบอยู่คนเดียว ร้องไห้ รับประทานอาหารได้น้อย

- ระยะเวลายอมรับ (Acceptance) ระยะเวลาที่ผู้ป่วยจะยอมรับความสูญเสียของตนเอง เข้าใจในธรรมชาติของชีวิต ยอมรับความจริงด้วยอารมณ์ที่สงบ ไม่ทรมานทราญ ความสนใจต่อโลกภายนอกและปัญหาต่างๆ หดไป ผู้ป่วยจะแยกตัวอยู่คนเดียวมากขึ้น

การเปลี่ยนแปลงทั้ง 5 ระยะเวลา ไม่จำเป็นจะต้องดำเนินไปตามขั้นตอนตามลำดับ อาจเกิดกลับไปกลับมาระหว่างขั้นต่างๆ หรือ อาจหายไปแล้วเกิดขึ้นใหม่ หรือ อาจคงอยู่ในระยะเวลาหนึ่งนานๆ

ไวส์แมน (Wiesman) <sup>(30)</sup> <sup>(31)</sup> ได้ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย และแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะของการมีชีวิตอยู่ด้วยความทุกข์ (Existential plight) เริ่มขึ้นเมื่อผู้ป่วยทราบผลการวินิจฉัย และได้รับการรักษาครบถ้วน อาจใช้เวลาเพียงสั้นๆ ก่อนเข้าสู่ระยะพักฟื้น ผู้ป่วยอาจจะมีอาการช็อค เมื่อทราบว่าตนเองกำลังจะตาย และจะต้องตายในที่สุด หรืออาจรู้สึกประหลาดใจ มักจะถามว่า “นี่หมายถึงอะไร” หรือ “จะต้องทำอะไรบ้าง”

ระยะสงบและระยะพัก (Phase of accommodation) เริ่มเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะฟื้นฟู จะไม่มีการรักษาใดๆ อาการลดลงชั่วคราว ผู้ป่วยลดความกระวนกระวาย คลายความตกใจ และเริ่มปรับตัว บางรายกลับไปทำงานได้ แต่เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำและอาจมีอาการกำเริบของโรค บางรายมีปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับด้านการเงิน สมาชิกครอบครัว สถานภาพในสังคม ศาสนา และ การยกย่องนับถือ

ระยะเสื่อมและระยะถดถอย (Decline and deterioration) ระยะเวลาที่ความเจ็บป่วยเริ่มรุนแรงขึ้นอีกครั้ง ทำให้ผู้ป่วยนึกถึงความตายอย่างจริงจังมากขึ้น จำเป็นต้องรับการรักษาอีกครั้ง ผู้ป่วยบางรายประหลาดใจ แต่บางรายอาจจะยอมรับความเจ็บป่วยครั้งนี้ได้ อาการเสื่อมด้านจิตใจมีมากกว่าด้านร่างกาย ผู้ป่วยเริ่มคิดถึงอนาคต คิดถึงความตายของตนเอง ระยะเวลา

ส่วนใหญ่ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่นในการแก้ปัญหา แต่ยังมีหวังและไม่ปฏิเสธความจริง บางราย อาจเตรียมแผนการสำหรับความตายของตนเอง

ระยะก่อนสุดท้ายและระยะสุดท้าย (Preterminal and terminality) อาจจะเป็นแบบเฉียบพลัน หรือ ค่อยเป็นค่อยไปก็ได้ ซึ่งบ่งชี้ว่าโรคไม่ตอบสนองต่อแผนการรักษา ซึ่งไม่อาจทำนายได้ว่าความตายจริงๆ จะเกิดขึ้นเมื่อใด อาจพบ 3 – 4 วัน ก่อนตาย

### 3. ผลกระทบด้านสังคม

ในระยะแรกของการระบาดของโรคเอดส์ ปฏิบัติการของครอบครัวและสังคมต่อผู้ป่วยโรคเอดส์ สมาชิกในชุมชน รวมถึงสมาชิกในครอบครัว มีความเกลียดกลัว มองว่าเป็นโรคติดต่อร้ายแรง น่าเกลียด เกิดจากการมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม หรือการใช้ยาเสพติด บางครั้งโกรธแค้นผู้ป่วยที่เป็นสาเหตุให้ตนเองถูกสังคมรังเกียจ บางสังคมเชื่อว่าเกิดจากการลงโทษทางศีลธรรม ส่งผลให้เกิดการละเมิดสิทธิของผู้ป่วยเอดส์ ทั้งในด้านสังคม การทำงาน และการให้บริการรักษา เกิดการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ภายในครอบครัว และสังคม ทำให้ผู้ป่วยเอดส์ ส่วนหนึ่งไม่เปิดเผยตนเอง ถึงแม้จะมีอาการของโรค ระยะต่อมา ผู้ป่วยเอดส์มีการรวมกลุ่มผู้ติดเชื้อ เพื่อช่วยเหลือตนเองและเพื่อนผู้ป่วยด้วยกัน เผชิญหน้ากับปัญหาที่ไม่ได้รับการยอมรับจากสังคมและดำเนินกิจกรรมต่างๆ ประกอบกับประชาชนและสื่อต่างๆ เริ่มเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น ครอบครัว และ ชุมชนเริ่มยอมรับสามารถอยู่ร่วมกับผู้ป่วยได้ แต่ก็ยังมีผู้ป่วยอีกส่วนหนึ่งที่ไม่ต้องการเปิดเผยตัว หรือ ครอบครัว สังคมยังไม่ยอมรับ ส่งผลให้ผู้ป่วยเสาะแสวงหาที่พึ่งพิงพิงในวาระสุดท้าย เช่น ศูนย์สงเคราะห์ผู้ติดเชื้อเอดส์ องค์กรเอกชนต่างๆ รวมถึงวัดที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์<sup>(32)</sup>

### 4. ผลกระทบด้านจิตวิญญาณ

จิตวิญญาณเป็นโครงสร้างหนึ่งของมนุษย์ที่นอกเหนือจากร่างกายและจิตใจ ทำให้มนุษย์แสดงพฤติกรรมทางร่างกาย จิตใจ ให้อยู่ในสมดุล จิตวิญญาณเป็นพลังที่ทำให้มนุษย์ดำรงชีวิตอยู่ได้ เป็นภาวะที่เกิดขึ้นจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลนั้นกับความรู้สึกเกี่ยวกับตัวตน เป็นแรงกระตุ้นให้บุคคลเลือกมีสัมพันธภาพและแสดงบางสิ่งที่มีความหมายต่อชีวิตของตน ผู้ที่มีจิตวิญญาณจะเป็นทั้งผู้ให้ความรักและรับความรักจากผู้อื่น มีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ คือ ความเชื่อมั่นและศรัทธาในคำสอนของศาสนา<sup>(33) (34) (35)</sup> สำหรับผู้ป่วยโรคเอดส์มีสภาพร่างกายที่ทุกข์ทรมานด้วยความเจ็บปวด ภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป สภาวะจิตใจที่ถูกคุกคามจากความ



วิตกกังวล ความเครียด เป็นผลทำให้เกิดความทุกข์ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Distress) เป็นภาวะไร้ความหวัง, หมดพลัง คุณค่า และ ความหมายของชีวิตรวมถึง หลักในการดำเนินชีวิตถูกบั่นทอน มีชีวิตอยู่อย่างไร้จุดหมาย ขาดกำลังใจที่จะดำเนินชีวิตต่อไป พฤติกรรมที่แสดงออก เช่น โกรธ ก้าวร้าว แยกตัว หมกมุ่น มองว่าการเจ็บป่วยเป็นการถูกลงโทษ ภาวะวุ่นวายขาดความสงบสุข และไม่สามารถเผชิญกับความตายได้ แต่ในผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Needs) ที่เพียงพอ คือ การมีความหวัง ได้รับความรัก การให้อภัยจากคนรอบข้าง ได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจมีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี มีความต้องการใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีคุณค่า มีความหมาย รวมถึงการมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ความศรัทธาและได้ปฏิบัติตามคำสอนของศาสนา สิ่งต่างๆนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคเอดส์ สามารถที่จะเผชิญความทุกข์ทรมานทางร่างกาย จิตใจ ได้ ใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างสงบสุขสามารถที่จะเผชิญกับความตายที่จะมาถึงได้ <sup>(11)(12)</sup> มีความหวังอันเป็นแรงผลักดันที่สำคัญของการมีชีวิตอยู่อย่างมีความหมาย เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Spiritual Well-Being) ทั้งด้านความผาสุกในการดำเนินชีวิตและความผาสุกในความผูกพันศรัทธาต่อศาสนา <sup>(13)</sup>

### การเผชิญความเจ็บป่วยระยะสุดท้ายในผู้ป่วยเอดส์ (Coping with Terminal illness and Dying among AIDS)

เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรม เพื่อควบคุมความรู้สึกภายในและผลกระทบจากภายนอก เป็นกระบวนการตอบสนองของระบบชีวิตที่มุ่งถึงการเปลี่ยนแปลง ทั้งทางกาย ความรู้สึกนึกคิด พฤติกรรม และปรับตัวต่อสถานการณ์แวดล้อม ที่ดำเนินไปเพื่อรักษาสมดุลตามระดับสุขภาพในช่วงชีวิตของบุคคล เพื่อให้มีความสมดุลอยู่ตลอดเวลา ในทุกสภาวะการณ์แห่งช่วงชีวิต ทั้งในขณะที่มีสุขภาพปกติ กำลังเจ็บป่วย และเมื่อเผชิญกับภาวะใกล้ตาย ความสำเร็จของการปรับตัวช่วยให้ร่างกายและจิตใจ มีสุขภาพที่ดีได้รับการช่วยเหลือ เกิดแรงสนับสนุนทางสังคม และเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ

คอร์ (Corr) <sup>(6)</sup> ได้ศึกษาการปรับตัวต่อความตายของผู้ป่วยโรคเอดส์ เรียกว่า การปรับตัวขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะสุดท้าย (A Task-Based Model for Coping with Dying) แบ่งได้เป็น 4 ด้าน ดังนี้

1. การปรับตัวด้านร่างกาย (Physical Tasks) เพื่อรักษาความสมดุลทางชีวภาพ และระบบโครงสร้างของร่างกาย ประกอบด้วยการตอบสนองทางร่างกายและลดความทุกข์ทรมาน

ของร่างกายจากการดำเนินของโรคในระยะสุดท้าย เมื่อผู้ป่วยได้รับการตอบสนองที่มีคุณภาพและเพียงพอ จะช่วยให้เกิดความพึงพอใจขั้นพื้นฐานที่นำไปสู่ความพึงพอใจในขั้นต่อไป

2. การปรับตัวด้านจิตใจ ( Mental Tasks) คือการได้รับความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยจากบุคคลรอบข้าง ความเป็นอิสระในตัวเอง ความมีคุณค่าในชีวิต

3. การปรับตัวด้านสังคม (Social Tasks) คือ ความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างตนเอง กับสังคมและสิ่งแวดล้อม การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีและมีคุณค่าช่วยให้ผู้ป่วยโรคเอดส์สามารถปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้ดี

4. การปรับตัวด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Tasks) จิตวิญญาณเป็นมิติหนึ่งของบุคคล เป็นแรงจูงใจให้บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วยความต้องการ 3 ด้าน คือ การมีชีวิตอยู่อย่างมีความหมาย สามารถให้ความรักและให้อภัยผู้อื่น ในขณะเดียวกันต้องการรับความรักและการให้อภัยจากผู้อื่นรวมถึงการมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจที่บุคคลเชื่อมั่น ศรัทธา ใช้เป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต ผู้ป่วยโรคเอดส์ มีความทุกข์ทรมานทางจิตวิญญาณ การได้รับการตอบสนองทางจิตวิญญาณที่เพียงพอจะช่วยให้เกิดความหวัง การมีคุณค่าในชีวิต พบความสุข เติญกับโรคและความตายได้อย่างผาสุก

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับจิตวิญญาณ

### ความหมายของจิตวิญญาณ

จิตวิญญาณ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของบุคคล ซึ่งบุคคลประกอบด้วย ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ<sup>(36)</sup> จิตวิญญาณ มาจากภาษาลาติน (latin) ที่มีมานานกว่า 2,500 ปี เป็นคำที่แปลมาจาก คำว่า “Spiritual” มีลักษณะเป็นนามธรรม และยากแก่การเข้าใจ ดังนั้น ในการศึกษาและทำความเข้าใจเกี่ยวกับจิตวิญญาณ จึงต้องเข้าใจความหมาย ลักษณะสภาวะจิตวิญญาณและความต้องการทางจิตวิญญาณ<sup>(12)</sup> ดังนี้

คาร์สัน (Carson)<sup>(33)</sup> จิตวิญญาณเป็นองค์ประกอบหนึ่งของบุคคล เป็นแกนกลางของชีวิตและเป็นพลังที่กำกับชีวิตให้ปฏิบัติหน้าที่ได้ ดำรงชีวิตอยู่ มีการปรับปรุงและพัฒนาตามการเรียนรู้ของบุคคลนั้น จิตวิญญาณเกิดจากการยอมรับศักยภาพในตัวเอง (Self) นำไปสู่ความสามารถในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น(Orthers)และการมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ (God/Religion) โดยมีพื้นฐานมาจากการให้อภัย(Forgive) การให้และรับความรัก(Love) และความไว้วางใจ (Trust) ช่วยให้มีชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่าและมีความหมาย สามารถรักและให้อภัยผู้อื่น ในขณะเดียวกัน ก็ต้องการความรักและการอภัยจากผู้อื่นเช่นกัน

คาร์สัน และคณะ (Carson et.al.)<sup>(13)</sup> จิตวิญญาณมีความหมายมากกว่าคำศาสนา แต่มีศาสนาเป็นองค์ประกอบ เพราะ ศาสนาเกี่ยวข้องกับวิถีการดำเนินชีวิต ช่วยให้ชีวิตมีคุณค่าและมีความหมาย เช่นเดียวกับ จิตวิญญาณ แต่แตกต่างกันที่ จิตวิญญาณให้ความสำคัญกับพลังที่เกิดจากภายในบุคคล ศาสนาเป็นพลังที่มาจากความศรัทธาจากสิ่งภายนอก จิตวิญญาณเป็นความเชื่อส่วนบุคคลที่เป็นพลังภายใน ผลักดันให้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มีศาสนาเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ เกิดความรู้สึกว่า ชีวิตมีคุณค่าและมีความหวัง ช่วยเผชิญและปรับตัวต่อภาวะวิกฤต ความเจ็บป่วย ความสูญเสีย และความตาย

สตอลล์ (Stoll)<sup>(37)</sup> จิตวิญญาณเป็นหลักในการดำเนินชีวิต มี 4 ลักษณะ คือ

- 1.จิตวิญญาณมีความเกี่ยวข้องกับศาสนา มีศาสนาเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ช่วยให้ชีวิตเข้มแข็งมีพลัง ทั้งในภาวะปกติ และภาวะวิกฤตของชีวิต

2.จิตวิญญาณเป็นพลังของความหวังและการค้นหาศักยภาพภายใน นำไปสู่การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นด้วยความรัก ความไว้วางใจ และการให้อภัย ช่วยให้เกิดความมั่นใจ และมีความหวัง

3.จิตวิญญาณเกี่ยวข้องกับ การปฏิบัติศาสนกิจ เช่น การสวดมนต์ ทำบุญ การปฏิบัติตามหลักคำสอนของศาสนา ทำให้มีจิตวิญญาณที่เข้มแข็งเพิ่มมากขึ้น

4.จิตวิญญาณเป็นความเชื่อส่วนบุคคล ที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพ การปรับตัว และคุณภาพชีวิต

คอบบ์ (Cobb)<sup>(38)</sup> จิตวิญญาณคือลมหายใจของชีวิต และเป็นพลังคำจูน แสดงออกในทางความคิด ความรู้สึก ความเชื่อ เป็นแรงจูงใจ ให้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น รู้จักให้ความรักและรับความรักจากผู้อื่น มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ อาจเป็นความศรัทธาในศาสนา หรือความต้องการอื่นเพื่อมีชีวิตอยู่อย่างมีความหมาย เกิดความสำเร็จแห่งตน (Self-actualization) และยังช่วยเผชิญกับความยากลำบาก ความทุกข์ ความเจ็บป่วย และความตาย จิตวิญญาณมีความหมายแตกต่างจากคำว่า ศาสนา ในมุมมองของสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ เพราะบางคนมีศาสนาเป็นสิ่งที่ยึดเหนี่ยวแต่บางคน ศาสนาไม่มีผลต่อชีวิตของบุคคลนั้น

พีเบอร์ดี (Peberdy)<sup>(39)</sup> จิตวิญญาณคือ ความต้องการมีชีวิตอย่างมีคุณค่าและมีความหมาย ซึ่งเป็นความต้องการสูงสุดของมนุษย์ เกิดจากความเข้มแข็งภายใน นำไปสู่การมีสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น รวมถึงการมีศาสนาเป็นสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ ศาสนาเป็นองค์ประกอบหนึ่งของจิตวิญญาณ

ไบรน์ (Byrne)<sup>(36)</sup> จิตวิญญาณเป็นองค์ประกอบหนึ่งของบุคคล มีความหมายเกี่ยวข้องกับศีลธรรม ศาสนา และจิตวิทยา เป็นพลังของชีวิต ที่ช่วยคำจูนให้มีชีวิตอยู่และพึงพอใจในชีวิต

ไฮแอท (Hiatt)<sup>(40)</sup> จิตวิญญาณเป็นส่วนสำคัญของบุคคลที่ตระหนักถึงความหมายของชีวิต มีผลต่อการดำเนินชีวิต ในเชิงนามธรรม มากกว่าเหตุผล ได้แก่ ความเชื่อในอำนาจของสิ่งศักดิ์สิทธิ์ การมีที่พึ่งทางใจ ทั้งที่เป็นบุคคลหรือศาสนา เชื่อในพลังของสิ่งศักดิ์สิทธิ์นั้นว่าสามารถช่วยเพิ่มความเข้มแข็งให้กับตนเอง ที่จะเผชิญภาวะต่างๆ ได้

รอสส์ (Ross) <sup>(41)</sup> จิตวิญญาณมีความสำคัญต่อ ความหมายและจุดมุ่งหมายของ ความสำเร็จในชีวิต ความหวัง การมีชีวิตอยู่ ความเชื่อและความศรัทธา ช่วยให้บรรลุถึงความ สมบูรณ์ของสุขภาพ ความผาสุกและคุณภาพชีวิต

คอนราด (Conrad) <sup>(10)</sup> จิตวิญญาณคือหลักสำคัญของการมีชีวิต เป็นการ ผสมผสานระหว่างความเชื่อในพลังอำนาจเหนือตน (Transcendence) เข้ากับภาวะ กาย จิต สังคม (Biological and Psychosocial) เกิดเป็นความเข้มแข็งของชีวิตที่ทำให้บุคคลอยู่เหนือความ ทุกข์ของตนเองและสามารถปรับตัวได้

เวเบอร์ (Veber) <sup>(42)</sup> จิตวิญญาณมีอิทธิพลต่อ ร่างกาย จิตใจ ที่ตอบสนองต่อ ความสูญเสียและความตายที่จะมาถึง จิตวิญญาณที่ได้รับการตอบสนองจะทำให้ความเข้มแข็ง มากขึ้น เกิดความเข้าใจชีวิต และสามารถยอมรับความตายได้ จิตวิญญาณมีความแตกต่างกัน ทาง วัฒนธรรม ประเพณี และศาสนา เพราะจิตวิญญาณเป็นความเชื่อต่อสิ่งยึดเหนี่ยวที่ เกี่ยวกับศาสนาหรือปรัชญาที่ใช้เป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคล

ไฮฟิลด์ และ คาร์สัน (Highfield and Carson) <sup>(12)</sup> จิตวิญญาณ เป็นมิติหนึ่งของ บุคคลที่เป็นพลังของชีวิต แสดงถึงการยอมรับตนเอง การไว้วางใจในตนเอง โดยมีพื้นฐานมาจาก การมีเป้าหมายในชีวิต สามารถสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งภายนอก และสิ่งที่เหนือตนเอง โดยมีความรัก ความไว้วางใจ การให้อภัย

ไดสัน, คอบบ์ และ ฟอร์แมน (Dyson, Cobb and Forman) <sup>(43)</sup> จิตวิญญาณ เกิด จากความผสมผสานกันภายในบุคคล ประกอบด้วย การมีชีวิตที่มีความหมาย มีความหวัง การมี คุณค่าและมีความเชื่อมั่นในตนเอง สามารถสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ ความเชื่อต่อจิต วิญญาณเป็นลักษณะเฉพาะบุคคล ทำให้เกิดความเป็นตัวของตัวเอง เข้าใจตนเอง ค้นพบหนทางที่ จะขจัดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดจากโรคในระยะสุดท้ายที่กำลังเผชิญอยู่

การเจ็บป่วยระยะสุดท้าย ทำให้เกิดจิตวิญญาณที่บีบคั้น ( Spiritual Distress ) จากภาวะความเจ็บป่วย สูญเสียความสามารถในการดูแลและช่วยเหลือตนเอง ความเจ็บปวดทำ ให้เกิดความทุกข์ทรมาน ความไม่รู้และกลัวตายทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายหมดพลัง ท้อแท้ รู้สึกไม่มี ทางออก แยกตัว สับสนในคุณค่าของตนเอง มองไม่เห็นเป้าหมายชีวิต จิตวิญญาณที่เข้มแข็งจะ ช่วยให้ผู้บุคคลค้นพบตนเอง เข้าใจชีวิตที่กำลังเผชิญอยู่ ขจัดความกลัว เตรียมพร้อมต่อความตายที่ จะมาถึง

เคมพ์ (Kemp)<sup>(25)</sup> จิตวิญญาณคือการรับรู้สิ่งที่เหนือธรรมชาติของชีวิต การมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่าและมีความหวัง อาจมีความศรัทธาในพระผู้เป็นเจ้า ในผู้ป่วยที่ความตายใกล้จะมาถึง จะมีความนึกถึงพระผู้เป็นเจ้า พลังแห่งจิตวิญญาณที่จะช่วยให้เข้าใจในความเจ็บป่วย ความไม่รู้และความกลัวตาย มีความสามารถที่จะเผชิญกับสิ่งที่เกิดขึ้นได้

เดลแมน และ ครีก (Daleman and Creek)<sup>(44)</sup> จิตวิญญาณคือเป้าหมายและความหมายในชีวิตและการมีชีวิตอย่างมีคุณค่า ความรู้สึกเหนือธรรมชาติ ความผาสุกทางจิตวิญญาณ คือการมีชีวิตอย่างมีความหมาย มีเป้าหมายและมีความผูกพัน การให้อภัย การยอมรับ นำมาซึ่งความผาสุกและการมีคุณภาพชีวิตที่ดี อาจเกี่ยวข้องกับความเชื่อทางศาสนาและพิธีกรรมทางศาสนา การรับรู้ทางจิตวิญญาณ จะช่วยให้เข้าใจความเจ็บป่วยของตนเองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย และมีผลต่อความร่วมมือในการรักษา

รีด (Reed)<sup>(45)</sup> จิตวิญญาณเป็นองค์รวมของบุคคลซึ่งประกอบด้วย กาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ มีโครงสร้างที่สำคัญ 2 ส่วน คือ การรับรู้เหนือธรรมชาติในเรื่องของเป้าหมายชีวิต และการรับรู้เหนือธรรมชาติในเรื่องของการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ความรู้สึกโดดเดี่ยวเป็นภาวะทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและความแตกต่างกันในการรับรู้และเผชิญต่อความตาย

ในประเทศไทย คำว่าจิตวิญญาณ ยังไม่ได้บัญญัติไว้ในพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน ปี พ.ศ. 2525 แต่มีผู้สนใจศึกษาพอสมควร ได้ให้ความหมายไว้ ดังนี้

พระเมธีธรรมภรณ์<sup>(46)</sup> จิตวิญญาณในภาษาของพุทธศาสนาคือคำว่า วิญญาณ ถูกกล่าวถึงในมุมมองของโรคทางกาย โรคทางจิตและโรคทางวิญญาณ โรคทางวิญญาณหรือโรคทางจิตวิญญาณคือโรคที่เกิดจากความ โลก ความโกรธ ความหลง บีบคั้นจิตใจให้ทรมานทลาย มองโลกในแง่ร้าย เกิดความทุกข์ โรคทางจิตวิญญาณเยียวยาด้วย ธรรมะโอสถ คือมีสติรับรู้ตัวตน รู้ปัจจุบัน รู้เท่าทันความทุกข์ เข้าใจสังขารของชีวิตว่า ชีวิตมีทั้งสุขและทุกข์ มีรักมีรัก มีจากมีจร การจบสิ้นลงของชีวิต คือ สิ้นบุญสิ้นกรรม การสร้างชีวิตไว้ ไม่มีวันสูญหาย แม้ต้องตายจากไป

ประสาน ต่างใจ<sup>(47)</sup> จิตวิญญาณคือ การใช้จิตปัญญา เข้าใจตนเอง เรียนรู้ความจริงธรรมชาติ มีเป้าหมายของการอยู่ร่วมกัน ของมวลชีวิตทั้งหลาย ด้วยความรักและสันติ จิตวิญญาณเกิดจากองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ

1. การทำงานของจิตเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ การศึกษาค้นคว้าด้านปรัชญา ศาสนา จิตวิทยา และวิทยาศาสตร์ ที่เกี่ยวข้องกับการค้นหาคุณค่าและความหมายของชีวิต

2. ความเข้าใจกฎแห่งสัมพันธภาพ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่สุดของจิตวิญญาณ เพราะสัมพันธภาพช่วยให้เกิดการเรียนรู้ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น เกิดความไว้วางใจ ยอมรับและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

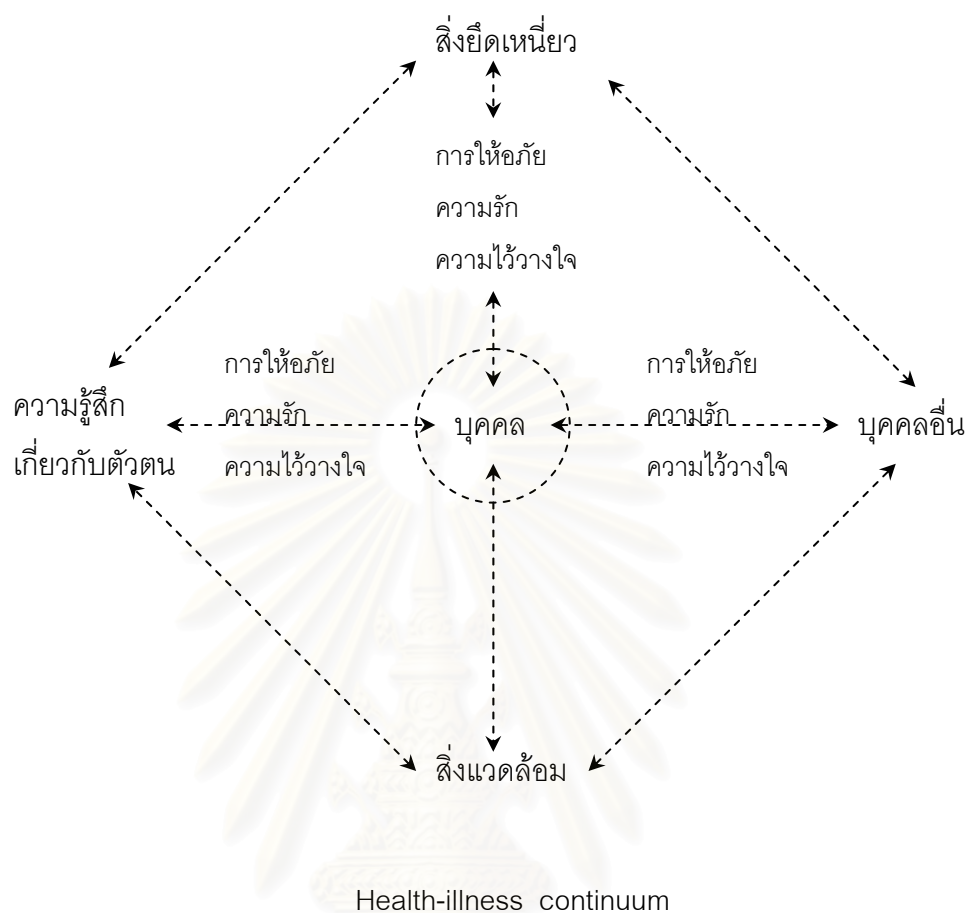
3. การแสวงหาความจริงของชีวิต เข้าใจความแท้จริงของธรรมชาติ (Supreme reality) และจิตที่เป็นสมาธิล้ำลึก (Transcendence) ช่วยให้มีชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่าและมีความหมาย

ฟาริดา อิบราฮิม<sup>(48)</sup> จิตวิญญาณ คือ มิติที่ควบคุมหน้าที่และการทำงานของคน ให้ประสบความสำเร็จอย่างมีความสุข โดยมีพื้นฐานมาจากมีมโนธรรม คุณธรรม จริยธรรม จนสามารถควบคุมจิตของตนเอง ให้มีสมาธิ ใช้ปัญญาแสวงหาความรู้ด้วยเหตุผล มีกรอบแนวคิดที่ชัดเจน ใช้กระบวนการของการแก้ไขปัญหา เข้าใจชีวิต รู้สุข รู้ทุกข์ รู้เหตุผล รู้บุคคล รู้ประมาณ และรู้กาลเวลา ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ด้วยความรู้เท่าทัน รู้ตนเอง รู้ผู้อื่น และรู้สิ่งแวดล้อม

จิตวิญญาณ เกี่ยวข้องกับความเชื่อ ความศรัทธา ความรัก ความรู้สึกนึกคิดต่อผู้อื่น เป็นแรงผลักดัน ไปสู่การกำหนดเป้าหมายและทิศทางของการดำเนินชีวิต ในคนที่มีความรู้ ความเข้าใจในหลักธรรมของศาสนา จะใช้แนวทางของศาสนาเป็นหลัก ในการดำเนินชีวิต บางคนอาจใช้ปรัชญาเป็นแนวทางนำไปสู่การปฏิบัติในทางที่ดี ทั้งศาสนาและสิ่งยึดเหนี่ยวอื่น ๆ มีพื้นฐานมาจากการให้ความรัก ความเมตตาต่อผู้อื่น รู้จักรักตัวเอง ปฏิบัติให้เกิดความสบายใจแก่ตนเอง และผู้อื่น รู้สึกมีความสุขเมื่อเป็นผู้ให้

จากการทบทวนวรรณกรรม จิตวิญญาณจึงน่าจะหมายถึง หลักสำคัญของการมีชีวิตของมนุษย์ เกิดจากความผสมผสานกันภายในบุคคล ประกอบด้วย การมีชีวิตที่มีความหมาย มีความหวัง, การมีคุณค่าและมีความเชื่อมั่นในตนเอง, ความเชื่อในพลังอำนาจเหนือตน

(Transcendence) ทำให้เกิดการมีปฏิสัมพันธ์ (Connection) กับพลังภายในตนเอง (Self) พลังจากผู้อื่น (Others) และพลังจากความศรัทธาในศาสนา (God/Religion) ภายใต้อาณัติความไว้วางใจ (Trust) ความรัก (Love) ความมั่นใจ (Confidence) และการให้อภัย (Forgiveness) ช่วยให้คุณคนนั้น ค้นพบความหมายและเป้าหมายของชีวิต (Meaning and Purpose in Life) สามารถเผชิญปัญหา (Coping) และเกิดความพึงพอใจในชีวิต



ภาพที่ 4 ลักษณะสภาวะจิตวิญญาณ และ ความต้องการทางจิตวิญญาณ

#### ความต้องการทางจิตวิญญาณ (Spiritual Needs or Spiritual Dimensions)

คาร์สัน (Carson) <sup>(33)</sup> ความต้องการทางจิตวิญญาณ คือ ปัจจัยต่างๆที่มีความจำเป็นต่อการดำรงชีวิตของบุคคลในด้านจิตวิญญาณ เพื่อค้นหาคำตอบเกี่ยวกับตนเอง เชื่อมโยงกับสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ทั้งด้านความศรัทธาในศาสนาและความต้องการมีชีวิตอยู่ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตของตนให้เกิดความพึงพอใจสูงสุด มีคุณภาพชีวิตที่ดี

สตอลล์วูด และ สตอลล์ (Stallwood and Stoll) <sup>(33)</sup> ความต้องการทางจิตวิญญาณ จะสำเร็จได้ต้องอาศัยปัจจัย 4 ด้าน คือ มีคุณธรรม (Moral sense) มีปัญญา(Intellect) มีความมุ่งมั่น(Will) และมีจิตใจที่เป็นหนึ่งเดียว(Emotion) เชื่อว่ามีพื้นฐานมาจากความกลัวและพยายามที่จะหลีกเลี่ยงจากความกลัวนั้น โดยค้นหาสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับรากฐาน



ของศาสนาที่กำเนิดมาจากความกลัวของมนุษย์ หลักของศาสนาทุกศาสนาจึงสอนให้มนุษย์ ยกย่องจิตใจ ให้เป็นอิสระเหนือความกลัว การตระหนักถึงความต้องการทางจิตวิญญาณจะ เพิ่มมากขึ้นเมื่อบุคคลอยู่ในภาวะอันตรายหรือ อ่อนแอลง เช่น ความเจ็บป่วย สูญเสีย ทุกข์ทรมาน บุคคลจะค้นหาที่พึ่งทางใจ ให้เกิดพลังเข้มแข็งมากขึ้น ช่วยในการปรับตัวและเผชิญกับความทุกข์ ยากนั้น

ซิม และ มอสส์ (Sim and Moss) <sup>(17)</sup> ความต้องการทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับ ความต้องการทางด้านร่างกาย (Physical needs) ความต้องการทางด้านจิตใจ (Emotional needs) ความต้องการทางด้านสังคม (Social Needs) ซึ่งส่งผลกระทบต่อ ภาวะ สุขภาพ ความผาสุกและคุณภาพชีวิต

ความต้องการทางจิตวิญญาณได้มีผู้ศึกษาไว้ดังนี้

ไฮฟิลด์ และ คาร์สัน (Highfield and Carson) <sup>(12)</sup> ได้แบ่งความต้องการทางจิตวิญญาณออกเป็น 4 ด้าน คือ ความต้องการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต (Need for meaning and purpose in life) ความต้องการได้รับความรัก (Need to receive love) ความต้องการที่จะแสดงความรักต่อผู้อื่น (Need to give love) ความต้องการความหวังและการสร้างสรรค์ (Need for hope and creativity)

รีเนตซกี (Renetzky) <sup>(41)</sup> ได้แบ่งความต้องการทางจิตวิญญาณ ออกเป็น 3 ด้าน คือ ความต้องการมีความหมาย มีเป้าหมายและ มีความสำเร็จในชีวิต (Meaning, purpose and fulfillment) ความต้องการมีความหวัง (Hope/will to love) ความต้องการมีความเชื่อความศรัทธา ในตนเอง บุคคลอื่น และสิ่งยึดเหนี่ยว (Belief and faith in self, other and God)

นิวสแซน (Newshan) <sup>(11)</sup> ได้แบ่งความต้องการทางจิตวิญญาณออกเป็น 3 ด้าน คือ ความต้องการความรักและการมีปฏิสัมพันธ์ (Love and relatedness) ความต้องการความหมายในชีวิต (Meaning) และความต้องการความหวัง (Hope)

ไดสัน, คอบบ์ และ ฟอว์แมน (Dyson, Cobb and Forman) <sup>(43)</sup> ได้แบ่งความต้องการทางจิตวิญญาณออกเป็น 4 ด้าน คือ ความต้องการมีความหมายในชีวิต (Meaning) ความต้องการมีปฏิสัมพันธ์ (Relatedness/connectedness) ความเชื่อ (Belief) และความหวัง (Hope)

คอนราด (Conrad) <sup>(10)</sup> ได้แบ่งความต้องการทางจิตวิญญาณออกเป็น 4 ด้าน คือ ความต้องการค้นหาความหมายของชีวิต (Search for meaning) ความต้องการได้รับการให้อภัย (Sense of forgiveness) ความต้องการความรัก (Need for love) และความต้องการความหวัง (Need for hope)

เคมพ์ (Kemp) <sup>(25)</sup> ได้แบ่งความต้องการทางจิตวิญญาณออกเป็น 5 ด้าน คือ ความต้องการมีความหมายในชีวิต (Meaning) ความต้องการมีความหวัง (Hope) ความต้องการมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ (Related to God) ความต้องการได้รับการให้อภัยและการยอมรับ (Forgiveness or acceptance) และ ความต้องการมีความเชื่อในพลังอำนาจเหนือตน (Transcendence)

คอร์รั (Corr) <sup>(6)</sup> ได้แบ่งความต้องการทางจิตวิญญาณออกเป็น 3 ด้าน คือ ความต้องการค้นหาความหมายของชีวิต (Meaning fullness) ความต้องการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (Connectedness) และ ความเชื่อในพลังอำนาจเหนือตน (Transcendence)

ดังนั้นแนวคิดในด้านความต้องการทางจิตวิญญาณ สามารถสรุปและอธิบายได้ดังนี้

1. คุณค่าและความหมายของชีวิต (meaning in life) เป็นองค์ประกอบหลักของความต้องการทางจิตวิญญาณ เป็นศูนย์กลางของชีวิตที่เกิดจากประสบการณ์ การเรียนรู้ สติปัญญาและอารมณ์ เป็นลักษณะเฉพาะบุคคล หรือ เป็นบุคลิกภาพของบุคคลนั้น นำไปสู่ความต้องการการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น และมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจที่ช่วยให้เกิดคุณค่าและความหมายของชีวิต มีเหตุผลของการมีชีวิตอยู่ หรือต้องการให้ชีวิตจบลง <sup>(43)</sup> ความสามารถในการค้นหาความหมายของชีวิต มีอิทธิพลมาจากความสามารถในการปรับตัวต่อภาวะวิกฤตของชีวิต ความเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมานและ การสูญเสีย เป็นภารกิจที่ยิ่งใหญ่ที่สุดของมนุษย์ <sup>(41)</sup> มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จและความภาคภูมิใจ ในภาวะที่บุคคลสามารถค้นหาคุณค่าและความหมายของชีวิตได้ ทำให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Spiritual well being) มีความต้องการให้ชีวิตอยู่ต่อไป ใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีคุณค่า และพึงพอใจในชีวิต ในทางตรงข้ามหากบุคคลไม่สามารถค้นหาคุณค่าและความหมายของชีวิตได้ ทำให้เกิดความทุกข์ทางจิตวิญญาณ (Spiritual distress) เป็นความว่างเปล่าและสิ้นหวัง <sup>(11)</sup> ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายรับรู้ถึงความหมายของชีวิตที่เหลืออยู่ ค้นหาความสำเร็จในชีวิตที่ผ่านมาและมองหาเป้าหมายในชีวิตต่อไป เพื่อให้เกิดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต และยอมรับความตายที่จะมาถึงได้ <sup>(25)</sup>

2. ความหวัง (Hope) เป็นแรงจูงใจและเป็นพลังสำคัญของชีวิต ทำให้ชีวิตดำเนินไป ในทางที่ดีขึ้น มีชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่าและมีความหมาย

เฮิร์ท (Herth)<sup>(49)</sup> ได้ให้ความหมายของความหวังเป็น 3 ด้าน คือ

2.1 ความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้นชั่วคราว และ ในอนาคต (Inner sense of temporality and future) คือ การรับรู้เหตุการณ์และความคาดหวังในสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต อาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงหรือไม่ก็ได้ แต่บุคคลก็คาดหวังว่าจะบรรลุเป้าหมายและสามารถควบคุมสถานการณ์นั้นได้ ความหวังในด้านนี้ทำให้บุคคลมองเห็นอนาคตของตนในภายภาคหน้า แต่ถ้าบุคคลรับรู้ถึงความไม่มั่นคง ก็จะทำให้บุคคลขาดพลังใจที่จะมีความหวังในชีวิต

2.2 ความคาดหวังในทางบวก (Inner positive readiness and expectancy) คือ ความรู้สึกมั่นใจ และพยายามกระทำเพื่อบรรลุเป้าหมายในทางที่ดี รวมทั้งเป็นความรู้สึกมั่นใจในการกระทำของตน ซึ่งจะทำให้บุคคลรู้สึกว่าชีวิตของตนมีคุณค่ามากขึ้น ความหวังในด้านนี้จะรวมถึงการฟื้นฟูความทรงจำทางบวกในอดีตได้ด้วย

2.3 ความสัมพันธ์ ระหว่างตนและบุคคลอื่น (interconnectedness with self and others) ความหวังในด้านนี้ แบ่งออกเป็น

- ความเข้าใจในคุณสมบัติ (attributes) และ ความสามารถ (competence) ของตนเอง ได้แก่ ความมุ่งมั่น (determination) ในสิ่งที่คาดหวัง ความกล้าหาญ (courage) ที่จะเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคและความสงบ (serenity) ภายในจิตใจ ซึ่งความรู้สึกนี้จะช่วยส่งเสริมให้ความหวัง

- ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอื่น ได้แก่บุคคลในครอบครัว เพื่อน และสังคมที่อยู่ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลทำให้เกิดความผูกพัน ความเอาใจใส่ ให้กำลังใจแก่กัน ทำให้บุคคลรู้สึกว่ามีความร่วมแบ่งปันความรู้สึก รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของบุคคลอื่น ก่อให้เกิด ความหวังขึ้นภายในจิตใจ นอกจากนี้ยังหมายถึงความศรัทธาต่อสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ เชื่อในพลังอำนาจของสิ่งที่อยู่เหนือตน ช่วยให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและมีความหวัง

ในผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้าย ความหวัง เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัว ต่อความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บปวด ความกลัวที่เกิดจากความไม่แน่นอนของชีวิต มีความหวังที่พบคือ ขอให้ชีวิตยาวนานต่อไป ขอให้อาการเจ็บปวดทุเลาลง ได้อยู่กับคนรักก่อนตาย ขอให้

ตายอย่างสงบไม่ทุกข์ทรมาน ขอให้มีชีวิตหลังความตายในทางที่ดี ผู้ป่วยมีความหวังทั้งในปัจจุบัน และในอนาคต

3. ความต้องการสร้างสัมพันธภาพ ความต้องการความรัก และการให้อภัย (Relatedness, Love and Forgiveness) เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่าง 3 องค์ประกอบ คือ ตนเอง (Self) ผู้อื่น (Others) และสิ่งยึดเหนี่ยว (God/Religion) สัมพันธภาพในตนเอง คือ การส่งเสริมให้เกิดพลังที่เข้มแข็งจากการค้นหาความสามารถและศักยภาพของตน บุคคลที่มีความ ผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นผู้มีพลังในตนเองที่เข้มแข็ง มองเห็นคุณค่าของตนและสามารถปรับตัว ต่อปัญหาอุปสรรคได้ การมีพลังในตนเองเป็นจุดเริ่มต้นของความต้องการสร้างสัมพันธภาพกับ ผู้อื่น เรียนรู้และแลกเปลี่ยน ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของจิตวิญญาณ นำไปสู่ ความต้องการมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่าและมีความหวัง สัมพันธภาพที่ดีเกิดจากการให้และรับความ รัก การให้อภัย เกิดเป็นความไว้วางใจ ความมั่นคง สอดคล้องกับความเชื่อที่ว่า มนุษย์ทุกคน ต้องการความรัก และความไว้วางใจ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญของการมีชีวิตอยู่ ความไว้วางใจเป็นพื้นฐาน ของสัมพันธภาพที่ดี นำไปสู่ความผาสุกทางจิตวิญญาณและสุดท้ายคือ การมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจที่ มีพลังอำนาจเหนือตน ได้แก่ ความศรัทธาในศาสนา และการปฏิบัติศาสนกิจ เป็นที่พึงพอใจ ให้ คุณค่าสูงสุดในชีวิต<sup>(50)</sup>

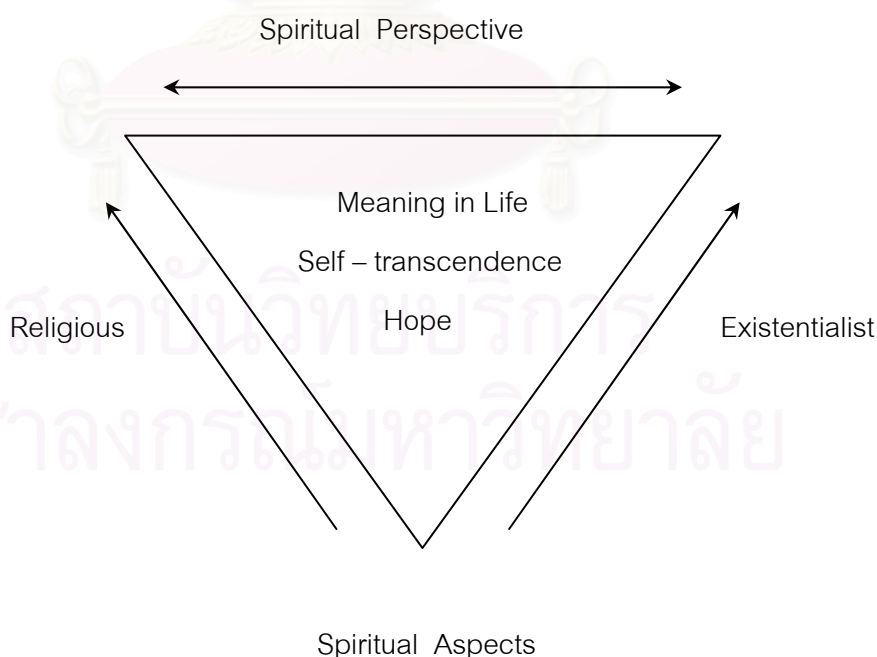
ในผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้าย ผู้ป่วยต้องการได้รับความรักและการให้อภัย ต้องการ ได้รับการดูแลช่วยเหลือ จากครอบครัว คนรัก เพื่อนและสังคม รวมถึงต้องการความคุ้มครองและ การให้อภัยจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนเคารพบูชา ในขณะเดียวกัน ก็ต้องการให้ความรักและให้อภัยผู้อื่น เช่นกัน ผู้ป่วยหลายคนคิดถึงชีวิตที่ผ่านมา อาจมีความรู้สึกละอายต่อการกระทำ ทั้งจากความตั้งใจ และไม่ตั้งใจ อาจเป็นความผิดของตนเองหรือผู้อื่น ความรู้สึกนี้ทำให้เกิดความเจ็บปวดทางจิต วิญญาณ ผู้ป่วยที่ได้รับการตอบสนองทางจิตวิญญาณที่เพียงพอ จะสามารถให้ความรักและยก โทษให้กับตนเองและผู้อื่นได้ การให้อภัยและให้ความรักเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ ทำให้ เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ

4. ความเชื่อในพลังอำนาจเหนือตน (Transcendence) คือ ภาวะที่บุคคลขยาย ขอบเขตความเชื่อ จากการรับรู้ภาวะปกติของตน (Common boundary) ไปสู่การรับรู้ในพลัง อำนาจของสิ่งที่เหนือตน (Extend self) ในขณะเผชิญกับความยากลำบาก ความเจ็บป่วย ความ สูญเสีย ปัญหาและอุปสรรค ด้วยการใช้ศักยภาพภายในตนอย่างสูงสุด ที่จะปรับตัวให้อยู่ร่วมกับ สิ่งที่เกิดขึ้น ในชีวิตที่ไม่อาจเปลี่ยนแปลงได้ ทำให้เกิดความสมดุลย์ภายในจิตใจ มีความรู้สึกเป็น

อิสระ อยู่เหนือความกลัว ความกังวล ค้นพบเป้าหมายใหม่ของชีวิต ช่วยให้มีชีวิตอย่างมีคุณค่า และมีความหมายต่อไปได้ ในที่สุดทำนำไปสู่ความเข้าใจในธรรมชาติของชีวิต

ในผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้าย ความเชื่อและความศรัทธาในศาสนาเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความสงบ และยอมรับความตายที่จะมาถึงได้ ตามความเชื่อในหลักคำสอนของศาสนา คริสต์ อิสลามและยิว ที่เชื่อในพระเจ้าเป็นเจ้า ความตาย คือการได้ไปพบกับพระเจ้า, ความเป็นนิรันดร์ การหลุดพ้นจากความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน นำไปสู่ความสงบสุขทางจิตวิญญาณ สำหรับศาสนาพุทธ ความตายคือวัฏสงสารการตายเป็นการกลับมาเกิดใหม่ที่ไม่มีสิ้นสุด ความเชื่อในหลักคำสอนของศาสนาทำให้เกิดการประกอบพิธีกรรมทางศาสนา เช่น การสวดมนต์ภาวนา การขอพร การชำระล้างบาป การละหมาด ฯลฯ เพื่อให้เกิดความมั่นคงทางจิตวิญญาณ สามารถรับรู้ต่อความตายและเผชิญความตายได้อย่างสงบ

ดังนั้น การรับรู้ถึงความต้องการทางจิตวิญญาณ จึงเป็นการรับรู้เกี่ยวกับสภาวะจิตวิญญาณในตนเอง (Spiritual perspective) ใน 2 องค์ประกอบ คือ ความต้องการทางด้านศาสนาและ ความต้องการมีชีวิตอยู่ ซึ่งเป็นส่วนประกอบที่สำคัญ นำไปสู่ชีวิตที่มีความหมาย มีความหวังและมีความเชื่อในพลังศรัทธาต่อสิ่งยึดเหนี่ยว



ภาพที่ 5 การรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเอง

## ลักษณะสภาวะจิตวิญญาณ (Spiritual aspects)

สภาวะจิตวิญญาณ มีลักษณะเช่นเดียวกับ สภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิต คือ มีทั้งสุขภาพดีและเจ็บป่วย ดังนั้น สภาวะจิตวิญญาณ แบ่งได้เป็น 2 สภาวะ คือ

### 1. ความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Spiritual Well-Being or Spiritual Health)

บัฟฟอร์ด, พอลลูทเชน และแอลลิสัน (Bufford, Paloutzian and Ellison)<sup>(7)</sup> ความผาสุกทางจิตวิญญาณเกิดจาก ความเข้าใจในชีวิต มีเป้าหมายชีวิต และมีความสมดุลย์ของ ร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ที่มีสภาวะสุขภาพดีทั้ง 4 ด้าน ความผาสุกทางจิตวิญญาณ เปลี่ยนแปลงไปตามปัจจัยภายในบุคคลและสภาวะสุขภาพ มี 2 องค์ประกอบ คือ

- องค์ประกอบด้านศาสนา (Religious component) หมายถึง ความผาสุกจากความศรัทธาในศาสนา มีความเชื่อในพลังอำนาจของสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เป็นที่พึ่งพิงทางใจ ได้รับความรัก ความเมตตา และได้รับผลดีจากความเชื่อมั่น ความศรัทธาในคำสอน รวมถึงการปฏิบัติตามคำสอนนั้น

- องค์ประกอบด้านความต้องการมีชีวิตที่มีความหมาย และ มีความพึงพอใจในชีวิต (Meaning in life and satisfaction with life component) หมายถึง ความผาสุกในการดำเนินชีวิต รับรู้ว่าการมีชีวิตเป็นสิ่งที่ดี มีคุณค่า มีความสุขสมบูรณ์ และมีความพึงพอใจ รวมถึงมีความหวังว่า สิ่งที่ตั้งเป้าหมายไว้ จะสำเร็จผลได้

มอเบิร์ก (Moberg) ความผาสุกทางจิตวิญญาณ คือ ความสงบภายในจิตใจ และความสอดคล้องลงตัวของชีวิต ระหว่างความมุ่งมั่นตั้งใจ จิตใจที่ตระหนักถึงคุณค่าของชีวิต ความรู้ความสามารถ และ ความมีคุณธรรม ศีลธรรม เป็นสิ่งนำทางชีวิต

คูก (Cook) ความผาสุกทางจิตวิญญาณ คือ สิ่งค้ำจุนชีวิตที่เกิดจาก การสร้างสัมพันธ์ภาพกับตนเองครอบครัวและสิ่งยึดเหนี่ยว ทำให้เกิดความพึงพอใจสูงสุดของชีวิต ความผาสุกทางจิตวิญญาณใช้เป็นเครื่องวัดคุณภาพชีวิต ที่แสดงออกถึง การมีชีวิตที่ประสบผลสำเร็จ เป็นผู้สร้างชีวิตและเข้าใจชีวิตของตนเอง<sup>(33)</sup>

โซเคน และ คาร์สัน (Soeken and Carson)<sup>(51)</sup> ความผาสุกทางจิตวิญญาณช่วยให้ชีวิตดำรงอยู่ได้ เกิดจากการมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ได้แก่ ความศรัทธาในศาสนา พลังในตนเอง และพลังของการช่วยเหลือสนับสนุนจากผู้อื่น นำไปสู่ความพึงพอใจสูงสุด

โอ เบรน (O'Brien) <sup>(52)</sup> ความผาสุกทางจิตวิญญาณ คือ สิ่งที่เกี่ยวข้องกับ ความเป็นองค์รวมในบุคคล ที่ประกอบด้วย ความศรัทธาในศาสนา และความเข้าใจในศักยภาพของตน มองตนเองด้วยความไว้วางใจ เป็นความรู้สึกรับรู้ที่อยู่ภายในตัวตนทั้งหมด รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์และยอมรับผู้อื่น

ความผาสุกทางจิตวิญญาณมี 2 องค์ประกอบ คือ

1.1 ความผาสุกในการดำเนินชีวิต (The existential well-being : EWB) คือ การรู้ถึงเป้าหมาย ความพึงพอใจและความหวังในชีวิต ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่า ชีวิตเป็นสิ่งที่มีความหมาย ไม่รู้สึกเคັงคว้าง มีกำลังใจ ความพึงพอใจในชีวิต คือ ความพอใจในประสบการณ์ที่มีคุณค่าของตนเองในอดีต ช่วยให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง มองเห็นคุณค่าของตนเองและพึงพอใจที่จะมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลรอบข้าง มีอารมณ์ที่เบิกบาน มองโลกในแง่ดี

1.2 ความผาสุกในความศรัทธาต่อศาสนา(The religion well-being : RWB) คือ การมีความเชื่อต่อหลักคำสอนของศาสนา และปฏิบัติตามคำสอน เช่น การประกอบพิธีกรรมทางศาสนา การสวดมนต์ภาวนา การขอพร ฯลฯ เพื่อเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ในการเผชิญและปรับตัวต่อสถานการณ์ที่คุกคามชีวิต เช่น ภาวะความเจ็บป่วย และภาวะใกล้ตาย รวมถึงการเข้าใจธรรมชาติความจริงของชีวิตและยอมรับความตายที่จะมาถึงได้

ลักษณะของผู้ที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณ

- มีความพึงพอใจในชีวิต
- ค้นหาความหมายและมีเป้าหมายในชีวิต
- ตระหนักและเห็นความสำคัญของการมีชีวิตอยู่
- รู้จักให้ความรัก, ให้อภัยผู้อื่น และต้องการได้รับจากผู้อื่นเช่นกัน
- สามารถตอบสนองความรักต่อผู้อื่น ด้วยความจริงใจ
- ยอมรับและเห็นคุณค่าของตนเอง
- มีความหวัง
- มีศีลธรรมและคุณธรรม

- มีความสงบสุขภายในใจ

ปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณ ในผู้ป่วยเรื้อรัง

- ความเจ็บปวด (Pain) เป็นความทุกข์ทรมานทางกาย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหมดพลัง เสียพลังในการควบคุมความเจ็บปวด อารมณ์เศร้า ภาวะนอนไม่หลับ แยกตัวต่อต้าน ความเจ็บปวด ทำให้ผู้ป่วยมีความยากลำบากที่จะสร้างสัมพันธภาพกับสิ่งยึดเหนี่ยว ให้ประสบผลสำเร็จ ความผาสุกทางจิตวิญญาณลดลง

- ภาพลักษณ์ของตนเอง (Self concept) ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเรื้อรัง จะขาดความนับถือตนเอง ต่ำห็นตนเองเนื่องจากมีข้อจำกัดของการมีชีวิตอยู่ ภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป สูญเสียคุณค่าและความสามารถ ทำให้ความผาสุกทางจิตวิญญาณลดลง การได้รับการช่วยเหลือให้กำลังใจ จากบุคคลรอบข้างและส่งเสริมความสามารถที่ผู้ป่วยมีอยู่ ช่วยให้ความผาสุกทางจิตวิญญาณเพิ่มขึ้น

- ความแยกตัว และความโดดเดี่ยว (Isolation and loneliness) ความรู้สึกที่แตกต่างจากคนอื่น นำไปสู่การแยกตัวจากสังคม แยกออกมาอยู่คนเดียว ตัดขาดจากคนใกล้ชิด และสังคม ทำให้ผู้ป่วยขาดการช่วยเหลือ สนับสนุน จากบุคคลอื่นและสิ่งยึดเหนี่ยว ความโดดเดี่ยวทำให้เกิดความทุกข์ทางจิตวิญญาณ รู้สึกหมดคุณค่า

- การสูญเสียพลัง (Power lessness) ผู้ป่วยเรื้อรังมีระยะเวลาการเจ็บป่วยยาวนาน ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย หรือ ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ทำให้พลังของชีวิตลดลง ความรู้สึกมีพลังเป็นสิ่งจำเป็นที่ช่วยให้ชีวิตอยู่ได้ ปรับตัวและเผชิญกับโรค รวมถึงยอมรับความตายได้

- ความหวัง (Hope) ความหวังเป็นการรับรู้ถึงสิ่งที่ดีขึ้นในอนาคต การกำหนดเป้าหมายและพยายามทำเป้าหมายนั้นให้บรรลุผลสำเร็จ ผู้ป่วยมีความหวังที่เกิดจาก การได้รับการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง และมีศาสนาเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ช่วยให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ

## 2. ความทุกข์ทางจิตวิญญาณ (Spiritual Distress or Spiritual Problem)

คาร์สัน (Carson) <sup>(33)</sup> เป็นภาวะซึ่งเป้าหมายหรือหลักในการดำเนินชีวิตถูกบั่นทอนจากความทุกข์ยาก ความเจ็บปวด และความสูญเสีย



ซัมเนอร์ (Sumner) <sup>(53)</sup> ความทุกข์ทางจิตวิญญาณคือ ความขัดแย้งภายในใจเกี่ยวกับคุณค่าในตนเอง และพลังศรัทธาของสิ่งยึดเหนี่ยว ที่จะช่วยค้นหาความหมาย ลดความเจ็บปวด ลดความทุกข์ทรมาน ขาดความเชื่อมั่นในตนเองและความเชื่อมั่นในพลังศรัทธาของสิ่งยึดเหนี่ยวในใจ

ไบร์น (Byrne) <sup>(36)</sup> ความทุกข์ทางจิตวิญญาณ คือ ภาวะที่หลักของชีวิตที่ประกอบด้วย ความต้องการมีชีวิตอยู่ และ ความต้องการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น รวมถึงสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ไม่ได้รับการส่งเสริมช่วยเหลืออย่างเพียงพอ เกิดความทุกข์ภายในจิตใจ

สเตปนิคและเพอร์รี่ (Stepnick and Perry) <sup>(35)</sup> ความทุกข์ทางจิตวิญญาณพบได้ในภาวะวิกฤตของชีวิต อธิบายตามปฏิกริยาต่อความตายของผู้ป่วยตามแนวคิดของ คลูเบอร์-รอธส์ คือ

- ระยะปฏิเสธ (Denial) ความทุกข์ทางจิตวิญญาณที่พบ คือ การปฏิเสธการรักษาทางการแพทย์ และค้นหาการรักษาด้วยวิธีตามความเชื่อ อาจมาจากแนวคิดทางศาสนา ได้แก่ การงดเว้นการรับประทานบางชนิด การดูแลตนเองโดยใช้ความเชื่อที่แตกต่างออกไป

- ระยะโกรธ (Anger) ผู้ป่วยจะแสดงอารมณ์โกรธตนเอง,ผู้อื่น และสิ่งยึดเหนี่ยว ความเจ็บป่วยคือการถูกละทิ้ง ไม่ร่วมมือในการรักษา แยกตัว อยู่คนเดียวจากความโกรธที่มีอยู่ภายในใจ ปฏิเสธสิ่งยึดเหนี่ยว

- ระยะต่อรอง (Bargaining) ค้นหาสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ มีความเชื่อใน พลังอำนาจของสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ปฏิบัติศาสนกิจ สวดมนต์ กราบไหว้ขอพร อ่านหนังสือเกี่ยวกับหลักคำสอน เพื่อหวังให้อาการเจ็บป่วยดีขึ้น

- ระยะซึมเศร้า (Depression) ภายหลังที่ได้ทำทุกอย่างที่ผู้ป่วยคิดว่าสามารถช่วยให้อาการเจ็บป่วยดีขึ้น เมื่ออาการเจ็บป่วยไม่ดีขึ้น ผู้ป่วยหยุดค้นหาสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ สิ้นหวังแยกตัว

- ระยะยอมรับ (Acceptance) ผู้ป่วยวางแผนเกี่ยวกับการใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ มีเป้าหมายชีวิต ค้นหาสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจ ได้แก่ ศาสนา หรือกิจกรรมที่ชอบทำ อ่านหนังสือธรรมะ และชีวิตหลังความตาย พุดคุยแลกเปลี่ยนการณชีวิตกับคนใกล้ชิด ครอบครัว เพื่อน เป็นระยะที่ผู้ป่วยยอมรับความเจ็บป่วยและความตายที่จะมาถึงได้

### ลักษณะของผู้ที่มีความทุกข์ทางจิตวิญญาณ

- โกรธ หงุดหงิด ก้าว เกี่ยวกับการมีชีวิต
- ขาดเป้าหมายในชีวิต
- รู้สึกไร้คุณค่า สงสัยในความสามารถของตนเอง
- รู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง ขาดสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ
- ค้นหาความศรัทธาในศาสนามากขึ้น
- ไม่ต้องการสร้างสัมพันธภาพกับใคร
- ขาดการช่วยเหลือสนับสนุนทาง

### สภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคเอดส์

โรคเอดส์ทำให้พัฒนาการของชีวิตหยุดชะงัก ผู้ป่วยต้องปรับตัวต่อความทุกข์ทรมานและเผชิญกับความตายก่อนวัยอันควร สภาวะจิตวิญญาณ ช่วยให้ผู้ป่วยลดความทุกข์ทรมาน ความกลัวต่อความตายและความสิ้นหวัง ทำให้ผู้ป่วยค้นหาคุณค่าและความหมายของชีวิต เป็นพลังของความเข้มแข็งภายใน ทั้งในด้าน ความต้องการมีชีวิตอยู่และมีศาสนาเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ นำไปสู่ความหวัง และต้องการให้ชีวิตดำเนินต่อไป<sup>(17)</sup> ผู้ป่วยโรคเอดส์รับรู้ต่อ สภาวะจิตวิญญาณ 3 ระยะ คือ<sup>(9)</sup>

- ระยะแรก คือ หลังได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อโรคเอดส์ ผู้ป่วยรับรู้ถึงความสูญเสียที่เกิดขึ้น เป็นความทุกข์ทางใจ ได้แก่ สูญเสียพลังอำนาจ, สูญเสียหน้าที่ และสูญเสียคุณค่าในตนเอง รู้สึกว่าตนเองแตกต่างจากคนอื่น รู้สึกผิด รู้สึกกลัว กังวลกับสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้น ในระยะนี้ ผู้ป่วยค้นหาสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจที่ไว้วางใจและยอมรับผู้ป่วย อาจเป็นครอบครัว เพื่อน หรือองค์กรต่างๆ รวมถึงการนำหลักศาสนามาเป็นที่พึ่งทางใจ โดยมีพื้นฐานมาจากความต้องการที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป ผู้ป่วยที่สามารถค้นหาที่พึ่งทางใจได้ จะเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ มีความหวัง มีกำลังใจ มีเป้าหมายและวางแผนการใช้ชีวิต ในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ให้เกิดความพึงพอใจสูงสุด ยอมรับว่าเชื้อโรคเอดส์เป็นส่วนหนึ่งของชีวิต

- ระยะที่สอง คือ ระยะการดำเนินของโรค เป็นระยะที่ผู้ป่วยต้องการทำให้ชีวิตดีขึ้น ถึงแม้จะไม่มีทางรักษาให้หายได้ พยายามต่อสู้กับความเจ็บป่วย ความกลัวและความสิ้นหวัง โดยใช้ศักยภาพและพลังที่เหลืออยู่ค้นหาความพึงพอใจในชีวิต ได้แก่ การทำกิจกรรมที่ชอบ, กิจกรรมที่ช่วยให้เกิดประโยชน์ต่อผู้อื่น, การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเอดส์ด้วยกัน, การให้ความรู้แก่กลุ่มเสี่ยง เพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์, ฟังเพลง, อ่านหนังสือ หรือกิจกรรมอื่นๆ ที่พึงพอใจ รวมถึงการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นและเพื่อนผู้ป่วย เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ชีวิต ทำกิจกรรมร่วมกัน การยึดในหลักคำสอนของศาสนา และการปฏิบัติศาสนกิจ สิ่งต่างๆ เหล่านี้ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีคุณค่ามีความหมาย มีประโยชน์ ทำให้เกิดความหวังที่จะมีชีวิตให้ยาวนานขึ้น ในผู้ป่วยหญิงที่มีลูก ผู้ป่วยพยายามต่อสู้กับโรคเพื่อให้มีชีวิตอยู่จนถึงลูกสามารถช่วยเหลือตนเองได้

- ระยะที่สาม คือ ระยะสุดท้ายของโรค ผู้ป่วยตระหนักถึงสภาวะจิตวิญญาณในด้านความต้องการให้มีชีวิตอยู่ลดลง ใช้หลักคำสอนของศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจเพิ่มมากขึ้น เพื่อช่วยให้เผชิญกับอาการเจ็บป่วยที่รุนแรงขึ้น และความตายที่จะมาถึง หลักคำสอนของศาสนาจะนำไปสู่ความสงบสุขในช่วงสุดท้ายของชีวิต

ปัจจัยที่ทำให้เกิด ความทุกข์ทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยเอดส์ ที่สำคัญคือ ถูกสังคมรังเกียจ, ขาดการช่วยเหลือสนับสนุน, ความไม่แน่นอนของชีวิตและขาดสิ่งยึดเหนี่ยวโดยเฉพาะอย่างยิ่งศาสนา

### การประเมินสภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคเอดส์

สภาวะจิตวิญญาณเป็นภาวะที่เปลี่ยนแปลงได้ การประเมินสภาวะทางจิตวิญญาณ มีดังนี้<sup>(54) (55)</sup>

#### 1. การสัมภาษณ์และการสังเกตในภาวะเจ็บป่วย

1.1 ประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เช่น สาเหตุของความเจ็บป่วย ผู้ป่วยอาจเชื่อว่าเป็นผลมาจากกรรมเก่า หรือสิ่งที่ขาดเหตุผลทางวิทยาศาสตร์

1.2 สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจที่มีความสำคัญเมื่อผู้ป่วยเผชิญกับโรคอาจเป็นบุคคลหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ผู้ป่วยเคารพ

1.3 ลักษณะของปฏิกิริยาเมื่อเจ็บป่วย การแสดงอารมณ์และพฤติกรรม

1.4 ความหวังที่ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่และพยายามต่อสู้กับความเจ็บป่วย รวมถึงการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน และองค์กรอื่นๆ

2. การประเมินโดยใช้แบบสอบถาม ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถาม เพื่อวัดสภาวะจิตวิญญาณ ดังนี้

2.1 แบบสอบถามวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณ (The Spiritual Well - Being Scale : SWBS) โดย Paloutizan and Ellison<sup>(56) (7)</sup> ใช้วัดความผาสุกทางจิตวิญญาณ

2.2 แบบสอบถามวัดการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเอง (The Spiritual Perspective Scale : SPS) โดย Pamela G.Reed<sup>(57)</sup> ใช้วัดการรับรู้ด้านจิตวิญญาณภายในจิตใจ และการรับรู้การมีปฏิสัมพันธ์ของตนเองกับสิ่งแวดล้อม

2.3 แบบสอบถามวัดความหวัง (The Herth Hope Index :HHI) โดย Kaye Herth<sup>(58)</sup> ใช้วัดความหวังที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ ทั้งในปัจจุบันและอนาคต และความสามารถในการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น

2.4 แบบสอบถามวัดความหมายของชีวิต (The Meaning in Life Scale : ML) โดย Warner and Williams<sup>(59)</sup> ใช้วัดความหมายและความพึงพอใจในชีวิตที่เหลืออยู่ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

นอกจากนี้ยังมีแบบสอบถามเพื่อวัดสภาวะจิตวิญญาณ เช่น

- Death Transcendence Scale (DTS)
- The Index of Well-Being (IWB)
- The Beck Hopelessness Scale (BHS)
- Purpose in Life Test (PLT)

## เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสภาวะจิตวิญญาณ

ฮอลล์ (Hall) <sup>(60)</sup> ได้ศึกษาลักษณะจิตวิญญาณ ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะสุดท้าย จำนวน 10 ราย (เพศชาย 5 คน, เพศหญิง 5 คน) ที่มีอายุระหว่าง 32 - 38 ปี โดยทำการศึกษาในรูปแบบงานวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า การรับรู้ต่อโรคเอดส์ในด้านจิตวิญญาณ แบ่งออกได้ 3 ระยะ คือ ระยะแรกหลังจากได้รับการวินิจฉัย ผู้ป่วยจะได้รับความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ ถูกสังคมรังเกียจ รู้สึกผิด เป็นตราบาปต่อสังคม มีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ระยะที่ 2 เป็นระยะการดำเนินของโรค และระยะสุดท้ายของโรค หลังจากได้รับความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ในแต่ละระยะผู้ป่วยได้รับรู้ถึงผลกระทบต่อยุทธศาสตร์จิตวิญญาณ ในระยะแรกผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าและความหมายในชีวิตลดลง ขาดความรัก ขาดคนเข้าใจ ไม่มั่นใจที่จะติดต่อสื่อสารกับใคร ท้อแท้และหมดหวัง อาจมีความคิดฆ่าตัวตาย แต่เมื่อผู้ป่วยสามารถค้นหาที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจทำให้เกิดพลังต่อสู้กับความสูญเสียต่างๆ ที่กำลังเผชิญได้ ร่วมกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี ช่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดความหวัง, เข้าใจในชีวิตมากขึ้น และทำในสิ่งที่มุ่งหวังไว้ให้สำเร็จก่อนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

รีส และ แคปแลน (Reese and Kaplan) <sup>(61)</sup> ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะจิตวิญญาณกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์เพศหญิง จำนวน 53 คน เป็นผู้ป่วยที่มีเชื้อโรคเอดส์ ร้อยละ 55, มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ ร้อยละ 30 และมีอาการของโรคเอดส์ ร้อยละ 15 โดยใช้แบบวัดสภาวะจิตวิญญาณ และแบบวัดการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเอดส์ทั้งสามกลุ่ม มีความเชื่อต่อสภาวะจิตวิญญาณ ว่าเป็นส่วนที่สำคัญที่ช่วยในการปรับตัวต่อโรคเอดส์และ ผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูง จะมีระดับสภาวะจิตวิญญาณสูงและในทางกลับกันผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ จะมีสภาวะจิตวิญญาณต่ำเช่นกัน เมื่อนำมาทดสอบปัจจัยทำนายสภาวะจิตวิญญาณ พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม สามารถเป็นปัจจัยทำนายสภาวะจิตวิญญาณได้ถึง ร้อยละ 15

ลีเซอร์แมน, เพอร์กิน และ อีแวนส์ (Leserman, Perkins and Evans) <sup>(62)</sup> ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง แรงสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวต่อโรคเอดส์ ในกลุ่มผู้ป่วยเอดส์เพศชาย ที่มีอาการของโรคเอดส์ จำนวน 52 คน เปรียบเทียบกับผู้ป่วยเพศชายที่ไม่มีเชื้อโรคเอดส์ จำนวน 53 คน พบว่า ผู้ป่วยเอดส์เพศชายมีการปรับตัวต่อโรคเอดส์ โดยใช้ความเชื่อทางจิตวิญญาณสูงกว่า ผู้ป่วยชายที่ไม่มีเชื้อเอดส์ และผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูงสามารถ

ปรับตัวโดยใช้ ความเชื่อทางจิตวิญญาณสูงสุด และพบว่าความเชื่อทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ ที่ช่วยในการปรับตัวต่อโรค

ฮุย ยิง ลี , ไอเกกูชิ และ โฮบารา (Hui-ying Li, Ikeguchi and Hobara) <sup>(63)</sup> ศึกษาเปรียบเทียบ สภาวะจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยในบ้านพักผู้ป่วยระยะสุดท้าย (hospice) ระหว่างผู้ป่วยระยะสุดท้ายในประเทศญี่ปุ่น กับประเทศเกาหลี จำนวน 66 คน พบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายในกลุ่มที่ศึกษาของประเทศเกาหลี มีสภาวะจิตวิญญาณสูงกว่าในกลุ่มที่ศึกษาของประเทศญี่ปุ่น โดยพบปัจจัยที่มีผลคือ ผู้ป่วยในประเทศเกาหลีได้รับการดูแลทางจิตวิญญาณ คือ จัดกิจกรรมสวดมนต์ ไหว้พระ ฝึกอบรมจิตใจให้เกิดความสงบ ส่งเสริมการอ่านหนังสือธรรมะ และฝึกการเตรียมตัวสำหรับความตาย แต่ในประเทศญี่ปุ่น ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะใช้เวลาดูโทรทัศน์ หรือเก็บตัวอยู่ในห้องผู้ป่วยในประเทศญี่ปุ่น รู้สึกกลัวความตาย มากกว่าผู้ป่วยในประเทศเกาหลี ร้อยละ 67 และ ร้อยละ 25 ตามลำดับ

บาร์โรโซ (Barroso) <sup>(64)</sup> ศึกษาการมีชีวิตที่ยาวนานของผู้ป่วยโรคเอดส์ โดยไม่เกิดอาการแทรกซ้อน ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์ จำนวน 25 คน เป็นเพศชาย 20 คน และเพศหญิง 5 คน มีระยะเวลาการได้รับเชื้อนาน 7 ปี ขึ้นไป มีค่า CD4 มากกว่า 500 และยังไม่เคยเกิดโรคแทรกซ้อน โดยการวิจัยเชิงคุณภาพ เกี่ยวกับ มีปัจจัยใดที่ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดอยู่ได้ยาวนาน พบว่า ผู้ป่วยมีความสนใจสุขภาพกาย สุขภาพจิต และดูแลด้านจิตวิญญาณ ในด้านร่างกาย ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อความเจ็บป่วย ยอมรับว่าตนเองมีเชื้อโรคเอดส์ อยู่ในร่างกาย ดูแลสุขภาพตามคำแนะนำของแพทย์ การพักผ่อน ออกกำลังกาย หลีกเลียงสารเสพติด, ศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ , รับประทานอาหาร ในด้านจิตใจ ผู้ป่วยได้รับกำลังใจและการช่วยเหลือจากคู่สมรส ครอบครัว เพื่อน และองค์กรต่างๆ ช่วยลดภาวะเครียด มีงานอดิเรกทำ และมีกิจกรรมที่ชอบ การดูแลด้านจิตวิญญาณ ผู้ป่วยค้นหาสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ คือ การยึดหลักคำสอนของศาสนา ช่วยให้เกิดมีความหวังและชีวิตยังมีคุณค่า สามารถปรับตัวต่อโรค และมีชีวิตรอดต่อไปได้

บาร์โรโซ (Barroso) <sup>(65)</sup> ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีชีวิตรอดของผู้ป่วยโรคเอดส์ จำนวน 20 คน เป็นเพศชาย 14 คน เพศหญิง 6 คน มีอาการของโรคเอดส์ และได้รับเชื้อโรคเอดส์ นานมากกว่า 3 ปี โดยการวิจัยเชิงคุณภาพสัมภาษณ์เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการมีชีวิตรอดของผู้ป่วย พบว่า มี 2 ปัจจัยที่มีความสำคัญ คือ ปัจจัยเกี่ยวกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มาจากการดูแลช่วยเหลือ จากคนใกล้ชิด ครอบครัว เพื่อน และองค์กรต่างๆ ช่วยเหลือสนับสนุน ให้กำลังใจ ลดความวิตกกังวล ความกลัว และปัจจัยเกี่ยวกับความต้องการทางจิตวิญญาณ คือการ

ค้นหาเป้าหมายของการมีชีวิตอยู่ รวมถึงมีหลักศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ เกิดความสงบภายในจิตใจ ยอมรับความเจ็บป่วยได้ มีความหวังที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป

นิวส์เชน ( Newshan) <sup>(11)</sup> ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการกับความเจ็บปวด กับ ภาวะจิตวิญญาณ ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะสุดท้าย โดยการศึกษาจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ภาวะจิตวิญญาณ มีองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ การชีวิตที่มีคุณค่าและความหมาย ,มีความหวังและสามารถสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นได้ และพบว่าการได้รับแรงสนับสนุนจากสังคม จะทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณลดลง นอกจากนี้ พบว่าผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะสุดท้ายยังมีความหวังอยู่ในระดับสูง โดยพบความหวังใน 2 ด้าน คือ ความหวังต่อผลการรักษาเพื่อความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมาน และ ความหวังที่จะได้ตายอย่างสงบสุข การได้อยู่ใกล้ชิดกับบุคคลที่รักก่อนตาย รวมถึงการได้รับการให้อภัยและยกโทษให้กับการกระทำที่ผ่านมา

เคเดเจน, เจเกิล และ ฟรายด์แลนด์ (Kaidjian, Jekel and Friedland) <sup>(66)</sup> ศึกษาความต้องการของจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคเอดส์ ในกลุ่มผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ จำนวน 104 ราย จาก 90 โรงพยาบาลในสหรัฐอเมริกา โดยใช้แบบสอบถามวัดความต้องการของจิตวิญญาณ เกี่ยวกับการมีความหมายและเป้าหมายของชีวิต มีความหวังและการมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ พบว่า ผู้ป่วยต้องการมีชีวิตที่มีความหมาย ร้อยละ 71 มีความหวัง ร้อยละ 91 มีศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ ร้อยละ 96 และลักษณะสภาวะจิตวิญญาณ พบว่า ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ ร้อยละ 44 รู้สึกผิด ร้อยละ 23 รู้สึกกลัวต่อความตายที่จะมาถึง ร้อยละ 26 รู้สึกว่าการติดเชื้อเป็นการถูกลงโทษ ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่มีความมีศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ การสวดมนต์เมื่อคิดถึงความตาย เพื่อความเมตตาช่วยเหลือ การสวดมนต์ จะช่วยลดความรู้สึกผิด ยอมรับการติดเชื้อ ใส่ใจตนเองมากขึ้นและพร้อมที่เข้าสู่โรคเอดส์ระยะสุดท้าย

นูนส์ (Nunes) <sup>(67)</sup> ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ จำนวน 50 คน โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตที่มี 4 ด้าน คือ ด้านสุขภาพและความสามารถในการทำหน้าที่ ด้านเศรษฐกิจ ด้านครอบครัว ด้านจิตใจ และจิตวิญญาณ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะมีคุณภาพชีวิตที่ทั้ง 4 ด้าน และพบว่าด้านจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์กับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูงสุด

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ

ฉวีวรรณ ไพรวลัย<sup>(68)</sup> ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา พฤติกรรมการดูแลตนเอง กับความผาสุกทางจิตวิญญาณ ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลบาราศนราดูร จำนวน 100 คน โดยด้านจิตวิญญาณศึกษาตามแนวการยึดมั่นในศาสนา พบว่า ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีความผาสุกด้านจิตวิญญาณในระดับสูงเกิดจากมีความศรัทธาและใช้หลักศาสนาเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต

คาร์สัน (Carson)<sup>(13)</sup> ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง กับความผาสุกด้านจิตวิญญาณ ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์ จำนวน 65 ราย ที่มีอายุระหว่าง 22 –27 ปี โดย เป็นผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 31 ราย ,ระยะ ARC จำนวน 9 ราย และเป็นผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้าย จำนวน 25 ราย กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับการวินิจฉัยว่ามีเชื้อโรคเอดส์ ในช่วงระยะเวลา 2 เดือน ถึง 7 ปี พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง โดยพบความผาสุกทางจิตวิญญาณด้านความศรัทธาในศาสนา มีระดับสูงกว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณด้านการดำเนินชีวิต ไม่พบความแตกต่างของระดับ ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยทั้ง 3 กลุ่ม ในด้านความหวัง ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความหวังในชีวิตอยู่ในระดับสูง มีผู้ป่วยเพียง 4 ราย ที่ท้อแท้ หหมดหวัง ความหวังมีความสัมพันธ์กับ ความผาสุกทางจิตวิญญาณด้านความศรัทธาในศาสนาสูงกว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับความผาสุกทางจิตวิญญาณด้านการดำเนินชีวิต และปัจจัยที่สามารถทำนายความหวังคือ ความผาสุกทางจิตวิญญาณ ปัจจัยเกี่ยวกับอายุ, ศาสนาและระยะเวลาการดำเนินของโรค ไม่สามารถทำนายความหวังได้

เพส และ สเตเบิลส์ (Pace and Stables)<sup>(69)</sup> ศึกษาเปรียบเทียบ ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 55 คน เป็นผู้ป่วยโรคเอดส์ 7 คน ผู้ป่วยโรคมะเร็ง 37 คน ผู้ป่วยโรคหัวใจและปอด 11 คน พบว่า ผู้ป่วยโรคเอดส์ มีระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณต่ำกว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายโรคอื่นๆ มีความโดดเดี่ยวสูงกว่า และได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อยกว่าผู้ป่วยโรคอื่นๆ ปัจจัยที่สามารถทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณ คือ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุกกลุ่มโรคที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูง จะมีความผาสุกทางจิตวิญญาณสูง

คาร์สัน และ กรีน (Carson and Green)<sup>(70)</sup> ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความผาสุกทางจิตวิญญาณกับความเข้มแข็งภายในตนเอง ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์ จำนวน 99 คน เป็นผู้ป่วยที่ได้รับเชื้อโรคเอดส์ 55 คน อยู่ในระยะมีอาการที่สัมพันธ์กับโรคเอดส์ 24 คน และเป็นผู้ป่วยที่มีอาการโรคเอดส์ 30 คน พบว่าผู้ป่วยทั้ง 3 กลุ่ม มีระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณและความเข้มแข็งภายในตนแตกต่างกันที่ระยะเวลาการได้รับการวินิจฉัยโรค ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการวินิจฉัยโรคยาวนานกว่า จะมีความผาสุกทางจิตวิญญาณสูงกว่า



ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการวินิจฉัยน้อยกว่า ไม่พบความแตกต่างในปัจจัยเกี่ยวกับ อายุ เพศ และระยะเวลาการดำเนินของโรค ในด้านความสัมพันธ์ พบว่าความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งภายใน

โคลแมน และ โฮลสเมอ์ (Coleman and Holzemer) <sup>(71)</sup> ได้ศึกษาความผาสุกทางจิตวิญญาณ ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์ จำนวน 117 คน เป็นผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะสุดท้ายร้อยละ 26 และผู้ป่วยที่ได้รับเชื้อเอชไอวีแต่ยังไม่ปรากฏอาการ ร้อยละ 74 พบว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความหวัง ผู้ป่วยที่มีความหวังสูงจะมีความผาสุกทางจิตวิญญาณสูง ทั้งในด้านความผาสุกทางจิตวิญญาณด้านความศรัทธาในศาสนา และ ความผาสุกทางจิตวิญญาณด้านการดำเนินชีวิต

อิสซา, ปาร์คเกอร์ และ เมอร์โรว (Isaia , Parker and Murrow) <sup>(72)</sup> ศึกษาความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุ จำนวน 37 คน มีอายุระหว่าง 56-88ปี มีอายุเฉลี่ย 74 ปี พบว่า

- องค์ประกอบของความผาสุกทางจิตวิญญาณ คือ ความผาสุกทางจิตวิญญาณด้านความศรัทธาในศาสนา และความผาสุกทางจิตวิญญาณด้านการดำเนินชีวิต มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ ระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณรวม

- ความผาสุกทางจิตวิญญาณของเพศหญิง มีระดับสูงกว่าเพศชาย ซึ่งพบ ความผาสุกทางจิตวิญญาณในด้านการดำเนินชีวิตสูงกว่าเพศชาย

- อายุ ไม่มีความสัมพันธ์ กับความผาสุกทางจิตวิญญาณ แต่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นจะมีความผาสุกในด้าน ความศรัทธาในศาสนาสูงกว่าผู้มีอายุน้อย

เบอริ และ คณะ (Bery et.al.) <sup>(73)</sup> ศึกษาความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว จำนวน 58 คน มีอายุเฉลี่ย 57 ปี ได้รับการรักษา ด้วยยาและผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ มีความผาสุกทางจิตวิญญาณสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยา ในปัจจัยด้านเพศ พบว่า ผู้ป่วยหญิงมีระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยรวมและในองค์ประกอบย่อย ทั้ง 2 องค์ประกอบ สูงกว่าเพศชาย

ไฮลี และ คณะ (Haile et. al.) <sup>(74)</sup> ศึกษาความเข้มแข็งภายใน (Inner strength) ในผู้ป่วยโรคเอดส์เพศหญิง จำนวน 19 คน เป็นผู้ป่วยที่มีอาการของโรคเอดส์ ศึกษาโดยการสัมภาษณ์ถึงประสบการณ์ที่ทำให้เกิดความเข้มแข็ง พบว่า ผู้ป่วยทุกคนมีความความเข้มแข็งภายในที่เป็นพลังให้เผชิญกับความทุกข์ยาก

ของโรคเอดส์ ปัจจัยที่มีผลต่อความเข้มแข็งคือ การค้นหาที่พึ่งทางใจ เพื่อช่วยให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจได้แก่ การได้รับความรัก , การดูแลจากครอบครัว และผู้ดูแลผู้ป่วย, การให้อภัยตนเอง, มองโลกในทางที่ดี, ยอมรับตนเอง และมีศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ ทำให้ชีวิตดำเนินอยู่ได้

เคนดอลล์ (Kendall) <sup>(75)</sup> ศึกษาความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยโรคเอดส์เพศชาย จำนวน 29 คน โดยการสัมภาษณ์ถึงประสบการณ์ชีวิตในด้าน ความผาสุกทางจิตวิญญาณ พบว่าความผาสุกทางจิตวิญญาณเกิดจาก การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือและมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ช่วยลดความเจ็บปวดทางร่างกายและจิตใจ มีความผาสุกในชีวิตนำไปสู่ความใส่ใจดูแลตนเอง

เอลลิสัน และ สมิทท์ (Ellison and Smith) <sup>(66)</sup> ศึกษาความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยศึกษาจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในช่วงปี พ.ศ. 2525 – 2533 พบว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ ภาวะสุขภาพที่ดี หรือ ผู้ที่มีสุขภาพดีจะมีความผาสุกทางจิตวิญญาณสูง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ คือ ความเจ็บปวด ,ระดับความรุนแรงของโรค, ภาวะซึมเศร้า, ภาวะวิตกกังวล และ การขาดแรงสนับสนุนทางสังคม กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดรุนแรง มีความวิตกกังวล มีภาวะซึมเศร้าและขาดการช่วยเหลือ จะมีความผาสุกทางจิตวิญญาณระดับต่ำ ปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณทางบวก คือ ความหวังและแรงสนับสนุนทางสังคม กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีความหวังสูง และได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูง ก็จะมีมีความผาสุกทางจิตวิญญาณสูง ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยยาวนาน และมีความหวังสูง จะมีความผาสุกทางจิตวิญญาณสูง

#### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเอง

รีด (Reed) <sup>(76)</sup> ศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณและความผาสุกทางจิตวิญญาณในกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 57 คน กับ ผู้มีสุขภาพดี จำนวน 57 คน โดยใช้แบบสอบถามวัดการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณและแบบสอบถามวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณ พบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีระดับการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณสูงกว่าผู้มีสุขภาพดีและเพศหญิงมีการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณสูงกว่าเพศชาย ในส่วนความผาสุกทางจิตวิญญาณ พบว่า ผู้ที่มีอายุมากจะมีความผาสุกทางจิตวิญญาณสูงกว่าผู้ที่มีอายุน้อย แต่ไม่พบความแตกต่างระหว่างเพศในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ พบว่า ผู้ที่มีการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณสูง จะมีความผาสุกทางจิตวิญญาณสูงเช่นกัน

รีด (Reed) <sup>(77)</sup> ศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณและความผาสุกทางจิตวิญญาณในกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 100 คน ผู้ป่วยยังไม่อยู่ในระยะสุดท้าย

จำนวน 100 คน และผู้มีสุขภาพดี จำนวน 100 คน โดยใช้แบบสอบถามวัดการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณและแบบสอบถามวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณ พบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีระดับการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณสูงกว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม และพบความสัมพันธ์ทางบวก ระหว่าง การรับรู้สภาวะจิตวิญญาณกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ ในกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในส่วนความผาสุกทางจิตวิญญาณ พบว่า ผู้ที่มีอายุมากจะมีความผาสุกทางจิตวิญญาณสูงกว่าผู้ที่มีอายุน้อย และผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีความผาสุกทางจิตวิญญาณมากกว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม

ทัค, แมคเคน และ เอลส์วิก (Tuck, McCain and Elseick) <sup>(78)</sup> ศึกษาการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในกลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์ เพศชาย จำนวน 52 คน มีอายุเฉลี่ย 39 ปี โดยใช้แบบสอบถามวัดการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณ, แบบสอบถามวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณ, แบบวัดการจัดการกับปัญหา, แบบวัดคุณภาพชีวิต พบว่า ผู้ป่วยมีระดับการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณและความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง เมื่อศึกษาความสัมพันธ์พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณสูง จะมีความผาสุกทางจิตวิญญาณสูง สามารถจัดการปัญหาได้ดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

เกรย์ และ คาสัน (Gray and Cason) <sup>(79)</sup> ศึกษาการควบคุมความเครียดในผู้ป่วยโรคเอดส์เพศหญิง จำนวน 80 คน มีอายุเฉลี่ย 35 ปี พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมความเครียด คือ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี มีระดับการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณสูง ปัจจัยที่มีผลทำให้เกิดความเครียดมากขึ้น คือ ความขัดแย้งภายในใจ

โซเวล และคณะ (Sowell et. al.) <sup>(80)</sup> ศึกษาการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณ ซึ่งเปรียบเสมือนพลังต่อสู้อันผู้ป่วยโรคเอดส์เพศหญิง จำนวน 184 คน เป็นผู้ป่วยที่มีอาการของโรคเอดส์ ร้อยละ 44 และเป็นผู้ป่วยที่ยังไม่ปรากฏอาการ ร้อยละ 56 พบว่า การรับรู้สภาวะจิตวิญญาณเป็นแหล่งพลังที่ช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวต่อโรคเอดส์ ผู้ป่วยที่มีการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณระดับสูงจะมีความทุกข์ทางใจระดับต่ำ มีความเข้มแข็งสูง

มันนี่แฮม และ คณะ (Moneyham et. al.) <sup>(81)</sup> ศึกษาปรับตัวของผู้ป่วยโรคเอดส์เพศหญิง จำนวน 264 คน พบว่า ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ดีคือ การรับรู้สภาวะจิตวิญญาณ และ แรงสนับสนุนทางสังคมสูง ในผู้ป่วยที่มีการรับรู้สภาวะจิตสูงจะมีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความหวัง

เฮิร์ท (Herth) <sup>(58)</sup> ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับความผาสุกทางจิตวิญญาณในด้านการดำเนินชีวิต คือ การมีเป้าหมายและพึงพอใจในชีวิต ในกลุ่มผู้ป่วย จำนวน 172 คน เป็นผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน 90 คน ผู้ป่วยเรื้อรัง 71 คน ผู้ป่วยระยะสุดท้าย 31 คน มีอายุเฉลี่ย 50 ปี พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ทั้ง 3 กลุ่มมีระดับความหวังและความผาสุกทางจิตวิญญาณ ในด้านการดำเนินชีวิต อยู่ในระดับสูง เมื่อเปรียบเทียบระดับความหวังในผู้ป่วยระยะเฉียบพลันจะมีระดับความหวังสูงกว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม ระดับความหวัง ไม่พบความแตกต่างในปัจจัยเกี่ยวกับเพศ, อายุ, การศึกษาและศาสนา แต่พบความแตกต่างในปัจจัยเกี่ยวกับ รายได้, สถานภาพสมรส, ระยะเวลาการเจ็บป่วย และการวินิจฉัยโรค โดยผู้ป่วยที่มีรายได้สูง มีความหวังมากกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้น้อย ผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีความหวังมากกว่า ผู้ป่วยที่มีสถานภาพ แยก, หย่าร้าง, โสด ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเอดส์ มีระดับความหวังน้อยกว่าผู้ป่วยโรคมะเร็ง, โรคหัวใจ, โรคไต และอื่นๆ ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยนานมากกว่า 12 เดือน มีระดับความหวัง น้อยกว่า ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการป่วย น้อยกว่า 2 เดือน และ 2 - 12 เดือน ในด้านความสัมพันธ์ ผู้ป่วยที่มีความหวังสูงจะมีความผาสุกในการดำเนินชีวิตสูง

ฮอลล์ (Hall) <sup>(82)</sup> ศึกษาความหวังของผู้ป่วยโรคเอดส์ จำนวน 10 คน เป็นเพศชาย 8 คน เพศหญิง 2 คน อยู่ในระยะอาการของโรคเอดส์ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้เกิดความหวัง พบว่า ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยยังมีความหวังคือ

1. ความเชื่อในพลังของสิ่งศักดิ์สิทธิ์และความศรัทธาต่อศาสนา เช่น การสวดมนต์ขอพรให้เกิดสิ่งที่ดีกับชีวิต, การนั่งสมาธิเพื่อให้จิตใจสงบ เป็นประสบการณ์ด้านจิตวิญญาณที่อยู่นอกเหนือการมองเห็น ช่วยลดความเจ็บปวดทางกาย มีที่พึ่งทางใจทำให้เกิดความหวัง เมื่ออาการดีขึ้น

2. ความเข้าใจและความเชื่อในหลักคำสอนของศาสนา ได้แก่ การเข้าโบสถ์หรือเข้าวัด, อ่านหนังสือธรรมะ, นั่งสมาธิ และ การปฏิบัติศาสนกิจต่างๆ ช่วยให้มีสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจ เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ ทำให้มองโลกในทางที่ดีขึ้น, มีทัศนคติที่ดีต่อความเจ็บป่วย ยอมรับว่าเป็นสิ่งที่ต้องเผชิญและปรับตัว ยอมรับความตายที่จะมาถึง

3. การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม จากเพื่อน ครอบครัว และผู้ดูแล ทำให้รู้สึก ว่าตนเองยังมีคุณค่าและมีความหวังที่จะมีชีวิตต่อไป

4. การทำงาน เป็นการเพิ่มศักยภาพของตนเองในขณะที่เจ็บป่วย ได้แก่ การให้ความรู้แก่ชุมชน เพื่อป้องกันโรคเอดส์, การดูแลผู้ป่วย และเด็กที่ติดเชื้อ และการมีงานอดิเรกทำ เป็นการรับรู้ถึงความสามารถของตนเองและมีเป้าหมายที่จะใช้ชีวิตในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ ทำให้เกิดความสงบสุขทางใจและมีความหวัง

เฮิร์ท (Herth)<sup>(83)</sup> ศึกษาความหวังในผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 30 คน เป็นเพศชาย 8 คน เพศหญิง 22 คน เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็ง จำนวน 11 คน โรคปอด จำนวน 8 คน โรคเอดส์ จำนวน 7 คน และอื่นๆ จำนวน 4 คน โดยใช้แบบวัดความหวัง พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความหวังอยู่ในระดับสูง แต่ผู้ป่วยโรคเอดส์ มีความหวังน้อยกว่าผู้ป่วยโรคอื่นๆ และเมื่อทำการสัมภาษณ์ ถึงปัจจัยที่มีผลต่อความหวัง พบว่า มีปัจจัยที่สำคัญ คือ

1. การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น พุดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ชีวิต ทำให้ได้รับการยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม และมีกำลังใจจากเพื่อนผู้ป่วย

2. ความสำเร็จในสิ่งที่มุ่งหวัง คือ การค้นหาความหมายและเป้าหมายของการมีชีวิตอยู่ เพื่อใช้ศักยภาพของตนในการช่วยเหลือผู้อื่น หรือทำสิ่งที่พึงพอใจ

3. การรับรู้สภาวะจิตวิญญาณของตนเอง ช่วยให้มีที่พึ่งทางใจและมีความหวัง

4. การได้รับการดูแลช่วยเหลือ เอาใจใส่ จากผู้ใกล้ชิด ครอบครัว เพื่อน และคนอื่น ๆ ทำให้รู้สึกว่ามีคุณค่าอยู่ มีกำลังใจและมีความหวัง

ปัจจัยที่ทำให้ความหวังลดลง คือ

1. การถูกทอดทิ้ง, ถูกสังคมรังเกียจ, ไม่มีใครดูแลทำให้เกิดความโดดเดี่ยว อ้างว้าง และหมดความหวัง

2. ภาวะการสูญเสียพลัง ไม่สามารถควบคุมความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานได้

ฮอลล์ (Hall)<sup>(84)</sup> ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเอดส์ โดยการศึกษาจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 24 งานวิจัย พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูง จะมีความเข้มแข็ง มีความสามารถในการจัดการกับปัญหา และมีความหวัง อยู่ในระดับสูง ในผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย พบว่า มีความกลัว ความกังวล อยู่ในระดับสูง

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องคุณค่าและความหมายในชีวิต

วอนเนอร์ และ วิลเลียมส์ (Warner and Williams) <sup>(59)</sup> ศึกษาแบบวัดคุณค่าและความหมายของชีวิต ในผู้ป่วยสูงอายุ จำนวน 291 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 40.2 เพศหญิง ร้อยละ 59.8 โดยใช้แบบวัดคุณค่าและความหมายของชีวิต พบว่า ผู้ป่วยเพศหญิงมีระดับคุณค่าและความหมายของชีวิตสูงกว่าเพศชาย , ผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยอยู่ในระยะไม่รุนแรงมีระดับคุณค่าและความหมายของชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่อยู่ในระยะรุนแรง และ ผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูงมีระดับคุณค่าและความหมายของชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ , ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณค่าและความหมายของชีวิตได้คือ เพศ

เรเกอร์ , พีคอก และ วอง (Reker , Peacock and Wong) <sup>(85)</sup> ศึกษาความหมายและเป้าหมายของชีวิต ในกลุ่มผู้ใหญ่ จำนวน 300 คน พบว่าผู้หญิงมีความสามารถควบคุมชีวิตและค้นหาความหมาย เป้าหมายของชีวิต ได้สูงกว่าเพศชาย

โควอร์ด (Coward) <sup>(86)</sup> ศึกษาการค้นหาความหมายและเป้าหมายของชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้าย จำนวน 20 คน เป็นเพศชาย 10 คน และ เพศหญิง 10 คน โดยการวิจัยเชิงคุณภาพ สัมภาษณ์เกี่ยวกับ การค้นหาความหมายและเป้าหมายของชีวิต พบว่า ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิง รู้สึกกลัวที่ต้องเผชิญกับโรคเอดส์ แต่พบว่าเพศชายและเพศหญิง ค้นหาความหมายของชีวิตแตกต่างกันคือ

- ในเพศชาย กลัวการอยู่คนเดียว, กลัวการถูกปฏิเสธจากคนอื่นและกลัวความตายที่จะมาถึง ความกลัวนำไปสู่การใส่ใจดูแลตนเอง คิดถึงตนเอง ในระยะแรก ผู้ป่วยชายจะเผชิญกับโรคด้วยตนเอง ถึงแม้ว่าจะมีปัญหาสุขภาพมากมาย แต่ก็ยังต้องการดูแลตนเองเมื่ออาการเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยชายต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น และยอมรับความจริงว่า เอดส์เป็นโรคที่ต้องตาย แต่ก็ปรารถนาให้ชีวิตยืนยาวต่อไป การร้องขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นเป็นสิ่งที่ยากลำบากในผู้ป่วยชาย จนถึงวาระสุดท้ายที่ไม่สามารถช่วยตนเองได้ จึงร้องขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น ผู้ป่วยบางคนที่ได้รับการดูแล ช่วยเหลือ ให้กำลังใจ และได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับเพื่อนผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าและมีความหมาย

- ในเพศหญิง กลัวความโดดเดี่ยว กลัวการถูกทอดทิ้งและกลัวว่า เชื้อโรคเอดส์จะไปติดต่อผู้อื่น ผู้ป่วยหญิงจะคิดถึงผลกระทบของความเจ็บป่วยที่มีต่อ ครอบครัว, สามีและลูกมากกว่าคิดถึงผลกระทบ ต่อตนเอง รับรู้ถึงความไม่แน่นอนของชีวิต มีแรงจูงใจที่จะต้องต่อสู้ เพื่อ

คนรัก ต้องการช่วยเหลือผู้อื่น เพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ มีศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ ช่วยให้  
เกิดความเข้มแข็งและความสงบภายใน มีกิจกรรมที่พึงพอใจ เช่น การเล่นดนตรี, ฟังเพลง หรือ  
วาดรูป ผู้ป่วยหญิงมีความไว้วางใจและยอมรับ การช่วยเหลือจากครอบครัวและองค์กรอื่นๆ  
ยอมรับการดูแลจากผู้อื่น พุดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เกิดแรงสนับสนุนทางสังคมและจิตใจ  
ในด้านการค้นหาเป้าหมายของชีวิต ผู้ป่วยหญิงเชื่อว่า การช่วยเหลือป้องกันไม่ให้ผู้อื่นติดเชื้อเอดส์  
เหมือนเช่นตนนำไปสู่การสร้างคุณค่าให้กับตนเอง

แอนเดอร์สัน ( Anderson) <sup>(87)</sup> ศึกษาการค้นหาคุณค่าและความหมายในชีวิตใน  
ผู้ป่วยโรคเอดส์ ในระยะที่ยังไม่ปรากฏอาการของโรคเอดส์ จำนวน 127 คน เป็นเพศชาย 77 คน  
เพศหญิง 50 คน พบว่า ผู้ป่วยเพศหญิง มีระดับคุณค่าและความหมายในชีวิต ไม่แตกต่างจากเพศ  
ชาย และปัจจัยที่ทำให้รู้สึกว่ามีคุณค่าและเกิดความพึงพอใจ ในผู้ป่วยชายคือ สถานะทาง  
เศรษฐกิจ ( Socioeconomic) และความสำเร็จในชีวิตสำหรับผู้ป่วยหญิง คือ การมีปฏิสัมพันธ์  
และการได้รับความช่วยเหลือจากคนรัก ครอบครัวและ สังคมที่เพียงพอ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

#### รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการศึกษา

#### ประชากร

##### ประชากรและตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย (Target Population) คือ ผู้ป่วยโรคเอดส์

ประชากรตัวอย่าง (Sample Population) คือ ผู้ป่วยโรคเอดส์ ที่มีอาการบ่งชี้ของภูมิคุ้มกันเสื่อม และตรวจพบโรคหรือกลุ่มอาการที่ปรากฏ 1 ใน 25 โรค ตามการจัดกลุ่มโรคของกองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข<sup>(19)</sup> ซึ่งอาจจะเป็นระยะเริ่มต้นถึงระยะสุดท้ายของโรค โดยได้รับการตรวจวินิจฉัยและมีใบรับรองแพทย์ ว่าเป็นผู้ป่วยโรคเอดส์และมีอาการบ่งชี้ของภูมิคุ้มกันเสื่อม ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของกระทรวงสาธารณสุข ที่เข้ารับการรักษา ที่วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้ มีความรู้สึกตัวดี รับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล และสามารถพูดคุยกับผู้วิจัยได้, ไม่จำกัด เพศ, อายุ, การศึกษา, สถานภาพสมรส, ระยะเวลาการรับทราบผลเลือด, นับถือศาสนาพุทธ, สัมผัสใจและให้ความร่วมมือในการวิจัย โดยลงชื่อในใบยินยอมให้ความร่วมมือ

ตัวอย่าง (Samples) คือ ผู้ป่วยโรคเอดส์ในกลุ่มที่พักรักษาอยู่ในบ้านพักผู้ป่วย วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี มีประมาณ 110 คน สุ่มเลือกโดยวิธีการเลือกสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ด้วยการจับฉลาก โดยสุ่มตามอัตราส่วนของผู้ป่วยชายและหญิง

ขนาดตัวอย่าง (Sample Size)<sup>(88)</sup> คำนวณโดยการใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างในการวิจัยเชิงพรรณนา



$$n = Z_{\alpha/2}^2 PQ / d^2$$

กำหนดให้  $n$  = ขนาดของตัวอย่าง (Sample size)

$Z$  = ค่า  $Z$  จากตารางเมื่อ  $\alpha = 0.05$  (two tailed test)  
มีค่าเท่ากับ 1.96

$P$  = Prevalenceของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีค่าคะแนนจากแบบสอบถามวัดความผาสุกของจิตวิญญาณ อยู่ระดับปานกลาง 40% ดังนั้นค่า prevalence เท่ากับ 0.4 ซึ่งได้มาจากการทำ Pilot study

$Q$  =  $1 - 0.4 = 0.6$

$d$  = acceptable error = 0.1

$n$  =  $[(1.96)^2 (0.4) (0.6)] / (0.1)^2$   
= 93 คน

เนื่องจากขนาดตัวอย่างมีจำนวนใกล้เคียงกับประชากรตัวอย่าง จึงจัดเก็บข้อมูลในผู้ป่วยทุกรายที่พักรักษาอยู่ในบ้านพัก ซึ่งมีจำนวน 119 คน เป็นเพศชาย 82 คน เพศหญิง 37 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ อายุ, เพศ, สถานภาพสมรส, ระดับการศึกษา, ภูมิลำเนา, อาชีพ, รายได้เฉลี่ย/ครอบครัว, พฤติกรรมเสี่ยง, ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อโรคเอดส์, ก่อนเข้ารับการรักษาอาศัยอยู่กับ, ภายหลังทราบผล ครอบครัวเป็นอย่างไร, ภายหลังทราบผล ผู้ร่วมงานเป็นอย่างไร, การวินิจฉัยโรคของกลุ่มอาการซึบของภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อม, อาการทางกาย/ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการ, ยารักษาโรคที่ได้รับ, ประวัติการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย ณ วัดพระบาทน้ำพุ, บุคคลที่คอยให้ความช่วยเหลือ ภายหลังติดเชื้อ, ระยะเวลาการเข้ารับการรักษาในวัดพระบาทน้ำพุ, ผู้ที่นำมารับการรักษาที่วัดพระ

บาทน้ำพุ, เหตุผลสำคัญที่มารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ,บุคคลที่ต้องดูแลรับผิดชอบ จำนวน 27 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณ ดัดแปลงมาจาก Spiritual Well - Being Scale : SWBS ของ Paloutizan and Ellison <sup>(56) (7)</sup> ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ ใช้วัดความผาสุกทางจิตวิญญาณ 2 ด้าน คือ

1. The Existential Well-Being: EWB ใช้วัดความผาสุกในการดำเนินชีวิต 2 ด้าน คือ การมีชีวิตที่มีคุณค่าและมีความหมาย (Meaning in life) และ ความพึงพอใจในชีวิต (Satisfaction with life) รวมถึงการมีความหวังว่าสิ่งที่ตั้งเป้าหมายไว้จะสำเร็จผลได้ จำนวน 10 ข้อ

2. The Religion Well-Being: RWB ใช้วัดความผาสุกด้านความศรัทธาในศาสนา คือ มีความเชื่อ ความศรัทธาและการปฏิบัติตน ตามหลักคำสอนของศาสนา รวมถึงการมีศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางใจในการดำเนินชีวิต จำนวน 10 ข้อ

ลักษณะแบบสอบถาม ประกอบด้วยคำถามเชิงบวก จำนวน 11 ข้อ คือ ข้อ 3, 4, 7, 8, 10, 11, 14, 15, 17, 19, 20 ให้คะแนน 6 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง, 5 = เห็นด้วยปานกลาง, 4 = เห็นด้วย, 3 = ไม่เห็นด้วย, 2 = ไม่เห็นด้วยปานกลาง, 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และคำถามเชิงลบ จำนวน 9 ข้อ คือ 1, 2, 5, 6, 9, 12, 13, 16, 18, มีค่าคำตอบเป็น ระดับคะแนน 6 ระดับ ให้คะแนนกลับกัน ค่าคะแนนที่ได้ EWB และ RWB อยู่ระหว่าง 10 - 60 คะแนน, SWBS = 20 - 120 คะแนน <sup>(89) (90)</sup>

ใช้ค่า Range = (คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด) / 3 แบ่งระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณ เป็น 3 ระดับ ดังนี้

- ผู้ป่วยที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณระดับต่ำ คือ ผู้ป่วยที่ได้คะแนนในแบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในช่วง คะแนนต่ำสุด ถึง คะแนนต่ำสุด + Range

- ผู้ป่วยที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณระดับปานกลาง คือ ผู้ป่วยที่ได้คะแนนในแบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณสูงกว่า คะแนนต่ำสุด + Range ถึง คะแนนต่ำสุด + 2 เท่าของค่า Range

- ผู้ป่วยที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณระดับสูง คือ ผู้ป่วยที่ได้คะแนนในแบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณสูงกว่า คะแนนต่ำสุด + 2 เท่าของค่า Range ถึง คะแนนสูงสุด

ตอนที่ 3 แบบสอบถามวัดการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเอง ดัดแปลงจาก The Spiritual Perspective Scale : SPS ของ Pamela G.Reed<sup>(77)</sup> ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ใช้วัดการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเองด้านความเชื่อต่อการมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ที่มีความหมายต่อชีวิต และการมีความสัมพันธ์กับสิ่งที่มีคุณค่าต่อตนเอง ประกอบด้วยคำถาม 2 ด้าน คือ

1.การรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเองที่เกี่ยวกับระยะเวลาการปฏิบัติเพื่อตอบสนองของความต้องการทางจิตวิญญาณ เช่น การปฏิบัติศาสนกิจ, การอ่านหนังสือธรรมะและการมี ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มีข้อคำถาม จำนวน 4 ข้อ

2.การรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเองที่เกี่ยวกับความเชื่อในพลังของความผูกพัน ที่เกิดจากการให้ความรัก การให้อภัยและความไว้วางใจ รวมทั้งความพึงพอใจในการค้นหาความหมายของชีวิตและมีศาสนาเป็นสิ่งที่ยึดเหนี่ยวทางใจ ทำให้เกิดความหวังและความผาสุกทางจิตวิญญาณ มีข้อคำถาม จำนวน 6 ข้อ

ลักษณะแบบสอบถาม มีค่าคำตอบ 6 ระดับ คือ

- |                                 |                            |
|---------------------------------|----------------------------|
| 1 = ไม่เคยเลย                   | ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง       |
| 2 = น้อยกว่า 1 ครั้งต่อปี       | ไม่เห็นด้วย                |
| 3 = ประมาณ 1 ครั้งต่อ 1 ปี      | ไม่เห็นด้วยมากกว่าเห็นด้วย |
| 4 = ประมาณ 1 ครั้งต่อ 1 เดือน   | เห็นด้วยมากกว่าไม่เห็นด้วย |
| 5 = ประมาณ 1 ครั้งต่อ 1 สัปดาห์ | เห็นด้วย                   |
| 6 = ประมาณ 1 ครั้งต่อ 1 วัน     | เห็นด้วยอย่างยิ่ง          |

คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 10 - 60 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้ค่า Range = (คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด) / 3 แบ่งระดับการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเอง เป็น 3 ระดับ ดังนี้

- ผู้ป่วยที่มีการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเองระดับต่ำ คือ ผู้ป่วยที่ได้คะแนนในแบบวัดการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเองอยู่ในช่วง คะแนนต่ำสุด ถึง คะแนนต่ำสุด + Range

- ผู้ป่วยที่มีการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเองระดับปานกลาง คือ ผู้ป่วยที่ได้คะแนนในแบบวัดการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเองสูงกว่า คะแนนต่ำสุด + Range ถึง คะแนนต่ำสุด + 2 เท่าของค่า Range

- ผู้ป่วยที่มีการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเองระดับสูง คือ ผู้ป่วยที่ได้คะแนนในแบบวัดการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเองสูงกว่า คะแนนต่ำสุด + 2 เท่าของค่า Range ถึง คะแนนสูงสุด

ตอนที่ 4 แบบวัดความหวัง ดัดแปลงมาจาก The Herth Hope Index :HHI ของ เคย์ เฮอร์ท (Kaye Herth) <sup>(58)</sup> ประกอบด้วย ข้อคำถาม 12 ข้อ ใช้ประเมินความหวังที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของผู้ป่วย โดย Herth ได้ประเมินความหวังเป็น 3 ด้าน คือ

1. ความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้นชั่วคราวและในอนาคต (Inner sense of temporality and future) มีข้อคำถามเกี่ยวกับความหวังที่จะบรรลุเป้าหมาย และควบคุมสถานการณ์ในอนาคต ได้ จำนวน 4 ข้อ (1, 2, 6, 11)

2. ความรู้สึกภายในที่พร้อมและการคาดหวังในทางบวก (Inner positive readiness and expectancy) มีข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกมั่นใจ และพยายามกระทำเพื่อบรรลุเป้าหมายทางบวกเพื่อเพิ่มคุณค่าให้กับชีวิต รวมถึงการระลึกถึงความทรงจำที่ดีในอดีต จำนวน 4 ข้อ (4, 7, 10, 12)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างตนเองและบุคคลอื่น (Interconnectedness with self and others ) มีข้อคำถามเกี่ยวกับการมีความผูกพันและมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ จำนวน 4 ข้อ (3, 5, 8, 9)

ลักษณะแบบสอบถาม ประกอบด้วยคำถามเชิงบวก จำนวน 10 ข้อ คือ 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12 ให้คะแนน 4 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง, 3 = เห็นด้วย, 2 = ไม่เห็นด้วย, 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และคำถามเชิงลบ จำนวน 2 ข้อ คือ 3 และ 6 ค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 12 - 48 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้ค่า  $Range = (คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด) / 3$  แบ่งระดับความหวัง เป็น 3 ระดับ ดังนี้

- ผู้ป่วยที่มีความหวังระดับต่ำ คือ ผู้ป่วยที่ได้คะแนนในแบบวัดความหวังอยู่ในช่วง คะแนนต่ำสุด ถึง คะแนนต่ำสุด + Range

- ผู้ป่วยที่มีความหวังระดับปานกลาง คือ ผู้ป่วยที่ได้คะแนนในแบบวัดความหวังสูงกว่า คะแนนต่ำสุด + Range ถึง คะแนนต่ำสุด + 2 เท่าของค่า Range
- ผู้ป่วยที่มีความหวังระดับสูง คือ ผู้ป่วยที่ได้คะแนนในแบบวัดความหวังสูงกว่า คะแนนต่ำสุด +2 เท่าของค่า Range ถึงคะแนนสูงสุด

ตอนที่ 5 แบบสอบถามวัดคุณค่าและความหมายของชีวิต ดัดแปลงมาจาก The Meaning in Life Scale: ML ของ วอร์เนอร์ และวิลเลียม (Warner and Williams)<sup>(59)</sup> ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ ใช้วัดคุณค่าและความหมายของชีวิตที่เหลืออยู่ มีข้อคำถามเกี่ยวกับ ชีวิตที่มีคุณค่าและมีความหมาย, มีความพึงพอใจในชีวิต, มีเป้าหมายในชีวิตและมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ รวมถึงความต้องการที่จะมีชีวิตอยู่

ลักษณะของแบบสอบถาม มีค่าคำตอบเป็นระดับคะแนน 5 ระดับ คือ 1 = ชีวิตมีคุณค่า มีความหมายและระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด (Low Negative Meaning) จนถึง 5 = ชีวิตมีคุณค่า มีความหมายและระดับความพึงพอใจมากที่สุด (High Positive Meaning) ข้อที่มีค่าคำตอบที่เริ่มจากความรู้สึกด้านลบไปหาความรู้สึกด้านบวก มีจำนวน 6 ข้อ คือ 1, 4, 5, 6, 10, 12 ให้คะแนนจาก 1 ถึง 5 และข้อที่มีค่าคำตอบที่เริ่มจากความรู้สึกด้านลบไปสู่ความรู้สึกด้านลบ มีจำนวน 9 ข้อ คือ 2, 3, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 15 ให้คะแนนจาก 5 ถึง 1 คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 15 - 75 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้ค่า  $Range = (คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด) / 3$  แบ่งระดับคุณค่าและความหมายของชีวิต เป็น 3 ระดับ ดังนี้

- ผู้ป่วยที่มีคุณค่าและความหมายของชีวิต ระดับต่ำ คือ ผู้ป่วยที่ได้คะแนนในแบบวัดคุณค่าและความหมายของชีวิต อยู่ในช่วง คะแนนต่ำสุด ถึง คะแนนต่ำสุด + Range
- ผู้ป่วยที่มีคุณค่าและความหมายของชีวิตระดับปานกลาง คือ ผู้ป่วยที่ได้คะแนนในแบบวัดคุณค่าและความหมายของชีวิต สูงกว่า คะแนนต่ำสุด + Range ถึง คะแนนต่ำสุด + 2 เท่าของค่า Range
- ผู้ป่วยที่มีคุณค่าและความหมายของชีวิต ระดับสูง คือ ผู้ป่วยที่ได้คะแนนในแบบวัดคุณค่าและความหมายของชีวิต สูงกว่า คะแนนต่ำสุด +2 เท่าของค่า Range ถึงคะแนนสูงสุด

ตอนที่ 6 แบบสอบถามวัดแรงสนับสนุนทางสังคม (The Personal Resource Questionnaire : PRQ Part II ) ของ แบรินด์ และ ไวน์เนอร์ท (Brand and Weinert) <sup>(91)</sup> <sup>(92)</sup> ประกอบด้วยข้อคำถาม 25 ข้อ เป็น Self - rating scale 5 ระดับ พิจารณา 5 องค์ประกอบคือ

1. การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social Integration) 6, 8, 9, 16,18
2. การได้รับความช่วยเหลือ และคำแนะนำ (Assistance and Guidance) 4, 14, 15, 22, 25
3. การมีโอกาสได้อบรมเลี้ยงดูผู้อื่น (Opportunity for Nurture) 7, 12, 17, 21, 24
4. การส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าของตนเอง (Self-worth) 2, 3, 5, 13, 23
5. ความผูกพันใกล้ชิด (Intimacy) 1, 10, 11, 19, 20

คำถามเชิงบวก (1, 2, 3, 5, 6, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25) ให้คะแนน ดังนี้ 0 = ไม่จริงเลย, 1 = เป็นจริงเล็กน้อย, 2 = เป็นจริงปานกลาง, 3 = เป็นจริงมาก, 4 = เป็นจริงมากที่สุด คำถามเชิงลบ (4, 7, 10, 16, 24) ให้คะแนนกลับกัน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 - 100 แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

- แรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ คือ ผู้ที่มีคะแนนแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมน้อยกว่าคะแนนเฉลี่ยของแบบวัด ลบ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $\bar{X} - S.D.$ )

- แรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง คือ ผู้ที่มีคะแนนแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ระหว่างคะแนนเฉลี่ยของแบบวัดรวมกับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และคะแนนเฉลี่ยของแบบวัดลบกับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $\bar{X} \pm S.D.$ )

- แรงสนับสนุนทางสังคมสูง คือ ผู้ที่มีคะแนนของแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมมากกว่า คะแนนเฉลี่ยของแบบวัดรวมกับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $\bar{X} + S.D.$ )

## การตรวจสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

1. แบบสอบถามวัดสภาวะจิตวิญญาณ ได้แก่ แบบสอบถามวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณ (The Spiritual Well-Being Scale : SWBS) , แบบสอบถามวัดการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเอง (The Spiritual Perspective Scale : SPS), แบบสอบถามวัดความหวัง (The Herth Hope Index : HHI) และแบบสอบถามคุณค่าและความหมายของชีวิต (The Meaning in Life Scale : ML)

### ความตรง (Validity)

ตรวจความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดย ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 ท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ อาจารย์จิตแพทย์ 3 ท่าน, นักภาษาศาสตร์ประยุกต์ 1 ท่าน, นักจิตวิทยา 1 ท่าน และนักวิชาการสังคมศาสตร์และประชากรศาสตร์ 1 ท่าน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ

- ค่าคะแนน 1 หมายถึง เหมาะสมทั้งความหมายและภาษา
- ค่าคะแนน 0.5 หมายถึง ปรับปรุงแก้ไขความหมาย หรือ ภาษา (ขอความกรุณาระบุสิ่งที่ควรแก้ไข)
- ค่าคะแนน 0 หมายถึง ปรับปรุงแก้ไขทั้งความหมายและภาษา หรือแบบสอบถามข้อนี้ไม่เหมาะสม

นำคะแนนที่ได้ หาค่า Item Correlation ได้ค่า Validity ของแบบสอบถามแต่ละชุดอยู่ระหว่าง 0.85 – 0.88 และทุกชุดรวมกันเท่ากับ 0.86 หลังจากนั้น นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

### ความเชื่อมั่น (Reliability)

นำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคเอดส์ จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้ Cronbach's Alpha Coefficient ได้ค่า ความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามแต่ละชุดอยู่ระหว่าง 0.78 - 0.90 และทุกชุดรวมกัน เท่ากับ 0.85

ค่าความตรง (Validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) ของแต่ละแบบสอบถามมีค่า ดังนี้

แบบสอบถามวัดสภาวะจิตวิญญาณ	ความตรง(Validity)	ความเชื่อมั่น (Reliability)
- The Spiritual Well-Being Scale : SWBS	0.86	0.78
- The Spiritual Perspective Scale : SPS	0.88	0.88
- The Herth Hope Index : HHI	0.86	0.90
- The Meaning in Life Scale : ML	0.85	0.83

2. แบบสอบถามวัดแรงสนับสนุนทางสังคม (The Personal Resource Questionnaire : PRQ Part ) จำนวน 25 ข้อ ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคเอดส์ จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้ Cronbach's Alpha Coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามเท่ากับ 0.84

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีการดำเนินงานดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อเสนอเรื่องขออนุมัติในการเข้าเก็บรวบรวมข้อมูล

2. นำหนังสือกราบนมัสการถึง ดร.พระครูอาทรประชานาถ เจ้าอาวาสวัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขออนุญาตเก็บข้อมูลที่วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี

3. ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะสุดท้าย โดยผู้วิจัยแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงเรื่องการเก็บปิดข้อมูลเป็นความลับ และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมงานวิจัย ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความผาสุกทางจิตวิญญาณ แบบสอบถามวัดการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณใน



ตนเอง แบบสอบถามวัดความหวัง แบบสอบถามวัดคุณค่าและความหมายในชีวิต และแบบสอบถามวัดแรงสนับสนุนทางสังคม

#### 4. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล <sup>(93) (94) (95)</sup>

นำข้อมูลที่รวบรวมมาตรวจสอบความสมบูรณ์ และตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้งหนึ่ง ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้คอมพิวเตอร์ โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC (Statistical Package for Social Science / Personal Computer) ดังต่อไปนี้

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา คือ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการบรรยายลักษณะประชากร

2. ใช้สถิติสำหรับการวิเคราะห์สองตัวแปร (Bivariate Statistics) คือ สถิติ Chi-square และ Analysis of Variances : ANOVA เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์และความแตกต่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับ สภาวะจิตวิญญาณในผู้ป่วยโรคเอดส์

3. ใช้สถิติหาความสัมพันธ์ คือ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficient) เพื่อวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ระหว่าง แรงสนับสนุนทางสังคม กับสภาวะจิตวิญญาณ และเพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของสภาวะจิตวิญญาณ

4. ใช้สถิติ สำหรับการวิเคราะห์หลายตัวแปร (Multivariate Statistics) คือ การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Regression Analysis) เพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่สามารถทำนาย หรือมีผลต่อสภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคเอดส์

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ต้องการศึกษาสภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคเอดส์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสภาวะจิตวิญญาณ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้นำเสนอในรูปแบบของ ตาราง ประกอบคำบรรยายเป็นลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะประชากรที่ศึกษา

ตอนที่ 2 ลักษณะสภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคเอดส์

ตอนที่ 3 ปัจจัยที่มีผลต่อสภาวะจิตวิญญาณ

ตอนที่ 4 ปัจจัยทำนายสภาวะจิตวิญญาณ

ตอนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของสภาวะจิตวิญญาณ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ตอนที่ 1 ลักษณะประชากรที่ศึกษา

### 1.1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

ตาราง 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (119 คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
หญิง	37	31.09
ชาย	82	68.91
<b>อายุ</b>		
20 – 24 ปี	9	7.56
25 – 29 ปี	26	21.85
30 – 34 ปี	32	26.89
35 – 39 ปี	30	25.21
40 ปี ขึ้นไป	22	18.49
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	45	37.82
คู่	14	11.76
หย่าร้าง	17	14.29
หม้าย	14	11.76
แยกกันอยู่	29	24.37
อื่นๆ	-	-

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (119 คน)	ร้อยละ
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้เรียน	5	4.20
ประถมศึกษา	51	42.86
มัธยมศึกษาตอนต้น	41	34.45
ประถมศึกษาตอนปลาย/ ปวช./ ปวส.	17	14.29
ปริญญาตรี	5	4.20
ปริญญาโท /เอก	-	-
อื่นๆ	-	-
<b>ภูมิลำเนา ก่อนเข้ารับการรักษา</b>		
ภาคเหนือ	12	10.08
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	26	21.85
ภาคกลาง	66	55.46
ภาคตะวันตก	1	0.84
ภาคตะวันออก	8	6.72
ภาคใต้	6	5.04
<b>อาชีพก่อนเข้ารับการรักษา</b>		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	12	10.08
แม่บ้าน	4	3.36
ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	8	6.72
เกษตรกรรม	2	1.68
นักเรียน / นักศึกษา	1	0.84
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	3	2.52
รับจ้าง / ผู้ใช้แรงงาน / ลูกจ้าง	83	69.75
พระสงฆ์	6	5.04

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (119 คน)	ร้อยละ
<b>รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วย ( บาท / เดือน )</b>		
ไม่มีรายได้	14	11.77
ต่ำกว่า 3,000 บาท	34	28.57
3,001 - 5,000 บาท	26	21.85
5,001 - 7,000 บาท	23	19.33
7,001 - 9,000 บาท	10	8.40
มากกว่า 9,001 บาท	12	10.08
<b>สาเหตุที่ทำให้ได้รับเชื้อเอดส์</b>		
ทางเพศสัมพันธ์ ( เพศเดียวกัน )	12	10.08
ทางเพศสัมพันธ์ ( ต่างเพศ )	90	75.63
ใช้เข็มฉีดยาเสพติดร่วมกับผู้อื่น	16	13.45
ใช้ใบมีดโกนร่วมกับผู้ติดเชื้อ	1	0.84
<b>ระยะเวลาที่ทราบว่าได้ติดเชื้อเอดส์จนถึงปัจจุบัน ( ปี )</b>		
น้อยกว่า 1 ปี	13	10.92
1 - 3 ปี	49	41.18
4 - 6 ปี	37	31.09
7 - 9 ปี	9	7.56
มากกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี	11	9.24
( ค่าเฉลี่ย = 4 ปี 3 เดือน 21 วัน )		

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (119 คน)	ร้อยละ
<b>ก่อนเข้ารับการรักษาวัด ฯ พักอาศัยอยู่กับ</b>		
อยู่คนเดียว	22	18.49
อาศัยอยู่กับญาติ	29	24.37
บิดา – มารดา	27	22.69
อาศัยอยู่กับคนอื่นที่ไม่ใช่ญาติ	9	7.56
อยู่กับสามี/ภรรยา	21	17.65
อยู่สถานสงเคราะห์ (รวมทั้งวัดและสถานพักพิง)	8	6.72
อื่น ๆ	3	2.52
<b>บุคคลที่คอยช่วยเหลือดูแล ก่อนเข้ารับการรักษาวัดพระบาทน้ำพุ</b>		
ไม่มีใครดูแล	30	25.21
เพื่อน	5	4.20
บิดา/มารดา	27	22.70
สามี/ภรรยา	11	9.24
ญาติพี่น้อง	36	30.25
อื่นๆ	10	8.40
<b>บุคคลที่พามารับการรักษาวัดพระบาทน้ำพุ</b>		
มาด้วยตัวเอง	25	21.01
บิดา/มารดา	17	14.29
ญาติพี่น้อง	53	44.54
สามี/ภรรยา	4	3.36
เพื่อน	4	3.36
อื่นๆ	16	13.44

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (119 คน)	ร้อยละ
<b>บุคคลที่ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบหรือเลี้ยงดู</b>		
ไม่มี	94	78.99
บุตร	17	14.29
คู่สมรส	4	3.36
พี่น้อง	-	-
บิดา/มารดา	3	2.52
อื่นๆ	1	0.84
<b>ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ</b>		
น้อยกว่า 1 เดือน	3	2.52
1 - 6 เดือน	68	57.15
7 - 12 เดือน	23	19.33
มากกว่า 12 เดือน	25	21.00

จากตาราง 1 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 68.91 ของประชากร มีอายุอยู่ระหว่าง 30 – 34 ปีและ 35 – 39 ปีคิดเป็นร้อยละ 26.89 และ 25.21 ตามลำดับ มีสถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 37.82 การศึกษา อยู่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 42.86 มีภูมิลำเนา ก่อนเข้ารับการรักษาที่วัดอยู่ในเขตภาคกลางร้อยละ 55.46 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง/ ลูกจ้าง/ ผู้ใช้แรงงาน ร้อยละ 69.75 มีรายได้อยู่ในช่วง ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 28.57 สาเหตุที่ทำให้ได้รับเชื้อโรคเอดส์ คือ การได้รับเชื้อโรคเอดส์จากการมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มต่างเพศ รองลงมาคือ การใช้เข็มฉีดยาเสพติดร่วมกับผู้อื่น ร้อยละ 75.63 และ 13.45 ตามลำดับ มีระยะเวลาที่ทราบว่าตนเองติดเชื้อโรคเอดส์ อยู่ในช่วง 1 – 3 ปี ร้อยละ 41.18 รองลงมา คือ 4 - 6 ปี ร้อยละ 31.09 โดยก่อนมารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ ผู้ป่วยส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับญาติ ร้อยละ 24.37 รองลงมาอยู่กับบิดามารดา และอยู่คนเดียว ร้อยละ 22.69 และ 18.49 ตามลำดับ มีบุคคลที่คอยช่วยเหลือ คือ ญาติพี่น้อง ร้อยละ 30.25 รองลงมาคือ ไม่มีใครดูแล ร้อยละ 25.21 ในทางกลับกัน ในด้านความรู้สึกรับผิดชอบต่อครอบครัว ผู้ป่วยยังมีความรู้สึกผูกพันและเป็นห่วงครอบครัว หากเลือกได้ยังอยากรับผิดชอบต่อดูแลบุตร ร้อยละ 14.29 ดูแลคู่สมรส ร้อยละ 3.36 และ

ผู้ป่วยส่วนใหญ่คิดว่าไม่ต้องรับผิดชอบดูแลใคร ร้อยละ 78.79 บุคคลที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ ส่วนใหญ่ คือญาติพี่น้อง ร้อยละ 44.54 และ มาด้วยตนเอง ร้อยละ 21.01 ระยะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 1 – 6 เดือน ร้อยละ 57.15

ตาราง 2 สถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (119 คน)	ร้อยละ
<b>รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ( บาท / เดือน )</b>		
ไม่มีรายได้	2	1.68
ต่ำกว่า 3,000 บาท	29	24.37
3,001 - 5,000 บาท	29	24.37
5,001 - 7,000 บาท	22	18.49
7,001 - 9,000 บาท	15	12.60
มากกว่า 9,001 บาท	22	18.49
<b>สถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว</b>		
มีรายได้พอใช้	67	56.30
มีรายได้ไม่พอใช้	52	43.70

จากตาราง 2 ครอบครัวส่วนใหญ่ มีรายได้เฉลี่ย อยู่ระหว่าง ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน และ 3,001 ถึง 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 24.37 เท่ากันทั้งสองช่วง และมีสถานภาพทางเศรษฐกิจ คือ มีรายได้พอใช้ ร้อยละ 56.30



ตาราง 3 ปฏิบัติการของครอบครัวและผู้ร่วมงานเมื่อทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (119 คน)	ร้อยละ
<b>ปฏิบัติการของครอบครัวเมื่อทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี</b>		
ไม่ทราบว่าติดเชื้อ	12	10.08
ทราบว่าติดเชื้อ	107	89.92
- เห็นใจไม่รังเกียจ ดูแลให้กำลังใจ	77	71.96
- รังเกียจ ไม่คบค้าสมาคมด้วย	30	28.04
<b>ปฏิบัติการของผู้ร่วมงานเมื่อทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี</b>		
ไม่ทราบว่าติดเชื้อ	47	39.50
ทราบว่าติดเชื้อ	72	60.50
- เห็นใจไม่รังเกียจ ดูแลให้กำลังใจ	31	43.06
- รังเกียจ ไม่คบค้าสมาคมด้วย	41	56.94

จากตาราง 3 ครอบครัวส่วนใหญ่ทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 89.92 และยอมรับ เห็นใจ ไม่รังเกียจ ร้อยละ 71.96 ผู้ร่วมงานส่วนใหญ่ทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 60.50 มีปฏิกริยารังเกียจ ไม่คบค้าสมาคมด้วย ร้อยละ 56.94 ของผู้ร่วมงานที่ทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี

ตาราง 4 เหตุผลที่มารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (119 คน)	ร้อยละ
<b>เหตุผลสำคัญที่ทำให้มารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ</b>		
กลัวถูกสังคมรังเกียจ	77	27.57
ไม่มีคนดูแล	63	22.55
กลัวว่าจะมีผลกระทบต่อครอบครัว	47	16.83
ไม่มีเงินรักษา	44	15.75
สุขภาพไม่ดี	40	14.32
ทางบ้านบังคับหรือขอร้อง	8	2.86

หมายเหตุ : ผู้ป่วยแต่ละรายมีเหตุผลในการเข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ มากกว่า 1 เหตุผล จากตาราง 4 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีเหตุผลที่มารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ คือ กลัวถูกสังคมรังเกียจ ร้อยละ 27.57 รองลงมาคือ ไม่มีใครดูแล ,กลัวมีผลกระทบต่อครอบครัวและ ไม่มีเงินรักษา ร้อยละ 22.55 , 16.83 และ 15.75 ตามลำดับ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตาราง 5 อาการและการวินิจฉัยที่เคยได้รับ,การรักษาก่อนมารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (119 คน)	ร้อยละ
<b>การรักษาก่อนที่จะมารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ ( คน )</b>		
ไม่เคย	6	5.04
เคย	113	94.96
1 - 2 ครั้ง	81	71.68
3 - 4 ครั้ง	24	21.24
5 - 6 ครั้ง	6	5.32
7 - 8 ครั้ง	1	0.88
มากกว่า 8 ครั้ง	1	0.88
<b>อาการและการวินิจฉัยโรค ( ครั้ง )</b>		
อาการที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อโรคเอดส์	146	59.12
อาการของโรคเอดส์	99	40.08
อาการอื่น ๆ	2	0.80
- ผ่าตัดกระเพาะอาหาร	1	50.00
- อุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ล้ม	1	50.00
<b>สถานที่ที่เคยเข้ารับการรักษา ( ครั้ง )</b>		
โรงพยาบาลของรัฐ	229	92.71
โรงพยาบาลเอกชนและคลินิกเอกชน	17	6.88
สถานบำบัดอื่นๆ ( ศูนย์ 18 วันงताल )	1	0.40

จากตาราง 5 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีประวัติ อาการ และการวินิจฉัยที่เคยได้รับ ก่อนมารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ คือเคยเข้ารับการรักษา ร้อยละ 94.96 ส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาอยู่ระหว่าง 1 - 2 ครั้ง ร้อยละ 71.68 ได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อโรค

เอดส์ ร้อยละ 59.12 และ อาการของโรคเอดส์ ร้อยละ 40.08 โดยส่วนใหญ่เข้ารับการรักษานใน  
โรงพยาบาลของรัฐ ร้อยละ 92.71

ตาราง 6 การรักษาในหอผู้ป่วยภายหลังเข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (119 คน)	ร้อยละ
<b>การเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วย ( คน )</b>		
ไม่เคย	11	9.25
เคย	108	90.75
1 ครั้ง	94	87.04
2 ครั้ง	6	5.56
3 ครั้ง	5	4.63
4 ครั้ง	3	2.78
( ค่าเฉลี่ย = 1.23 ครั้ง )		
<b>อาการและการวินิจฉัยโรค ( รายโรค )</b>		
Pulmonary TB	42	31.59
Chronic diarrhea	21	15.79
Pneumonia	19	14.29
High fever	10	7.52
Weakness	10	7.52
Oral candidiasis	9	6.77
Cryptococcal meningitis	5	3.76
Chronic itching	5	3.76
Cannot eat	2	1.50
Oropharyngeal candidiasis	2	1.50
Herpes zoster	2	1.50

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (119 คน)	ร้อยละ
Not define	2	1.50
Eczema	1	0.75
Skin infection	1	0.75
Herpes simplex	1	0.75
Abcess	1	0.75

จากตาราง 6 การรักษาในหอผู้ป่วย ภายหลังจากเข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เคยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย (บ้านวัดชัยลักษณะ และ บ้านเมตตา ) ร้อยละ 90.75 มีระยะเวลาการนอน อย่างน้อย 1 ครั้ง ร้อยละ 87.04 และ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรค ปอด มากที่สุดคือ ร้อยละ 31.59 รองลงมา ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเรื้อรัง และ ปอดบวม ร้อยละ 15.79 และ 14.29 ตามลำดับ

ตาราง 7 การวินิจฉัยอาการของโรคเอดส์ที่ได้รับการรักษาขณะนี้

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (119 คน)	ร้อยละ
<b>การวินิจฉัยอาการของโรคเอดส์</b>		
Mycobacterium tuberculosis, Pulmonary or extrapulmonary	59	49.58
Wasting syndrome (emaciation, slim disease)	36	30.25
Pneumocystis carinii	15	12.61
Cryptococcosis	6	5.04
Candidiasis	1	0.84
Herpes simplex	1	0.84
Pneumonia recurrent (bacteria)	1	0.84

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (119 คน)	ร้อยละ
<b>ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงปัจจุบัน</b>		
< 1 ปี	50	42.02
1 – 2 ปี	59	49.58
3 – 4 ปี	7	5.88
> 4 ปี	3	2.52

จากตาราง 7 การวินิจฉัยอาการของโรคเอดส์ ที่ได้รับการรักษาขณะนี้ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคฉับโรคปอด รองลงมาคือ กลุ่มอาการสูญเสียน้ำหนักมวลรวมของกล้ามเนื้อและโรคปอดบวม ร้อยละ 49.58 ,30.25 และ12.61 ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงปัจจุบัน อยู่ระหว่าง 1 – 2 ปี ร้อยละ 49.58 และน้อยกว่า 1 ปี ร้อยละ 42.02

จากการวินิจฉัยโรคที่เป็นอาการของโรคเอดส์ พบว่า ผู้ป่วยมีอาการทางกาย คือ การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ,การติดเชื้อทางผิวหนัง,การติดเชื้อในช่องปากและมีความผิดปกติของกระดูกและข้อ ร้อยละ 29.67 ,23.98 ,15.45 และ 10.98 ตามลำดับ มีความรุนแรงของอาการทางกาย ที่มีผลต่อสุขภาพ คือ อาการอ่อนเพลียไม่มีแรง ร้อยละ 66.39 อาการปวด ร้อยละ 31.09 และ อาการอื่นๆ ร้อยละ 26.88 ได้แก่ อาการเบื่ออาหาร, มีไข้, คั้นตามร่างกาย และไอหอบเหนื่อย ในด้านการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ พบว่า เป็นการรักษาตามอาการของผู้ป่วย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับยารักษาในกลุ่มยา รักษาฉับโรค,ยาปฏิชีวนะ,ยาแก้แพ้แก้คัน และยาระบบทางเดินหายใจ ทั่วไป ร้อยละ 33.68, 22.11, 12.63 และ 6.58 นอกจากนี้ยังได้รับยาเพื่อรักษาตามอาการที่เจ็บป่วย เช่น ยาแก้ปวดลดไข้,ยาระบบทางเดินอาหาร,วิตามิน, ยาระบาย และยาหยอดหู-ตา เพื่อบรรเทาอาการและลดความเจ็บปวด

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## 1.2) แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย

ตาราง 8 ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย

ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม	จำนวน (119 คน)	ร้อยละ
แรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ	12	10.08
แรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง	89	74.79
แรงสนับสนุนทางสังคมสูง	18	15.13

แรงสนับสนุนทางสังคม มีค่าเฉลี่ย = 53.55 , ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 12.18

แบ่งระดับแรงสนับสนุนทางสังคม เป็น 3 ระดับ ดังนี้

- ผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ คือ ผู้ป่วยที่ได้คะแนนในแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำกว่า 41 คะแนน ( $\bar{X} - 1 \text{ S.D.}$ )
- ผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง คือ ผู้ป่วยที่ได้คะแนนในแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ระหว่าง 41 - 66 คะแนน ( $\bar{X} \pm \text{S.D.}$ )
- ผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง คือ ผู้ป่วยที่ได้คะแนนในแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมสูงกว่า 66 คะแนน ( $\bar{X} + 1 \text{ S.D.}$ )

จากตาราง พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 74.79 รองลงมาเป็นผู้ป่วยได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูง ร้อยละ 15.13 และผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ ร้อยละ 10.08

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ตอนที่ 2 สภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคเอดส์

### 2.1) ความผาสุกทางจิตวิญญาณ

ตาราง 9 ระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วย

(The Spiritual Well-Being Scale : SWBS)

ระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณ	จำนวน (119 คน)	ร้อยละ
ความผาสุกทางจิตวิญญาณต่ำ	34	28.57
ความผาสุกทางจิตวิญญาณปานกลาง	62	52.10
ความผาสุกทางจิตวิญญาณสูง	23	19.33

ค่าเฉลี่ยของคะแนนในแบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณ เท่ากับ 87.26, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 13.70 และ ค่า Range ช่วงละ 21 คะแนน

แบ่งระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณ เป็น 3 ระดับ ดังนี้

- ผู้ป่วยที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณระดับต่ำ คือ ผู้ป่วยที่ได้คะแนน  
ในแบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณต่ำกว่า 77 คะแนน

- ผู้ป่วยที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณระดับปานกลาง คือ ผู้ป่วยที่ได้  
คะแนนในแบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ระหว่าง 77 - 98 คะแนน

- ผู้ป่วยที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณระดับสูง คือ ผู้ป่วยที่ได้คะแนน  
ในแบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณสูงกว่า 98 คะแนน

จากตาราง พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.10 รองลงมาเป็นผู้ป่วยที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณต่ำ ร้อยละ 28.57 และ ผู้ป่วยที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณสูง ร้อยละ 19.33



ตาราง 10 ระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณ (ด้านความผาสุกในการดำเนินชีวิต) ของผู้ป่วย  
(The Existential Well-Being)

ระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณ (ด้านความผาสุกในการดำเนินชีวิต)	จำนวน (119 คน)	ร้อยละ
ความผาสุกทางจิตวิญญาณต่ำ	38	31.93
ความผาสุกทางจิตวิญญาณปานกลาง	64	53.78
ความผาสุกทางจิตวิญญาณสูง	17	14.29

ค่าเฉลี่ยของคะแนนในแบบวัด ความผาสุกทางจิตวิญญาณ (ด้านความผาสุกในการดำเนินชีวิต) เท่ากับ 42.66 ,ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 6.96 และ ค่า Range ช่วงละ 11 คะแนน แบ่งระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณ (ด้านความผาสุกในการดำเนินชีวิต) เป็น 3 ระดับ ดังนี้

- ผู้ป่วยที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณ (ด้านความผาสุกในการดำเนินชีวิต) ระดับต่ำ คือ ผู้ป่วยที่ได้คะแนนในแบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณ (ด้านความผาสุกในการดำเนินชีวิต) ต่ำกว่า 39 คะแนน
- ผู้ป่วยที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณ (ด้านความผาสุกในการดำเนินชีวิต) ระดับปานกลาง คือ ผู้ป่วยที่ได้คะแนนในแบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณ (ด้านความผาสุกในการดำเนินชีวิต) อยู่ระหว่าง 39 - 50 คะแนน
- ผู้ป่วยที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณ (ด้านความผาสุกในการดำเนินชีวิต) ระดับสูง คือ ผู้ป่วยที่ได้คะแนนในแบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณ (ด้านความผาสุกในการดำเนินชีวิต) สูงกว่า 50 คะแนน

จากตาราง พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณ(ด้านความผาสุกในการดำเนินชีวิต) อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.78 รองลงมาเป็นผู้ป่วยที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณ (ด้านความผาสุกในการดำเนินชีวิต)ต่ำ ร้อยละ 31.93 และผู้ป่วยที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณ (ด้านความผาสุกในการดำเนินชีวิต) สูง ร้อยละ 14.29

ตาราง 11 ระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณ (ด้านความผาสุกในความสัมพันธ์ต่อศาสนา) ของผู้ป่วย (The Existential Well-Being)

ระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณ (ด้านความผาสุกในความสัมพันธ์ต่อศาสนา)	จำนวน (119 คน)	ร้อยละ
ความผาสุกทางจิตวิญญาณต่ำ	11	9.24
ความผาสุกทางจิตวิญญาณปานกลาง	60	50.42
ความผาสุกทางจิตวิญญาณสูง	48	40.34

ค่าเฉลี่ยของคะแนนในแบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณ วิญญาณ (ด้านความผาสุกในความสัมพันธ์ต่อศาสนา) เท่ากับ 44.61 ,ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 8.21 และ ค่า Range ช่วงละ 13 คะแนน

แบ่งระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณ (ด้านความผาสุกในความสัมพันธ์ต่อศาสนา) เป็น 3 ระดับ ดังนี้

- ผู้ป่วยที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณ(ด้านความผาสุกในความสัมพันธ์ต่อศาสนา) ระดับต่ำ คือผู้ป่วยที่ได้คะแนนในแบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณ(ด้านความผาสุกในความสัมพันธ์ต่อศาสนา) ต่ำกว่า 34 คะแนน
- ผู้ป่วยที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณ(ด้านความผาสุกในความสัมพันธ์ต่อศาสนา) ระดับปานกลาง คือ ผู้ป่วยที่ได้คะแนนในแบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณ (ด้านความผาสุกในความสัมพันธ์ต่อศาสนา) อยู่ระหว่าง 34 - 47 คะแนน
- ผู้ป่วยที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณ(ด้านความผาสุกในความสัมพันธ์ต่อศาสนา) ระดับสูง คือผู้ป่วยที่ได้คะแนนในแบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณ(ด้านความผาสุกในความสัมพันธ์ต่อศาสนา) สูงกว่า 47 คะแนน

จากตาราง พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณ (ด้านความผาสุกในความสัมพันธ์ต่อศาสนา) อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.42 รองลงมาเป็นผู้ป่วยที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณ (ด้านความผาสุกในความสัมพันธ์ต่อศาสนา) สูง ร้อยละ 40.34 และผู้ป่วยที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณ(ด้านความผาสุกในความสัมพันธ์ต่อศาสนา)ต่ำ ร้อยละ 9.24

## 2.2) การรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเอง

ตาราง 12 ระดับการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเองของผู้ป่วย

(The Spiritual Perspective Scale : SPS)

ระดับการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเอง	จำนวน (119 คน)	ร้อยละ
การรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเองต่ำ	6	5.04
การรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเองปานกลาง	68	57.14
การรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเองสูง	45	37.82

ค่าเฉลี่ยของคะแนนในแบบวัดการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเอง เท่ากับ 47.08 ,ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 6.57 และ ค่า Range ช่วงละ 11 คะแนน

แบ่งระดับการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเองเป็น 3 ระดับ ดังนี้

- ผู้ป่วยที่มีการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเองระดับต่ำ คือ ผู้ป่วยที่ได้คะแนนในแบบวัดการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเอง ต่ำกว่า 38 คะแนน
- ผู้ป่วยที่มีการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเอง ระดับปานกลาง คือ ผู้ป่วยที่ได้คะแนนในแบบวัดการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเอง อยู่ระหว่าง 38 - 49 คะแนน
- ผู้ป่วยที่มีการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเอง ระดับสูง คือ ผู้ป่วยที่ได้คะแนนในแบบวัดการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเอง สูงกว่า 49 คะแนน

จากตาราง พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.14 รองลงมา เป็นผู้ป่วยที่มีการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเองสูง ร้อยละ 37.82 และการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเองต่ำ ร้อยละ 5.04

## 2.3) ความหวัง

ตาราง 13 ระดับความหวังของผู้ป่วย

(The Herth Hope Index : HHI)

ระดับความหวัง	จำนวน (119 คน)	ร้อยละ
ความหวังต่ำ	10	8.40
ความหวังปานกลาง	71	59.66
ความหวังสูง	38	31.93

ค่าเฉลี่ยของคะแนนในแบบวัดความหวัง เท่ากับ 37.12 , ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 5.06 และ ค่า Range ช่วงละ 8 คะแนน

แบ่งระดับความหวัง เป็น 3 ระดับ ดังนี้

- ผู้ป่วยที่มีความหวังระดับต่ำ คือผู้ป่วยที่ได้คะแนนในแบบวัดความหวังต่ำกว่า 31 คะแนน
- ผู้ป่วยที่มีความหวังระดับปานกลาง คือ ผู้ป่วยที่ได้คะแนนในแบบวัดความหวังอยู่ระหว่าง 31 - 39 คะแนน
- ผู้ป่วยที่มีความหวังระดับสูง คือ ผู้ป่วยที่ได้คะแนนในแบบวัดความหวังสูงกว่า 39 คะแนน

จากตาราง พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความหวัง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.66 รองลงมาเป็นผู้ป่วยที่มีความหวัง อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 31.93 และผู้ป่วยที่มีความหวังอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 8.40

## 2.4) คุณค่าและความหมายของชีวิต

ตาราง 14 ระดับคุณค่าและความหมายของชีวิต ของผู้ป่วย

(The Meaning in Life Scale : ML)

ระดับคุณค่าและความหมายของชีวิต	จำนวน (119 คน)	ร้อยละ
คุณค่าและความหมายของชีวิต ต่ำ	23	19.33
คุณค่าและความหมายของชีวิต ปานกลาง	56	47.06
คุณค่าและความหมายของชีวิต สูง	40	33.61

ค่าเฉลี่ยของคะแนนในแบบวัดคุณค่าและความหมายของชีวิต เท่ากับ 61.13 , ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 8.67 และ ค่า Range ช่วงละ 11 คะแนน

แบ่งระดับคุณค่าและความหมายของชีวิต เป็น 3 ระดับ ดังนี้

- ผู้ป่วยที่มีคุณค่าและความหมายของชีวิตระดับต่ำคือผู้ป่วยที่ได้คะแนนในแบบวัดคุณค่าและความหมายของชีวิต ต่ำกว่า 54 คะแนน
- ผู้ป่วยที่มีคุณค่าและความหมายของชีวิต ระดับปานกลาง คือ ผู้ป่วยที่ได้คะแนนในแบบวัดคุณค่าและความหมายของชีวิต อยู่ระหว่าง 54 - 65 คะแนน
- ผู้ป่วยที่มีคุณค่าและความหมายของชีวิตระดับสูงคือผู้ป่วยที่ได้คะแนนในแบบวัดคุณค่าและความหมายของชีวิต สูงกว่า 65 คะแนน

จากตาราง พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคุณค่าและความหมายของชีวิต อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.06 รองลงมาเป็นผู้ป่วยที่มีคุณค่าและความหมายของชีวิต อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 33.61 และผู้ป่วยมีคุณค่าและความหมายของชีวิต อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 19.33

## 2.5) สภาวะจิตวิญญาณ

ตาราง 15 ระดับสภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วย

ระดับสภาวะจิตวิญญาณ	จำนวน (119 คน)	ร้อยละ
สภาวะจิตวิญญาณต่ำ	27	22.69
สภาวะจิตวิญญาณปานกลาง	61	52.26
สภาวะจิตวิญญาณสูง	31	26.05

ค่าเฉลี่ยของคะแนนสภาวะจิตวิญญาณ เท่ากับ 232.51, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 26.91 และ ค่า Range ช่วงละ 43 คะแนน

แบ่งระดับสภาวะจิตวิญญาณ เป็น 3 ระดับ ดังนี้

- ผู้ป่วยที่มีสภาวะจิตวิญญาณระดับต่ำ คือ ผู้ป่วยที่ได้คะแนนสภาวะจิตวิญญาณต่ำกว่า 208 คะแนน
- ผู้ป่วยที่มีสภาวะจิตวิญญาณระดับปานกลาง คือ ผู้ป่วยที่ได้คะแนนสภาวะจิตวิญญาณอยู่ระหว่าง 208 - 251 คะแนน
- ผู้ป่วยที่มีสภาวะจิตวิญญาณระดับสูง คือ ผู้ป่วยที่ได้คะแนนสภาวะจิตวิญญาณสูงกว่า 251 คะแนน

จากตาราง พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีสภาวะจิตวิญญาณอยู่ใน ระดับปานกลาง ร้อยละ 52.26 รองลงมาเป็นผู้ป่วยที่มีสภาวะจิตวิญญาณสูง ร้อยละ 26.05 และ ผู้ป่วยที่มีสภาวะจิตวิญญาณต่ำ ร้อยละ 22.69



ปัจจัยส่วนบุคคล	ความผาสุกทางจิตวิญญาณ						$\chi^2$	Fisher's Exact
	ระดับต่ำ (34 คน)		ระดับปานกลาง (62 คน)		ระดับสูง (23 คน)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>ระดับการศึกษา</b>								
ไม่ได้เรียน	1	2.9	2	3.2	2	8.7	9.498	.329
ประถมศึกษา	11	32.4	31	50.0	9	39.1		
มัธยมศึกษาตอนต้น	11	32.4	20	32.3	10	43.5		
มัธยมศึกษาตอนปลาย								
/ปวช./ปวส.	8	23.5	7	11.3	2	8.7		
ปริญญาตรี	3	8.8	2	3.2	-	-		
ปริญญาโท / เอก	-	-	-	-	-	-		
อื่น ๆ	-	-	-	-	-	-		
<b>อาชีพก่อนเข้ารับการรักษา</b>								
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	4	11.8	4	6.5	4	17.4	19.094	.163
แม่บ้าน	-	-	4	6.5	-	-		
ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	5	14.7	3	4.8	-	-		
เกษตรกร	-	-	2	3.2	-	-		
นักเรียน / นักศึกษา	1	2.9	-	-	-	-		
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	-	-	2	3.2	1	4.3		
รับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน	24	70.6	43	69.4	16	69.6		
พระสงฆ์	-	-	4	6.5	2	8.7		
<b>รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วย (บาท/เดือน)</b>								
ไม่มีรายได้	2	5.9	7	11.3	5	21.7	13.385	.228
< 3,000 บาท	7	20.6	20	32.3	7	30.4		
3,001 - 5,000 บาท	10	29.4	11	17.7	5	21.7		
5,001 - 7,000 บาท	5	14.7	15	24.2	3	13.0		
7,001 - 9,000 บาท	6	17.6	2	3.2	2	8.7		
> 9,001 บาท	4	11.8	7	11.3	1	4.3		



ปัจจัยส่วนบุคคล	ความผาสูกทางจิตวิญญาณ						$\chi^2$	Fisher's Exact
	ระดับต่ำ (34 คน)		ระดับปานกลาง (62 คน)		ระดับสูง (23 คน)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>สาเหตุที่ทำให้ได้รับเชื้อเอดส์</b>								
เพศสัมพันธ์ (เพศเดียวกัน)	4	11.8	7	11.3	1	4.3	6.218	.563
เพศสัมพันธ์ (ต่างเพศ)	24	70.6	47	75.8	19	82.6		
ใช้เข็มฉีดยาเสพติดร่วม	6	17.6	8	12.9	2	8.7		
ใช้ใบมีดโกนร่วมกับผู้ติดเชื้อ	-	-	-	-	1	4.3		
<b>ระยะเวลาที่ทราบว่าได้ติดเชื้อเอดส์จนถึงปัจจุบัน (ปี)</b>								
< 1 ปี	3	8.8	7	11.3	3	13.0	5.944	.710
1 - 3 ปี	16	47.1	21	33.9	12	52.2		
4 - 6 ปี	11	32.4	20	32.3	6	26.1		
7 - 9 ปี	2	5.9	7	11.3	-	-		
≥ 10 ปี	2	5.9	7	11.3	2	8.7		
<b>รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (บาท/เดือน)</b>								
ไม่มีรายได้	-	-	2	3.2	-	-	7.831	.747
< 3,000 บาท	6	17.6	18	29.0	5	21.7		
3,001 - 5,000 บาท	9	26.5	12	19.4	8	34.8		
5,001 - 7,000 บาท	5	14.7	13	21.0	4	17.4		
7,001 - 9,000 บาท	7	20.6	6	9.7	2	8.7		
> 9,001 บาท	7	20.6	11	17.7	4	17.4		
<b>สถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว</b>								
เงินพอใช้	15	44.1	29	46.8	8	34.8	.984	.625
เงินไม่พอใช้	19	55.9	33	53.2	15	65.2		

ปัจจัยส่วนบุคคล	ความผาสูกทางจิตวิญญาณ						$\chi^2$	Fisher's Exact
	ระดับต่ำ (34 คน)		ระดับปานกลาง (62 คน)		ระดับสูง (23 คน)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>ปฏิกิริยาของครอบครัวเมื่อทราบว่าติดเชื้อเอดส์</b>								
ไม่ทราบว่าติดเชื้อ	1	2.9	8	12.9	3	13.0	2.843	.577
ทราบว่าติดเชื้อ								
- เห็นใจ ไม่รังเกียจ	24	70.6	38	61.3	15	65.2		
- รังเกียจ ไม่คบ	9	26.5	16	25.8	5	21.7		
<b>ปฏิกิริยาของผู้ร่วมงานเมื่อทราบว่าติดเชื้อเอดส์</b>								
ไม่ทราบว่าติดเชื้อ	13	38.2	21	33.9	13	56.5	4.799	.337
ทราบว่าติดเชื้อ								
- เห็นใจ ไม่รังเกียจ	7	20.6	19	30.6	5	21.7		
- รังเกียจ ไม่คบ	14	41.2	22	35.5	5	21.7		
<b>ก่อนเข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ พักอาศัยอยู่กับ</b>								
อยู่คนเดียว	8	23.5	11	17.7	3	13.0	6.624	.772
ญาติ	8	23.5	17	27.4	4	17.4		
บิดา – มารดา	10	29.4	11	17.7	6	26.1		
ไม่ใช่ญาติ	3	8.8	5	8.1	4	17.4		
สามี/ภรรยา	4	11.8	13	21.0	4	17.4		
สถานสงเคราะห์	1	2.9	5	8.1	2	8.7		
อื่น ๆ	-	-	-	-	-	-		
<b>บุคคลที่คอยช่วยเหลือดูแลก่อนเข้ารับการรักษาที่วัด</b>								
ไม่มีใครดูแล	9	26.5	15	24.2	6	26.1	9.361	.458
เพื่อน	-	-	3	4.8	2	8.7		
บิดา/มารดา	9	26.5	14	22.6	4	17.4		
สามี/ภรรยา	4	11.8	4	6.5	3	13.0		
ญาติพี่น้อง	12	35.3	22	35.5	5	21.7		
ไม่ใช่ญาติ	-	-	4	6.5	3	13.0		

ปัจจัยส่วนบุคคล	ความผาสูกทางจิตวิญญาณ						$\chi^2$	Fisher's Exact
	ระดับต่ำ (34 คน)		ระดับปานกลาง (62 คน)		ระดับสูง (23 คน)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาวัดพระบาทน้ำพุ</b>								
< 1 เดือน	1	2.9	2	3.2	-	-	3.145	.829
1 - 6 เดือน	21	61.8	36	58.1	11	47.8		
7 - 12 เดือน	5	14.7	11	17.7	7	30.4		
> 12 เดือน	7	20.6	13	21.0	5	21.7		
<b>การรักษาก่อนที่จะมารักษาวัดพระบาทน้ำพุ (คน)</b>								
ไม่เคย	2	5.9	3	4.8	1	4.3	7.664	.782
เคย								
1 - 2 ครั้ง	26	76.5	40	64.5	15	65.2		
3 - 4 ครั้ง	5	14.7	15	24.2	4	17.4		
5 - 6 ครั้ง	1	2.9	3	4.8	2	8.7		
7 - 8 ครั้ง	-	-	1	1.6	-	-		
> 8 ครั้ง	-	-	-	-	1	4.3		
<b>การเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย (คน)</b>								
ไม่เคย	5	14.7	5	8.1	1	4.3	4.848	.778
เคย								
1 ครั้ง	25	73.5	50	80.6	19	82.6		
2 ครั้ง	3	8.8	2	3.2	1	4.3		
3 ครั้ง	1	2.9	3	4.8	1	4.3		
4 ครั้ง	-	-	2	3.2	1	4.3		

ปัจจัยส่วนบุคคล	ความผาสุกทางจิตวิญญาณ						$\chi^2$	Fisher's Exact
	ระดับต่ำ (34 คน)		ระดับปานกลาง (62 คน)		ระดับสูง (23 คน)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>การวินิจฉัยโรคเอดส์</b>								
- Mycobacterium tuberculosis, Pulmonary or extrapulmonary	21	61.8	28	45.2	10	43.5	21.592	.009 **
- Wasting syndrome	6	17.6	25	40.3	5	21.7		
- Pneumocystis carinii	2	5.9	7	11.3	6	26.1		
- Cryptococcosis	4	11.8	-	-	2	8.7		
- Candidiasis	-	-	1	1.6	-	-		
- Herpes simplex	-	-	1	1.6	-	-		
- Pneumonia recurrent	1	2.9	-	-	-	-		
<b>ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงปัจจุบัน</b>								
< 1 ปี	13	38.2	29	46.8	8	34.8	2.659	.775
1 – 2 ปี	19	55.9	28	45.2	12	52.2		
3 – 4 ปี	1	2.9	4	6.5	2	8.7		
> 4 ปี	1	2.9	1	1.6	1	4.3		
<b>แรงสนับสนุนทางสังคม</b>								
ต่ำ	5	14.7	7	11.3	-	-	5.703	.197
ปานกลาง	24	70.6	48	77.4	17	73.9		
สูง	5	14.7	7	11.3	6	26.1		

\*\* P < 0.01

จากตาราง 16 พบว่าผู้ป่วยที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณสูง มีจำนวน 23 คน มีความผาสุกทางจิตวิญญาณปานกลาง จำนวน 62 คน และมีความผาสุกทางจิตวิญญาณต่ำ จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 19.33, 52.70 และ 28.57 ตามลำดับ ผู้ป่วยที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณสูงเป็นเพศชายร้อยละ 60.9 เพศหญิง ร้อยละ 39.1 ความผาสุกทางจิตวิญญาณปานกลางเป็นเพศชายร้อยละ 69.4 เพศหญิง ร้อยละ 30.9 และความผาสุกทางจิตวิญญาณต่ำเป็นเพศชาย ร้อยละ 73.5 เพศหญิงร้อยละ 26.5 ตามลำดับ

ผู้ป่วยที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณสูง ส่วนใหญ่มีอายุในกลุ่ม 25 – 29 ปี และ 30 – 34 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.1 มีสถานภาพสมรสคือแยกกันอยู่ ร้อยละ 30.4 ระดับ

การศึกษา

มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 43.5 อาชีพก่อนเข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน/ลูกจ้าง ร้อยละ 69.6 รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วยก่อนมารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ ส่วนใหญ่มีรายได้ ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 30.4 สาเหตุที่ทำให้ได้รับเชื้อเอดส์จากเพศสัมพันธ์(ต่างเพศ) ร้อยละ 82.6 ระยะเวลาที่ทราบว่าได้ติดเชื้อเอดส์จนถึงปัจจุบัน 1 – 3 ปี ร้อยละ 52.2 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัว 3,001- 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 34.8 สถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว ส่วนใหญ่มีเงินไม่พอใช้ ร้อยละ 65.2 ปฏิกริยาของครอบครัวเมื่อทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์ ส่วนมากครอบครัวเห็นใจไม่รังเกียจ ดูแล และให้กำลังใจ ร้อยละ 65.2

ผู้ร่วมงานส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์ ร้อยละ 56.5 ก่อนเข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ ผู้ป่วยพักอาศัยอยู่กับ บิดา – มารดา ร้อยละ 26.1 ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ 1 – 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 47.8 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เคยได้รับการรักษาก่อนที่จะมารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ จำนวน 1 – 2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 65.2 ได้รับการวินิจฉัยภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อม ส่วนใหญ่คือ วัณโรคปอด ร้อยละ 43.5 ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงปัจจุบัน 1 – 2 ปี ร้อยละ 52.2 ผู้ป่วยที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณสูง ส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง รองลงมา มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง คิดเป็นร้อยละ 73.9 และ 26.1 ตามลำดับ

ผู้ป่วยที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณปานกลาง ส่วนใหญ่มีอายุในกลุ่ม 30 – 34 ปี คิดเป็นร้อยละ 32.3 มีสถานภาพสมรสคือโสด ร้อยละ 41.9 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 50.0 อาชีพก่อนเข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน/ลูกจ้าง ร้อยละ 69.4 รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วยก่อนมารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ ส่วนใหญ่มีรายได้ ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 32.3 สาเหตุที่ทำให้ได้รับเชื้อเอดส์จากเพศสัมพันธ์(ต่างเพศ) ร้อยละ 75.8 ระยะเวลาที่ทราบว่าได้ติดเชื้อเอดส์จนถึงปัจจุบัน 1 – 3 ปี ร้อยละ 33.9 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่ำกว่า 3,000 บาท/เดือนร้อยละ 29.0 สถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว ส่วนใหญ่มีเงินไม่พอใช้ ร้อยละ 53.2 ปฏิกริยาของครอบครัวเมื่อทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์ ส่วนใหญ่ครอบครัวเห็นใจไม่รังเกียจ ดูแล และให้กำลังใจ ร้อยละ 61.3 ผู้ร่วมงานส่วนใหญ่รังเกียจ ไม่คบค้าสมาคมด้วย เมื่อทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อ ร้อยละ 35.5 ก่อนเข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ ผู้ป่วยพักอาศัยอยู่กับญาติพี่น้อง ร้อยละ 35.5 ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ 1 – 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 58.1 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เคยได้รับการรักษาก่อนที่จะมารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ จำนวน 1 – 2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 64.5 ได้รับ

การวินิจฉัยภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อม ส่วนใหญ่คือ วัณโรคปอด ร้อยละ 45.2 ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงปัจจุบัน น้อยกว่า 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.8 ผู้ป่วยที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณปานกลาง ส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง รองลงมาคือมีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง (เท่ากับแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ) คิดเป็นร้อยละ 77.4 และ 11.3 ตามลำดับ

ผู้ป่วยที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณต่ำ ส่วนใหญ่มีอายุในกลุ่ม 35 – 39 ปี คิดเป็นร้อยละ 29.4 มีสถานภาพสมรสคือโสด ร้อยละ 38.2 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 32.4 อาชีพก่อนเข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน/ลูกจ้าง ร้อยละ 70.6 รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วยก่อนมารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ ส่วนใหญ่มีรายได้ 3,001 – 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 29.4 สาเหตุที่ทำให้ได้รับเชื้อเอชไอวีจากเพศสัมพันธ์(ต่างประเทศ) ร้อยละ 70.6 ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีจนถึงปัจจุบัน 1 – 3 ปี ร้อยละ 47.1 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัว 3,001 – 5,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 26.5 สถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว ส่วนใหญ่มีเงินไม่พอใช้ ร้อยละ 55.9 ปฏิกริยาของครอบครัวเมื่อทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่ ครอบครัวเห็นใจไม่รังเกียจ ดูแลและ ให้กำลังใจ ร้อยละ 70.6 ผู้ร่วมงานส่วนใหญ่รังเกียจ ไม่คบค้าสมาคมด้วย เมื่อทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อ ร้อยละ 41.2 ก่อนเข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ ผู้ป่วยพักอาศัยบิดา - มารดา ร้อยละ 29.4 ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ 1 – 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 61.8 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เคยได้รับการรักษาก่อนที่จะมารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ จำนวน 1 – 2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 76.5 ได้รับการวินิจฉัยภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อม ส่วนใหญ่คือ วัณโรคปอด ร้อยละ 61.8 ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงปัจจุบัน 1 – 2 ปี คิดเป็นร้อยละ 55.9 ผู้ป่วยที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณต่ำส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง รองลงมาคือมีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง (เท่ากับแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ) คิดเป็นร้อยละ 70.6 และ 14.7 ตามลำดับ

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความผาสุกทางจิตวิญญาณด้วยสถิติ Chi-square พบว่า การวินิจฉัยโรคมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P < .01$

### 3.2) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเอง

ตาราง 17 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเอง

ปัจจัยส่วนบุคคล	การรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเอง						$\chi^2$	Fisher's Exact
	ระดับต่ำ (6 คน)		ระดับปานกลาง (68 คน)		ระดับสูง (45 คน)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>เพศ</b>								
หญิง	-	-	15	22.1	22	31.1	11.949	.003 **
ชาย	6	100.0	53	77.9	23	68.9		
<b>อายุ (ปี)</b>								
20 – 24 ปี	-	-	5	7.4	4	8.9	3.871	.886
25 – 29 ปี	2	33.3	14	20.6	10	22.2		
30 – 34 ปี	2	33.3	15	22.1	15	33.3		
35 – 39 ปี	1	16.7	20	29.4	9	20.0		
40 ปี ขึ้นไป	1	16.7	14	20.6	7	15.6		
<b>สถานภาพสมรส</b>								
โสด	4	66.7	27	39.7	14	31.1	7.814	.542
คู่	-	-	8	11.8	6	13.3		
หย่าร้าง	1	16.7	11	16.2	5	11.1		
หม้าย	-	-	5	7.4	9	20.0		
แยกกันอยู่	1	16.7	17	25.0	11	24.4		
อื่นๆ	-	-	-	-	-	-		

\*\* P < 0.01

ปัจจัยส่วนบุคคล	การรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเอง						$\chi^2$	Fisher's Exact
	ระดับต่ำ (6 คน)		ระดับปานกลาง (68 คน)		ระดับสูง (45 คน)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>ระดับการศึกษา</b>								
ไม่ได้เรียน	-	-	2	2.9	3	6.7	6.491	.617
ประถมศึกษา	2	33.3	30	44.1	19	42.2		
มัธยมศึกษาตอนต้น	3	50.0	21	30.9	17	37.8		
มัธยมศึกษาตอนปลาย								
/ปวช./ปวส.	-	-	12	17.6	5	11.1		
ปริญญาตรี	1	16.7	3	4.4	1	2.2		
ปริญญาโท / เอก	-	-	-	-	-	-		
อื่น ๆ	-	-	-	-	-	-		
<b>อาชีพก่อนเข้ารับการรักษา</b>								
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	-	-	7	10.3	5	11.1	26.759	.028
แม่บ้าน	-	-	1	1.5	3	6.7		
ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	-	-	8	11.8	-	-		
เกษตรกรรวม	1	16.7	-	-	1	2.2		
นักเรียน / นักศึกษา	-	-	1	1.5	-	-		
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	-	-	3	4.4	-	-		
รับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน	5	83.3	47	69.1	31	68.9		
พระสงฆ์	-	-	1	1.5	5	11.1		
<b>รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วย (บาท/เดือน)</b>								
ไม่มีรายได้	-	-	6	8.8	8	17.8	7.594	.691
< 3,000 บาท	3	50.0	17	25.0	14	31.1		
3,001 - 5,000 บาท	1	16.7	17	25.0	8	17.8		
5,001 - 7,000 บาท	1	16.7	13	19.1	9	20.0		
7,001 - 9,000 บาท	-	-	6	8.8	4	8.9		
> 9,001 บาท	1	16.7	9	13.2	2	4.4		



ปัจจัยส่วนบุคคล	การรับรู้สถานะจิตวิญญาณในตนเอง						$\chi^2$	Fisher's Exact
	ระดับต่ำ (6 คน)		ระดับปานกลาง (68 คน)		ระดับสูง (45 คน)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>สาเหตุที่ทำให้ได้รับเชื้อเอชไอวี</b>								
เพศสัมพันธ์ (เพศเดียวกัน)	1	16.7	6	8.8	5	11.1	4.341	.398
เพศสัมพันธ์ (ต่างเพศ)	3	50.0	51	75.0	36	80.0		
ใช้เข็มฉีดยาเสพติดร่วม	2	33.3	10	14.7	4	8.9		
ใช้ใบมีดโกนร่วมกับผู้ติดเชื้อ	-	-	1	1.5	-	-		
<b>ระยะเวลาที่ทราบว่าได้ติดเชื้อเอชไอวีจนถึงปัจจุบัน (ปี)</b>								
< 1 ปี	-	-	10	14.7	3	6.7	7.374	.472
1 - 3 ปี	3	50.0	31	45.6	15	33.3		
4 - 6 ปี	2	33.3	19	27.9	16	35.6		
7 - 9 ปี	-	-	4	5.9	5	11.1		
≥ 10 ปี	1	16.7	4	5.9	6	13.3		
<b>รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (บาท/เดือน)</b>								
ไม่มีรายได้	-	-	-	-	2	4.4	7.568	.747
< 3,000 บาท	1	16.7	19	27.9	9	20.0		
3,001 - 5,000 บาท	3	50.0	15	22.1	11	24.4		
5,001 - 7,000 บาท	1	16.7	13	19.1	8	17.8		
7,001 - 9,000 บาท	-	-	10	14.7	5	11.1		
> 9,001 บาท	1	16.7	11	16.2	10	22.2		
<b>สถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว</b>								
เงินพอใช้	2	33.3	35	51.5	15	33.3	3.897	.156
เงินไม่พอใช้	4	66.7	33	48.5	30	66.7		

ปัจจัยส่วนบุคคล	การรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเอง						$\chi^2$	Fisher's Exact
	ระดับต่ำ (6 คน)		ระดับปานกลาง (68 คน)		ระดับสูง (45 คน)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>ปฏิกิริยาของครอบครัวเมื่อทราบว่าติดเชื่อเฮดส์</b>								
ไม่ทราบว่าติดเชื่อ	-	-	6	8.8	6	13.3	3.067	.600
ทราบว่าติดเชื่อ								
- เห็นใจ ไม่รังเกียจ	3	50.0	46	67.6	28	62.2		
- รังเกียจ ไม่คบ	3	50.0	16	23.5	11	24.4		
<b>ปฏิกิริยาของผู้ร่วมงานเมื่อทราบว่าติดเชื่อเฮดส์</b>								
ไม่ทราบว่าติดเชื่อ	1	16.7	27	39.7	19	42.2	3.442	.493
ทราบว่าติดเชื่อ								
- เห็นใจ ไม่รังเกียจ	3	50.0	15	22.1	13	28.9		
- รังเกียจ ไม่คบ	2	33.3	26	38.2	13	28.9		
<b>ก่อนเข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ พักอาศัยอยู่กับ</b>								
อยู่คนเดียว	1	16.7	15	22.1	6	13.3	12.773	.153
ญาติ	1	16.7	18	26.5	10	22.2		
บิดา – มารดา	2	33.3	19	27.9	6	13.3		
ไม่ใช่ญาติ	1	16.7	4	5.9	7	15.6		
สามี/ภรรยา	1	16.7	10	14.7	10	22.2		
สถานสงเคราะห์	-	-	2	2.9	6	13.3		
อื่น ๆ	-	-	-	-	-	-		
<b>บุคคลที่คอยช่วยเหลือดูแลก่อนเข้ารับการรักษาที่วัด</b>								
ไม่มีใครดูแล	2	33.3	16	23.5	12	26.7	7.323	.645
เพื่อน	-	-	2	2.9	3	6.7		
บิดา/มารดา	2	33.3	16	23.5	9	20.0		
สามี/ภรรยา	1	16.7	6	8.8	4	8.9		
ญาติพี่น้อง	1	16.7	26	38.2	12	26.7		
ไม่ใช่ญาติ	-	-	2	2.9	5	11.1		

ปัจจัยส่วนบุคคล	การรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเอง						$\chi^2$	Fisher's Exact
	ระดับต่ำ (6 คน)		ระดับปานกลาง (68 คน)		ระดับสูง (45 คน)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ</b>								
< 1 เดือน	-	-	2	2.9	1	2.2	9.477	.074
1 - 6 เดือน	2	33.3	44	64.7	22	48.9		
7 - 12 เดือน	2	33.3	14	20.6	7	15.6		
> 12 เดือน	2	33.3	8	11.8	15	33.3		
<b>การรักษาก่อนที่จะมารักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ (คน)</b>								
ไม่เคย	2	33.3	2	2.9	2	4.4	19.278	.059
<b>เคย</b>								
1 - 2 ครั้ง	3	50.0	48	70.6	30	66.7		
3 - 4 ครั้ง	-	-	16	23.5	8	17.8		
5 - 6 ครั้ง	1	16.7	1	1.5	4	8.9		
7 - 8 ครั้ง	-	-	1	1.5	-	-		
> 8 ครั้ง	-	-	-	-	1	2.2		
<b>การเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย (คน)</b>								
ไม่เคย	-	-	6	8.8	5	11.1	15.902	.025 *
<b>เคย</b>								
1 ครั้ง	3	50.0	59	86.8	32	71.1		
2 ครั้ง	1	16.7	2	2.9	3	6.7		
3 ครั้ง	1	16.7	1	1.5	3	6.7		
4 ครั้ง	1	16.7	-	-	2	4.4		

\* P &lt; 0.05

การรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเอง								
ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับต่ำ (6 คน)		ระดับปานกลาง (68 คน)		ระดับสูง (45 คน)		$\chi^2$	Fisher's Exact
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>การวินิจฉัยโรคเอดส์</b>								
- Mycobacterium tuberculosis, Pulmonary or extrapulmonary	5	83.3	36	52.9	18	40.0	11.087	.327
- Wasting syndrome	-	-	19	27.9	17	37.8		
- Pneumocystis carinii	-	-	8	11.8	7	15.6		
- Cryptococcosis	1	16.7	3	4.4	2	4.4		
- Candidiasis	-	-	-	-	1	2.2		
- Herpes simplex	-	-	1	1.5	-	-		
- Pneumonia recurrent	-	-	1	1.5	-	-		
<b>ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงปัจจุบัน</b>								
< 1 ปี	3	50.0	33	48.5	14	31.3	12.588	.071
1-2 ปี	2	33.3	31	45.6	26	57.8		
3-4 ปี	-	-	2	2.9	5	11.1		
> 4 ปี	1	16.7	2	2.9	-	-		
<b>แรงสนับสนุนทางสังคม</b>								
ต่ำ	-	-	9	13.2	3	6.7	3.092	.568
ปานกลาง	5	83.3	51	75.0	33	73.3		
สูง	1	16.7	8	11.8	9	20.0		

จากตาราง 17 พบว่า ผู้ป่วยมี การรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเองสูง จำนวน 45 คน การรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเองปานกลาง จำนวน 68 คน และมีการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเองต่ำ จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 37.8, 57.14 และ 5.04 ตามลำดับ ผู้ป่วยที่มีการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเองสูงเป็นเพศชายร้อยละ 68.9 เพศหญิง ร้อยละ 31.1 การรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเองปานกลาง เป็นเพศชายร้อยละ 77.9 เพศหญิง ร้อยละ 22.1 และการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเองต่ำ เป็นเพศชายทั้งหมด

ผู้ป่วยที่มีการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเองสูง ส่วนใหญ่มีอายุใน กลุ่มอายุ 30 – 34 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.3 มีสถานภาพสมรสคือโสด ร้อยละ 31.1 ระดับการศึกษา ประถมศึกษา ร้อยละ 42.2 อาชีพก่อนเข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ ส่วนใหญ่มีอาชีพ รับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน/ลูกจ้าง ร้อยละ 68.9 รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วยก่อนมารับการรักษาที่วัดพระ บาทน้ำพุ ส่วนใหญ่มีรายได้ ต่ำกว่า 3,000 บาท ร้อยละ 31.1 สาเหตุที่ทำให้ได้รับเชื้อเอดส์ จาก เพศสัมพันธ์(ต่างเพศ) ร้อยละ 80.0 ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นติดเชื้อเอดส์จนถึงปัจจุบัน 4 – 6 ปี ร้อยละ 35.6 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัว 3,001- 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 24.4 สถานภาพทาง เศรษฐกิจของครอบครัว ส่วนใหญ่มีเงินไม่พอใช้ ร้อยละ 66.7 ปฏิกริยาของครอบครัวเมื่อ ทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์ ส่วนใหญ่ครอบครัวเห็นใจไม่รังเกียจ ดูแล และให้กำลังใจ ร้อยละ 62.2 ผู้ร่วมงานส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์ ร้อยละ 42.2 ก่อนเข้ารับการรักษาที่วัดพระ บาทน้ำพุ ผู้ป่วยพักอาศัยอยู่กับสามี/ภรรยา หรือ อาศัยอยู่กับญาติพี่น้อง ร้อยละ 22.2 ระยะเวลาที่ เข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ 1 – 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 48.9 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เคยได้รับ การรักษาก่อนที่จะมารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ จำนวน 1 – 2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 66.7 ได้รับการวินิจฉัยภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อม ส่วนใหญ่คือ วัณโรคปอด ร้อยละ 40.0 ระยะเวลาที่ได้รับ การวินิจฉัยจนถึงปัจจุบัน 1 – 2 ปี ร้อยละ 57.8 ผู้ป่วยที่มีการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเอง สูง ส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง รองลงมา มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง คิดเป็น ร้อยละ 73.3 และ 20.0 ตามลำดับ

ผู้ป่วยที่มีการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเองปานกลาง ส่วนใหญ่มีอายุในกลุ่ม 35 – 39 ปี คิดเป็นร้อยละ 29.4 มีสถานภาพสมรสคือโสด ร้อยละ 39.7 มีการศึกษาระดับ ประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 44.1 อาชีพก่อนเข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ ส่วนใหญ่ มีอาชีพรับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน/ลูกจ้าง ร้อยละ 69.1 รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วยก่อนมารับการรักษาที่วัด พระบาทน้ำพุ ส่วนใหญ่มีรายได้ ต่ำกว่า 3,000 บาท/เดือน และ 3,001 – 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 25.0 สาเหตุที่ทำให้ได้รับเชื้อเอดส์จากเพศสัมพันธ์(ต่างเพศ) ร้อยละ 75.0 ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็น ติดเชื้อเอดส์จนถึงปัจจุบัน 1 – 3 ปี ร้อยละ 45.6 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่ำกว่า 3,000 บาท/ เดือน ร้อยละ 27.9 สถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว ส่วนใหญ่มีเงินพอใช้ ร้อยละ 51.5 ปฏิกริยาของครอบครัวเมื่อทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์ ส่วนใหญ่ ครอบครัวเห็นใจ ไม่รังเกียจ ดูแล และให้กำลังใจ ร้อยละ 67.6 ผู้ร่วมงานส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์ ร้อยละ 39.7 ก่อน เข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ ผู้ป่วยพักอาศัยอยู่กับบิดา-มารดา ร้อยละ 27.9 ระยะเวลาที่ เข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ 1 – 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 64.7 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เคยได้รับการ รักษา ก่อนที่จะมารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ จำนวน 1 – 2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 70.6 ได้รับ

การวินิจฉัยภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อม ส่วนใหญ่ คือ วัณโรคปอด ร้อยละ 52.9 ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงปัจจุบัน น้อยกว่า 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 48.5 ผู้ป่วยที่มีการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเองปานกลาง ส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง รองลงมา มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ คิดเป็นร้อยละ 75.0 และ 13.2 ตามลำดับ

ผู้ป่วยที่มีการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเองต่ำ ส่วนใหญ่มีอายุในกลุ่ม 25 – 29 ปี และ 30 - 34 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.3 มีสถานภาพสมรสคือโสด ร้อยละ 66.7 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 50.0 อาชีพก่อนเข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน/ลูกจ้าง ร้อยละ 83.3 รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วยก่อนมารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ ส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท/เดือน ร้อยละ 50.0 สาเหตุที่ทำให้ได้รับเชื้อเอชไอวีจากเพศสัมพันธ์(ต่างเพศ) ร้อยละ 50.0 ระยะเวลาที่ทราบว่าได้ติดเชื้อเอชไอวีจนถึงปัจจุบัน 1 – 3 ปี ร้อยละ 50.0 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัว 3,001 – 5,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 50.0 สถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว ส่วนใหญ่มีเงินไม่พอใช้ ร้อยละ 66.7 ปฏิกริยาของครอบครัวเมื่อทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ครอบครัวเห็นใจไม่รังเกียจ ดูแล และให้กำลังใจ เท่ากับ ครอบครัวรังเกียจ ไม่ดูแล ร้อยละ 50.0 ผู้ร่วมงานส่วนใหญ่เห็นใจไม่รังเกียจ ดูแล และให้กำลังใจ เมื่อทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อ ร้อยละ 50.0 ก่อนเข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ ผู้ป่วยพักอาศัยบิดา – มารดา ร้อยละ 33.3 ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ 1 – 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 33.3 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เคยได้รับการรักษาก่อนที่จะมารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ จำนวน 1 – 2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 50.0 ได้รับการวินิจฉัยภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อม ส่วนใหญ่คือ วัณโรคปอด ร้อยละ 83.3 ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงปัจจุบันน้อยกว่า 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.0 ผู้ป่วยที่มีการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเองต่ำส่วนใหญ่ มีแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง รองลงมา มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง คิดเป็นร้อยละ 83.3 และ 16.7 ตามลำดับ

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเอง ด้วยสถิติ Chi-square พบว่า เพศและประวัติการเข้ารับการรับการรักษาในหอผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P < .01$  และ  $P < .05$  ตามลำดับ

### 3.3) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความหวัง

ตาราง 18 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความหวัง

ปัจจัยส่วนบุคคล	ความหวัง						$\chi^2$	Fisher's Exact
	ระดับต่ำ		ระดับปานกลาง		ระดับสูง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>เพศ</b>								
หญิง	3	30.0	16	22.5	18	47.4	7.131	.030 *
ชาย	7	70.0	55	77.5	20	52.6		
<b>อายุ (ปี)</b>								
20 – 24 ปี	1	10.0	4	5.6	4	10.5	3.391	.868
25 – 29 ปี	2	20.0	17	23.9	7	18.4		
30 – 34 ปี	3	30.0	17	23.9	12	31.6		
35 – 39 ปี	2	20.0	21	29.6	7	18.4		
40 ปีขึ้นไป	2	20.0	12	16.9	8	21.1		
<b>สถานภาพสมรส</b>								
โสด	4	40.0	26	36.6	15	39.5	10.284	.266
คู่	1	10.0	11	15.5	2	5.3		
หย่าร้าง	1	10.0	7	9.9	9	23.7		
หม้าย	3	30.0	7	9.9	4	10.5		
แยกกันอยู่	1	10.0	20	28.2	8	21.1		
อื่นๆ	-	-	-	-	-	-		

\* P < 0.05

ปัจจัยส่วนบุคคล	ความหวัง						$\chi^2$	Fisher's Exact
	ระดับต่ำ (10 คน)		ระดับปานกลาง (71 คน)		ระดับสูง (38 คน)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>ระดับการศึกษา</b>								
ไม่ได้เรียน	1	10.0	2	2.8	2	5.3	7.275	.373
ประถมศึกษา	6	60.0	27	38.0	18	47.4		
มัธยมศึกษาตอนต้น	2	20.0	27	38.0	12	31.6		
มัธยมศึกษาตอนปลาย								
/ปวช./ปวส.	-	-	13	18.3	4	10.5		
ปริญญาตรี	1	10.0	2	2.8	2	5.3		
ปริญญาโท / เอก	-	-	-	-	-	-		
อื่น ๆ	-	-	-	-	-	-		
<b>อาชีพก่อนเข้ารับการรักษา</b>								
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1	10.0	7	9.9	4	10.5	8.244	.828
แม่บ้าน	-	-	1	1.4	3	7.9		
ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	1	10.0	5	7.0	2	5.3		
เกษตรกร	-	-	2	2.8	-	-		
นักเรียน / นักศึกษา	-	-	1	1.4	-	-		
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	-	-	1	1.4	2	5.3		
รับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน	7	70.0	51	71.8	25	65.8		
พระสงฆ์	1	10.0	3	4.2	2	5.3		
<b>รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วย (บาท/เดือน)</b>								
ไม่มีรายได้	2	20.0	9	12.7	3	7.9	5.347	.912
< 3,000 บาท	4	40.0	20	28.2	10	26.3		
3,001 - 5,000 บาท	2	20.0	15	21.1	9	23.7		
5,001 - 7,000 บาท	1	10.0	12	16.9	10	26.3		
7,001 - 9,000 บาท	-	-	8	11.3	2	5.3		
> 9,001 บาท	1	10.0	7	9.9	4	10.5		



ปัจจัยส่วนบุคคล	ความหวัง						$\chi^2$	Fisher's Exact
	ระดับต่ำ (10 คน)		ระดับปานกลาง (71 คน)		ระดับสูง (38 คน)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>สาเหตุที่ทำให้ได้รับเชื้อเอชไอวี</b>								
เพศสัมพันธ์ (เพศเดียวกัน)	1	10.0	10	14.1	1	2.6	10.145	.054
เพศสัมพันธ์ (ต่างเพศ)	6	60.0	49	69.0	35	92.1		
ใช้เข็มฉีดยาเสพติดร่วม	3	30.0	11	15.5	2	5.3		
ใช้ใบมีดโกนร่วมกับผู้ติดเชื้อ	-	-	1	1.4	-	-		
<b>ระยะเวลาที่ทราบว่าได้ติดเชื้อเอชไอวีจนถึงปัจจุบัน (ปี)</b>								
< 1 ปี	-	-	9	12.7	4	10.5	7.535	.454
1 - 3 ปี	3	30.0	28	39.4	18	47.4		
4 - 6 ปี	5	50.0	23	32.4	9	23.7		
7 - 9 ปี	1	10.0	3	4.2	5	13.2		
≥ 10 ปี	1	10.0	8	11.3	2	5.3		
<b>รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (บาท/เดือน)</b>								
ไม่มีรายได้	-	-	2	2.8	-	-	6.618	.818
< 3,000 บาท	2	20.0	17	23.9	10	26.3		
3,001 - 5,000 บาท	4	40.0	16	22.5	9	23.7		
5,001 - 7,000 บาท	2	20.0	10	14.1	10	26.3		
7,001 - 9,000 บาท	1	10.0	11	15.5	3	7.9		
> 9,001 บาท	1	10.0	15	21.1	6	15.8		
<b>สถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว</b>								
เงินพอใช้	7	70.0	25	35.2	20	52.6	.984	.625
เงินไม่พอใช้	3	30.0	46	64.8	18	47.4		

ปัจจัยส่วนบุคคล	ความหวัง						$\chi^2$	Fisher's Exact
	ระดับต่ำ (10 คน)		ระดับปานกลาง (71 คน)		ระดับสูง (38 คน)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>ปฏิกิริยาของครอบครัวเมื่อทราบว่าติดเชื้อเอดส์</b>								
ไม่ทราบว่าติดเชื้อ	1	10.0	6	8.5	5	13.2	1.932	.686
ทราบว่าติดเชื้อ								
- เห็นใจ ไม่รังเกียจ	5	50.0	48	67.6	24	63.2		
- รังเกียจ ไม่คบ	4	40.0	17	23.9	9	23.7		
<b>ปฏิกิริยาของผู้ร่วมงานเมื่อทราบว่าติดเชื้อเอดส์</b>								
ไม่ทราบว่าติดเชื้อ	2	20.0	27	38.0	18	47.4	2.800	.591
ทราบว่าติดเชื้อ								
- เห็นใจ ไม่รังเกียจ	3	30.0	19	26.8	9	23.7		
- รังเกียจ ไม่คบ	5	50.0	25	35.2	11	28.9		
<b>ก่อนเข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ พักอาศัยอยู่กับ</b>								
อยู่คนเดียว	4	40.0	11	15.5	7	18.4	14.036	.175
ญาติ	1	10.0	19	26.8	9	23.7		
บิดา – มารดา	2	20.0	17	23.9	8	21.1		
ไม่ใช่ญาติ	1	10.0	4	5.6	7	18.4		
สามี/ภรรยา	-	-	16	22.5	5	13.2		
สถานสงเคราะห์	2	20.0	4	5.6	2	5.3		
อื่นๆ	-	-	-	-	-	-		
<b>บุคคลที่คอยช่วยเหลือดูแลก่อนเข้ารับการรักษาที่วัด</b>								
ไม่มีใครดูแล	5	50.0	14	19.7	11	28.9	12.605	.332
เพื่อน	-	-	4	5.6	1	2.6		
บิดา/มารดา	3	30.0	17	23.9	7	18.4		
สามี/ภรรยา	-	-	10	14.1	1	2.6		
ญาติพี่น้อง	2	20.0	23	32.4	14	36.8		
ไม่ใช่ญาติ	-	-	3	4.2	4	10.5		

ปัจจัยส่วนบุคคล	ความหวัง						$\chi^2$	Fisher's Exact
	ระดับต่ำ (10 คน)		ระดับปานกลาง (71 คน)		ระดับสูง (38 คน)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาวัดพระบาทน้ำพุ</b>								
< 1 เดือน	-	-	3	4.2	-	-	5.634	.612
1 - 6 เดือน	8	80.0	40	56.3	20	52.6		
7 - 12 เดือน	1	10.0	15	21.1	7	18.4		
> 12 เดือน	1	10.0	13	18.3	11	28.9		
<b>การรักษาก่อนที่จะมารักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ (คน)</b>								
ไม่เคย	2	20.0	3	4.2	1	2.6	10.343	.291
เคย								
1 - 2 ครั้ง	5	50.0	52	73.2	24	63.2		
3 - 4 ครั้ง	2	20.0	12	16.9	10	26.3		
5 - 6 ครั้ง	1	10.0	3	4.2	2	5.3		
7 - 8 ครั้ง	-	-	1	1.4	-	-		
> 8 ครั้ง	-	-	-	-	1	2.6		
<b>การเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย (คน)</b>								
ไม่เคย	1	10.0	6	8.5	4	10.5	1.983	.974
เคย								
1 ครั้ง	8	80.0	56	78.9	30	78.9		
2 ครั้ง	-	-	4	5.6	2	5.3		
3 ครั้ง	1	10.0	3	4.2	1	2.6		
4 ครั้ง	-	-	2	2.8	1	2.6		

ปัจจัยส่วนบุคคล	ความหวัง						$\chi^2$	Fisher's Exact
	ระดับต่ำ (10 คน)		ระดับปานกลาง (71 คน)		ระดับสูง (38 คน)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>การวินิจฉัยโรคเอดส์</b>								
- Mycobacterium tuberculosis, Pulmonary or extrapulmonary	5	50.0	38	53.5	16	42.1	12.700	.296
- Wasting syndrome	2	20.0	19	26.8	15	39.5		
- Pneumocystis carinii	1	10.0	8	11.3	6	15.8		
- Cryptococcosis	2	20.0	4	5.6	-	-		
- Candidiasis	-	-	-	-	1	2.6		
- Herpes simplex	-	-	1	1.4	-	-		
- Pneumonia recurrent	-	-	1	1.4	-	-		
<b>ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงปัจจุบัน</b>								
< 1 ปี	6	60.0	29	40.8	15	39.5	2.192	.950
1 – 2 ปี	4	40.0	36	50.7	19	50.0		
3 – 4 ปี	-	-	4	5.6	3	7.9		
> 4 ปี	-	-	2	2.8	1	2.6		
<b>แรงสนับสนุนทางสังคม</b>								
ต่ำ	-	-	10	14.1	2	5.3	9.424	.083
ปานกลาง	10	100.0	53	74.6	26	68.4		
สูง	-	-	8	11.3	10	26.3		

จากตาราง 18 พบว่า ผู้ป่วยที่มีความหวังสูง มีจำนวน 38 คน มีความหวังปานกลาง จำนวน 71 คน และ มีความหวังต่ำจำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 31.93, 59.66 และ 8.40 ตามลำดับ ผู้ป่วยที่มีความหวังสูงเป็นเพศชายร้อยละ 52.6 เพศหญิง ร้อยละ 47.4 ความหวังปานกลางเป็นเพศชายร้อยละ 77.5 เพศหญิง ร้อยละ 22.5 และความหวังต่ำเป็นเพศชาย ร้อยละ 70.0 เพศหญิงร้อยละ 30.0 ตามลำดับ

ผู้ป่วยที่มีความหวังสูง ส่วนใหญ่มีอายุในกลุ่ม 30 – 34 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.6 มีสถานภาพสมรสคือโสด ร้อยละ 39.5 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 47.4 อาชีพก่อนเข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน/ลูกจ้าง ร้อยละ 65.8 รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วยก่อนมารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ ส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท/เดือน หรือ 5,001 – 7,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 26.3 สาเหตุที่ทำให้ได้รับเชื้อเอดส์จากเพศสัมพันธ์(ต่างเพศ) ร้อยละ 69.0 ระยะเวลาที่ทราบว่าได้ติดเชื้อเอดส์จนถึงปัจจุบัน 1 – 3 ปี ร้อยละ 47.4 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่ำกว่า 3,000 บาท/เดือนหรือ 3,001- 5,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 26.3 สถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว ส่วนใหญ่มีเงินพอใช้ ร้อยละ 52.6 ปฏิกริยาของครอบครัวเมื่อทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์ ส่วนใหญ่ครอบครัวเห็นใจ ไม่รังเกียจ ดูแลและให้กำลังใจ ร้อยละ 63.2 ผู้ร่วมงานส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์ ร้อยละ 47.4 ก่อนเข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ ผู้ป่วยพักอาศัยอยู่กับญาติ ร้อยละ 23.7 ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ 1 – 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 52.6 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เคยได้รับการรักษา ก่อนที่จะมารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ จำนวน 1 – 2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 63.2 ได้รับการวินิจฉัยภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อม ส่วนใหญ่คือ วัณโรคปอด ร้อยละ 42.1 ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงปัจจุบัน 1 – 2 ปี ร้อยละ 50.0 ผู้ป่วยที่มีความหวังสูง ส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง รองลงมา มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง คิดเป็นร้อยละ 68.4 และ 26.3 ตามลำดับ

ผู้ป่วยที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณปานกลาง ส่วนใหญ่มีอายุในกลุ่ม 35 – 39 ปี คิดเป็นร้อยละ 29.6 มีสถานภาพสมรสคือโสด ร้อยละ 36.6 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา หรือมัธยมศึกษาตอนต้นเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 38.0 อาชีพก่อนเข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน/ลูกจ้าง ร้อยละ 71.8 รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วยก่อนมารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ ส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท ร้อยละ 28.2 สาเหตุที่ทำให้ได้รับเชื้อเอดส์จากเพศสัมพันธ์(ต่างเพศ) ร้อยละ 69.0 ระยะเวลาที่ทราบว่าได้ติดเชื้อเอดส์จนถึงปัจจุบัน 1 – 3 ปี ร้อยละ 39.4 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่ำกว่า 3,000 บาท/เดือนร้อยละ 23.9 สถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว ส่วนใหญ่มีเงินไม่พอใช้ ร้อยละ 64.8 ปฏิกริยาของครอบครัวเมื่อทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์ ส่วนใหญ่ครอบครัวเห็นใจไม่รังเกียจ ดูแล และให้กำลังใจ ร้อยละ 67.6 ผู้ร่วมงานส่วนใหญ่รังเกียจ ไม่ทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์ ร้อยละ 38.0 ก่อนเข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ ผู้ป่วยพักอาศัยอยู่กับญาติพี่น้อง ร้อยละ 26.8 ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ 1 – 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 56.3 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เคยได้รับการรักษา ก่อนที่จะมารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ จำนวน 1 – 2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 73.2 ได้รับการวินิจฉัยภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อม ส่วนใหญ่คือ วัณโรคปอด ร้อยละ 53.5 ระยะเวลาที่ได้รับการ

วินิจฉัยจนถึงปัจจุบัน 1 – 2 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.7 ผู้ป่วยที่มีความหวังปานกลาง ส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง รองลงมา มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ คิดเป็นร้อยละ 74.6 และ 14.1 ตามลำดับ

ผู้ป่วยที่มีความหวังต่ำ ส่วนใหญ่มีอายุในกลุ่มอายุ 30 – 34 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.0 มีสถานภาพสมรสคือโสด ร้อยละ 40.0 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60.0 อาชีพก่อนเข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน/ลูกจ้าง ร้อยละ 70.0 รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วยก่อนมารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ ส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท/เดือน ร้อยละ 40.0 สาเหตุที่ทำให้ได้รับเชื้อเอชไอวี จากเพศสัมพันธ์(ต่างเพศ) ร้อยละ 60.0 ระยะเวลาที่ทราบว่าได้ติดเชื้อเอชไอวีจนถึงปัจจุบัน 4 – 6 ปี ร้อยละ 50.0 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัว 3,001 – 5,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 40.0 สถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว ส่วนใหญ่มีเงินพอใช้ ร้อยละ 70.0 ปฏิกริยาของครอบครัวเมื่อทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่ ครอบครัวเห็นใจไม่รังเกียจ ดูแลและให้กำลังใจ ร้อยละ 50.0 ผู้ร่วมงานส่วนใหญ่รังเกียจ ไม่คบค้าสมาคมด้วย เมื่อทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 50.0 ก่อนเข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ ไม่มีใครดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 50.0 ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ 1 – 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 80.0 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เคยได้รับการรักษาก่อนที่จะมารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ จำนวน 1 – 2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 50.0 ได้รับการวินิจฉัยภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อม ส่วนใหญ่คือ วัณโรคปอด ร้อยละ 50.0 ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงปัจจุบัน น้อยกว่า 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 60.0 ผู้ป่วยที่มีความหวังต่ำทั้งหมดมีแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความหวัง ด้วยสถิติ Chi-square พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับความหวัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P < .05$

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### 3.4) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณค่าและความหมายของชีวิต

ตาราง 19 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณค่าและความหมายของชีวิต

ปัจจัยส่วนบุคคล	คุณค่าและความหมายของชีวิต						$\chi^2$	Fisher's Exact
	ระดับต่ำ (23 คน)		ระดับปานกลาง (56 คน)		ระดับสูง (40 คน)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>เพศ</b>								
หญิง	3	13.0	17	30.4	17	42.5	5.941	.048 *
ชาย	20	87.0	39	69.6	23	57.5		
<b>อายุ (ปี)</b>								
20 – 24 ปี	1	4.3	3	5.4	5	12.5	4.316	.864
25 – 29 ปี	5	21.7	12	21.4	9	22.5		
30 – 34 ปี	7	30.4	15	26.8	10	25.0		
35 – 39 ปี	4	21.7	17	30.4	9	22.5		
40 ปี ขึ้นไป	6	4.3	9	10.4	7	17.5		
<b>สถานภาพสมรส</b>								
โสด	12	52.2	21	37.5	12	30.0	7.266	.569
คู่	1	4.3	9	16.1	4	10.0		
หย่าร้าง	4	17.4	8	14.3	5	12.5		
หม้าย	2	8.7	7	12.5	5	12.5		
แยกกันอยู่	4	17.4	11	19.6	14	35.0		
อื่นๆ	-	-	-	-	-	-		

\* P < 0.05

ปัจจัยส่วนบุคคล	คุณค่าและความหมายของชีวิต						$\chi^2$	Fisher's Exact
	ระดับต่ำ (23 คน)		ระดับปานกลาง (56 คน)		ระดับสูง (40 คน)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>ระดับการศึกษา</b>								
ไม่ได้เรียน	-	-	2	3.6	3	7.5	13.041	.149
ประถมศึกษา	7	30.4	24	42.9	20	50.0		
มัธยมศึกษาตอนต้น	7	30.4	20	35.7	14	35.0		
มัธยมศึกษาตอนปลาย								
/ปวช./ปวส.	6	26.1	8	14.3	3	7.5		
ปริญญาตรี	3	13.0	2	3.6	-	-		
ปริญญาโท / เอก	-	-	-	-	-	-		
อื่นๆ	-	-	-	-	-	-		
<b>อาชีพก่อนเข้ารับการรักษา</b>								
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	2	8.7	6	10.7	4	10.0	15.995	.223
แม่บ้าน	1	4.3	1	1.8	2	5.0		
ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	4	17.4	4	7.1	-	-		
เกษตรกร	-	-	1	1.8	1	2.5		
นักเรียน / นักศึกษา	1	4.3	-	-	-	-		
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	-	-	2	3.6	1	2.5		
รับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน	13	56.5	41	73.2	29	72.5		
พระสงฆ์	2	8.7	1	1.8	3	7.5		
<b>รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วย (บาท/เดือน)</b>								
ไม่มีรายได้	3	13.0	5	8.9	6	15.0	18.371	.057
< 3,000 บาท	4	17.4	20	35.7	10	25.0		
3,001 - 5,000 บาท	2	8.7	11	19.6	13	32.5		
5,001 - 7,000 บาท	7	30.4	7	12.5	9	22.5		
7,001 - 9,000 บาท	2	8.7	6	10.7	2	5.0		
> 9,001 บาท	5	21.7	7	12.5	-	-		



ปัจจัยส่วนบุคคล	คุณค่าและความหมายของชีวิต						$\chi^2$	Fisher's Exact
	ระดับต่ำ (23 คน)		ระดับปานกลาง (56 คน)		ระดับสูง (40 คน)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>สาเหตุที่ทำให้ได้รับเชื้อเอชไอวี</b>								
เพศสัมพันธ์ (เพศเดียวกัน)	4	17.4	5	8.9	3	7.5	8.779	.150
เพศสัมพันธ์ (ต่างเพศ)	13	56.5	44	78.6	33	82.5		
ใช้เข็มฉีดยาเสพติดร่วมกัน	6	26.1	7	12.5	3	7.5		
ใช้ใบมีดโกนร่วมกับผู้ติดเชื้อ	-	-	-	-	1	2.5		
<b>ระยะเวลาที่ทราบว่าได้ติดเชื้อเอชไอวีจนถึงปัจจุบัน (ปี)</b>								
< 1 ปี	3	13.0	5	8.9	5	12.5	3.081	.931
1 - 3 ปี	9	39.1	25	44.6	15	37.5		
4 - 6 ปี	7	30.4	18	32.1	12	30.0		
7 - 9 ปี	3	13.0	3	5.4	3	7.5		
≥ 10 ปี	1	4.3	5	8.9	5	12.5		
<b>รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (บาท/เดือน)</b>								
ไม่มีรายได้	-	-	1	1.8	1	2.5	9.686	.480
< 3,000 บาท	4	17.4	17	30.4	8	20.0		
3,001 - 5,000 บาท	3	13.0	15	26.8	11	27.5		
5,001 - 7,000 บาท	6	26.1	9	16.1	7	17.5		
7,001 - 9,000 บาท	2	8.7	6	10.7	7	17.5		
> 9,001 บาท	8	34.8	8	14.3	6	15.0		
<b>สถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว</b>								
เงินพอใช้	9	39.1	28	50.0	15	37.5	1.724	.477
เงินไม่พอใช้	14	60.9	28	50.0	25	62.5		

ปัจจัยส่วนบุคคล	คุณค่าและความหมายของชีวิต						$\chi^2$	Fisher's Exact
	ระดับต่ำ (23 คน)		ระดับปานกลาง (56 คน)		ระดับสูง (40 คน)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>ปฏิกิริยาของครอบครัวเมื่อทราบว่าติดเชื้อเอดส์</b>								
ไม่ทราบว่าติดเชื้อ	1	4.3	7	12.5	4	10.0	1.369	.894
ทราบว่าติดเชื้อ								
- เห็นใจ ไม่รังเกียจ	16	69.6	36	64.3	25	62.5		
- รังเกียจ ไม่คบ	6	26.1	13	23.2	11	27.5		
<b>ปฏิกิริยาของผู้ร่วมงานเมื่อทราบว่าติดเชื้อเอดส์</b>								
ไม่ทราบว่าติดเชื้อ	9	39.1	23	41.1	15	37.5	.921	.931
ทราบว่าติดเชื้อ								
- เห็นใจ ไม่รังเกียจ	5	21.7	16	28.6	10	25.0		
- รังเกียจ ไม่คบ	9	39.1	17	30.4	15	37.5		
<b>ก่อนเข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ พักอาศัยอยู่กับ</b>								
อยู่คนเดียว	5	21.7	11	19.6	6	15.0	10.513	.357
ญาติ	8	34.8	8	14.3	13	32.5		
บิดา – มารดา	6	26.1	14	25.0	7	17.5		
ไม่ใช่ญาติ	2	8.7	7	12.5	3	7.5		
สามี/ภรรยา	1	4.3	13	23.2	7	17.5		
สถานสงเคราะห์	1	4.3	3	5.4	4	10.0		
อื่นๆ	-	-	-	-	-	-		
<b>บุคคลที่คอยช่วยเหลือดูแลก่อนเข้ารับการรักษาที่วัด</b>								
ไม่มีใครดูแล	4	17.4	16	28.6	10	25.0	11.719	.360
เพื่อน	-	-	4	7.1	1	2.5		
บิดา/มารดา	6	26.1	12	21.4	9	22.5		
สามี/ภรรยา	-	-	8	14.3	3	7.5		
ญาติพี่น้อง	12	52.2	13	23.2	14	35.0		
ไม่ใช่ญาติ	1	4.3	3	5.4	3	7.5		

ปัจจัยส่วนบุคคล	คุณค่าและความหมายของชีวิต						$\chi^2$	Fisher's Exact
	ระดับต่ำ (23 คน)		ระดับปานกลาง (56 คน)		ระดับสูง (40 คน)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาวัดพระบาทน้ำพุ</b>								
< 1 เดือน	2	8.7	-	-	1	2.5	5.318	.591
1 - 6 เดือน	12	52.2	32	57.1	24	60.0		
7 - 12 เดือน	4	17.4	12	21.4	7	17.5		
> 12 เดือน	5	21.7	12	21.4	8	20.0		
<b>การรักษาก่อนที่จะมารักษาวัดพระบาทน้ำพุ (คน)</b>								
ไม่เคย	2	8.7	4	7.1	-	-	11.671	.194
เคย								
1 - 2 ครั้ง	18	78.3	37	66.1	26	65.0		
3 - 4 ครั้ง	2	8.7	13	23.2	9	22.5		
5 - 6 ครั้ง	1	4.3	1	1.8	4	10.0		
7 - 8 ครั้ง	-	-	1	1.8	-	-		
> 8 ครั้ง	-	-	-	-	1	2.5		
<b>การเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย (คน)</b>								
ไม่เคย	3	13.0	4	7.1	4	10.0	4.612	.787
เคย								
1 ครั้ง	17	73.9	44	78.6	33	82.5		
2 ครั้ง	1	4.3	3	5.4	2	5.0		
3 ครั้ง	2	8.7	3	5.4	-	-		
4 ครั้ง	-	-	2	3.6	1	2.5		

ปัจจัยส่วนบุคคล	คุณค่าและความหมายของชีวิต						$\chi^2$	Fisher's Exact
	ระดับต่ำ (23 คน)		ระดับปานกลาง (56 คน)		ระดับสูง (40 คน)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>การวินิจฉัยโรคเอดส์</b>								
- Mycobacterium tuberculosis, Pulmonary or extrapulmonary	12	52.2	27	48.2	20	50.0	13.952	.226
- Wasting syndrome	3	13.0	19	33.9	14	35.0		
- Pneumocystis carinii	5	21.7	7	12.5	3	7.5		
- Cryptococcosis	3	13.0	2	3.6	1	2.5		
- Candidiasis	-	-	-	-	1	2.5		
- Herpes simplex	-	-	1	1.8	-	-		
- Pneumonia recurrent	-	-	-	-	1	2.5		
<b>ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงปัจจุบัน</b>								
< 1 ปี	9	39.1	24	42.9	17	42.5	4.296	.823
1 – 2 ปี	13	56.5	25	44.6	21	52.5		
3 – 4 ปี	1	4.3	4	7.1	2	5.0		
> 4 ปี	-	-	3	5.4	-	-		
<b>แรงสนับสนุนทางสังคม</b>								
ต่ำ	4	17.4	5	8.9	3	7.5	7.764	.086
ปานกลาง	15	65.2	47	83.9	27	67.5		
สูง	4	17.4	4	7.1	10	25.0		

จากตาราง 19 พบว่าผู้ป่วยที่มีคุณค่าและ ความหมายของชีวิตสูง มีจำนวน 40 คน มีคุณค่าและความหมายของชีวิตปานกลาง จำนวน 56 คน และมีคุณค่าและความหมายของชีวิตต่ำ จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 33.61, 47.06 และ 19.33 ตามลำดับ ผู้ป่วยที่มีคุณค่าและความหมายของชีวิตสูง เป็นเพศชายร้อยละ 57.5 เพศหญิง ร้อยละ 42.5 คุณค่าและความหมายของชีวิตปานกลางเป็นเพศชายร้อยละ 69.6 เพศหญิง ร้อยละ 30.4 และ คุณค่าและความหมายของชีวิตต่ำเป็นเพศชาย ร้อยละ 87.0 เพศหญิงร้อยละ 13.0 ตามลำดับ

ผู้ป่วยที่มีคุณค่าและความหมายของชีวิตสูง ส่วนใหญ่มีอายุในกลุ่ม 30 – 34 ปี คิดเป็นร้อยละ 25.0 มีสถานภาพสมรสคือแยกกันอยู่ ร้อยละ 35.0 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 50.0 อาชีพก่อนเข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน/ลูกจ้าง ร้อยละ 72.5 รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วยก่อนมารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ ส่วนใหญ่มีรายได้ 3,001 – 5,000 บาท ร้อยละ 32.5 สาเหตุที่ทำให้ได้รับเชื้อเอชไอวีจาก เพศสัมพันธ์(ต่างเพศ) ร้อยละ 82.5 ระยะเวลาที่ทราบว่าติดเชื้อเอชไอวีจนถึงปัจจุบัน 1 – 3 ปี ร้อยละ 37.5 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัว 3,001- 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 27.5 สถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว ส่วนใหญ่มีเงินไม่พอใช้ ร้อยละ 62.5 ปฏิกริยาของครอบครัวเมื่อทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ส่วนมากครอบครัวเห็นใจไม่รังเกียจ ดูแล และให้กำลังใจ ร้อยละ 62.5 ผู้ร่วมงานส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 37.5 ก่อนเข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ ผู้ป่วยพักอาศัยอยู่กับญาติ ร้อยละ 32.5 ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ 1 – 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 60.0 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เคยได้รับการรักษาก่อนที่จะมารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ จำนวน 1 – 2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 65.0 ได้รับการวินิจฉัยภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อม ส่วนใหญ่ คือ วัณโรคปอด ร้อยละ 50.0 ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงปัจจุบัน 1 – 2 ปี ร้อยละ 52.5 ผู้ป่วยที่มีคุณค่าและความหมายของชีวิตสูง ส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง รองลงมา มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง คิดเป็นร้อยละ 67.5 และ 25.0 ตามลำดับ

ผู้ป่วยที่มีคุณค่าและความหมายของชีวิตปานกลาง ส่วนใหญ่มีอายุในกลุ่ม 35 – 39 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.4 มีสถานภาพสมรสคือโสด ร้อยละ 37.5 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 42.9 อาชีพก่อนเข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน/ลูกจ้าง ร้อยละ 73.2 รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วยก่อนมารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ ส่วนใหญ่มีรายได้ ต่ำกว่า 3,000 บาท ร้อยละ 35.7 สาเหตุที่ทำให้ได้รับเชื้อเอชไอวีจากเพศสัมพันธ์ (ต่างเพศ) ร้อยละ 78.6 ระยะเวลาที่ทราบว่าติดเชื้อเอชไอวีจนถึงปัจจุบัน 1 – 3 ปี ร้อยละ 44.6 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่ำกว่า 3,000 บาท/เดือนร้อยละ 30.4 สถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว มีเงินพอใช้เท่ากับไม่พอใช้ คิดเป็นร้อยละ 50.0 ปฏิกริยาของครอบครัวเมื่อทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่ครอบครัวเห็นใจไม่รังเกียจ ดูแล และ ให้กำลังใจ ร้อยละ 64.3 ผู้ร่วมงานส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อ ร้อยละ 41.1 ก่อนเข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ ผู้ป่วยพักอาศัยอยู่กับ บิดา – มารดา ร้อยละ 25.0 ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ 1 – 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 57.1 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เคยได้รับการรักษาก่อนที่จะมารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ จำนวน 1 – 2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 66.1 ได้รับการวินิจฉัยภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อม ส่วนใหญ่คือ วัณโรคปอด ร้อยละ 48.2 ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงปัจจุบัน 1 – 2 ปี คิดเป็น

ร้อยละ 44.6 ผู้ป่วยที่มีคุณค่าและความหมายของชีวิตปานกลาง ส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง รองลงมา มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ คิดเป็นร้อยละ 83.9 และ 8.9 ตามลำดับ

ผู้ป่วยที่มีคุณค่าและความหมายของชีวิตต่ำ ส่วนใหญ่มีอายุในกลุ่ม 30 – 34 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.4 มีสถานภาพสมรสคือโสด ร้อยละ 52.2 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 30.4 อาชีพก่อนเข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน/ลูกจ้าง ร้อยละ 56.5 รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วยก่อนมารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ ส่วนใหญ่มีรายได้ 5,001 – 7,000 บาท/เดือน ร้อยละ 30.4 สาเหตุที่ทำให้ได้รับเชื้อเอชไอวี จากเพศสัมพันธ์(ต่างเพศ) ร้อยละ 56.5 ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีจนถึงปัจจุบัน 1 – 3 ปี ร้อยละ 39.1 มีรายได้อverage ของครอบครัวมากกว่า 9,001 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 34.8 สถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว ส่วนใหญ่มีเงินไม่พอใช้ ร้อยละ 60.9 ปฏิกริยาของครอบครัวเมื่อทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่ ครอบครัวเห็นใจไม่รังเกียจ ดูแลและ ให้กำลังใจ ร้อยละ 69.6 ผู้ร่วมงานส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อ หรือ รังเกียจไม่คบค้าสมาคมด้วย เมื่อทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 39.1 ก่อนเข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ ผู้ป่วยพักอาศัยอยู่กับญาติ ร้อยละ 34.8 ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ 1 – 6 เดือน ร้อยละ 52.2 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เคยได้รับการรักษาก่อนที่จะมารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ จำนวน 1 – 2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 78.3 ได้รับการวินิจฉัยภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อม ส่วนใหญ่คือ วัณโรคปอด ร้อยละ 52.2 ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงปัจจุบัน 1 – 2 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.5 ผู้ป่วยที่มีคุณค่าและความหมายของชีวิตต่ำส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง รองลงมา มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง (เท่ากับแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ) คิดเป็นร้อยละ 65.2 และ 17.4 ตามลำดับ

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณค่าและความหมายของชีวิต ด้วยสถิติ Chi-square พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับคุณค่าและความหมายของชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P < .05$

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### 3.5) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับสภาวะจิตวิญญาณ

ตาราง 20 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับสภาวะจิตวิญญาณ

ปัจจัยส่วนบุคคล	สภาวะจิตวิญญาณ						$\chi^2$	Fisher's Exact
	ระดับต่ำ (27 คน)		ระดับปานกลาง (61 คน)		ระดับสูง (31 คน)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>เพศ</b>								
หญิง	3	11.1	18	29.5	16	51.6	11.196	.003 **
ชาย	24	88.9	43	70.5	15	48.4		
<b>อายุ (ปี)</b>								
20 – 24 ปี	1	3.7	4	6.6	4	12.9	9.318	.299
25 – 29 ปี	8	29.6	9	14.8	9	29.0		
30 – 34 ปี	5	18.5	20	32.8	7	22.6		
35 – 39 ปี	8	29.6	18	29.5	4	12.9		
40 ปี ขึ้นไป	5	18.5	10	16.4	7	22.6		
<b>สถานภาพสมรส</b>								
โสด	13	48.1	23	37.7	9	29.0	6.057	.664
คู่	1	3.7	10	16.4	3	9.7		
หย่าร้าง	4	14.8	7	11.5	6	19.4		
หม้าย	2	7.4	7	11.5	5	16.1		
แยกกันอยู่	7	25.9	14	23.0	8	25.8		
อื่นๆ	-	-	-	-	-	-		

\*\* P < 0.01

ปัจจัยส่วนบุคคล	สภาวะจิตวิญญาณ						$\chi^2$	Fisher's Exact
	ระดับต่ำ (27 คน)		ระดับปานกลาง (61 คน)		ระดับสูง (31 คน)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>ระดับการศึกษา</b>								
ไม่ได้เรียน	1	3.7	2	3.3	2	6.5	8.626	.400
ประถมศึกษา	9	33.3	25	41.0	17	54.8		
มัธยมศึกษาตอนต้น	9	33.3	22	36.1	10	32.3		
มัธยมศึกษาตอนปลาย								
/ปวช./ปวส.	5	18.5	10	16.4	2	6.5		
ปริญญาตรี	3	11.1	2	3.3	-	-		
ปริญญาโท / เอก	-	-	-	-	-	-		
อื่นๆ	-	-	-	-	-	-		
<b>อาชีพก่อนเข้ารับการรักษา</b>								
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	2	8.7	4	6.6	4	12.9	18.045	.200
แม่บ้าน	1	4.3	2	3.3	2	6.5		
ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	4	17.4	4	6.6	-	-		
เกษตรกรรม	-	-	1	1.6	1	3.2		
นักเรียน / นักศึกษา	1	4.3	-	-	-	-		
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	-	-	3	4.9	-	-		
รับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน	18	66.7	44	72.1	21	67.7		
พระสงฆ์	-	-	3	4.9	3	9.7		
<b>รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วย (บาท/เดือน)</b>								
ไม่มีรายได้	2	7.4	6	9.8	6	19.4	11.100	.279
< 3,000 บาท	4	14.8	21	34.4	9	29.0		
3,001 - 5,000 บาท	7	25.9	12	19.7	7	22.6		
5,001 - 7,000 บาท	6	22.2	10	16.4	7	22.6		
7,001 - 9,000 บาท	3	11.1	5	8.2	2	6.5		
> 9,001 บาท	5	18.5	7	11.5	-	-		



ปัจจัยส่วนบุคคล	สภาวะจิตวิญญาณ						$\chi^2$	Fisher's Exact
	ระดับต่ำ (27 คน)		ระดับปานกลาง (61 คน)		ระดับสูง (31 คน)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>สาเหตุที่ทำให้ได้รับเชื้อเอชไอวี</b>								
เพศสัมพันธ์ (เพศเดียวกัน)	4	14.8	6	9.8	2	6.5	5.103	.582
เพศสัมพันธ์ (ต่างเพศ)	18	66.7	47	77.0	25	80.6		
ใช้เข็มฉีดยาเสพติดร่วม	5	18.5	8	13.1	3	9.7		
ใช้ใบมีดโกนร่วมกับผู้ติดเชื้อ	-	-	-	-	1	3.2		
<b>ระยะเวลาที่ทราบว่าได้ติดเชื้อเอชไอวีจนถึงปัจจุบัน (ปี)</b>								
< 1 ปี	4	14.8	5	8.2	4	12.9	7.139	.517
1 - 3 ปี	14	51.9	20	32.8	15	48.4		
4 - 6 ปี	6	22.2	24	39.3	7	22.6		
7 - 9 ปี	2	7.4	5	8.2	2	6.5		
≥ 10 ปี	1	3.7	7	11.5	3	9.7		
<b>รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (บาท/เดือน)</b>								
ไม่มีรายได้	-	-	2	3.3	-	-	7.309	.761
< 3,000 บาท	4	14.8	19	31.1	6	19.4		
3,001 - 5,000 บาท	7	25.9	13	21.3	9	29.0		
5,001 - 7,000 บาท	5	18.5	11	18.0	6	19.4		
7,001 - 9,000 บาท	4	14.8	8	13.1	3	9.7		
> 9,001 บาท	7	25.9	8	13.1	7	22.6		
<b>สถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว</b>								
เงินพอใช้	13	48.1	27	44.3	12	38.7	.539	.759
เงินไม่พอใช้	14	51.9	34	55.7	19	61.3		

ปัจจัยส่วนบุคคล	สภาวะจิตวิญญาณ						$\chi^2$	Fisher's Exact
	ระดับต่ำ (27 คน)		ระดับปานกลาง (61 คน)		ระดับสูง (31 คน)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>ปฏิกิริยาของครอบครัวเมื่อทราบว่าติดเชื้อเอดส์</b>								
ไม่ทราบว่าติดเชื้อ	1	3.7	8	13.1	3	9.7	2.069	.764
ทราบว่าติดเชื้อ								
- เห็นใจ ไม่รังเกียจ	18	66.7	38	62.3	21	67.7		
- รังเกียจ ไม่คบ	8	29.6	15	24.6	7	22.6		
<b>ปฏิกิริยาของผู้ร่วมงานเมื่อทราบว่าติดเชื้อเอดส์</b>								
ไม่ทราบว่าติดเชื้อ	11	40.7	22	36.1	14	45.2	1.887	.765
ทราบว่าติดเชื้อ								
- เห็นใจ ไม่รังเกียจ	5	18.5	18	29.5	8	25.8		
- รังเกียจ ไม่คบ	11	40.7	21	34.4	9	29.0		
<b>ก่อนเข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ พักอาศัยอยู่กับ</b>								
อยู่คนเดียว	7	25.9	12	19.7	3	9.7	13.586	.157
ญาติ	9	33.3	11	18.0	9	29.0		
บิดา – มารดา	8	29.6	14	23.0	5	16.1		
ไม่ใช่ญาติ	2	7.4	5	8.2	5	16.1		
สามี/ภรรยา	1	3.7	13	21.3	7	22.6		
สถานสงเคราะห์	-	-	6	9.8	2	6.5		
อื่นๆ	-	-	-	-	-	-		
<b>บุคคลที่คอยช่วยเหลือดูแลก่อนเข้ารับการรักษาที่วัด</b>								
ไม่มีใครดูแล	5	18.5	20	32.8	5	16.1	14.866	.181
เพื่อน	-	-	2	3.3	3	9.7		
บิดา/มารดา	7	25.9	14	23.0	6	19.4		
สามี/ภรรยา	2	7.4	7	11.5	2	6.5		
ญาติพี่น้อง	13	48.1	15	24.6	11	35.5		
ไม่ใช่ญาติ	-	-	3	4.9	4	12.9		

ปัจจัยส่วนบุคคล	สภาวะจิตวิญญาณ						$\chi^2$	Fisher's Exact
	ระดับต่ำ (27 คน)		ระดับปานกลาง (61 คน)		ระดับสูง (31 คน)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาวัดพระบาทน้ำพุ</b>								
< 1 เดือน	2	7.4	-	-	1	3.2	5.580	.464
1 - 6 เดือน	17	63.0	35	57.4	16	51.6		
7 - 12 เดือน	4	14.8	12	19.7	7	22.6		
> 12 เดือน	4	14.8	14	23.0	7	22.6		
<b>การรักษาก่อนที่จะมารักษาวัดพระบาทน้ำพุ (คน)</b>								
ไม่เคย	2	7.4	3	4.9	1	3.2	8.274	.641
เคย								
1 - 2 ครั้ง	21	77.8	40	65.6	20	64.5		
3 - 4 ครั้ง	3	11.1	15	24.6	6	19.4		
5 - 6 ครั้ง	1	3.7	2	3.3	3	9.7		
7 - 8 ครั้ง	-	-	1	1.6	-	-		
> 8 ครั้ง	-	-	-	-	1	3.2		
<b>การเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย (คน)</b>								
ไม่เคย	4	14.8	6	9.8	1	3.2	5.310	.790
เคย								
1 ครั้ง	21	77.8	48	78.7	25	80.6		
2 ครั้ง	1	3.7	3	4.9	2	6.5		
3 ครั้ง	1	3.7	3	4.9	1	3.2		
4 ครั้ง	-	-	1	1.6	2	6.5		

ปัจจัยส่วนบุคคล	สภาวะจิตวิญญาณ						$\chi^2$	Fisher's Exact
	ระดับต่ำ (27 คน)		ระดับปานกลาง (61 คน)		ระดับสูง (31 คน)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>การวินิจฉัยโรคเอดส์</b>								
- Mycobacterium tuberculosis, Pulmonary or extrapulmonary	17	63.0	27	44.3	15	48.4	20.594	.014 *
- Wasting syndrome	3	11.1	25	41.0	8	25.8		
- Pneumocystis carinii	3	11.1	7	11.5	5	16.1		
- Cryptococcosis	4	14.8	-	-	2	6.5		
- Candidiasis	-	-	-	-	1	3.2		
- Herpes simplex	-	-	1	1.6	-	-		
- Pneumonia recurrent	1	2.9	1	1.6	-	-		
<b>ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงปัจจุบัน</b>								
< 1 ปี	11	40.7	26	42.6	13	41.9	3.735	.745
1 – 2 ปี	15	55.6	29	47.5	15	48.4		
3 – 4 ปี	-	-	4	6.6	3	9.7		
> 4 ปี	1	3.7	2	3.3	-	-		
<b>แรงสนับสนุนทางสังคม</b>								
ต่ำ	4	14.8	7	11.5	1	3.2	5.823	.237
ปานกลาง	21	77.8	46	75.4	22	71.0		
สูง	2	7.4	8	13.1	8	25.8		

\* P < 0.05

จากตาราง 20 พบว่าผู้ป่วยที่มีสภาวะจิตวิญญาณสูง มีจำนวน 31 คน มีสภาวะจิตวิญญาณปานกลาง จำนวน 61 คน และมีสภาวะจิตวิญญาณต่ำจำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 26.05, 52.26 และ 22.69 ตามลำดับ ผู้ป่วยที่มีสภาวะจิตวิญญาณสูงเป็นเพศชายร้อยละ 48.4 เพศหญิง ร้อยละ 51.6 สภาวะจิตวิญญาณปานกลางเป็นเพศชายร้อยละ 70.5 เพศหญิง

ร้อยละ 29.5 และสภาวะจิตวิญญาณต่ำเป็นเพศชาย ร้อยละ 88.9 เพศหญิงร้อยละ 11.1 ตามลำดับ

ผู้ป่วยที่มีสภาวะจิตวิญญาณสูง ส่วนใหญ่มีอายุในกลุ่ม 25 – 29 ปี คิดเป็นร้อยละ 29.0 มีสถานภาพสมรสคือโสด ร้อยละ 29.0 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 54.8 อาชีพก่อนเข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน/ลูกจ้าง ร้อยละ 67.7 รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วยก่อนมารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ ส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท ร้อยละ 29.0 สาเหตุที่ทำให้ได้รับเชื้อเอชไอวีจาก เพศสัมพันธ์(ต่างเพศ) ร้อยละ 80.6 ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีจนถึงปัจจุบัน 1 – 3 ปี ร้อยละ 48.4 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัว 3,001- 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 29.0 สถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว ส่วนใหญ่มีเงินไม่พอใช้ ร้อยละ 61.3 ปฏิกริยาของครอบครัวเมื่อทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ส่วนมากครอบครัวเห็นใจไม่รังเกียจ ดูแล และให้กำลังใจ ร้อยละ 67.7 ผู้ร่วมงานส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 45.2 ก่อนเข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุผู้ป่วยพักอาศัยอยู่กับญาติ ร้อยละ 29.0 ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ 1 – 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 51.6 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เคยได้รับการรักษาก่อนที่จะมารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ จำนวน 1 – 2 ครั้ง คิดเป็น ร้อยละ 64.5 ได้รับการวินิจฉัยภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อม ส่วนใหญ่คือวัณโรคปอด ร้อยละ 48.4 ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงปัจจุบัน 1 – 2 ปี ร้อยละ 48.4 ผู้ป่วยที่มีสภาวะจิตวิญญาณสูง ส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุน

สนับสนุนทางสังคมปานกลาง รองลงมามีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง คิดเป็นร้อยละ 71.0 และ 25.8 ตามลำดับ

ผู้ป่วยที่มีสภาวะจิตวิญญาณปานกลาง ส่วนใหญ่มี อายุในกลุ่ม 30 – 34 ปี คิดเป็นร้อยละ 32.8 มีสถานภาพสมรสคือโสด ร้อยละ 37.7 มีการศึกษาระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 41.0 อาชีพก่อนเข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน/ลูกจ้าง ร้อยละ 72.1 รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วยก่อนมารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ ส่วนใหญ่มีรายได้ ต่ำกว่า 3,000 บาท ร้อยละ 34.4 สาเหตุที่ทำให้ได้รับเชื้อเอชไอวี จากเพศสัมพันธ์ (ต่างเพศ) ร้อยละ 77.0 ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีจนถึงปัจจุบัน 4 – 6 ปี ร้อยละ 39.3 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัว 3,001 - 5,000 บาท/เดือนร้อยละ 29.0 สถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว ส่วนใหญ่มีเงินไม่พอใช้ ร้อยละ 55.7 ปฏิกริยาของครอบครัวเมื่อทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่ครอบครัวเห็นใจไม่รังเกียจ ดูแล และให้กำลังใจ ร้อยละ 62.3 ผู้ร่วมงานส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อ ร้อยละ 36.1 ก่อนเข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ ผู้ป่วยพักอาศัยอยู่กับบิดา-มารดา ร้อยละ 23.0 ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ 1 – 6 เดือน คิด

เป็นร้อยละ 57.4 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เคยได้รับการรักษาก่อนที่จะมารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ จำนวน 1 – 2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 65.6 ได้รับการวินิจฉัยภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อม ส่วนใหญ่คือ วัณโรคปอด ร้อยละ 44.3 ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงปัจจุบัน 1 - 2 ปี คิดเป็นร้อยละ 47.5 ผู้ป่วยที่มีสภาวะจิตวิญญานปานกลาง ส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง รองลงมามีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง คิดเป็นร้อยละ 75.4 และ 13.1 ตามลำดับ

ผู้ป่วยที่มีสภาวะจิตวิญญานต่ำส่วนใหญ่มีอายุในกลุ่ม 25 – 29 ปี หรือ 35 – 39 ปี คิดเป็น ร้อยละ 29.6 มีสถานภาพสมรสคือโสด ร้อยละ 48.1 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 33.3 อาชีพก่อนเข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน/ลูกจ้าง ร้อยละ 66.7 รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วยก่อนมารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ ส่วนใหญ่มีรายได้ 3,001 – 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 25.9 สาเหตุที่ทำให้ได้รับเชื้อเอชไอวี จากเพศสัมพันธ์(ต่างเพศ) ร้อยละ 66.7 ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีจนถึงปัจจุบัน 1 – 3 ปี ร้อยละ 51.9 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัว 3,001 – 5,000 บาท/เดือน หรือมากกว่า 9,000บาท คิดเป็นร้อยละ 25.9 สถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว ส่วนใหญ่มีเงินไม่พอใช้ ร้อยละ 51.9 ปฏิกริยาของครอบครัวเมื่อทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่ ครอบครัวเห็นใจไม่รังเกียจ ดูแล และ ให้กำลังใจ ร้อยละ 66.7 ผู้ร่วมงานไม่ทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อหรือรังเกียจไม่คบค้าสมาคมด้วย เมื่อทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อ ร้อยละ 40.7 ก่อนเข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุผู้ป่วยพักอาศัยอยู่กับญาติ ร้อยละ 33.3 ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ 1 – 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 63.0 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เคยได้รับการรักษาก่อนที่จะมารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ จำนวน 1 – 2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 77.8 ได้รับการวินิจฉัยภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อม ส่วนใหญ่คือ วัณโรคปอด ร้อยละ 63.0 ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงปัจจุบัน 1 – 2 ปี คิดเป็นร้อยละ 55.6 ผู้ป่วยที่มีสภาวะจิตวิญญานต่ำส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง รองลงมามีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ คิดเป็นร้อยละ 77.8 และ 14.8 ตามลำดับ

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับสภาวะจิตวิญญานด้วยสถิติ Chi-square พบว่า เพศและการวินิจฉัยโรคมีความสัมพันธ์กับสภาวะจิตวิญญาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P < .01$  และ  $P < .05$  ตามลำดับ

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับค่าคะแนนเฉลี่ยของ  
สภาวะจิตวิญญาณ โดยใช้การวิเคราะห์ ความแปรปรวน (Analysis of variance : ANOVA) เพื่อ  
ทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของสภาวะจิตวิญญาณตามปัจจัยส่วนบุคคล

### 3.6) ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล กับ ค่าคะแนนเฉลี่ยของ ความผาสุกทางจิต วิญญาณ

ตาราง 21 ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล กับ ค่าคะแนนเฉลี่ยของ ความผาสุกทางจิต  
วิญญาณ

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	Mean	S.D	F	Sig.
<b>เพศ</b>					
หญิง	37	90.08	13.63	2.302	.132
ชาย	82	85.99	13.62		
<b>อายุ (ปี)</b>					
20 – 24 ปี	9	90.67	13.29	.215	.929
25 – 29 ปี	26	86.54	17.04		
30 – 34 ปี	32	88.06	12.84		
35 – 39 ปี	30	86.60	11.46		
40 ปี ขึ้นไป	22	86.45	14.43		
<b>สถานภาพสมรส</b>					
โสด	45	85.44	13.49	.327	.860
คู่	14	87.56	11.92		
หย่าร้าง	17	88.35	13.67		
หม้าย	14	88.50	16.04		
แยกกันอยู่	29	88.69	14.26		
อื่นๆ	-	-	-		

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	Mean	S.D	F	Sig.
<b>ระดับการศึกษา</b>					
ไม่ได้เรียน	5	89.80	15.17	3.817	.006 **
ประถมศึกษา	51	88.57	11.52		
มัธยมศึกษาตอนต้น	41	89.46	15.02		
มัธยมศึกษาตอนปลาย					
/ปวช./ปวส.	17	83.18	12.13		
ปริญญาตรี	5	67.20	12.09		
ปริญญาโท / เอก	-	-	-		
อื่น ๆ	-	-	-		
<b>อาชีพก่อนเข้ารับการรักษา</b>					
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	12	90.33	19.77	1.882	.079
แม่บ้าน	4	89.25	6.34		
ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	8	78.75	9.65		
เกษตรกรรม	2	92.00	2.83		
นักเรียน / นักศึกษา	1	55.00	-		
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	3	88.00	13.45		
รับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน/ลูกจ้าง	83	87.10	13.17		
พระสงฆ์	6	96.83	4.88		
<b>รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วย ( บาท / เดือน )</b>					
ไม่มีรายได้	14	94.64	13.14	2.261	.053
ต่ำกว่า 3,000 บาท	34	89.62	12.75		
3,001 - 5,000 บาท	26	86.00	13.24		
5,001 - 7,000 บาท	23	86.91	13.43		
7,001 - 9,000 บาท	10	83.00	14.02		
มากกว่า 9,001 บาท	12	78.92	14.76		

\*\* P < 0.01



ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	Mean	S.D	F	Sig.
<b>สาเหตุที่ทำให้ได้รับเชื้อเอดส์</b>					
เพศสัมพันธ์ (เพศเดียวกัน)	12	85.67	15.67	.631	.596
เพศสัมพันธ์ (ต่างเพศ)	90	87.57	13.77		
ใช้เข็มฉีดยาเสพติดร่วม	16	85.69	12.12		
ใช้ใบมีดโกนร่วมกับผู้ติดเชื้อ	1	104.00	-		
<b>ระยะเวลาที่ทราบว่าได้ติดเชื้อเอดส์จนถึงปัจจุบัน ( ปี )</b>					
น้อยกว่า 1 ปี	13	87.23	15.82	.359	.838
1 - 3 ปี	49	87.18	14.35		
4 - 6 ปี	37	86.22	13.33		
7 - 9 ปี	9	86.44	8.88		
มากกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี	11	91.82	13.95		
<b>รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ( บาท / เดือน )</b>					
ไม่มีรายได้	2	84.50	9.19	.778	.568
ต่ำกว่า 3,000 บาท	29	88.28	11.58		
3,001 - 5,000 บาท	29	89.52	14.38		
5,001 - 7,000 บาท	22	87.59	12.19		
7,001 - 9,000 บาท	15	81.27	12.35		
มากกว่า 9,001 บาท	22	86.95	17.61		
<b>สถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว</b>					
เงินพอใช้	52	86.38	11.99	.376	.541
เงินไม่พอใช้	67	87.94	14.94		
<b>ปฏิกิริยาของครอบครัวเมื่อทราบว่าติดเชื้อเอดส์</b>					
ไม่ทราบว่าติดเชื้อ	12	91.67	10.69	.799	.452
ทราบว่าติดเชื้อ					
- เห็นใจไม่รังเกียจ					
ดูแล ให้กำลังใจ	77	87.16	14.13		
- รังเกียจ ไม่คบค้า					
สมาคมด้วย	30	85.77	13.66		

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	Mean	S.D	F	Sig.
<b>ปฏิกิริยาของผู้ร่วมงานเมื่อทราบว่าติดเชื้อเอดส์</b>					
ไม่ทราบว่าติดเชื้อ	47	88.06	14.83	.695	.501
ทราบว่าติดเชื้อ					
- เห็นใจไม่รังเกียจ ดูแล					
ให้กำลังใจ	31	88.71	12.99		
- รังเกียจ ไม่คบค้า					
สมาคมด้วย	41	85.24	12.93		
<b>ก่อนเข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ พักอาศัยอยู่กับ</b>					
อยู่คนเดียว	22	84.18	13.95	.801	.551
อาศัยอยู่กับญาติ	29	86.17	12.96		
บิดา – มารดา	27	85.96	16.65		
อาศัยกับคนที่ไม่ใช่ญาติ	12	91.42	14.60		
อยู่กับสามี/ภรรยา	21	89.71	10.34		
อยู่สถานสงเคราะห์	8	91.38	11.27		
อื่นๆ	-	-	-		
<b>บุคคลที่คอยช่วยเหลือดูแลก่อนเข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ</b>					
ไม่มีใครดูแล	30	85.93	13.74	1.289	.274
เพื่อน	5	96.00	9.11		
บิดา/มารดา	27	85.56	14.43		
สามี/ภรรยา	11	88.55	14.60		
ญาติพี่น้อง	39	86.28	13.50		
ไม่ใช่ญาติ	7	96.71	10.58		
<b>ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ</b>					
น้อยกว่า 1 เดือน	3	82.33	13.05	.574	.633
1 - 6 เดือน	68	86.31	13.94		
7 - 12 เดือน	23	90.09	12.50		
มากกว่า 12 เดือน	25	87.84	14.45		

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	Mean	S.D	F	Sig.
<b>การรักษาก่อนที่จะมารักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ ( คน )</b>					
ไม่เคย	6	84.00	18.37	1.475	.203
เคย					
1 - 2 ครั้ง	81	86.30	13.61		
3 - 4 ครั้ง	24	88.58	11.86		
5 - 6 ครั้ง	6	92.00	14.35		
7 - 8 ครั้ง	1	93.00	-		
มากกว่า 8 ครั้ง	1	119.00	-		
<b>การเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย ( คน )</b>					
ไม่เคย	11	80.64	14.21	1.317	.268
เคย					
1 ครั้ง	94	87.96	13.33		
2 ครั้ง	6	81.67	18.54		
3 ครั้ง	5	90.40	13.43		
4 ครั้ง	3	95.67	9.07		
<b>การวินิจฉัยโรคเอดส์</b>					
- Mycobacterium tuberculosis, Pulmonary or Extrapulmonary	59	86.44	13.35	.665	.678
- Wasting syndrome	36	88.36	11.36		
- Pneumocystis carinii	15	90.60	18.55		
- Cryptococcosis	6	81.50	18.49		
- Candidiasis	1	91.00	-		
- Herpes simplex	1	93.00	-		
- Pneumonia recurrent	1	71.00	-		

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	Mean	S.D	F	Sig.
<b>ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงปัจจุบัน</b>					
< 1 ปี	50	86.44	13.36	.694	.558
1 – 2 ปี	59	86.95	14.25		
3 – 4 ปี	7	93.43	10.29		
> 4 ปี	3	92.67	17.01		
<b>แรงสนับสนุนทางสังคม</b>					
แรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ	12	80.42	9.39	2.568	.081
แรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง	89	87.26	12.67		
แรงสนับสนุนทางสังคมสูง	18	91.83	18.93		

จากตาราง 21 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับ ความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Spiritual Well-Being) โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวน(Analysis of Variance : ANOVA) พบว่า ระดับการศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยของความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Spiritual Well-Being) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P < 0.01$  กล่าวคือ ผู้ป่วยที่ไม่ได้เรียน หรือ มีระดับการศึกษาต่ำ จะมีคะแนนเฉลี่ยของความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Spiritual Well-Being) สูงกว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูง

ตาราง 22 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของความผูกพันทางจิตวิญญาณ โดยการเปรียบเทียบเชิงซ้อน (Post Hoc Multiple Comparison)

ปัจจัยส่วนบุคคล		Mean	Std. Error	Sig.
		Different		
<u>ระดับการศึกษา</u>				
- ไม่ได้เรียน	- ประถมศึกษา	1.23	6.13	.841
	- มัธยมศึกษาตอนต้น	.34	6.20	.957
	- มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./ปวส.	6.62	6.66	.322
	-ปริญญาตรี	22.60 *	8.28	.007
- ประถมศึกษา	- ไม่ได้เรียน	-1.23	6.13	.841
	- มัธยมศึกษาตอนต้น	-.89	2.74	.745
	- มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./ปวส.	5.39	3.66	.144
	-ปริญญาตรี	21.37 *	6.13	.001
- มัธยมศึกษาตอนต้น	- ไม่ได้เรียน	-.34	6.20	.957
	- ประถมศึกษา	.89	2.74	.745
	- มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./ปวส.	6.29	3.77	.099
	-ปริญญาตรี	22.26 *	6.20	.000
- มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./ปวส.	- ไม่ได้เรียน	-6.62	6.66	.322
	- ประถมศึกษา	-5.39	3.66	.144
	- มัธยมศึกษาตอนต้น	-6.29	3.77	.099
	-ปริญญาตรี	15.98 *	6.66	.018
- ปริญญาตรี	- ไม่ได้เรียน	-22.60 *	8.28	.007
	- ประถมศึกษา	-21.37 *	6.13	.001
	- มัธยมศึกษาตอนต้น	-22.26 *	6.20	.000
	- มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./ปวส.	-15.98 *	6.66	.018

\* The mean difference is significant at the .05 level

จากตาราง 22 ทำการทดสอบเพิ่มเติมเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของความผาสูกทางจิตวิญญาณ โดยการเปรียบเทียบเชิงซ้อน (Post Hoc Multiple Comparison) ด้วยวิธี Fisher's Least -Significant Different (LSD) ซึ่งใช้ทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ย ของปัจจัยตั้งแต่ 2 กลุ่มขึ้นไป พบว่า คะแนนเฉลี่ยความผาสูกทางจิตวิญญาณของกลุ่มผู้ป่วยระดับปริญญาตรี กับ กลุ่มไม่ได้เรียนประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./ปวส. แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ค่าคะแนนเฉลี่ยความผาสูกทางจิตวิญญาณของกลุ่มไม่ได้เรียน กับกลุ่มอื่นๆ ยกเว้น ปริญญาตรีพบว่า ไม่แตกต่างกัน ค่าคะแนนเฉลี่ยความผาสูกทางจิตวิญญาณของกลุ่มประถมศึกษา กับกลุ่มอื่นๆ ยกเว้น ปริญญาตรีพบว่า ไม่แตกต่างกัน ค่าคะแนนเฉลี่ยความผาสูกทางจิตวิญญาณของกลุ่มมัธยมศึกษาตอนต้นกับกลุ่มอื่นๆ ยกเว้น ปริญญาตรี พบว่าไม่แตกต่างกัน และค่าคะแนนเฉลี่ยความผาสูกทางจิตวิญญาณของกลุ่มมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./ปวส. กับกลุ่มอื่นๆ ยกเว้น ปริญญาตรี พบว่าไม่แตกต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### 3.7)ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สภาวะจิต วิญญาณในตนเอง

ตาราง 23 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สภาวะจิต  
วิญญาณในตนเอง

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	Mean	S.D	F	Sig.
<b>เพศ</b>					
หญิง	37	50.19	5.27	13.321	.000 **
ชาย	82	45.67	6.64		
<b>อายุ (ปี)</b>					
20 – 24 ปี	9	47.67	4.90	.231	.921
25 – 29 ปี	26	46.31	7.59		
30 – 34 ปี	32	47.84	6.59		
35 – 39 ปี	30	46.73	5.67		
40 ปีขึ้นไป	22	47.09	7.35		
<b>สถานภาพสมรส</b>					
โสด	45	45.53	6.73	1.152	.336
คู่	14	47.50	5.64		
หย่าร้าง	17	47.29	6.98		
หม้าย	14	48.93	5.05		
แยกกันอยู่	29	48.24	7.01		
อื่นๆ	-	-	-		

\*\* P < 0.01

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	Mean	S.D	F	Sig.
<b>ระดับการศึกษา</b>					
ไม่ได้เรียน	5	49.60	6.80	.635	.639
ประถมศึกษา	51	47.47	5.72		
มัธยมศึกษาตอนต้น	41	46.83	7.48		
มัธยมศึกษาตอนปลาย					
/ ปวช. / ปวส.	17	46.82	5.60		
ปริญญาตรี	5	43.40	10.24		
ปริญญาโท / เอก	-	-	-		
อื่น ๆ	-	-	-		
<b>อาชีพก่อนเข้ารับการรักษา</b>					
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	12	47.50	6.64	1.916	.074
แม่บ้าน	4	53.75	5.06		
ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	8	44.63	2.67		
เกษตรกรรม	2	45.50	14.85		
นักเรียน / นักศึกษา	1	43.00	-		
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	3	46.00	2.00		
รับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน/ลูกจ้าง	83	46.57	6.64		
พระสงฆ์	6	53.83	4.17		
<b>รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วย ( บาท / เดือน )</b>					
ไม่มีรายได้	14	50.21	6.24	.819	.539
ต่ำกว่า 3,000 บาท	34	46.65	6.88		
3,001 - 5,000 บาท	26	46.62	6.81		
5,001 - 7,000 บาท	23	47.30	5.83		
7,001 - 9,000 บาท	10	46.50	5.74		
มากกว่า 9,001 บาท	12	45.67	7.62		



ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	Mean	S.D	F	Sig.
<b>สาเหตุที่ทำให้ได้รับเชื้อเอดส์</b>					
เพศสัมพันธ์ (เพศเดียวกัน)	12	46.17	8.18	1.054	.372
เพศสัมพันธ์ (ต่างเพศ)	90	47.64	6.37		
ใช้เข็มฉีดยาเสพติดร่วม	16	44.63	6.37		
ใช้ใบมีดโกนร่วมกับผู้ติดเชื้อ	1	46.00	-		
<b>ระยะเวลาที่ทราบว่าได้ติดเชื้อเอดส์จนถึงปัจจุบัน ( ปี )</b>					
น้อยกว่า 1 ปี	13	46.92	5.31	.487	.745
1 - 3 ปี	49	46.18	6.43		
4 - 6 ปี	37	47.86	6.96		
7 - 9 ปี	9	48.67	4.72		
มากกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี	11	47.27	8.74		
<b>รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ( บาท / เดือน )</b>					
ไม่มีรายได้	2	53.00	1.41	.451	.812
ต่ำกว่า 3,000 บาท	29	46.93	5.85		
3,001 - 5,000 บาท	29	46.45	7.97		
5,001 - 7,000 บาท	22	46.77	5.76		
7,001 - 9,000 บาท	15	47.00	5.20		
มากกว่า 9,001 บาท	22	47.91	7.49		
<b>สถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว</b>					
เงินพอใช้	52	46.29	5.86	1.330	.251
เงินไม่พอใช้	67	47.69	7.05		
<b>ปฏิกิริยาของครอบครัวเมื่อทราบว่าติดเชื้อเอดส์</b>					
ไม่ทราบว่าติดเชื้อ	12	50.67	5.57	2.389	.096
ทราบว่าติดเชื้อ					
- เห็นใจไม่รังเกียจ ดูแล					
ให้กำลังใจ	77	47.00	6.06		
- รังเกียจ ไม่คบค้า					
สมาคมด้วย	30	45.83	7.79		

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	Mean	S.D	F	Sig.
<b>ปฏิกิริยาของผู้ร่วมงานเมื่อทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี</b>					
ไม่ทราบว่าติดเชื้อ	47	47.57	6.59	1.064	.348
ทราบว่าติดเชื้อ					
- เห็นใจไม่รังเกียจ ดูแล					
ให้กำลังใจ	31	47.90	6.97		
- รังเกียจ ไม่คบค้า					
สมาคมด้วย	41	45.88	6.22		
<b>ก่อนเข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ พักอาศัยอยู่กับ</b>					
อยู่คนเดียว	22	45.27	7.20	1.681	.145
อาศัยอยู่กับญาติ	29	46.72	5.92		
บิดา – มารดา	27	46.07	6.24		
อาศัยกับคนที่ไม่ใช่ญาติ	12	48.75	7.97		
อยู่กับสามี/ภรรยา	21	47.86	6.26		
อยู่สถานสงเคราะห์	8	52.13	5.00		
อื่น ๆ	-	-	-		
<b>บุคคลที่คอยช่วยเหลือดูแลก่อนเข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ</b>					
ไม่มีใครดูแล	30	47.47	7.57	.542	.744
เพื่อน	5	49.80	4.38		
บิดา/มารดา	27	46.56	6.17		
สามี/ภรรยา	11	45.45	7.34		
ญาติพี่น้อง	39	46.82	6.45		
ไม่ใช่ญาติ	7	49.43	4.58		
<b>ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ</b>					
น้อยกว่า 1 เดือน	3	46.67	9.29	.097	.962
1 - 6 เดือน	68	46.99	6.43		
7 - 12 เดือน	23	46.74	6.85		
มากกว่า 12 เดือน	25	47.68	6.78		

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	Mean	S.D	F	Sig.
<b>การรักษาก่อนที่จะมารักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ (คน )</b>					
ไม่เคย	6	42.33	10.44	1.229	.300
เคย					
1 - 2 ครั้ง	81	46.80	5.77		
3 - 4 ครั้ง	24	48.46	6.40		
5 - 6 ครั้ง	6	48.50	11.69		
7 - 8 ครั้ง	1	48.00	-		
มากกว่า 8 ครั้ง	1	55.00	-		
<b>การเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย ( คน )</b>					
ไม่เคย	11	48.27	5.66	.302	.876
เคย					
1 ครั้ง	94	46.96	6.28		
2 ครั้ง	6	46.17	7.83		
3 ครั้ง	5	46.00	10.65		
4 ครั้ง	3	50.00	12.12		
<b>การวินิจฉัยโรคเอดส์</b>					
- Mycobacterium tuberculosis, Pulmonary or Extrapulmonary	59	45.86	6.95	1.371	.232
- Wasting syndrome	36	48.81	5.77		
- Pneumocystis carinii	15	48.87	6.19		
- Cryptococcosis	6	44.50	6.98		
- Candidiasis	1	51.00	-		
- Herpes simplex	1	48.00	-		
- Pneumonia recurrent	1	40.00	-		

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	Mean	S.D	F	Sig.
<b>ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงปัจจุบัน</b>					
< 1 ปี	50	46.70	6.64	2.260	.085
1 – 2 ปี	59	47.49	6.41		
3 – 4 ปี	7	49.86	6.47		
> 4 ปี	3	38.67	2.31		
<b>แรงสนับสนุนทางสังคม</b>					
แรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ	12	45.83	6.07	.724	.487
แรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง	89	46.93	6.62		
แรงสนับสนุนทางสังคมสูง	18	48.61	6.71		

จากตาราง 23 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคลกับ การรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเอง (Spiritual Perspective) โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวน(Analysis of Variance : ANOVA) พบว่า เพศชาย และ เพศหญิง มีคะแนนเฉลี่ยของ การรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเอง (Spiritual Perspective) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ  $P < 0.01$  กล่าวคือ ผู้ป่วยเพศหญิงมีการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเอง(Spiritual Perspective) สูงกว่า ผู้ป่วยเพศชาย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### 3.8) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับค่าคะแนนเฉลี่ยของความหวัง

ตาราง 24 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับค่าคะแนนเฉลี่ยของความหวัง

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	Mean	S.D	F	Sig.
<b>เพศ</b>					
หญิง	37	38.73	5.27	5.656	.019 *
ชาย	82	36.39	4.82		
<b>อายุ (ปี)</b>					
20 – 24 ปี	9	37.11	6.13	.163	.957
25 – 29 ปี	26	36.92	4.74		
30 – 34 ปี	32	37.44	5.56		
35 – 39 ปี	30	36.60	4.48		
40 ปีขึ้นไป	22	37.59	5.36		
<b>สถานภาพสมรส</b>					
โสด	45	37.16	5.27	.846	.499
คู่	14	35.14	3.82		
หย่าร้าง	17	38.41	5.76		
หม้าย	14	36.79	6.03		
แยกกันอยู่	29	37.41	4.32		
อื่นๆ	-	-	-		

\* P < 0.05

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	Mean	S.D	F	Sig.
<b>ระดับการศึกษา</b>					
ไม่ได้เรียน	5	37.40	7.67	.135	.969
ประถมศึกษา	51	37.43	5.34		
มัธยมศึกษาตอนต้น	41	36.88	5.04		
มัธยมศึกษาตอนปลาย					
/ ปวช. / ปวส.	17	37.00	3.97		
ปริญญาตรี	5	36.00	4.53		
ปริญญาโท / เอก	-	-	-		
อื่น ๆ	-	-	-		
<b>อาชีพก่อนเข้ารับการรักษา</b>					
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	12	37.25	5.12	.916	.497
แม่บ้าน	4	42.25	3.30		
ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	8	35.63	4.00		
เกษตรกรรม	2	37.50	.71		
นักเรียน / นักศึกษา	1	35.00	-		
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	3	40.33	1.53		
รับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน/ลูกจ้าง	83	36.87	5.16		
พระสงฆ์	6	37.50	6.95		
<b>รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วย ( บาท / เดือน )</b>					
ไม่มีรายได้	14	36.43	5.67	.148	.980
ต่ำกว่า 3,000 บาท	34	36.97	5.63		
3,001 - 5,000 บาท	26	37.35	5.66		
5,001 - 7,000 บาท	23	37.65	4.58		
7,001 - 9,000 บาท	10	36.50	2.76		
มากกว่า 9,001 บาท	12	37.33	4.40		

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	Mean	S.D	F	Sig.
<b>สาเหตุที่ทำให้ได้รับเชื้อเอดส์</b>					
เพศสัมพันธ์ (เพศเดียวกัน)	12	35.08	3.58	2.633	.053
เพศสัมพันธ์ (ต่างเพศ)	90	37.82	5.02		
ใช้เข็มฉีดยาเสพติดร่วม	16	34.63	5.48		
ใช้ใบมีดโกนร่วมกับผู้ติดเชื้อ	1	38.00	-		
<b>ระยะเวลาที่ทราบว่าได้ติดเชื้อเอดส์จนถึงปัจจุบัน ( ปี )</b>					
น้อยกว่า 1 ปี	13	38.31	4.46	.821	.514
1 - 3 ปี	49	37.55	4.80		
4 - 6 ปี	37	36.22	5.04		
7 - 9 ปี	9	38.22	5.91		
มากกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี	11	35.91	6.33		
<b>รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ( บาท / เดือน )</b>					
ไม่มีรายได้	2	33.50	2.12	.638	.671
ต่ำกว่า 3,000 บาท	29	37.86	4.77		
3,001 - 5,000 บาท	29	36.52	6.19		
5,001 - 7,000 บาท	22	37.82	5.53		
7,001 - 9,000 บาท	15	36.00	3.82		
มากกว่า 9,001 บาท	22	37.32	4.27		
<b>สถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว</b>					
เงินพอใช้	52	37.00	5.96	.049	.824
เงินไม่พอใช้	67	37.21	4.29		
<b>ปฏิกิริยาของครอบครัวเมื่อทราบว่าติดเชื้อเอดส์</b>					
ไม่ทราบว่าติดเชื้อ	12	39.00	4.73	1.036	.358
ทราบว่าติดเชื้อ					
- เห็นใจไม่รังเกียจ ดูแล					
ให้กำลังใจ	77	37.05	4.56		
- รังเกียจ ไม่คบค้า					
สมาคมด้วย	30	36.53	6.30		

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	Mean	S.D	F	Sig.
<b>ปฏิกิริยาของผู้ร่วมงานเมื่อทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี</b>					
ไม่ทราบว่าติดเชื้อ	47	38.23	4.41	2.533	.084
ทราบว่าติดเชื้อ					
- เห็นใจไม่รังเกียจ ดูแล					
ให้กำลังใจ	31	37.13	4.81		
- รังเกียจ ไม่คบค้า					
สมาคมด้วย	41	35.83	5.73		
<b>ก่อนเข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ พักอาศัยอยู่กับ</b>					
อยู่คนเดียว	22	36.18	5.69	.684	.637
อาศัยอยู่กับญาติ	29	37.34	4.50		
บิดา – มารดา	27	36.67	4.53		
อาศัยกับคนที่ไม่ใช่ญาติ	12	39.17	7.12		
อยู่กับสามี/ภรรยา	21	37.57	3.33		
อยู่สถานสงเคราะห์	8	36.13	7.36		
อื่น ๆ	-	-	-		
<b>บุคคลที่คอยช่วยเหลือดูแลก่อนเข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ</b>					
ไม่มีใครดูแล	30	36.70	6.63	1.166	.330
เพื่อน	5	38.20	3.90		
บิดา/มารดา	27	36.22	4.65		
สามี/ภรรยา	11	36.36	4.32		
ญาติพี่น้อง	39	37.44	4.33		
ไม่ใช่ญาติ	7	41.00	3.65		
<b>ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ</b>					
น้อยกว่า 1 เดือน	3	36.33	1.53	.693	.558
1 - 6 เดือน	68	36.59	5.41		
7 - 12 เดือน	23	37.70	3.56		
มากกว่า 12 เดือน	25	38.12	5.51		



ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	Mean	S.D	F	Sig.
<b>การรักษาก่อนที่จะมารักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ ( คน )</b>					
ไม่เคย	6	35.17	6.62	1.219	.305
เคย					
1 - 2 ครั้ง	81	36.89	4.76		
3 - 4 ครั้ง	24	38.33	5.06		
5 - 6 ครั้ง	6	35.67	7.03		
7 - 8 ครั้ง	1	38.00	-		
มากกว่า 8 ครั้ง	1	46.00	-		
<b>การเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย ( คน )</b>					
ไม่เคย	11	36.82	5.51	.279	.891
เคย					
1 ครั้ง	94	37.19	5.17		
2 ครั้ง	6	37.83	3.76		
3 ครั้ง	5	35.00	5.48		
4 ครั้ง	3	38.00	3.00		
<b>การวินิจฉัยโรคเอดส์</b>					
- Mycobacterium tuberculosis, Pulmonary or Extrapulmonary	59	36.81	5.03	1.187	.318
- Wasting syndrome	36	37.81	5.19		
- Pneumocystis carinii	15	38.00	4.33		
- Cryptococcosis	6	32.83	5.85		
- Candidiasis	1	43.00	-		
- Herpes simplex	1	38.00	-		
- Pneumonia recurrent	1	36.00	-		

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	Mean	S.D	F	Sig.
<b>ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงปัจจุบัน</b>					
< 1 ปี	50	36.78	5.03	.702	.553
1 – 2 ปี	59	37.19	5.12		
3 – 4 ปี	7	39.57	4.89		
> 4 ปี	3	35.67	5.69		
<b>แรงสนับสนุนทางสังคม</b>					
แรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ	12	35.58	3.45	2.643	.075
แรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง	89	36.85	5.29		
แรงสนับสนุนทางสังคมสูง	18	39.44	4.20		

จากตาราง 24 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคลกับความหวัง (Herth Hope Index) โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวน (Analysis of Variance : ANOVA) พบว่า เพศชาย และ เพศหญิง มีคะแนนเฉลี่ยของความหวัง (Herth Hope Index) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ  $P < 0.05$  กล่าวคือ ผู้ป่วยเพศหญิงมีระดับความหวังสูงกว่า ผู้ป่วยเพศชาย

### 3.9) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับค่าคะแนนเฉลี่ยของคุณค่าและความหมายของชีวิต

ตาราง 25 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับค่าคะแนนเฉลี่ยของคุณค่าและความหมายของชีวิต

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	Mean	S.D	F	Sig.
<b>เพศ</b>					
หญิง	37	64.41	7.30	8.150	.005 **
ชาย	82	59.65	8.87		
<b>อายุ (ปี)</b>					
20 – 24 ปี	9	65.44	7.07	.748	.561
25 – 29 ปี	26	61.27	8.94		
30 – 34 ปี	32	60.22	9.82		
35 – 39 ปี	30	61.50	7.13		
40 ปี ขึ้นไป	22	60.00	9.20		
<b>สถานภาพสมรส</b>					
โสด	45	59.93	8.87	.632	.641
คู่	14	62.14	7.47		
หย่าร้าง	17	59.88	9.09		
หม้าย	14	62.21	7.81		
แยกกันอยู่	29	62.69	9.20		
อื่นๆ	-	-	-		

\*\* P < 0.01

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	Mean	S.D	F	Sig.
<b>ระดับการศึกษา</b>					
ไม่ได้เรียน	5	64.40	6.58	2.181	.076
ประถมศึกษา	51	62.45	8.51		
มัธยมศึกษาตอนต้น	41	61.49	8.94		
มัธยมศึกษาตอนปลาย					
/ ปวช. / ปวส.	17	57.35	8.31		
ปริญญาตรี	5	54.20	6.02		
ปริญญาโท / เอก	-	-	-		
อื่น ๆ	-	-	-		
<b>อาชีพก่อนเข้ารับการรักษา</b>					
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	12	62.33	7.83	1.101	.368
แม่บ้าน	4	63.50	9.95		
ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	8	54.88	8.31		
เกษตรกรรม	2	67.00	11.31		
นักเรียน / นักศึกษา	1	50.00	-		
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	3	63.33	10.12		
รับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน/ลูกจ้าง	83	61.43	8.34		
พระสงฆ์	6	60.00	12.62		
<b>รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วย ( บาท / เดือน )</b>					
ไม่มีรายได้	14	62.21	9.73	2.200	.059
ต่ำกว่า 3,000 บาท	34	61.74	7.10		
3,001 - 5,000 บาท	26	64.42	7.93		
5,001 - 7,000 บาท	23	60.09	10.87		
7,001 - 9,000 บาท	10	57.60	8.49		
มากกว่า 9,001 บาท	12	55.92	5.76		

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	Mean	S.D	F	Sig.
<b>สาเหตุที่ทำให้ได้รับเชื้อเอดส์</b>					
เพศสัมพันธ์ (เพศเดียวกัน)	12	57.50	9.46	2.162	.096
เพศสัมพันธ์ (ต่างเพศ)	90	62.03	8.34		
ใช้เข็มฉีดยาเสพติดร่วม	16	58.13	8.99		
ใช้ใบมีดโกนร่วมกับผู้ติดเชื้อ	1	71.00	-		
<b>ระยะเวลาที่ทราบว่าได้ติดเชื้อเอดส์จนถึงปัจจุบัน ( ปี )</b>					
น้อยกว่า 1 ปี	13	60.77	9.25	.918	.456
1 - 3 ปี	49	61.08	7.70		
4 - 6 ปี	37	60.22	8.90		
7 - 9 ปี	9	60.00	12.24		
มากกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี	11	65.73	8.17		
<b>รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ( บาท / เดือน )</b>					
ไม่มีรายได้	2	63.00	5.66	.554	.735
ต่ำกว่า 3,000 บาท	29	60.86	7.63		
3,001 - 5,000 บาท	29	62.90	8.52		
5,001 - 7,000 บาท	22	59.27	9.60		
7,001 - 9,000 บาท	15	62.13	9.51		
มากกว่า 9,001 บาท	22	60.14	9.16		
<b>สถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว</b>					
เงินพอใช้	52	61.12	7.93	.000	.991
เงินไม่พอใช้	67	61.13	9.26		
<b>ปฏิกิริยาของครอบครัวเมื่อทราบว่าติดเชื้อเอดส์</b>					
ไม่ทราบว่าติดเชื้อ	12	62.17	7.22	.095	.909
ทราบว่าติดเชื้อ					
- เห็นใจไม่รังเกียจ ดูแล					
ให้กำลังใจ	77	61.03	8.48		
- รังเกียจ ไม่คบค้า					
สมาคมด้วย	30	60.97	9.85		

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	Mean	S.D	F	Sig.
<b>ปฏิกิริยาของผู้ร่วมงานเมื่อทราบว่าติดเชื้อเอดส์</b>					
ไม่ทราบว่าติดเชื้อ	47	60.60	8.41	.191	.826
ทราบว่าติดเชื้อ					
- เห็นใจไม่รังเกียจ ดูแล					
ให้กำลังใจ	31	61.84	8.51		
- รังเกียจ ไม่คบค้า					
สมาคมด้วย	41	61.20	9.23		
<b>ก่อนเข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ พักอาศัยอยู่กับ</b>					
อยู่คนเดียว	22	59.77	8.95	.211	.957
อาศัยอยู่กับญาติ	29	61.55	9.98		
บิดา – มารดา	27	60.74	8.10		
อาศัยกับคนที่ไม่ใช่ญาติ	12	60.92	9.08		
อยู่กับสามี/ภรรยา	21	62.14	6.99		
อยู่สถานสงเคราะห์	8	62.25	10.15		
อื่น ๆ	-	-	-		
<b>บุคคลที่คอยช่วยเหลือดูแลก่อนเข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ</b>					
ไม่มีใครดูแล	30	61.37	8.75	.367	.870
เพื่อน	5	63.60	4.62		
บิดา/มารดา	27	61.07	8.43		
สามี/ภรรยา	11	61.82	6.88		
ญาติพี่น้อง	39	59.97	9.77		
ไม่ใช่ญาติ	7	63.86	8.86		
<b>ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ</b>					
น้อยกว่า 1 เดือน	3	55.33	10.21	.570	.636
1 - 6 เดือน	68	61.63	8.62		
7 - 12 เดือน	23	61.13	8.11		
มากกว่า 12 เดือน	25	60.44	9.35		

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	Mean	S.D	F	Sig.
<b>การรักษาก่อนที่จะมารักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ ( คน )</b>					
ไม่เคย	6	57.83	6.74	1.622	.160
เคย					
1 - 2 ครั้ง	81	60.25	8.94		
3 - 4 ครั้ง	24	62.75	7.23		
5 - 6 ครั้ง	6	66.83	9.43		
7 - 8 ครั้ง	1	65.00	-		
มากกว่า 8 ครั้ง	1	75.00	-		
<b>การเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย ( คน )</b>					
ไม่เคย	11	61.82	9.05	.935	.447
เคย					
1 ครั้ง	94	61.44	8.81		
2 ครั้ง	6	59.67	9.14		
3 ครั้ง	5	54.20	5.07		
4 ครั้ง	3	63.33	4.04		
<b>การวินิจฉัยโรคเอดส์</b>					
- Mycobacterium tuberculosis, Pulmonary or Extrapulmonary	59	60.92	8.38	1.348	.242
- Wasting syndrome	36	62.81	7.96		
- Pneumocystis carinii	15	58.87	9.98		
- Cryptococcosis	6	55.00	10.81		
- Candidiasis	1	71.00	-		
- Herpes simplex	1	65.00	-		
- Pneumonia recurrent	1	70.00	-		

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	Mean	S.D	F	Sig.
<b>ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงปัจจุบัน</b>					
< 1 ปี	50	61.38	8.38	.315	.814
1 – 2 ปี	59	61.17	8.99		
3 – 4 ปี	7	61.00	10.03		
> 4 ปี	3	56.33	5.51		
<b>แรงสนับสนุนทางสังคม</b>					
แรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ	12	59.17	10.03	1.905	.153
แรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง	89	60.69	8.09		
แรงสนับสนุนทางสังคมสูง	18	64.61	10.04		

จากตาราง 25 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล กับ คุณค่าและความหมายของชีวิต (Meaning in Life) โดยการวิเคราะห์ ความแปรปรวน (Analysis of Variance : ANOVA) พบว่า เพศชาย และ เพศหญิง มีคะแนนเฉลี่ยของ คุณค่าและความหมายของชีวิต (Meaning in Life) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ  $P < 0.01$  กล่าวคือ ผู้ป่วยเพศหญิงมีระดับคุณค่าและความหมายของชีวิตสูงกว่า ผู้ป่วยเพศชาย



### 3.10) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับค่าคะแนนเฉลี่ยของสภาวะจิตวิญญาณ

ตาราง 26 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับค่าคะแนนเฉลี่ยของสภาวะจิตวิญญาณ

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	Mean	S.D	F	Sig.
<b>เพศ</b>					
หญิง	37	243.41	25.02	9.430	.003 **
ชาย	82	227.60	26.41		
<b>อายุ (ปี)</b>					
20 – 24 ปี	9	240.89	22.78	.276	.893
25 – 29 ปี	26	231.04	33.57		
30 – 34 ปี	32	233.56	24.97		
35 – 39 ปี	30	231.17	22.15		
40 ปีขึ้นไป	22	231.14	29.85		
<b>สถานภาพสมรส</b>					
โสด	45	228.07	27.49	.583	.675
คู่	14	232.36	16.02		
หย่าร้าง	17	233.47	30.81		
หม้าย	14	236.43	28.15		
แยกกันอยู่	29	237.03	27.79		
อื่นๆ	-	-	-		

\*\* P < 0.01

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	Mean	S.D	F	Sig.
<b>ระดับการศึกษา</b>					
ไม่ได้เรียน	5	241.20	33.70	2.658	.036 *
ประถมศึกษา	51	235.92	24.62		
มัธยมศึกษาตอนต้น	41	234.46	28.53		
มัธยมศึกษาตอนปลาย					
/ ปวช. / ปวส.	17	224.35	22.42		
ปริญญาตรี	5	200.80	25.94		
ปริญญาโท / เอก	-	-	-		
อื่น ๆ	-	-	-		
<b>อาชีพก่อนเข้ารับการรักษา</b>					
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	12	237.42	34.25	1.715	.113
แม่บ้าน	4	248.75	22.16		
ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	8	213.88	15.96		
เกษตรกรรม	2	242.00	22.63		
นักเรียน / นักศึกษา	1	183.00	-		
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	3	237.67	13.05		
รับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน/ลูกจ้าง	83	231.87	26.72		
พระสงฆ์	6	248.67	17.47		
<b>รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วย ( บาท / เดือน )</b>					
ไม่มีรายได้	14	243.50	25.49	1.509	.193
ต่ำกว่า 3,000 บาท	34	234.97	24.90		
3,001 - 5,000 บาท	26	234.08	28.91		
5,001 - 7,000 บาท	23	231.96	28.36		
7,001 - 9,000 บาท	10	223.60	22.79		
มากกว่า 9,001 บาท	12	217.83	26.81		

\* P < 0.05

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	Mean	S.D	F	Sig.
<b>สาเหตุที่ทำให้ได้รับเชื้อเอดส์</b>					
เพศสัมพันธ์ (เพศเดียวกัน)	12	224.42	27.87	1.620	.189
เพศสัมพันธ์ (ต่างเพศ)	90	234.98	26.60		
ใช้เข็มฉีดยาเสพติดร่วม	16	223.06	26.37		
ใช้ใบมีดโกนร่วมกับผู้ติดเชื้อ	1	259.00	-		
<b>ระยะเวลาที่ทราบว่าได้ติดเชื้อเอดส์จนถึงปัจจุบัน ( ปี )</b>					
น้อยกว่า 1 ปี	13	233.23	31.73	.312	.869
1 - 3 ปี	49	231.84	27.48		
4 - 6 ปี	37	230.51	24.94		
7 - 9 ปี	9	233.33	21.94		
มากกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี	11	240.73	31.47		
<b>รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ( บาท / เดือน )</b>					
ไม่มีรายได้	2	234.00	2.83	.232	.948
ต่ำกว่า 3,000 บาท	29	233.66	20.60		
3,001 - 5,000 บาท	29	235.38	31.33		
5,001 - 7,000 บาท	22	231.45	25.03		
7,001 - 9,000 บาท	15	226.40	21.87		
มากกว่า 9,001 บาท	22	232.32	34.73		
<b>สถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว</b>					
เงินพอใช้	52	230.79	26.57	.377	.540
เงินไม่พอใช้	67	233.85	27.28		
<b>ปฏิกิริยาของครอบครัวเมื่อทราบว่าติดเชื้อเอดส์</b>					
ไม่ทราบว่าติดเชื้อ	12	243.50	21.29	1.255	.289
ทราบว่าติดเชื้อ					
- เห็นใจไม่รังเกียจ ดูแล					
ให้กำลังใจ	77	232.13	25.95		
- รังเกียจ ไม่คบค้า					
สมาคมด้วย	30	229.10	30.75		

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	Mean	S.D	F	Sig.
<b>ปฏิกิริยาของผู้ร่วมงานเมื่อทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี</b>					
ไม่ทราบว่าติดเชื้อ	47	234.30	28.15	.843	.433
ทราบว่าติดเชื้อ					
- เห็นใจไม่รังเกียจ ดูแล					
ให้กำลังใจ	31	235.58	25.74		
- รังเกียจ ไม่คบค้า					
สมาคมด้วย	41	228.15	26.40		
<b>ก่อนเข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ พักอาศัยอยู่กับ</b>					
อยู่คนเดียว	22	225.05	28.53	.935	.461
อาศัยอยู่กับญาติ	29	231.79	26.73		
บิดา – มารดา	27	229.44	29.20		
อาศัยกับคนที่ไม่ใช่ญาติ	12	240.25	35.36		
อยู่กับสามี/ภรรยา	21	237.29	19.36		
อยู่สถานสงเคราะห์	8	241.88	14.69		
อื่น ๆ	-	-	-		
<b>บุคคลที่คอยช่วยเหลือดูแลก่อนเข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ</b>					
ไม่มีใครดูแล	30	231.47	28.35	1.115	.357
เพื่อน	5	247.60	16.20		
บิดา/มารดา	27	229.41	27.29		
สามี/ภรรยา	11	232.18	22.96		
ญาติพี่น้อง	39	230.31	27.86		
ไม่ใช่ญาติ	7	251.00	22.03		
<b>ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ</b>					
น้อยกว่า 1 เดือน	3	220.67	33.23	.360	.782
1 - 6 เดือน	68	231.40	28.41		
7 - 12 เดือน	23	235.65	24.55		
มากกว่า 12 เดือน	25	234.08	25.05		

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	Mean	S.D	F	Sig.
<b>การรักษาก่อนที่จะมารักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ ( คน )</b>					
ไม่เคย	6	219.33	34.73	1.964	.089
เคย					
1 - 2 ครั้ง	81	230.23	25.48		
3 - 4 ครั้ง	24	237.79	23.16		
5 - 6 ครั้ง	6	243.00	40.69		
7 - 8 ครั้ง	1	244.00	-		
มากกว่า 8 ครั้ง	1	295.00	-		
<b>การเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย ( คน )</b>					
ไม่เคย	11	226.82	28.23	.556	.695
เคย					
1 ครั้ง	94	233.54	26.94		
2 ครั้ง	6	225.33	27.06		
3 ครั้ง	5	225.60	30.18		
4 ครั้ง	3	247.00	22.54		
<b>การวินิจฉัยโรคเอดส์</b>					
- Mycobacterium tuberculosis, Pulmonary or Extrapulmonary	59	229.90	27.11	1.072	.384
- Wasting syndrome	36	237.78	23.23		
- Pneumocystis carinii	15	236.33	29.92		
- Cryptococcosis	6	213.83	36.68		
- Candidiasis	1	256.00	-		
- Herpes simplex	1	244.00	-		
- Pneumonia recurrent	1	217.00	-		

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	Mean	S.D	F	Sig.
<b>ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงปัจจุบัน</b>					
< 1 ปี	50	231.30	27.22	.559	.643
1 – 2 ปี	59	232.66	28.03		
3 – 4 ปี	7	243.86	16.33		
> 4 ปี	3	223.33	18.61		
<b>แรงสนับสนุนทางสังคม</b>					
แรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ	12	220.33	20.65	3.166	.046 *
แรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง	89	231.73	25.85		
แรงสนับสนุนทางสังคมสูง	18	244.50	32.08		

\* P < 0.05

จากตาราง 26 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล กับ สภาวะจิตวิญญาณ (Spirituality) โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวน (Analysis of Variance : ANOVA) พบว่า ปัจจัยเกี่ยวกับเพศ, ระดับการศึกษา และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีคะแนนเฉลี่ยของสภาวะจิตวิญญาณ ที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ  $P < 0.01$ ,  $P < 0.05$  และ  $P < 0.05$  ตามลำดับ โดยพบว่า ผู้ป่วยเพศหญิงมีค่าเฉลี่ยสภาวะจิตวิญญาณสูงกว่าผู้ป่วยเพศชาย, ผู้ป่วยที่ไม่ได้เรียน หรือ มีระดับการศึกษาน้อย จะมีค่าเฉลี่ยสภาวะจิตวิญญาณสูงกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูง และผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูง จะมีสภาวะจิตวิญญาณสูงกว่า ผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ

ตาราง 27 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของสภาวะจิตวิญญาณรวม โดยการเปรียบเทียบ  
เชิงซ้อน (Post Hoc Multiple Comparison)

ปัจจัยส่วนบุคคล		Mean Different	Std. Error	Sig.
<u>ระดับการศึกษา</u>				
- ไม่ได้เรียน	- ประถมศึกษา	5.28	12.27	.668
	- มัธยมศึกษาตอนต้น	6.74	12.40	.588
	- มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./ปวส.	16.85	13.32	.208
	-ปริญญาตรี	40.40 *	16.56	.016
- ประถมศึกษา	- ไม่ได้เรียน	-5.28	12.27	.668
	- มัธยมศึกษาตอนต้น	1.46	5.49	.791
	- มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./ปวส.	11.57	7.33	.117
	-ปริญญาตรี	35.12 *	12.27	.005
- มัธยมศึกษาตอนต้น	- ไม่ได้เรียน	-6.74	12.40	.588
	- ประถมศึกษา	-1.46	5.49	.791
	- มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./ปวส.	10.11	7.55	.183
	-ปริญญาตรี	33.66 *	12.40	.008
- มัธยมศึกษาตอนปลาย /ปวช./ปวส.	- ไม่ได้เรียน	-16.85	13.32	.208
	- ประถมศึกษา	-11.57	7.33	.117
	- มัธยมศึกษาตอนต้น	-10.11	7.55	.183
	-ปริญญาตรี	23.55	13.32	.080
- ปริญญาตรี	- ไม่ได้เรียน	-40.40 *	16.56	.016
	- ประถมศึกษา	-35.12 *	12.27	.005
	- มัธยมศึกษาตอนต้น	-33.66 *	12.40	.008
	- มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./ปวส.	-23.55	13.32	.080
<u>แรงสนับสนุนทางสังคม</u>				
- ระดับสูง	- ระดับปานกลาง	12.77	6.83	.064
	- ระดับต่ำ	24.17 *	9.85	.016

ปัจจัยส่วนบุคคล		Mean Different	Std. Error	Sig.
- ระดับปานกลาง	- ระดับสูง	-12.77	6.83	.064
	- ระดับต่ำ	11.40	8.13	.163
- ระดับต่ำ	- ระดับสูง	-24.17 *	9.85	.016
	- ระดับปานกลาง	-11.40	8.13	.163

\* The mean difference is significant at the .05 level

จากตาราง 27 ทำการทดสอบเพิ่มเติมเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของสภาวะจิตวิญญาณรวม โดยการเปรียบเทียบเชิงซ้อน (Post Hoc Multiple Comparison) ด้วยวิธี Fisher's Least -Significant Different (LSD) ซึ่งใช้ทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของปัจจัยตั้งแต่ 2 กลุ่มขึ้นไป พบว่า คะแนนเฉลี่ยสภาวะจิตวิญญาณของกลุ่มผู้ป่วยระดับปริญญาตรี กับ กลุ่มไม่ได้เรียนประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ค่าคะแนนเฉลี่ยสภาวะจิตวิญญาณของกลุ่มไม่ได้เรียน กับกลุ่มอื่นๆ ยกเว้น ปริญญาตรีพบว่า ไม่แตกต่างกัน ค่าคะแนนเฉลี่ยสภาวะจิตวิญญาณของกลุ่มประถมศึกษา กับกลุ่มอื่นๆ ยกเว้น ปริญญาตรีพบว่า ไม่แตกต่างกัน ค่าคะแนนเฉลี่ยสภาวะจิตวิญญาณของกลุ่มมัธยมศึกษาตอนต้น กับกลุ่มอื่นๆ ยกเว้น ปริญญาตรี พบว่าไม่แตกต่างกัน และค่าคะแนนเฉลี่ยสภาวะจิตวิญญาณของกลุ่มมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./ปวส. กับกลุ่มอื่นๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

คะแนนเฉลี่ยสภาวะจิตวิญญาณของกลุ่มผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูงและแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลางไม่แตกต่างกัน คะแนนเฉลี่ยสภาวะจิตวิญญาณของกลุ่มผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลางและแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำไม่แตกต่างกัน ส่วนคะแนนเฉลี่ยสภาวะจิตวิญญาณของกลุ่มผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูงและแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05



### 3.11) ความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะจิตวิญญาณ กับแรงสนับสนุนทางสังคม

ตาราง 28 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ระหว่าง ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และ แรงสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน	Sig.
แรงสนับสนุนทางสังคม	.217 *	.018

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)

จากตาราง พบว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณ มีความสัมพันธ์กันเชิงบวก กับ แรงสนับสนุนทางสังคม ในระดับต่ำ ( $r = .217$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P < 0.05$  คือ ผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูง จะมีความผาสุกทางจิตวิญญาณสูง และในทางกลับกัน ผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ จะมีความผาสุกทางจิตวิญญาณต่ำเช่นกัน

ตาราง 29 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ระหว่าง ความหวัง และ แรงสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน	Sig.
แรงสนับสนุนทางสังคม	.275 **	.002

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

จากตาราง พบว่า ความหวังมีความสัมพันธ์กันเชิงบวก กับ แรงสนับสนุนทางสังคม ในระดับต่ำ ( $r = .275$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P < 0.01$  คือ ผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูง จะมีความหวังสูง และในทางกลับกัน ผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ จะมีความหวังต่ำเช่นกัน

ตาราง 30 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ระหว่าง สภาวะจิตวิญญาณ และ แรงสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน	Sig.
แรงสนับสนุนทางสังคม	.243 **	.008

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

จากตาราง พบว่า สภาวะจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์กันเชิงบวก กับ แรงสนับสนุนทางสังคม ในระดับต่ำ ( $r = .243$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P < 0.01$  คือ ผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูง จะมีสภาวะจิตวิญญาณสูง และในทางกลับกัน ผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ จะมีสภาวะจิตวิญญาณต่ำเช่นกัน

#### ตอนที่ 4 ปัจจัยทำนายสภาวะจิตวิญญาณ

##### 4.1) ปัจจัยทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณ

ตาราง 31 ปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยโรคเอดส์ จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน

ลำดับตัวแปร	R	R <sup>2</sup>	B	t	Sig.
แรงสนับสนุนทางสังคม	.217	.147	.232	2.399	.018 *
Constant			74.842	14.076	.000 **

\* P < 0.05, \*\* P < 0.01

จากตาราง การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Regression Analysis) โดยการนำปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการวิเคราะห์ค่าสถิติ Chi-square ค่าความแปรปรวน (Analysis of Variance : ANOVA) และการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficient) เพื่อทดสอบปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณ ผลการวิเคราะห์ พบว่า ตัวแปรที่สามารถเป็นตัวทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณได้ คือ แรงสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายได้ ร้อยละ 14.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P < 0.01

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

#### 4.2) ปัจจัยทำนายการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเอง

ตาราง 32 ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเอง ของผู้ป่วยโรคเอดส์ จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน

ลำดับตัวแปร	R	R <sup>2</sup>	B	t	Sig.
เพศ	.320	.102	-4.518	-4.311	.000 **
Constant			50.189	48.838	.000 **

\*\* P < 0.01

จากตาราง การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Regression Analysis) โดยการนำปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการวิเคราะห์ค่าสถิติ Chi-square ค่าความแปรปรวน (Analysis of Variance : ANOVA) และการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficient) เพื่อทดสอบปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเอง ผลการวิเคราะห์ พบว่า ตัวแปรที่สามารถเป็นตัวทำนายการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเองได้ คือ เพศ สามารถทำนายได้ ร้อยละ 10.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P < 0.01

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

#### 4.3) ปัจจัยทำนายความหวัง

ตาราง 33 ปัจจัยที่มีผลต่อความหวังของผู้ป่วยโรคเอดส์ จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน

ลำดับตัวแปร	R	R <sup>2</sup>	B	t	Sig.
แรงสนับสนุนทางสังคม	.275	.076	.103	2.962	.004 **
เพศ	.336	.113	-2.112	-2.210	.029 *
Constant			33.066	15.981	.000 **

\* P < 0.05, \*\* P < 0.01

จากตาราง การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Regression Analysis) โดยการนำปัจจัยที่มีผลต่อความหวัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการวิเคราะห์ค่าสถิติ Chi-square ค่าความแปรปรวน (Analysis of Variance : ANOVA) และการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficient) เพื่อทดสอบปัจจัยที่มีผลต่อความหวัง ผลการวิเคราะห์ เมื่อนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความหวัง จำนวน 2 ตัวแปร ได้แก่ เพศ และแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า ตัวแปรทั้งสอง สามารถเป็นตัวทำนายความหวังได้ โดยแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายได้ ร้อยละ 7.6 และเมื่อเพิ่มตัวแปรเพศ สามารถทำนายได้ ร้อยละ 11.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ P < 0.01

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

#### 4.4) ปัจจัยทำนายคุณค่าและความหมายของชีวิต

ตาราง 34 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณค่าและความหมายของชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน

ลำดับตัวแปร	R	R <sup>2</sup>	B	t	Sig.
เพศ	.255	.065	-4.759	-2.855	.005 **
Constant			64.405	46.542	.000 **

\*\* P < 0.01

จากตาราง การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Regression Analysis) โดยการนำปัจจัยที่มีผลต่อคุณค่าและความหมายของชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการวิเคราะห์ค่าสถิติ Chi-square ค่าความแปรปรวน (Analysis of Variance : ANOVA) และการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficient) เพื่อทดสอบปัจจัยที่มีผลต่อคุณค่าและความหมายของชีวิต ผลการวิเคราะห์ เมื่อนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับคุณค่าและความหมายของชีวิต จำนวน 1 ตัวแปร คือ เพศ พบว่าเป็นตัวทำนายคุณค่าและความหมายของชีวิตได้ ร้อยละ 6.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ P < 0.01

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

#### 4.5) ปัจจัยทำนายสภาวะจิตวิญญาณ

ตาราง 35 ปัจจัยที่มีผลต่อสภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคเอดส์ จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน

ลำดับตัวแปร	R	R <sup>2</sup>	B	t	Sig.
เพศ	.273	.075	-14.771	-2.927	.004 **
แรงสนับสนุนทางสังคม	.352	.124	.468	2.553	.012 *
Constant			217.62	21.777	.000 **

\* P < 0.05, \*\* P < 0.01

จากตาราง การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Regression Analysis) โดยการนำปัจจัยที่มีผลต่อสภาวะจิตวิญญาณ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการวิเคราะห์ค่าสถิติ Chi-square ค่าความแปรปรวน (Analysis of Variance : ANOVA) และการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficient) เพื่อทดสอบปัจจัยที่มีผลต่อสภาวะจิตวิญญาณ ผลการวิเคราะห์ เมื่อนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะจิตวิญญาณ จำนวน 3 ตัวแปร ได้แก่ เพศ, ระดับการศึกษา และแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า มีตัวแปรเพียง 2 ตัวแปร ที่สามารถเป็นตัวทำนายสภาวะจิตวิญญาณได้ คือ เพศ สามารถทำนายสภาวะจิตวิญญาณได้ ร้อยละ 7.5 เมื่อเพิ่มตัวแปรแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า สามารถทำนายได้ ร้อยละ 12.4 ดังนั้น ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายสภาวะจิตวิญญาณได้ คือ เพศ และ แรงสนับสนุนทางสังคม ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ P < 0.01

## ตอนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของสภาวะจิตวิญญาณ

### 5.1) ความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะจิตวิญญาณ กับองค์ประกอบของสภาวะจิตวิญญาณ

ตาราง 36 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ระหว่าง สภาวะจิตวิญญาณ กับ องค์ประกอบของ สภาวะจิตวิญญาณ

องค์ประกอบของ สภาวะจิตวิญญาณ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เพียร์สัน	Sig.
ความผาสุกทางจิตวิญญาณ	.896 **	.000
การรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเอง	.743 **	.000
ความหวัง	.695 **	.000
คุณค่าและความหมายของชีวิต	.710 **	.000

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

จากตาราง พบว่า สภาวะจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์กันเชิงบวกกับองค์ประกอบของสภาวะจิตวิญญาณในทุกองค์ประกอบในระดับสูง ได้แก่ ความผาสุกทางจิตวิญญาณ ( $r = .896$ ), การรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเอง ( $r = .743$ ), ความหวัง ( $r = .695$ ) และ คุณค่าและความหมายของชีวิต ( $r = .710$ ) ผู้ป่วยที่มีสภาวะจิตวิญญาณสูงจะมีองค์ประกอบของสภาวะจิตวิญญาณสูงในทุกองค์ประกอบ และในทางกลับกัน ผู้ป่วยที่มีสภาวะจิตวิญญาณต่ำ จะมีองค์ประกอบของสภาวะจิตวิญญาณต่ำในทุกองค์ประกอบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P < 0.01$



## 5.2) ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของสภาวะจิตวิญญาณ

ตาราง 37 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เปียร์สัน ระหว่าง องค์ประกอบของสภาวะจิตวิญญาณ

ตัวแปร	ความผาสุก ทางจิตวิญญาณ	การรับรู้สภาวะ จิตวิญญาณในตนเอง	ความหวัง	คุณค่าและ ความหมายของชีวิต
ความผาสุกทาง จิตวิญญาณ		.542 ** (.000)	.564 ** (.000)	.450 ** (.000)
การรับรู้สภาวะจิต วิญญาณในตนเอง			.479 ** (.000)	.401 ** (.000)
ความหวัง				.322 ** (.000)

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

จากตาราง พบว่า องค์ประกอบของสภาวะจิตวิญญาณ ในแต่ละองค์ประกอบ มีความสัมพันธ์กันเชิงบวกในทุกองค์ประกอบ คือ

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ มีความสัมพันธ์กันเชิงบวก กับ การรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเอง, ความหวัง และ คุณค่าและความหมายของชีวิต ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ  $P < 0.01$  คือ ผู้ป่วยที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณสูง จะมีการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเอง ความหวัง และ คุณค่าและความหมายของชีวิตสูง เช่นกัน

การรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเอง มีความสัมพันธ์กันเชิงบวก กับ ความหวัง และ คุณค่าและความหมายของชีวิต ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ  $P < 0.01$  คือ ผู้ป่วยที่มีการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเองสูง จะมีความหวัง และ คุณค่าและความหมายของชีวิตสูง

ความหวัง มีความสัมพันธ์เชิงบวก กับ คุณค่าและความหมายของชีวิต ในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P < 0.01$  คือ ผู้ป่วยที่มีความหวังสูงจะมีคุณค่าและความหมายของชีวิตสูง

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษา สภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคเอดส์ ที่เข้ารับการรักษา ณ วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี

#### ประชากรและตัวอย่าง

ประชากรตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคเอดส์ ที่มีอาการบ่งชี้ของ ภูมิคุ้มกันเสื่อม และตรวจพบโรค หรือกลุ่มอาการที่ปรากฏ 1 ใน 25 โรค ตามการจัดกลุ่มโรคของ กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งอาจจะเป็นระยะเริ่มต้นถึงระยะสุดท้ายของโรค โดยได้รับการตรวจวินิจฉัยและมีใบรับรองแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคเอดส์และมีอาการบ่งชี้ของภูมิคุ้มกันเสื่อม ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของกระทรวงสาธารณสุข ที่เข้ารับการรักษา ที่วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี จำนวน 119 คน เป็นเพศชาย 82 คน เพศหญิง 37 คน

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ อายุ, เพศ, สถานภาพสมรส, ระดับการศึกษา, ภูมิลำเนา, อาชีพ, รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วย/ครอบครัว, พฤติกรรมเสี่ยง, ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อโรคเอดส์, บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยก่อนเข้ารับการรักษา ที่วัดพระบาทน้ำพุ, ภายหลังทราบผลครอบครัวเป็นอย่างไร, ภายหลังทราบผลผู้ร่วมงานเป็น อย่่างไร, การวินิจฉัยโรคของกลุ่มอาการชี้บ่งของภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อม, อาการทางกาย/ระยะเวลาที่ เริ่มมีอาการ, ยารักษาโรคที่ได้รับ, ประวัติการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย ณ วัดพระบาทน้ำพุ, บุคคลที่คอยให้ความช่วยเหลือ ภายหลังติดเชื้อ, ระยะเวลาการเข้ารับการรักษาในวัดพระบาทน้ำพุ,

ผู้ที่นำมารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ, เหตุผลสำคัญที่มารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ, บุคคลที่ต้องดูแลรับผิดชอบ จำนวน 27 ข้อ

2. แบบสอบถามวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณ (The Spiritual Well - Being Scale : SWBS) ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ ใช้วัดความผาสุกทางจิตวิญญาณ 2 ด้าน คือ

2.1 The Existential Well-Being: EWB เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการมีชีวิตอยู่อย่างมีความหมาย มีความหวังและมีความพึงพอใจในชีวิต จำนวน 10 ข้อ

2.2 The Religion Well-Being: RWB เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ ความเชื่อ ความศรัทธาและการปฏิบัติตนตามหลักคำสอนของศาสนา รวมถึงการมีศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางใจในการดำเนินชีวิต จำนวน 10 ข้อ

3. แบบสอบถามวัดการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเอง ( The Spiritual Perspective Scale : SPS) ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ใช้วัดการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเองด้านความเชื่อต่อการมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจที่มีความหมายต่อชีวิต และการมีความสัมพันธ์กับสิ่งที่มีคุณค่าต่อตนเอง ประกอบด้วยการวัดองค์ประกอบ 2 ด้าน คือ

3.1 การรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเอง ที่เกี่ยวกับระยะเวลาการปฏิบัติ เพื่อตอบสนองความต้องการทางจิตวิญญาณ เช่น การปฏิบัติศาสนกิจ การอ่านหนังสือธรรมะและการมี ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มีข้อคำถาม จำนวน 4 ข้อ

3.2 การรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเองที่เกี่ยวกับความหวังและการค้นหาความผาสุกทางจิตวิญญาณ มีข้อคำถาม จำนวน 6 ข้อ

4. แบบสอบถามวัดความหวัง (The Herth Hope Index :HHI) ประกอบด้วย ข้อคำถาม 12 ข้อ ใช้ประเมินความหวังที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของผู้ป่วย

5. แบบสอบถามวัดคุณค่าและความหมายของชีวิต (The Meaning in Life Scale: ML) ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ ใช้วัดคุณค่าและความหมายของชีวิตที่เหลืออยู่

6. แบบสอบถามวัดแรงสนับสนุนทางสังคม (The Personal Resource Questionnaire : PRQ Part II ) ประกอบด้วยข้อคำถาม 25 ข้อ

## การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่รวบรวมมาตรวจสอบความสมบูรณ์ และตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้งหนึ่ง ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้คอมพิวเตอร์ โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC (Statistical Package for Social Science / Personal Computer) ดังต่อไปนี้

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา คือ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการบรรยายลักษณะประชากร
2. ใช้สถิติสำหรับการวิเคราะห์ตัวแปรสองตัว (Bivariate Statistics) คือ สถิติ Chi-square และ Analysis of Variances : ANOVA เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์และความแตกต่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับ สภาวะจิตวิญญาณในผู้ป่วยโรคเอดส์
3. ใช้สถิติหาความสัมพันธ์ คือ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficient) เพื่อวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ระหว่าง แรงสนับสนุนทางสังคม กับสภาวะจิตวิญญาณ และเพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของสภาวะจิตวิญญาณ
4. ใช้สถิติ สำหรับการวิเคราะห์หลายตัวแปร (Multivariate Statistics) คือ การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Regression Analysis) เพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่สามารถทำนาย หรือมีผลต่อสภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคเอดส์

## สรุปผลการวิจัย

### 1. ลักษณะประชากรที่ศึกษา

จากกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 68.91 ของประชากร มีอายุอยู่ระหว่าง 30 – 34 ปี และ 35 – 39 ปี ร้อยละ 26.89 และ 25.21 มีสถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 37.82 การศึกษา อยู่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 42.86 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ รับจ้าง/ ลูกจ้าง/ ผู้ใช้แรงงาน ร้อยละ 69.75 มีรายได้อยู่ในช่วง ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 28.57 สาเหตุที่ทำให้ได้รับเชื้อโรคเอดส์ คือ การได้รับเชื้อโรคเอดส์จากการมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มต่างเพศ รองลงมาคือ การใช้เข็มฉีดยาเสพติดร่วมกับผู้อื่น ร้อยละ 75.63 และ 13.45 ตามลำดับ มีระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นตนเองติดเชื้อโรคเอดส์ อยู่ในช่วง 1 – 3 ปี ร้อยละ 41.18

รองลงมา คือ 4 - 6 ปี ร้อยละ 31.09 โดยก่อนมารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ ผู้ป่วยส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับญาติ ร้อยละ 24.37 รองลงมาอยู่กับบิดามารดา และอยู่คนเดียว ร้อยละ 22.69 และ 18.49 ตามลำดับ มีบุคคลที่คอยช่วยเหลือ คือ ญาติพี่น้อง ร้อยละ 30.25 รองลงมาคือ ไม่มีใครดูแล ร้อยละ 25.21 ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 1 – 6 เดือน ร้อยละ 57.15 ครอบครัวส่วนใหญ่ มีรายได้เฉลี่ย อยู่ระหว่าง ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน และ 3,001 ถึง 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 24.37 เท่ากันทั้งสองช่วง และมีสถานภาพทางเศรษฐกิจ คือ มีรายได้พอใช้ ร้อยละ 56.30 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีเหตุผลที่มารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ คือ กลัวถูกสังขมรังเกียจ ร้อยละ 27.57 รองลงมาคือ ไม่มีใครดูแล , กลัวมีผลกระทบต่อครอบครัวและไม่มีเงินรักษา ร้อยละ 22.55 , 16.83 และ 15.75 ตามลำดับ

ในด้านการยอมรับและเห็นใจผู้ป่วย พบว่า ครอบครัวส่วนใหญ่ทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์ ร้อยละ 89.92 และยอมรับ เห็นใจ ไม่รังเกียจ ร้อยละ 71.96 ผู้ร่วมงานส่วนใหญ่ทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์ ร้อยละ 60.50 มีปฏิกริยารังเกียจ ไม่คบค้าสมาคมด้วย ร้อยละ 56.94

ประวัติการรักษา ก่อนมารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ ผู้ป่วยเคยเข้ารับการ รักษา ร้อยละ 94.96 ได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการที่สัมพันธ์กับโรคเอดส์ ร้อยละ 59.12 และมีอาการของโรคเอดส์ ร้อยละ 40.08 ภายหลังเข้ารับการักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ ผู้ป่วยเข้ารับการ รักษาในหอผู้ป่วย (บ้านวลัยลักษณ์ และ บ้านเมตตา ) ร้อยละ 90.75 พบอาการของโรคเอดส์ ได้แก่ โรคผิวหนังโรคปอด รองลงมา คือ กลุ่มอาการสูญเสียน้ำหนักมวลรวมของกล้ามเนื้อและโรคปอดบวม ร้อยละ 49.58 ,30.25 และ12.61 ตามลำดับ มีระยะเวลาที่มีอาการของโรคเอดส์ อยู่ระหว่าง 1 – 2 ปี ร้อยละ 49.58 และน้อยกว่า 1 ปี ร้อยละ 42.02 อาการของโรคเอดส์ ทำให้เกิดความเจ็บป่วยทางร่างกาย คือ การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ, การติดเชื้อทางผิวหนัง, การติดเชื้อในช่องปากและมีความผิดปกติของกระดูกและข้อ ร้อยละ 29.67 ,23.98 ,15.45 และ 10.98 ตามลำดับ มีความรุนแรงของอาการทางกาย ที่มีผลต่อสุขภาพ คือ อาการอ่อนเพลียไม่มีแรง ร้อยละ 66.39 อาการปวด ร้อยละ 31.09 และ อาการอื่นๆ ร้อยละ 26.88 ได้แก่ อาการเบื่ออาหาร, มีไข้, คันตามร่างกาย และไอหอบเหนื่อย ในด้านการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ พบว่า เป็นการรักษาตามอาการของผู้ป่วย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ได้รับยารักษาในกลุ่มยา รักษาวัณโรค,ยาปฏิชีวนะ,ยาแก้แพ้แก้คัน และยาระบบทางเดินหายใจทั่วไป ร้อยละ 33.68, 22.11, 12.63 และ 6.58 นอกจากนี้ยังได้รับยาเพื่อรักษาตามอาการที่เจ็บป่วย เช่น ยาแก้ปวดลดไข้,ยาระบบทางเดินอาหาร, วิตามิน, ยาระบาย และยาหยอดหู-ตา เพื่อบรรเทาอาการและลดความเจ็บปวด

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 74.79 รองลงมาเป็นผู้ป่วยได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูง ร้อยละ 15.13 และ ผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ ร้อยละ 10.08

## 2. ลักษณะสภาวะจิตวิญญาณของประชากรที่ศึกษา

### 2.1 ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคเอดส์

พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.10 รองลงมาเป็นผู้ป่วยที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณต่ำ ร้อยละ 28.57 และผู้ป่วยที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณสูง ร้อยละ 19.33

- ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณ (ด้านความผาสุกในการดำเนินชีวิต) อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.78 รองลงมาเป็นผู้ป่วยที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณ (ด้านความผาสุกในการดำเนินชีวิต)ต่ำ ร้อยละ 31.93 และผู้ป่วยที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณ (ด้านความผาสุกในการดำเนินชีวิต) สูง ร้อยละ 14.29

- ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณ (ด้านความผาสุกในความศรัทธาต่อศาสนา) อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.42 รองลงมาเป็นผู้ป่วยที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณ (ด้านความผาสุกในความศรัทธาต่อศาสนา) สูง ร้อยละ 40.34 และผู้ป่วยที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณ(ด้านความผาสุกในความศรัทธาต่อศาสนา)ต่ำ ร้อยละ 9.24

### 2.2 การรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเองของผู้ป่วยโรคเอดส์

พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.14 รองลงมา เป็นผู้ป่วยที่มีการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเองสูง ร้อยละ 37.82 และการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเองต่ำ ร้อยละ 5.04

### 2.3 ความหวังของผู้ป่วยโรคเอดส์

พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความหวัง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.66 รองลงมาเป็นผู้ป่วยที่มีความหวัง อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 31.93 และ ผู้ป่วยมีความหวังอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 8.40

#### 2.4 คุณค่าและความหมายของชีวิต ของผู้ป่วยโรคเอดส์

พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคุณค่าและความหมายของชีวิต อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.06 รองลงมาเป็นผู้ป่วยที่มีคุณค่าและความหมายของชีวิต อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 33.61 และผู้ป่วยมีคุณค่าและความหมายของชีวิต อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 19.33

#### 2.5 สภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคเอดส์

พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีสภาวะจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.26 รองลงมาเป็นผู้ป่วยที่มีสภาวะจิตวิญญาณสูง ร้อยละ 26.05 และผู้ป่วยที่มีสภาวะจิตวิญญาณต่ำ ร้อยละ 22.69

### 3. ปัจจัยส่วนบุคคลกับสภาวะจิตวิญญาณ

#### 3.1 ปัจจัยส่วนบุคคลกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ

พบว่า ผู้ป่วยที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณสูง มีจำนวน 23 คน มีความผาสุกทางจิตวิญญาณปานกลาง จำนวน 62 คน และ มีความผาสุกทางจิตวิญญาณต่ำจำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 19.33, 52.70 และ 28.57 ตามลำดับ ผู้ป่วยที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณสูงเป็นเพศชายร้อยละ 60.9 เพศหญิง ร้อยละ 39.1 ความผาสุกทางจิตวิญญาณปานกลางเป็นเพศชายร้อยละ 69.4 เพศหญิง ร้อยละ 30.9 และความผาสุกทางจิตวิญญาณต่ำเป็นเพศชาย ร้อยละ 73.5 เพศหญิงร้อยละ 26.5 ตามลำดับ

ผู้ป่วยที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณสูง ส่วนใหญ่มีอายุในกลุ่ม 25 – 29 ปี และ 30 – 34 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.1 มีสถานภาพสมรสคือ แยกกันอยู่ ร้อยละ 30.4 ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 43.5 อาชีพก่อนเข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน/ลูกจ้าง ร้อยละ 69.6 ครอบครัวส่วนใหญ่มีรายได้น้อยและมีเงินไม่พอใช้ ครอบครัวที่ทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อ และเห็นใจ ร้อยละ 65.2 ผู้ร่วมงานส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์ ร้อยละ 56.5 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เคยได้รับการรักษาก่อนที่จะมารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ จำนวน 1 – 2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 65.2 ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงปัจจุบัน 1 – 2 ปี ร้อยละ 52.2 ผู้ป่วยที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณสูง ส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง รองลงมามีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง คิดเป็นร้อยละ 73.9 และ 26.1 ตามลำดับ

ผู้ป่วยที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณปานกลาง ส่วนใหญ่มีอายุในกลุ่ม 30 – 34 ปี คิดเป็นร้อยละ 32.3 มีสถานภาพสมรสคือโสด ร้อยละ 41.9 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 50.0 อาชีพก่อนเข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง/ ผู้ใช้แรงงาน/ ลูกจ้าง ร้อยละ 69.4 ครอบครัวยุติว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี และเห็นใจ ร้อยละ 61.3 ผู้ร่วมงานส่วนใหญ่รังเกียจ ไม่คบค้าสมาคมด้วย เมื่อทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อ ร้อยละ 35.5 ผู้ป่วย ส่วนใหญ่เคยได้รับการรักษาก่อนที่จะมาเข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ จำนวน 1 – 2 ครั้ง ร้อยละ 64.5 ผู้ป่วยที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณปานกลาง ส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง รองลงมา มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง (เท่ากับแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ) คิดเป็นร้อยละ 77.4 และ 11.3 ตามลำดับ

ผู้ป่วยที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณต่ำ ส่วนใหญ่มีอายุในกลุ่ม 35 – 39 ปี คิดเป็นร้อยละ 29.4 มีสถานภาพสมรสคือโสด ร้อยละ 38.2 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับ ประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 32.4 อาชีพก่อนเข้ารับการรักษาที่วัดพระบาท น้ำพุ ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง/ ผู้ใช้แรงงาน/ ลูกจ้าง ร้อยละ 70.6 ครอบครัวยุติว่าผู้ป่วยติดเชื้อ เอชไอวี และ เห็นใจ ร้อยละ 70.6 ผู้ร่วมงานส่วนใหญ่รังเกียจ ไม่คบค้าสมาคมด้วย เมื่อทราบว่า ผู้ป่วยติดเชื้อ ร้อยละ 41.2 ผู้ป่วยที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณต่ำส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทาง สังคมปานกลาง รองลงมา มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง (เท่ากับแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ) คิด เป็นร้อยละ 70.6 และ 14.7 ตามลำดับ

### 3.2 ปัจจัยส่วนบุคคลกับการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเอง

พบว่า ผู้ป่วยมี การรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเองสูง จำนวน 45 คน การรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเองปานกลาง จำนวน 68 คน และมีการรับรู้สภาวะจิต วิญญาณในตนเองต่ำ จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 37.82, 57.14 และ 5.04 ตามลำดับ ผู้ป่วยที่ มีการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเองสูงเป็นเพศชายร้อยละ 68.9 เพศหญิง ร้อยละ 31.1 การรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเองปานกลาง เป็นเพศชายร้อยละ 77.9 เพศหญิง ร้อยละ 22.1 และ การรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเองต่ำ เป็นเพศชายทั้งหมด

ผู้ป่วยที่มีการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเองสูง ส่วนใหญ่มีอายุใน กลุ่มอายุ 30 – 34 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.3 มีสถานภาพสมรสคือโสด ร้อยละ 31.1 ระดับการศึกษา ประถมศึกษา ร้อยละ 42.2 อาชีพก่อนเข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ ส่วนใหญ่มีอาชีพ รับจ้าง/ ผู้ใช้แรงงาน/ ลูกจ้าง ร้อยละ 68.9 ครอบครัวยุติว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและเห็นใจ ร้อย



ละ 62.2 ผู้ร่วมงานส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์ ร้อยละ 42. ผู้ป่วยที่มีการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเองสูง ส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง รองลงมา มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง คิดเป็นร้อยละ 73.3 และ 20.0 ตามลำดับ

ผู้ป่วยที่มีการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเองปานกลาง ส่วนใหญ่มีอายุในกลุ่ม 35 - 39 ปี คิดเป็นร้อยละ 29.4 มีสถานภาพสมรสคือโสด ร้อยละ 39.7 มีการศึกษาระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 44.1 อาชีพก่อนเข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน/ลูกจ้าง ร้อยละ 69.1 ครอบครัวทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์และเห็นใจ ร้อยละ 67.6 ผู้ร่วมงานส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์ ร้อยละ 39.7 ผู้ป่วยที่มีการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเองปานกลาง ส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง รองลงมา มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ คิดเป็นร้อยละ 75.0 และ 13.2 ตามลำดับ

ผู้ป่วยที่มีการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเองต่ำ ส่วนใหญ่มีอายุในกลุ่ม 25 - 29 ปี หรือ 30 - 34 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.3 มีสถานภาพสมรสคือโสด ร้อยละ 66.7 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 50.0 อาชีพก่อนเข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน/ลูกจ้าง ร้อยละ 83.3 ครอบครัวทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์และเห็นใจ เท่ากับ ครอบครัวรังเกียจ ไม่ดูแล ร้อยละ 50.0 ผู้ร่วมงานส่วนใหญ่เห็นใจไม่รังเกียจดูแลและให้กำลังใจ เมื่อทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อ ร้อยละ 50.0 ผู้ป่วยที่มีการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเองต่ำส่วนใหญ่ มีแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง รองลงมา มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง คิดเป็นร้อยละ 83.3 และ 16.7 ตามลำดับ

### 3.3 ปัจจัยส่วนบุคคลกับความหวัง

พบว่า ผู้ป่วยที่มีความหวังสูง มีจำนวน 38 คน มีความหวังปานกลาง จำนวน 71 คน และ มีความหวังต่ำจำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 31.93, 59.66 และ 8.40 ตามลำดับ ผู้ป่วยที่มีความหวังสูงเป็นเพศชายร้อยละ 52.6 เพศหญิง ร้อยละ 47.4 ความหวังปานกลางเป็นเพศชายร้อยละ 77.5 เพศหญิง ร้อยละ 22.5 และความหวังต่ำเป็นเพศชาย ร้อยละ 70.0 เพศหญิงร้อยละ 30.0 ตามลำดับ

ผู้ป่วยที่มีความหวังสูง ส่วนใหญ่มีอายุในกลุ่ม 30 - 34 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.6 มีสถานภาพสมรสคือโสด ร้อยละ 39.5 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 47.4 อาชีพก่อนเข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน/ลูกจ้าง ร้อยละ 65.8

ครอบครัวทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์และเห็นใจ ร้อยละ 63.2 ผู้ร่วมงานส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์ ร้อยละ 47.4 ผู้ป่วยที่มีความหวังสูง ส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง รองลงมา มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง คิดเป็นร้อยละ 68.4 และ 26.3 ตามลำดับ

ผู้ป่วยที่มีความหวังปานกลาง ส่วนใหญ่มีอายุในกลุ่ม 35 – 39 ปี คิดเป็นร้อยละ 29.6 มีสถานภาพสมรสคือโสด ร้อยละ 36.6 มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือมัธยมศึกษา ตอนต้นเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 38.0 อาชีพก่อนเข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน/ลูกจ้าง ร้อยละ 71.8 ครอบครัวทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์และเห็นใจ ร้อยละ 67.6 ผู้ร่วมงานส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์ ร้อยละ 38.0 ผู้ป่วยที่มีความหวังปานกลาง ส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง รองลงมา มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ คิดเป็นร้อยละ 74.6 และ 14.1 ตามลำดับ

ผู้ป่วยที่มีความหวังต่ำ ส่วนใหญ่มีอายุในกลุ่มอายุ 30 – 34 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.0 มีสถานภาพสมรสคือโสด ร้อยละ 40.0 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60.0 อาชีพก่อนเข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน/ลูกจ้าง ร้อยละ 70.0 ครอบครัวทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์และเห็นใจ ร้อยละ 50.0 ผู้ร่วมงานส่วนใหญ่รังเกียจ ไม่คบค้าสมาคมด้วย เมื่อทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์ ร้อยละ 50.0 ผู้ป่วยที่มีความหวังต่ำทั้งหมดมีแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง

### 3.4 ปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณค่าและความหมายของชีวิต

พบว่า ผู้ป่วยที่มีคุณค่าและ ความหมายของชีวิตสูง มีจำนวน 40 คน มีคุณค่าและความหมายของชีวิตปานกลาง จำนวน 56 คน และมีคุณค่าและความหมายของชีวิตต่ำ จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 33.61, 47.06 และ 19.33 ตามลำดับ ผู้ป่วยที่มีคุณค่าและความหมายของชีวิตสูง เป็นเพศชายร้อยละ 57.5 เพศหญิง ร้อยละ 42.5 คุณค่าและความหมายของชีวิตปานกลางเป็นเพศชายร้อยละ 69.6 เพศหญิง ร้อยละ 30.4 และ คุณค่าและความหมายของชีวิตต่ำเป็นเพศชาย ร้อยละ 87.0 เพศหญิงร้อยละ 13.0 ตามลำดับ

ผู้ป่วยที่มีคุณค่าและความหมายของชีวิตสูง ส่วนใหญ่มีอายุในกลุ่ม 30 – 34 ปี คิดเป็นร้อยละ 25.0 มีสถานภาพสมรสคือแยกกันอยู่ ร้อยละ 35.0 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 50.0 อาชีพก่อนเข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน/ลูกจ้าง ร้อยละ 72.5 ครอบครัวทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์และเห็นใจไม่รังเกียจ ร้อยละ 62.5

ผู้ร่วมงานส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 37.5 ผู้ป่วยที่มีคุณค่าและความหมายของชีวิตสูง ส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง รองลงมา มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง คิดเป็นร้อยละ 67.5 และ 25.0 ตามลำดับ

ผู้ป่วยที่มีคุณค่าและความหมายของชีวิตปานกลาง ส่วนใหญ่มีอายุในกลุ่ม 35 – 39 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.4 มีสถานภาพสมรสคือโสด ร้อยละ 37.5 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 42.9 อาชีพก่อนเข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน/ลูกจ้าง ร้อยละ 73.2 ครอบครัวทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและเห็นใจไม่รังเกียจ ร้อยละ 64.3 ผู้ร่วมงานส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อ ร้อยละ 41.1 ผู้ป่วยที่มีคุณค่าและความหมายของชีวิตปานกลาง ส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง รองลงมา มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ คิดเป็นร้อยละ 83.9 และ 8.9 ตามลำดับ

ผู้ป่วยที่มีคุณค่าและความหมายของชีวิตต่ำ ส่วนใหญ่มีอายุในกลุ่ม 30 – 34 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.4 มีสถานภาพสมรสคือโสด ร้อยละ 52.2 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 30.4 อาชีพก่อนเข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน/ลูกจ้าง ร้อยละ 56.5 ครอบครัวทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี และเห็นใจไม่รังเกียจ ร้อยละ 69.6 ผู้ร่วมงานส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อ หรือรังเกียจไม่คบค้าสมาคมด้วย เมื่อทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 39.1 ผู้ป่วยที่มีคุณค่าและความหมายของชีวิตต่ำส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง รองลงมา มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง (เท่ากับแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ) คิดเป็นร้อยละ 65.2 และ 17.4 ตามลำดับ

### 3.5 ปัจจัยส่วนบุคคลกับสภาวะจิตวิญญาณ

พบว่า ผู้ป่วยที่มีสภาวะจิตวิญญาณสูง มีจำนวน 31 คน มีสภาวะจิตวิญญาณปานกลาง จำนวน 61 คน และมีสภาวะจิตวิญญาณต่ำจำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 26.05, 52.26 และ 22.69 ตามลำดับ ผู้ป่วยที่มีสภาวะจิตวิญญาณสูงเป็นเพศชายร้อยละ 48.4 เพศหญิง ร้อยละ 51.6 สภาวะจิตวิญญาณปานกลางเป็นเพศชายร้อยละ 70.5 เพศหญิง ร้อยละ 29.5 และสภาวะจิตวิญญาณต่ำเป็นเพศชาย ร้อยละ 88.9 เพศหญิงร้อยละ 11.1 ตามลำดับ

ผู้ป่วยที่มีสภาวะจิตวิญญาณสูง ส่วนใหญ่มีอายุในกลุ่ม 25 – 29 ปี คิดเป็นร้อยละ 29.0 มีสถานภาพสมรสคือโสด ร้อยละ 29.0 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 54.8

อาชีพก่อนเข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน/ลูกจ้าง ร้อยละ 67.7 ครอบครัวทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์และเห็นใจไม่รังเกียจ ร้อยละ 67.7 ผู้ร่วมงานส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์ ร้อยละ 45.2 ผู้ป่วยที่มีสภาวะจิตวิญญานสูง ส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง รองลงมามีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง คิดเป็นร้อยละ 71.0 และ 25.8 ตามลำดับ

ผู้ป่วยที่มีสภาวะจิตวิญญานปานกลาง ส่วนใหญ่มีอายุในกลุ่ม 30 – 34 ปี คิดเป็นร้อยละ 32.8 มีสถานภาพสมรสคือโสด ร้อยละ 37.7 มีการศึกษาระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 41.0 อาชีพก่อนเข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน/ลูกจ้าง ร้อยละ 72.1 ครอบครัวทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์และเห็นใจไม่รังเกียจ ร้อยละ 62.3 ผู้ร่วมงานส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อ ร้อยละ 36.1 ผู้ป่วยที่มีสภาวะจิตวิญญานปานกลาง ส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง รองลงมามีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง คิดเป็นร้อยละ 75.4 และ 13.1 ตามลำดับ

ผู้ป่วยที่มีสภาวะจิตวิญญานต่ำส่วนใหญ่มีอายุในกลุ่ม 25 – 29 ปี หรือ 35 – 39 ปี คิดเป็น ร้อยละ 29.6 มีสถานภาพสมรสคือโสด ร้อยละ 48.1 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 33.3 อาชีพก่อนเข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน/ลูกจ้าง ร้อยละ 66.7 ครอบครัวทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์และเห็นใจไม่รังเกียจ ร้อยละ 66.7 ผู้ร่วมงานไม่ทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อหรือ รังเกียจไม่คบค้าสมาคมด้วย เมื่อทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อ ร้อยละ 40.7 ผู้ป่วยที่มีสภาวะจิตวิญญานต่ำส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง รองลงมามีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ คิดเป็นร้อยละ 77.8 และ 14.8 ตามลำดับ

#### 4. ปัจจัยที่มีผลต่อสภาวะจิตวิญญานของผู้ป่วยโรคเอดส์

##### 4.1 ปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุกทางจิตวิญญานของผู้ป่วยโรคเอดส์

- ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความผาสุกทางจิตวิญญาน ด้วยสถิติ Chi-square พบว่า การวินิจฉัยโรคมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P < .01$

- ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความผาสุกทางจิตวิญญาน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวน (Analysis of Variance : ANOVA) พบว่า ระดับการศึกษา มี

คะแนนเฉลี่ยของความผาสุกทางจิตวิญญาณ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กล่าวคือ ผู้ป่วยที่ไม่ได้เรียน หรือมีระดับการศึกษาต่ำ จะมีคะแนนเฉลี่ยของความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Spiritual Well-Being) สูงกว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูง

- ทำการทดสอบเพิ่มเติมเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย โดยการเปรียบเทียบเชิงซ้อน (Post Hoc Multiple Comparison) ด้วยวิธี Fisher's Least - Significant Different (LSD) ซึ่งให้ทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ย ของปัจจัยตั้งแต่ 2 กลุ่มขึ้นไป พบว่า คะแนนเฉลี่ยความผาสุกทางจิตวิญญาณของกลุ่มผู้ป่วยระดับปริญญาตรี กับ กลุ่มไม่ได้เรียนประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./ปวส. แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ค่าคะแนนเฉลี่ยความผาสุกทางจิตวิญญาณของกลุ่มไม่ได้เรียน กับกลุ่มอื่นๆ ยกเว้น ปริญญาตรีพบว่า ไม่แตกต่างกัน ค่าคะแนนเฉลี่ยความผาสุกทางจิตวิญญาณของกลุ่มประถมศึกษา กับกลุ่มอื่นๆ ยกเว้น ปริญญาตรีพบว่า ไม่แตกต่างกัน ค่าคะแนนเฉลี่ยความผาสุกทางจิตวิญญาณของกลุ่มมัธยมศึกษาตอนต้นกับกลุ่มอื่นๆ ยกเว้น ปริญญาตรี พบว่าไม่แตกต่างกัน และค่าคะแนนเฉลี่ยความผาสุกทางจิตวิญญาณของกลุ่มมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./ปวส. กับกลุ่มอื่นๆ ยกเว้น ปริญญาตรี พบว่าไม่แตกต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

- หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ระหว่าง ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และ แรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณ มีความสัมพันธ์กันเชิงบวก กับ แรงสนับสนุนทางสังคม ในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ ผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูง จะมีความผาสุกทางจิตวิญญาณสูง และในทางกลับกัน ผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ จะมีความผาสุกทางจิตวิญญาณต่ำเช่นกัน

- วิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Regression Analysis) โดยการนำปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการวิเคราะห์ค่าสถิติ Chi-square ค่าความแปรปรวน (Analysis of Variance : ANOVA) และการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficient) เพื่อทดสอบปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณ ผลการวิเคราะห์ พบว่า ตัวแปรที่สามารถเป็นตัวทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณได้ คือ แรงสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายได้ ร้อยละ 14.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

#### 4.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเองของผู้ป่วยโรคเอดส์

- ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับ การรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเอง ด้วยสถิติ Chi-square พบว่า เพศและประวัติการเข้ารับการรับการรักษาในหอผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P < .01$  และ  $P < .05$  ตามลำดับ

- ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับ การรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเอง โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวน (Analysis of Variance : ANOVA) พบว่า เพศชาย และเพศหญิง มีคะแนนเฉลี่ยของ การรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กล่าวคือ ผู้ป่วยเพศหญิงมีการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเองสูงกว่า ผู้ป่วยเพศชาย

- วิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Regression Analysis) โดยการนำปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการวิเคราะห์ค่าสถิติ Chi-square ค่าความแปรปรวน (Analysis of Variance : ANOVA) เพื่อทดสอบปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเอง ผลการวิเคราะห์ พบว่า ตัวแปรที่สามารถเป็นตัวทำนายการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเองได้ คือ เพศ สามารถทำนายได้ ร้อยละ 10.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

#### 4.3 ปัจจัยที่มีผลต่อความหวังของผู้ป่วยโรคเอดส์

- ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความหวัง ด้วยสถิติ Chi-square พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับความหวัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P < .05$

- ทดสอบความสัมพันธ์ ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคลกับความหวัง โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวน (Analysis of Variance : ANOVA) พบว่า เพศชาย และ เพศหญิง มีคะแนนเฉลี่ยของความหวังแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 กล่าวคือ ผู้ป่วยเพศหญิงมีระดับความหวังสูงกว่า ผู้ป่วยเพศชาย

- หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เปียร์สัน ระหว่าง ความหวัง และ แรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า ความหวังมีความสัมพันธ์กันเชิงบวก กับ แรงสนับสนุนทางสังคม ในระดับต่ำ

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 คือ ผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูง จะมีความหวังสูง และในทางกลับกัน ผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ จะมีความหวังต่ำเช่นกัน

- วิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอ (Stepwise Regression Analysis) โดยการนำปัจจัยที่มีผลต่อความหวัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการวิเคราะห์ค่าสถิติ Chi-square ค่าความแปรปรวน (Analysis of Variance : ANOVA) และการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficient) เพื่อทดสอบปัจจัยที่มีผลต่อความหวัง ผลการวิเคราะห์เมื่อนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความหวัง จำนวน 2 ตัวแปร ได้แก่ เพศ และแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า ตัวแปรทั้งสอง สามารถเป็นตัวทำนายความหวังได้ โดยแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายได้ ร้อยละ 7.6 และเมื่อเพิ่มตัวแปรเพศ สามารถทำนายได้ ร้อยละ 11.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 และ .05 ตามลำดับ

#### 4.4 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณค่าและความหมายของชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์

- ทดสอบความสัมพันธ์ ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล กับ คุณค่าและความหมายของชีวิต ด้วยสถิติ Chi-square พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับคุณค่าและความหมายของชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P < .05$

- ทดสอบความสัมพันธ์ ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล กับ คุณค่าและความหมายของชีวิต โดยการวิเคราะห์ ความแปรปรวน (Analysis of Variance : ANOVA) พบว่า เพศชาย และ เพศหญิง มีคะแนนเฉลี่ยของ คุณค่าและความหมายของชีวิต แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 กล่าวคือ ผู้ป่วยเพศหญิงมีระดับคุณค่าและความหมายของชีวิตสูงกว่า ผู้ป่วยเพศชาย

- วิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอ (Stepwise Regression Analysis) โดยการนำปัจจัยที่มีผลต่อคุณค่าและความหมายของชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการวิเคราะห์ค่าสถิติ Chi-square ค่าความแปรปรวน (Analysis of Variance : ANOVA) เพื่อทดสอบปัจจัยที่มีผลต่อคุณค่าและความหมายของชีวิต ผลการวิเคราะห์ เมื่อนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับคุณค่าและความหมายของชีวิต จำนวน 1 ตัวแปร คือ เพศ พบว่าเป็นตัวทำนายคุณค่าและความหมายของชีวิตได้ ร้อยละ 6.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01

#### 4.5 ปัจจัยที่มีผลต่อสภาวะจิตวิญญาณรวมของผู้ป่วยโรคเอดส์

- ทดสอบความสัมพันธ์ ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล กับ สภาวะจิตวิญญาณ ด้วย สถิติ Chi-square พบว่า เพศและการวินิจฉัยโรคมี่ความสัมพันธ์กับสภาวะจิตวิญญาณ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P < .01$  และ  $P < .05$  ตามลำดับ

- ทดสอบความสัมพันธ์ ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล กับ สภาวะจิตวิญญาณ โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวน (Analysis of Variance : ANOVA) พบว่า ปัจจัยเกี่ยวกับเพศ, ระดับการศึกษา และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีคะแนนเฉลี่ยของสภาวะจิตวิญญาณ ที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01, .05 และ .05 ตามลำดับ โดยพบว่า ผู้ป่วยเพศหญิงมีค่าเฉลี่ยสภาวะจิตวิญญาณสูงกว่าผู้ป่วยเพศชาย, ผู้ป่วยที่ไม่ได้เรียน หรือ มีระดับการศึกษาน้อย จะมีค่าเฉลี่ยสภาวะจิตวิญญาณสูงกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูง และ ผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูง จะมีสภาวะจิตวิญญาณสูงกว่า ผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ

- ทดสอบเพิ่มเติมเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยโดยการเปรียบเทียบเชิงซ้อน (Post Hoc Multiple Comparison) ด้วยวิธี Fisher's Least -Significant Different (LSD) ซึ่งให้ทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ย ของปัจจัยตั้งแต่ 2 กลุ่มขึ้นไป พบว่า คะแนนเฉลี่ยสภาวะจิตวิญญาณของกลุ่มผู้ป่วยระดับปริญญาตรี กับ กลุ่มไม่ได้เรียนประถมศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ค่าคะแนนเฉลี่ยสภาวะจิตวิญญาณของกลุ่มไม่ได้เรียน กับกลุ่มอื่นๆ ยกเว้น ปริญญาตรีพบว่า ไม่แตกต่างกัน ค่าคะแนนเฉลี่ยสภาวะจิตวิญญาณของกลุ่มประถมศึกษา กับกลุ่มอื่นๆ ยกเว้น ปริญญาตรีพบว่า ไม่แตกต่างกัน ค่าคะแนนเฉลี่ยสภาวะจิตวิญญาณของกลุ่มมัธยมศึกษาตอนต้นกับกลุ่มอื่นๆ ยกเว้น ปริญญาตรี พบว่าไม่แตกต่างกัน และค่าคะแนนเฉลี่ยสภาวะจิตวิญญาณของกลุ่มมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./ปวส. กับกลุ่มอื่นๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

- คะแนนเฉลี่ยสภาวะจิตวิญญาณ ของกลุ่มผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง และแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลางไม่แตกต่างกัน คะแนนเฉลี่ยสภาวะจิตวิญญาณของกลุ่มผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลางและแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำไม่แตกต่างกัน ส่วนคะแนนเฉลี่ยสภาวะจิตวิญญาณของกลุ่มผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูงและแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05



- หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ระหว่าง สภาวะจิตวิญญาณ และ แรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า สภาวะจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์กันเชิงบวก กับ แรงสนับสนุนทางสังคม ในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 คือ ผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูง จะมีสภาวะจิตวิญญาณสูง และในทางกลับกัน ผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ จะมีสภาวะจิตวิญญาณต่ำเช่นกัน

- วิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Regression Analysis) โดยการนำปัจจัยที่มีผลต่อสภาวะจิตวิญญาณ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการวิเคราะห์ค่าสถิติ Chi-square ค่าความแปรปรวน (Analysis of Variance : ANOVA) และการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) เพื่อทดสอบปัจจัยที่มีผลต่อสภาวะจิตวิญญาณ ผลการวิเคราะห์ เมื่อนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะจิตวิญญาณ จำนวน 4 ตัวแปร ได้แก่ เพศ การวินิจฉัยโรค ระดับการศึกษา และแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า มีตัวแปรเพียง 2 ตัวแปร ที่สามารถเป็นตัวทำนายสภาวะจิตวิญญาณได้ คือ เพศ สามารถทำนายสภาวะจิตวิญญาณได้ ร้อยละ 7.5 เมื่อเพิ่มตัวแปรแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า สามารถทำนายได้ ร้อยละ 12.4 ดังนั้น ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายสภาวะจิตวิญญาณได้ คือ เพศ และ แรงสนับสนุนทางสังคม ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 และ .05 ตามลำดับ

##### 5. ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของสภาวะจิตวิญญาณ

หาค่า สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ระหว่าง องค์ประกอบของสภาวะจิตวิญญาณ พบว่า องค์ประกอบของสภาวะจิตวิญญาณ ในแต่ละองค์ประกอบ มีความสัมพันธ์กันเชิงบวกในทุกองค์ประกอบ คือ ความผาสุกทางจิตวิญญาณ มีความสัมพันธ์กันเชิงบวก กับ การรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเอง, ความหวัง และ คุณค่าและความหมายของชีวิต ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 คือ ผู้ป่วยที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณสูง จะมีการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเอง, ความหวัง และ คุณค่าและความหมายของชีวิตสูง เช่นกัน

การรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเอง มีความสัมพันธ์กันเชิงบวก กับ ความหวัง และ คุณค่าและความหมายของชีวิต ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 คือ ผู้ป่วยที่มีการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเองสูง จะมีความหวัง และ คุณค่าและความหมายของชีวิตสูง

ความหวัง มีความสัมพันธ์เชิงบวก กับ คุณค่าและความหมายของชีวิต ในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 คือ ผู้ป่วยที่มีความหวังสูงจะมีคุณค่าและความหมายของชีวิตสูง

## อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาลักษณะสภาวะจิตวิญญาณและปัจจัยที่มีผลต่อสภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคเอดส์ สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

### 1. ลักษณะประชากรที่ศึกษา

ปัจจัยด้านเพศ กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 68.91 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 31.09 มีค่าใกล้เคียงกับลักษณะของผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย<sup>(1)</sup> ซึ่งพบว่าเป็นเพศชาย ร้อยละ 74 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 26 กลุ่มอายุที่พบมากเป็นกลุ่มวัยทำงานที่มีอายุระหว่าง 25 – 39 ปี พบว่า กลุ่มอายุ 30 – 34 ปี มีผู้ป่วยสูงสุด ร้อยละ 26.89 รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 35 – 39 ปี ร้อยละ 25.21 และกลุ่มอายุ 25 – 29 ปี ร้อยละ 21.85 สอดคล้องกับ กลุ่มอายุของผู้ป่วยโรคเอดส์ ในประเทศไทย คือ พบกลุ่มอายุ 25 – 29 ปี สูงสุด ร้อยละ 27.05 รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 30 – 34 ปี ร้อยละ 25.20 และกลุ่มอายุ 35 – 39 ปี ร้อยละ 15.38 ซึ่งอยู่ในช่วงวัยทำงานเช่นเดียวกัน อาชีพ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง มากที่สุด ร้อยละ 69.75 สอดคล้องกับอาชีพของผู้ป่วยโรคเอดส์ในประเทศไทย คือ ประกอบอาชีพรับจ้าง มากที่สุด ร้อยละ 44.3 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับเชื้อโรคเอดส์ จากการมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 85.71 ใกล้เคียงกับ การได้รับเชื้อโรคเอดส์ของผู้ป่วยในประเทศไทย คือ ร้อยละ 83.75 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาและมีรายได้น้อย มีสถานภาพสมรสโสด และ แยกกันอยู่มากที่สุด ร้อยละ 37.82 และ 24.37 ตามลำดับ

อาการเจ็บป่วย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการเจ็บป่วยที่รุนแรง เคยเข้ารับการรักษาจากโรคติดเชื้ออวัยวะต่าง ๆ ทั้งก่อนและหลังมาอยู่ที่วัด ร้อยละ 94.96 และ 90.75 พบโรคติดเชื้ออวัยวะมากที่สุด คือ โรควัณโรค (Mycobacterium tuberculosis) ถึงร้อยละ 49.85 สอดคล้องกับลักษณะผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย คือ โรควัณโรค เป็นโรคติดเชื้ออวัยวะที่พบมากที่สุดคือ ร้อยละ 25.1 และการศึกษาของ ไชยวัฒน์ อึ้งเศรษฐพันธ์ และ เกียรติ รักษาธรรม<sup>(96)</sup> พบว่า ผู้ป่วยโรคเอดส์มีอัตราการป่วยเป็นวัณโรค ร้อยละ 30 – 50 ลำดับที่ 2 โรคที่พบ

รองลงมาคือ ภาวะขาดสารอาหารรุนแรงจากโรคเอดส์ (AIDS Wasting Syndrome) พบ ร้อยละ 30.25 สอดคล้องกับการศึกษาของ ยงค์ วงศ์รุ่งเรือง<sup>(20)</sup> พบว่า ผู้ป่วยโรคเอดส์ มีโอกาสเกิด ภาวะขาดสารอาหารรุนแรงได้ ร้อยละ 36.20 ลำดับที่ 3 คือ โรคปอดบวมจากเชื้อ Pneumocystic Carinii พบร้อยละ 12.3 ใกล้เคียงกับผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย คือ พบร้อยละ 18.3

การยอมรับจากครอบครัวและผู้ร่วมงาน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ครอบครัวยอมรับ และให้ความเห็นใจ ร้อยละ 71.96 แต่ยังมีผู้ป่วยถึง 1 ใน 3 ที่ถูกครอบครัวปฏิเสธและรังเกียจ ไม่ให้การดูแลช่วยเหลือ สำหรับผู้ร่วมงาน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ถูกผู้ร่วมงานรังเกียจ ไม่คบค้าสมาคมด้วย สอดคล้องผลการวิจัยของ บาร์โรโซ (Barroso)<sup>(65)</sup> พบว่า ผู้ป่วยโรคเอดส์ ถูกปฏิเสธจากครอบครัวและสังคม นันส์ (Nunes)<sup>(67)</sup> และ ฮอดจ์ (Hodge)<sup>(67)</sup> พบว่า ผู้ป่วยโรคเอดส์ยังเป็นโรคที่ถูกสังคมรังเกียจ ถึงแม้ว่าจะมีบางครอบครัวหรือบางสังคมให้การยอมรับและช่วยเหลือผู้ที่ติดเชื้อเอดส์ ในประเทศไทย ปรานีต ส่งวัฒนา<sup>(98)</sup> ศึกษาการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยเอดส์ในภาคใต้ของประเทศไทย พบว่า โรคเอดส์มีลักษณะที่สำคัญ คือ เป็นโรคติดต่อ รักษาไม่หาย และถูกสังคมรังเกียจ ร้อยละ 87 ยังรู้สึกว่าเป็นโรคที่น่ารังเกียจ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความหวาดกลัวต่อโรคเอดส์ จากสภาพร่างกายของผู้ป่วย ที่มีการติดเชื้อโรคฉวยโอกาสในทุกระบบ ทำให้มีสภาพร่างกายที่ซูบผอม ผิวหนังมีร่องรอยของโรค อาการ ไอ จาม และสภาพจิตใจที่หดหู่ รวมทั้งโรคเอดส์เป็นโรคติดต่อ ยังไม่สามารถรักษาให้หายได้ ทำให้หลายคนรังเกียจและหวาดกลัวผู้ป่วยโรคเอดส์ ซึ่งการที่สังคมรังเกียจเป็นสาเหตุสำคัญที่สุด ที่ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจมาอยู่ที่วัดพระบาทน้ำพุ ถึงร้อยละ 27.57

การได้รับการดูแลก่อนมาอยู่ที่วัดพระบาทน้ำพุ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับญาติพี่น้อง และได้รับการดูแลจากญาติพี่น้องมากที่สุด ร้อยละ 30.25 สอดคล้องกับงานวิจัยของ วิลเลียม (William)<sup>(99)</sup> ที่พบว่าผู้ป่วยโรคเอดส์ได้รับการดูแลจากพี่น้อง มากที่สุด และงานวิจัยของ ปรานีต ส่งวัฒนา ก็พบว่า บุคคลที่คอยให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเอดส์ในระยะสุดท้าย คือ ครอบครัวและญาติพี่น้อง อาจเนื่องมาจาก ผู้ป่วยโรคเอดส์ส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน มีสถานภาพโสดและแยกกันอยู่มากที่สุด เมื่อเจ็บป่วยระยะสุดท้ายจึงไม่มีคู่สมรสดูแล ไม่สามารถประกอบอาชีพและช่วยเหลือตนเองได้ ที่พึ่งสุดท้ายจึงเป็นญาติพี่น้อง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยถึง ร้อยละ 25.21 ขาดผู้ดูแลช่วยเหลือ จึงเป็นสาเหตุรองที่ทำให้ผู้ป่วยมาอยู่ที่วัดพระบาทน้ำพุ ร้อยละ 22.55

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนในระดับปานกลาง สอดคล้องกับงานวิจัยของ เกรย์ และ คาร์สัน (Gray and Carson) <sup>(79)</sup> ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคเอดส์ จะได้รับการดูแลช่วยเหลือในระดับปานกลาง งานวิจัยของนันส์ (Nunes et. al.) <sup>(67)</sup> ก็พบว่า ผู้ป่วยโรคเอดส์ส่วนใหญ่ได้รับการดูแลในระดับปานกลาง มีเพียงร้อยละ 22 ที่ได้รับการดูแลที่ดีจากครอบครัว งานวิจัย ของ ฮัทสัน และ คณะ (Hudson et. al.) <sup>(100)</sup> พบว่า ผู้ป่วยโรคเอดส์มีเพียง ร้อยละ 15 ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูง และงานวิจัยของ เพสและสเตเบิล (Pace and Stable) <sup>(69)</sup> พบว่า ผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะสุดท้ายจะได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อยกว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายโรคอื่นๆ เช่น โรคมะเร็ง, โรคหัวใจ, โรคไต, โรคปอด และยังพบว่า ผู้ป่วยโรคเอดส์ มีระดับความโดดเดี่ยวสูงกว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายโรคอื่น

ผู้ป่วยโรคเอดส์ได้รับผลกระทบจากการถูกสังคมรังเกียจ, ไม่มีใครดูแล ทำให้ผู้ป่วยต้องแยกตัวออกจากสังคมเดิม ขาดการช่วยเหลือจากครอบครัว ขาดกำลังใจ ขาดความเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและสังคม รู้สึกไร้ค่า <sup>(5) (101)</sup> โรคเอดส์เป็นโรคที่ได้รับความเข้าใจ ความเห็นใจ น้อยกว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายโรคอื่น จากภาพลักษณ์เดิมที่มองว่าโรคเอดส์ เป็นโรคที่เกิดจากการมีประพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ถูกต้อง หรือ เป็นผู้ใช้สารเสพติด ไม่ดูแลตนเอง ในทางตรงข้ามผู้ป่วยระยะสุดท้ายอื่นๆ เช่น โรคมะเร็ง จะได้รับความเข้าใจและความเห็นใจจาก ครอบครัว และสังคมมากกว่า นอกจากนี้ โรคเอดส์ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว และผู้ร่วมงาน ทำให้ครอบครัวถูกสังคมรังเกียจ ซึ่งเป็นเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยมาอยู่ที่วัดพระบาทน้ำพุ ร้อยละ 16.83 จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่เข้ารับการรักษา ณ วัดพระบาทน้ำพุ ผู้ป่วยได้รับผลกระทบมากมาย

“ เขารังเกียจครอบครัวผม... ไม่ได้มองว่าผมเป็นเอดส์เพียงคนเดียว แต่มองทั้งครอบครัวว่าเป็นโรคเอดส์ แม่ผมขายอาหารไม่ได้ ต้องหยุดขาย ทั้งๆ ที่ผมไม่ได้ไปช่วยทำอะไรเลย แต่พวกเขาก็ไม่มาซื้อ ปกติแม่ผมจะขายอาหารดีมาก พอเป็นอย่างนี้ เลยต้องหยุดขาย ผมส่งสารแม่ ส่งสารครอบครัว เลยขอมาอยู่ที่วัดพระบาทน้ำพุ “

“ ผมไม่กล้ากินข้าวกับพี่น้อง กลัวเขากินไม่อร่อย อาหารดีๆ น่ากิน ถ้าผมกินด้วยเดี๋ยวเขาจะกินไม่อร่อย ผมคิดของผมเอง เพราะในปากมีแต่เชื้อรา เอดส์มันเป็นภาระของผู้อื่น เจ็บปวดทรมานยาวนาน มันไม่ตายทันที ผมอยากตายโดยไม่ต้องเจ็บปวด “

“ หนูติดเอดส์จากสามี เอดส์ทำลายครอบครัว ทำลายอนาคต ทำให้หนูตกต่ำสังคมรังเกียจ ต้องมานอนรอความตายที่วัดพระบาทน้ำพุ “

“ กอดฉัน และคิดเสมอว่าจะอยู่กับใคร อยู่อย่างไร ไม่ให้เขารังเกียจขยะแขยง เวลาเจ็บป่วยใครจะดูแล จะเอาเงินที่ไหนมารักษาตัว เป็นช่วงที่แย่มากที่สุดในชีวิตก่อนที่จะมาอยู่ที่นี่ “

ความรู้สึกเหล่านี้ เป็นคำบอกเล่าถึงประสบการณ์ที่ผู้ป่วยได้รับเกี่ยวกับผลกระทบที่มีต่อตนเองและครอบครัว

เมื่อผู้ป่วยมาอยู่ที่วัดพระบาทน้ำพุ ผู้ป่วยหลายคนยังคิดถึงครอบครัวและบุคคลอันเป็นที่รัก ได้แก่ ลูก , พ่อ – แม่ และคู่ชีวิต มีความหวังว่าจะได้รับการดูแลรักษาช่วยเหลือ, มีที่พักพิงระยะสุดท้ายของชีวิต และได้ตายอย่างสงบ

“ ผมคิดถึงพ่อแม่ อยากกลับไปอยู่ด้วย อยากดูแลเขา เพราะเขาแก่แล้ว จะได้ตอบแทนบุญคุณที่เขาเลี้ยงผมมา แต่ก็ไปไม่ได้ เพราะไม่แข็งแรง ผื่นก็เต็มตัว “

“ หนูคิดถึงลูกมาก เป็นห่วง อยากเลี้ยงลูก อยากแข็งแรง จะได้ออกไปหาเงินให้ลูก หนูไม่คิดว่าจะอยู่ที่นี้ตลอดไป พอผื่นและตุ่มตามตัวหาย ก็จะไปขายของ มีผื่น ขายของไม่ได้ ไม่มีใครซื้อ “

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากวัดพระบาทน้ำพุพบว่า วัดพระบาทน้ำพุ<sup>(102)</sup> <sup>(103)</sup> คือบ้านพักผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้าย (Hospice) ใช้วิถีทางพุทธที่เน้นหลักของเมตตาธรรมและมนุษยธรรม ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย, จิตใจ, สังคมและจิตวิญญาณ โดยไม่เรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล หรือค่าใช้จ่ายใดๆ จากญาติของผู้ป่วย มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยโรคเอดส์เกิดความสงบสุขทางจิตวิญญาณ ก่อนที่จะจากโลกนี้ไปด้วยการนำหลักศาสนามาเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ แนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติศาสนกิจ สวดมนต์ ไหว้พระ ฟังธรรมและร่วมทำบุญในวันสำคัญทางศาสนาเพื่อให้ผู้ป่วยมีที่พึ่งทางใจและมีหลักในการใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีคุณค่า มีความหมาย

แนวทางการดูแลผู้ป่วยอีกประการหนึ่งคือ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน และสนับสนุนความสามารถของผู้ป่วยที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์ เช่น เล่นดนตรี, ทำหัตถกรรม, ฝึกการแสดง ให้ผู้มาเยี่ยมชมและกิจกรรมต่างๆ ที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ ทำให้ผู้ป่วยได้มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน เกิดความคุ้นเคยใกล้ชิด มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสาร ประสบการณ์ชีวิต ให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจกัน รับรู้ว่าตนเองยังมีความสามารถและมีประโยชน์ต่อผู้อื่น ส่งผลให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ทำให้เกิดความหวังที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป สิ่งเหล่านี้เปรียบเสมือนเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมของ

ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่เข้ารับการรักษา ณ วัดพระบาทน้ำพุ สอดคล้องกับแนวคิดของ คอบบ์ (Cobb)<sup>(38)</sup> ถึงองค์ประกอบของการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี มี 5 องค์ประกอบ คือ 1) การมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดทำให้ได้รับความรักและการเอาใจใส่ 2) การยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม 3) การส่งเสริมความสามารถของสมาชิกกลุ่ม 4) การให้การยอมรับและเห็นคุณค่าของสมาชิก 5) การให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์และการตอบสนองทางวัตถุที่เพียงพอ จากการสัมภาษณ์ถึงความรู้สึกที่ได้รับการดูแลจากวัดพระบาทน้ำพุผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีความสุขและพึงพอใจที่ได้มาอยู่ที่นี่ ด้วยเหตุผลแตกต่างกัน

“ ที่นี่คือบ้านที่สองของผม ทุกคนดีหมด ทั้งเจ้าหน้าที่ เพื่อนผู้ป่วยเอดส์ ไม่มีใครรังเกียจผม ช่างนอกรีมีแต่คนรังเกียจ ตอนผมมาครั้งแรกเดินไม่ได้ เพื่อนผู้ป่วยที่เป็นมากกว่าผมเขายังเดินได้ เขาให้กำลังใจผม ผมจึงตัดสินใจฝึกเดิน และเดินได้จากความช่วยเหลือจากเพื่อน “

“ พวกเราเหมือนครอบครัวเดียวกัน ทุกคนเป็นเหมือนกัน มีความรู้สึกคล้ายๆกัน ไม่ว่าจะทุกข์หรือสุข ไม่มีใครรังเกียจกัน มีอะไรก็ช่วยกันทำ อยู่แล้วสบายใจ พระอาจารย์ท่านดีมาก ช่วยเหลือพวกเราทุกอย่าง ทั้งอาหาร ที่พัก แล้วยังเป็นที่พึ่งของเรา จนพวกเราตาย “

## 2. ลักษณะสภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคเอดส์

### 2.1 ความผาสุกทางจิตวิญญาณ

ความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นการประเมินเกี่ยวกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของบุคคล มีองค์ประกอบ 2 ด้าน คือ

- ความผาสุกในการดำเนินชีวิต ประเมินเกี่ยวกับการมีชีวิตที่มีคุณค่าและมีความหมาย รวมถึงความพึงพอใจในชีวิต
- ความผาสุกด้านความศรัทธาในศาสนา ประเมินเกี่ยวกับการมีศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ และใช้เป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต

พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลางและระดับสูง ร้อยละ 52.10 และ ร้อยละ 28.57 มีค่าคะแนนเฉลี่ยของความผาสุกทางจิตวิญญาณ 87.26 และพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของความผาสุกด้านความศรัทธาในศาสนามากกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของความผาสุกในการดำเนินชีวิต ผลการวิจัยสอดคล้องกับงานวิจัยของ คาร์สันและคณะ (Carson et. al.)<sup>(13)</sup> ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคเอดส์มีความผาสุกทางจิตวิญญาณระดับปานกลาง

ค่อนข้างสูง มีค่าคะแนนเฉลี่ยของความผาสุกทางจิตวิญญาณ 91.2 และมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความผาสุกด้านความศรัทธาในศาสนามากกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของความผาสุกในการดำเนินชีวิต คาร์สันและกรีน (Carson and Green) <sup>(70)</sup> พบว่า ผู้ป่วยโรคเอดส์มีค่าคะแนนเฉลี่ยของความผาสุกทางจิตวิญญาณ 88.23 และมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความผาสุกด้านความศรัทธาในศาสนามากกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของความผาสุกในการดำเนินชีวิต เช่นเดียวกับ โคลแมนและ โฮลสเมอ์ (Coleman and Holzemer) <sup>(71)</sup> พบว่า ผู้ป่วยโรคเอดส์มี ค่าคะแนนเฉลี่ยของความผาสุกด้านความศรัทธาในศาสนามากกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของความผาสุกในการดำเนินชีวิต เคนดอล (Kendall) <sup>(75)</sup> ได้ทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ พบว่าผู้ป่วยโรคเอดส์มีความเชื่อว่า การมีศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจทำให้ความผาสุกทางจิตวิญญาณเพิ่มมากขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อโรค สร้างคุณค่าชีวิตให้ตนเองและเข้าใจชีวิตมากขึ้น และงานวิจัยของจิวรรณไพรวลัย <sup>(68)</sup> พบว่า ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีความผาสุกด้านจิตวิญญาณในระดับสูงเกิดจากมีความศรัทธาและใช้หลักศาสนาเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต ทั้งนี้เนื่องจาก ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่วัดพระบาทน้ำพุ เกิดจากการได้รับคำแนะนำให้ใช้หลักศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ ทำให้เกิดความผาสุกทางจิตใจ ลดความทุกข์ทรมานและสามารถเผชิญกับความตายได้ รวมถึงการได้รับการดูแลช่วยเหลือด้านอื่น ที่ช่วยผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าและมีความหวังอันเป็นหัวใจสำคัญของความผาสุกทางจิตวิญญาณ

ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยโรคเอดส์อยู่ในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ อาจจะมีสาเหตุเนื่องมาจาก

- ผู้ป่วยโรคเอดส์พบมากในคนที่มีอายุน้อย หรือ วัยทำงาน ซึ่ง การศึกษาของฮินตัน (Hinton) <sup>(104)</sup> พบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีอายุน้อยมีความยากลำบากในการปรับตัวต่อโรค มากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากเพราะ ผู้ป่วยยังมีความหวังและมีเป้าหมายของชีวิต เมื่อเกิดความเจ็บป่วย ความหวังถูกแทนที่ด้วยความสิ้นหวังและความตาย ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยอาจแสดงออกด้วยอารมณ์โกรธ หรือเศร้า มีความกลัวต่อความตาย มากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมาก งานวิจัยของ รีด (Reed) <sup>(77)</sup> พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยมีความผาสุกทางจิตวิญญาณต่ำกว่า ผู้ป่วยที่มีอายุมาก
- ผู้ป่วยโรคเอดส์มีความเจ็บปวดในทุกะบบของร่างกาย ต้องสูญเสียพลังในการควบคุมความเจ็บปวด จนลืมนึกไปว่าชีวิตต้องการอะไร
- ผู้ป่วยโรคเอดส์ได้รับผลกระทบจากความสูญเสีย ความไม่แน่นอนของชีวิต และความตายก่อนวัยอันควร

- ผู้ป่วยโรคเอดส์ ได้รับความเข้าใจและการยอมรับจากครอบครัว สังคม น้อยกว่าผู้ป่วยโรคอื่น ยังเป็นโรคที่ถูกสังคมรังเกียจ

สอดคล้องกับงานวิจัยของ เพส และสเตเบิล (Pace and Stable)<sup>(69)</sup> ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะสุดท้ายมีระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณน้อยกว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายโรคอื่น

## 2.2 การรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเอง

การรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเองเป็นการประเมินเกี่ยวกับ การรับรู้สภาวะจิตวิญญาณของบุคคล ในด้านความคิดและความเชื่อต่อกรรมสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ที่มีความหมายต่อการดำเนินชีวิต

พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเอง อยู่ในระดับปานกลางและระดับสูง ร้อยละ 57.14 และ ร้อยละ 37.12 ระดับต่ำมีเพียง ร้อยละ 5.04 มีค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเอง 47.08 ผลการวิจัยสอดคล้องกับงานวิจัยของ เกรย์ และ คาร์สัน (Gray and Carson)<sup>(79)</sup> ที่พบว่าผู้ป่วยโรคเอดส์ มีระดับการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเองอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง มีค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเอง 49.47 งานวิจัยของ รีด (Reed)<sup>(76)</sup> พบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีระดับการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเอง มากกว่า ผู้ที่มีสุขภาพดี และงานวิจัยของ ทัค, แมคเคน และ เอลสวีก (Tuck, McCain and Elsewick)<sup>(78)</sup> พบว่า ผู้ป่วยโรคเอดส์ มีระดับการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก สภาวะจิตวิญญาณเป็นพลังที่อยู่ภายในบุคคลช่วยให้เผชิญและสามารถปรับตัวต่อโรคเอดส์ ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเองเพิ่มมากขึ้น

## 2.3 ความหวัง

ความหวัง เป็นการประเมินเกี่ยวกับความหวังที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นชั่วคราว และในอนาคต ความคาดหวังในทางบวก และการมีความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับบุคคลอื่น

พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับความหวังอยู่ในระดับปานกลาง และระดับสูง ร้อยละ 59.66 และ ร้อยละ 31.93 มีเพียงร้อยละ 8.4 ที่มีความหวังอยู่ในระดับต่ำ ผลการวิจัยสอดคล้องกับ งานวิจัยของ เฮิร์ท (Herth)<sup>(58)</sup> ที่ศึกษาความหวัง ในกลุ่มผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน , ผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ทั้ง 3 กลุ่มมีระดับความหวัง อยู่ใน



ระดับสูง เมื่อเปรียบเทียบระดับความหวังในผู้ป่วยระยะเฉียบพลันจะมีระดับความหวังสูงกว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มงานวิจัยของ คาร์สันและคณะ (Carson et. al.)<sup>(13)</sup> พบว่า ผู้ป่วยโรคเอดส์มีความหวังอยู่ในระดับปานกลาง ค่อนข้างสูง โดยพบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคเอดส์ มีระดับความหวังมากกว่าผู้ป่วยที่มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ เคตเจน, เจเกล และ ฟรายด์แลนด์ (Kaidjian, Jekel and Friedland)<sup>(66)</sup> พบว่า ผู้ป่วยโรคเอดส์ ยังคงมีความหวังถึง ร้อยละ 91 งานวิจัยของนิวส์เชน (Newshan)<sup>(105)</sup> พบว่า ผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะสุดท้ายยังมีความหวังอยู่ในระดับสูง โดยพบความหวังใน 2 ด้าน คือ ความหวังต่อผลการรักษาเพื่อความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมาน และความหวังที่จะได้ตายอย่างสงบสุข การได้อยู่ใกล้ชิดกับบุคคลที่รักก่อนตาย รวมถึงการได้รับการให้อภัยและยกโทษให้กับการกระทำที่ผ่านมา งานวิจัยของ เฮิร์ท (Herth)<sup>(83)</sup> ศึกษาความหวังในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่ ผู้ป่วยโรคมะเร็ง โรคปอด โรคเอดส์ และอื่นๆ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความหวังอยู่ในระดับสูง แต่ผู้ป่วยโรคเอดส์ มีความหวังน้อยกว่าผู้ป่วยโรคอื่นๆ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในวัดพระบาทน้ำพุ มีศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ รวมถึงการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอื่นๆ จากวัดพระบาทน้ำพุ ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและมีความหวัง สอดคล้องกับการศึกษาของ ฮอลล์ (Hall)<sup>(82)</sup> ซึ่งเป็นการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้เกิดความหวังในผู้ป่วยโรคเอดส์ คือ 1) การมีความศรัทธาในศาสนาและเชื่อมั่นในพลังศรัทธานั้น ทำให้ผู้ป่วยมีที่พึ่งทางจิตใจ เข้าใจความเจ็บป่วย ลดความทุกข์ทรมาน 2) การได้รับแรง สนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ครอบครัว และผู้ดูแล 3) การมีความสามารถที่จะช่วยเหลือผู้อื่นและเพื่อนผู้ป่วยด้วยกัน ทำให้ผู้ป่วย รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและมีความหวัง

#### 2.4 คุณค่าและความหมายของชีวิต

เป็นการประเมิน คุณค่าและความหมายของชีวิตที่เหลืออยู่รวมถึง ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต

พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ว่าคุณค่าชีวิตยังมีคุณค่าและมีความหมาย อยู่ในระดับปานกลางและระดับสูง ร้อยละ 47.06 และ ร้อยละ 33.61 ผลการวิจัยสอดคล้องกับงานวิจัยของ แอนเดอร์สัน (Anderson)<sup>(87)</sup> ที่พบว่าผู้ป่วยโรคเอดส์รู้สึกว่าคุณค่าชีวิต ยังมีคุณค่าและมีความหมายอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง และงานวิจัยของ เคตเจน, เจเกล และ ฟรายด์แลนด์ (Kaidjian, Jekel and Friedland)<sup>(66)</sup> พบว่า ผู้ป่วยโรคเอดส์ มีความคิดว่า ชีวิตมีคุณค่าและมีความหมาย ร้อยละ 71 ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม เมื่อมาอยู่ที่วัดพระบาทน้ำพุ ได้แก่ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลช่วยเหลือ ซึ่งกันและกัน ทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน และสนับสนุนความสามารถของ

ผู้ป่วยที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณยังมีความสามารถและมีประโยชน์ต่อผู้อื่น รวมถึงผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมให้ใช้หลักศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ ช่วยให้เกิดความสงบมีพลังใจที่เข้มแข็ง ที่จะค้นหาเหตุผลของการมีชีวิตอยู่ต่อไป

## 2.5 สภาวะจิตวิญญาณ

เนื่องจากการศึกษาลักษณะสภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วย ยังไม่มีแบบวัดโดยตรง การศึกษาส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ สัมภาษณ์เกี่ยวกับความเชื่อและการรับรู้ต่อสภาวะจิตวิญญาณในการเผชิญต่อภาวะวิกฤตของชีวิต ดังนั้นเพื่อศึกษาสภาวะจิตวิญญาณโดยรวมของผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงได้นำคะแนนที่ได้จากแบบวัดสภาวะจิตวิญญาณ ทั้ง 4 แบบ ได้แก่ แบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณ, แบบวัดการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเอง, แบบวัดความหวัง และแบบวัดคุณค่าและความหมายของชีวิต มารวมกัน เพื่อประเมินลักษณะสภาวะจิตวิญญาณ ในภาพรวมอีกครั้ง

พบว่า ผู้ป่วยโรคเอดส์มีสภาวะจิตวิญญาณส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง และระดับสูง ร้อยละ 52.26 และร้อยละ 26.05 ผลการวิจัยสอดคล้องกับงานวิจัยของ เคเดน, เจเกล และ ฟรายด์แลนด์ (Kaidjian, Jekel and Friedland) <sup>(66)</sup> ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคเอดส์ รับรู้ต่อสภาวะจิตวิญญาณ โดยมีศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ ร้อยละ 96 งานวิจัยของ รีส และ แคปแลน (Reese and Kaplan) <sup>(61)</sup> พบว่า ผู้ป่วยโรคเอดส์ มีความเชื่อต่อสภาวะจิตวิญญาณ ว่าเป็นส่วนที่สำคัญที่ช่วยในการปรับตัวต่อโรคเอดส์ งานวิจัยของ ลีเซอร์แมน, เปอร์กิน และ อีแวนส์ (Leserman, Perkins and Evans) <sup>(62)</sup> พบว่า ผู้ป่วยเอดส์เพศชายมีการปรับตัวต่อโรคเอดส์ โดยใช้ความเชื่อทางจิตวิญญาณมากกว่าผู้ป่วยชายที่ไม่มีเชื่อโรคเอดส์ และพบว่าความเชื่อทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ ที่ช่วยในการปรับตัวต่อโรคเอดส์ งานวิจัยของ ฮอลล์ (Hall) <sup>(60)</sup> พบว่า ผู้ป่วยโรคเอดส์รับรู้ต่อสภาวะจิตวิญญาณ ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัย จนถึง วาระสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยค้นหาที่พึ่งทางใจทำให้เกิดพลังต่อสู้กับความสูญเสียต่างๆ ที่กำลังเผชิญได้ และ งานวิจัยของ เกรย์ และ คาสัน (Gray and Cason) <sup>(79)</sup> พบว่า ผู้ป่วยโรคเอดส์เพศหญิง มีระดับการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณสูง เพื่อลดความทุกข์ทางใจ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยโรคเอดส์ที่วัดพระบาทน้ำพุ ได้รับคำแนะนำให้ใช้หลักศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ ลดความทุกข์ทรมานและสามารถเผชิญกับความตายได้ รวมถึงการได้รับการดูแลช่วยเหลือด้านอื่น ที่ช่วยผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าและมีความหวัง อันเป็นหัวใจสำคัญของสภาวะจิตวิญญาณในผู้ป่วย

### 3. ปัจจัยที่มีผลต่อสภาวะจิตวิญญาณ

#### 3.1 ปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณ

เมื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณ ด้วยสถิติ Chi-square พบว่าการวินิจฉัยโรค มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ  $P < .01$  เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความผาสุกทางจิตวิญญาณ ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวน (Analysis of Variance : ANOVA) พบว่า ระดับการศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยของความผาสุกทางจิตวิญญาณแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ  $P < .01$  และเมื่อหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ระหว่าง ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และ แรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณ มีความสัมพันธ์กันเชิงบวกกับแรงสนับสนุนทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ  $P < .05$  หลังจากนั้นนำมาวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Regression Analysis) เพื่อหาปัจจัยทำนายที่แท้จริง ผลการวิเคราะห์ พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณได้ ร้อยละ 14.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ  $P < .01$

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเอดส์ในวัดพระบาทน้ำพุที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีความผาสุกทางจิตวิญญาณสูงและผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำจะมีความผาสุกทางจิตวิญญาณต่ำเช่นกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของเพสและสเตเบิลส์ (Pace and Stables) <sup>(69)</sup> ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณและสามารถทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณได้ ร้อยละ 47 กล่าวคือผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูง จะมีความผาสุกทางจิตวิญญาณสูง งานวิจัยของเคนดอลล์ (Kendall) <sup>(75)</sup> พบว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคเอดส์เพศชาย เกิดจากการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือและมีสิ่งยึดเหนี่ยว จิตใจ ช่วยลดความเจ็บปวดทางร่างกายและจิตใจ มีความผาสุกในชีวิต นำไปสู่ความใส่ใจดูแลตนเอง งานวิจัยของ เอลลิสัน และ สมิทท์ (Ellison and Smith) <sup>(56)</sup> ก็พบว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณในกลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์เชิงบวก กับ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม กล่าวคือผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูง ก็จะมีความผาสุกทางจิตวิญญาณสูง ทั้งเนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ แรงสนับสนุนทางสังคม ทำให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือ มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในด้านต่างๆ ได้รับความรักและการให้อภัย การยอมรับและมองเห็นคุณค่าของผู้ป่วย รวมถึงความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ผู้ป่วยโรคเอดส์มีอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง มี

ภาพลักษณ์ของ (Self concept) ที่เปลี่ยนแปลงไป นำไปสู่การแยกตัวจากสังคม (Isolation and loneliness) ตัดขาดจากคนใกล้ชิด ขาดการช่วยเหลือและขาดสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ เกิดความทุกข์ทางจิตวิญญาณ รู้สึกหมดคุณค่าทำให้ความผาสุกทางจิตวิญญาณลดลง การช่วยเหลือ ให้กำลังใจและส่งเสริมความสามารถที่ผู้ป่วยมีอยู่ ช่วยให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น รับรู้ว่าชีวิตยังมีคุณค่าและมีความหมาย ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่เข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ ได้รับส่งเสริมให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณทั้งด้านผาสุกในการดำเนินชีวิตและความผาสุกด้านความศรัทธาในศาสนา

### 3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเอง

เมื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเอง ด้วยสถิติ Chi-square พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับ การรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P < .01$  เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเอง ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวน (Analysis of Variance : ANOVA) พบว่า เพศชายและเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P < .01$  หลังจากนั้นนำมาวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Regression Analysis) เพื่อหาปัจจัยทำนายที่แท้จริง ผลการวิเคราะห์ พบว่า เพศ สามารถทำนายการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเองได้ ร้อยละ 10.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ  $P < .01$

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเอดส์ในวัดพระบาทน้ำพุ เพศหญิงมีระดับการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเองสูงกว่าผู้ป่วยเพศชาย สอดคล้องกับงานวิจัยของ รีด (Reed)<sup>(76)</sup> พบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพศหญิงมีระดับการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเอง สูงกว่าเพศชาย งานวิจัยของ มานนี่แฮม และ คณะ (Moneyham et. al.)<sup>(81)</sup> พบว่า ผู้ป่วยโรคเอดส์เพศหญิงสามารถปรับตัวต่อโรคเอดส์ได้ดี เกิดจากผู้ป่วยหญิงรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเองสูง งานวิจัยของ รีด (Reed)<sup>(77)</sup> พบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะสุดท้าย ผู้ป่วยเพศหญิง มีระดับการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณสูงกว่า ผู้ป่วยเพศชาย และงานวิจัยของโซเวล และคณะ (Sowell et. al.)<sup>(80)</sup> พบว่า ในผู้ป่วยโรคเอดส์เพศหญิง การรับรู้สภาวะจิตวิญญาณ เป็นพลังเพื่อเผชิญและปรับตัวต่อโรคเอดส์ ผู้ป่วยที่มีการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณ ระดับสูงจะมีความทุกข์ทางใจระดับต่ำ มีความเข้มแข็งสูง ทั้งนี้เนื่องจาก การรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเองเป็นการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่อสิ่งยึดเหนี่ยวที่เป็นที่พึ่งทางใจ และมีความหมายต่อชีวิต อาจเป็นความศรัทธาในศาสนาหรือบุคคลอันเป็นที่รัก ผู้ป่วยเพศหญิงจะคิดถึงผลกระทบของความเจ็บป่วยที่มีต่อ ครอบครัว, สามีและลูก

มากกว่าคิดถึงผลกระทบ ต่อตนเอง รับรู้ถึงความไม่แน่นอนของชีวิต มีแรงจูงใจที่จะต้องต่อสู้ เพื่อคนรัก ต้องการช่วยเหลือผู้อื่น เพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ มีศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ ช่วยให้เกิดความเข้มแข็งและความสงบภายใน มีความไว้วางใจและยอมรับการช่วยเหลือจากครอบครัว และองค์กรอื่นๆ ยอมรับการดูแลจากผู้อื่น แตกต่างจากผู้ป่วยเพศชายซึ่งต้องการได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่นเช่นเดียวกัน แต่การร้องขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นเป็นสิ่งที่ยากลำบากในผู้ป่วยชาย จนถึงวาระสุดท้ายที่ไม่สามารถช่วยตนเองได้ จึงร้องขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น

### 3.3 ปัจจัยที่มีผลต่อความหวัง

เมื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความหวังของผู้ป่วยโรคเอดส์ ด้วยสถิติ Chi-square พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับ ความหวัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ  $P < .05$  เมื่อทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของความหวัง ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวน (Analysis of Variance : ANOVA) พบว่า เพศชาย และ เพศหญิง มีคะแนนเฉลี่ยของความหวังแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ  $P < .01$  และเมื่อหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ระหว่างความหวัง และ แรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า ความหวังมีความสัมพันธ์กันเชิงบวก กับ แรงสนับสนุนทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ  $P < .01$  หลังจากนั้นวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Regression Analysis) เพื่อหาปัจจัยทำนายที่แท้จริง ผลการวิเคราะห์พบว่า เพศ และแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายความหวังได้ โดยแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายได้ ร้อยละ 7.6 และเมื่อเพิ่มตัวแปรเพศ สามารถทำนายได้ ร้อยละ 11.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ  $P < .01$

จากงานวิจัยของเฮิร์ท (Herth) <sup>(83)</sup> ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อระดับความหวัง พบว่าผู้ป่วยที่จะมีความหวังสูง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูง และมีการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเองสูง จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเอดส์ในวัดพระบาทน้ำพุ เพศหญิงมีระดับความหวัง, การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมและมีการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเองสูงกว่าผู้ป่วยเพศชาย อาจมีเหตุผลเนื่องมาจาก ภายในวัดพระบาทน้ำพุ กลุ่มผู้ป่วยหญิงได้เข้าร่วมทำกิจกรรมต่างๆ เช่น กลุ่มหัตถกรรม งานฝีมือ กลุ่มโภชนาการ และการช่วยเหลือกิจกรรมในวัด แตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยเพศชาย ซึ่งส่วนใหญ่จะใช้ชีวิตอยู่ในบ้านพัก มีเพียงบางส่วนที่เข้าร่วมกิจกรรม ออกกำลังกายและเล่นดนตรี การเข้าร่วมกิจกรรมช่วยให้ผู้ป่วยได้มีปฏิสัมพันธ์กัน ได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ชีวิต ได้รับการยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มและ ได้กำลังใจจากเพื่อนผู้ป่วย สิ่งเหล่านี้เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยได้รับ รวมทั้ง ผู้ป่วยหญิงมีระดับการรับรู้

สภาวะจิตวิญญาณจากการปฏิบัติศาสนกิจ สวดมนต์ ไหว้พระและนั่งสมาธิ ทำให้ผู้ป่วยเพศหญิง มีความหวังอยู่ในระดับสูง

ปัจจัยด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า ผู้ป่วยโรคเอดส์ในวัดพระบาทน้ำพุที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีระดับความหวังสูงและผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำจะมีระดับความหวังต่ำ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ฮอลล์ (Hall)<sup>(82)</sup> ที่ศึกษาความหวังของผู้ป่วยโรคเอดส์ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้เกิดความหวัง พบว่า ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยยังมีความหวังคือ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจาก 1) การดูแลช่วยเหลือจากเพื่อน ครอบครัว และผู้ดูแล ทำให้รู้สึกว่าคุณค่าและมีความหวังที่จะมีชีวิตต่อไป 2) การได้รับมอบหมายหน้าที่เพื่อช่วยเหลือสังคมในขณะที่เจ็บป่วย ได้แก่ การให้ความรู้แก่ชุมชน เพื่อป้องกันโรคเอดส์, การดูแลผู้ป่วย และเด็กที่ติดเชื้อ และการมีงานอดิเรกทำ เป็นการรับรู้ถึงความสามารถของตนเองและเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม 3) ความศรัทธาต่อศาสนา เช่น การสวดมนต์ขอพรให้เกิดสิ่งที่ดีกับชีวิต, การนั่งสมาธิเพื่อให้จิตใจสงบ เป็นประสบการณ์ด้านจิตวิญญาณที่อยู่นอกเหนือการมองเห็น ช่วยลดความเจ็บปวดทางกาย มีที่พึ่งทางใจทำให้เกิดความหวัง งานวิจัยของ เฮิร์ท (Herth)<sup>(83)</sup> ศึกษาความหวังในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่ ผู้ป่วยโรคมะเร็ง โรคปอด โรคเอดส์ และอื่นๆ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความหวัง คือ 1) การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น 2) การได้รับการดูแลช่วยเหลือ เอาใจใส่ จากผู้ใกล้ชิด ครอบครัว เพื่อน และคนอื่นๆ และปัจจัยที่ทำให้ความหวังลดลงคือ การถูกทอดทิ้ง, ถูกสังคมรังเกียจ, ไม่มีใครดูแลทำให้เกิดความโดดเดี่ยว อ้างว้าง และหมดความหวัง และงานวิจัยของ ฮอลล์ (Hall)<sup>(84)</sup> พบว่า ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีความหวังอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยโรคเอดส์ในวัดพระบาทน้ำพุได้รับการดูแลทางด้านร่างกาย ส่งเสริมการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทำกิจกรรมร่วมกัน สนับสนุนศักยภาพของผู้ป่วยไม่รังเกียจและยอมรับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นคงภายในจิตใจ รู้สึกว่าคุณค่าและมีความหวัง

### 3.4 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณค่าและความหมายในชีวิต

เมื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณค่าและความหมายของชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ ด้วยสถิติ Chi-square พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับ คุณค่าและความหมายของชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ  $P < .05$  เมื่อทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคุณค่าและความหมายของชีวิต ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวน (Analysis of Variance : ANOVA) พบว่า เพศชาย และ เพศหญิง มีคะแนนเฉลี่ยของ คุณค่าและความหมายของชีวิต แตกต่างกันอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ  $P < .01$  และเมื่อวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Regression Analysis) ผลการวิเคราะห์ พบว่า เพศ เป็นปัจจัยทำนายคุณค่าและความหมายของชีวิตได้ ร้อยละ 6.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ  $P < .01$

จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคเอดส์เพศหญิง มีระดับคุณค่าและความหมายในชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยเพศชาย สอดคล้องกับงานวิจัยของ วอนเนอร์ และ วิลเลียมส์ (Warner and Williams) <sup>(59)</sup> ที่ศึกษาคุณค่าและความหมายของชีวิต ในผู้ป่วยสูงอายุ พบว่า ผู้ป่วยเพศหญิงมีระดับคุณค่าและความหมายของชีวิตสูงกว่าเพศชาย และ ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณค่าและความหมายของชีวิตได้ คือ เพศ งานวิจัยของ เรเกอร์ , พีคอก และ วอง (Reker , Peacock and Wong) <sup>(65)</sup> ศึกษาความหมายและเป้าหมายของชีวิต ในกลุ่มผู้ใหญ่ จำนวน 300 คน พบว่า ผู้หญิงมีความสามารถควบคุมชีวิตและค้นหาความหมาย เป้าหมายของชีวิต ได้สูงกว่าเพศชาย งานวิจัย ของ โควอร์ด (Coward) <sup>(66)</sup> ศึกษาการค้นหาความหมายและเป้าหมายของชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้าย โดยการวิจัยเชิงคุณภาพ สัมภาษณ์เกี่ยวกับ การค้นหาความหมายและเป้าหมายของชีวิต พบว่า ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิง รู้สึกกลัวที่ต้องเผชิญกับโรคเอดส์ แต่พบว่า เพศชายและเพศหญิง ค้นหาความหมายของชีวิตแตกต่างกันคือ ในเพศชาย <sup>(106)</sup> กลัวการอยู่คนเดียว, กลัวการถูกปฏิเสธจากคนอื่นและกลัวความตายที่จะมาถึง ความกลัวนำไปสู่การใส่ใจดูแลตนเอง คิดถึงตนเอง ในระยะแรก ผู้ป่วยชายจะเผชิญกับโรคด้วยตนเอง ถึงแม้ว่าจะมีปัญหาสุขภาพมากมาย การร้องขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นเป็นสิ่งที่ยากลำบากในผู้ป่วยชาย จนถึงวาระสุดท้ายที่ไม่สามารถช่วยตนเองได้ จึงร้องขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น ผู้ป่วยบางคนที่ได้รับการดูแลช่วยเหลือ ให้กำลังใจ และได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับเพื่อนผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่าและมีความหมาย ในเพศหญิง <sup>(107)</sup> กลัวความโดดเดี่ยว กลัวการถูกทอดทิ้งและกลัวว่า เชื้อโรคเอดส์จะไปติดต่อผู้อื่น ผู้ป่วยหญิงจะคิดถึงผลกระทบของความเจ็บป่วยที่มีต่อครอบครัว, สามีและลูก มากกว่าคิดถึงผลกระทบ ต่อตนเอง รับรู้ถึงความไม่แน่นอนของชีวิต มีแรงจูงใจที่จะต้องต่อสู้ เพื่อคนรัก ต้องการช่วยเหลือผู้อื่น เพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ มีศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ ช่วยให้เกิดความเข้มแข็งและความสงบภายใน มีกิจกรรมที่พึงพอใจ เช่น การเล่นดนตรี, ฟังเพลง หรือวาดรูป ผู้ป่วยหญิงมีความไว้วางใจและยอมรับ การช่วยเหลือจากครอบครัวและองค์กรอื่นๆ ยอมรับการดูแลจากผู้อื่น พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เกิดแรงบันดาลใจทางสังคมและจิตใจ ในด้านการค้นหาเป้าหมายของชีวิต ผู้ป่วยหญิงเชื่อว่า การช่วยเหลือป้องกันไม่ให้ผู้อื่นติดเชื้อเอดส์เหมือนเช่นตน นำไปสู่การสร้างคุณค่าให้กับตนเอง ทำให้ผู้ป่วยเพศหญิงมีโอกาสค้นหาคุณค่าและความหมายของชีวิตมากกว่าเพศชาย ทั้งนี้เนื่องจากการวัดคุณค่าและความหมายในชีวิตเป็นการวัดเกี่ยวกับความรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า มีประโยชน์ รวมถึงการมี

ความหวังและการมีเป้าหมายในชีวิต จากแนวคิดของแอนเดอร์สัน (Anderson) <sup>(87)</sup> ที่กล่าวว่า ผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิงมีการค้นหาคุณค่าของชีวิตที่แตกต่างกัน ในผู้ป่วยเพศชาย สิ่งที่ทำให้รู้สึกว่าคุณค่าชีวิตมีคุณค่า คือ ความสามารถในการสร้างฐานะ บทบาททางสังคม (Socioeconomic) และความสำเร็จในชีวิต ในผู้ป่วยเพศหญิง สิ่งที่ทำให้รู้สึกว่าคุณค่าชีวิตมีคุณค่า คือ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและการได้รับความช่วยเหลือจากคนรัก ครอบครัวและ สังคมอย่างเพียงพอ สำหรับผู้ป่วยโรคเอดส์ในวัดพระบาทน้ำพุ ผู้ป่วยเพศชาย สูญเสียบทบาททางสังคมกลายเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายขาดรายได้ และการยอมรับจากสังคม ทำให้คุณค่าของผู้ป่วยชายลดลง ในผู้ป่วยเพศหญิง ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกับเพื่อนผู้ป่วย ช่วยเหลือกิจกรรมของวัด ทำให้เกิดการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เป็นการตอบสนองต่อคุณค่าและความหมายในชีวิตของผู้ป่วยหญิง ปัจจัยที่มีผลต่อคุณค่าและความหมายของชีวิตอีกด้านหนึ่ง คือ ระดับความหวัง ซึ่งพบว่าผู้ป่วยหญิงมีระดับความหวังสูงกว่าผู้ป่วยชาย

### 3.5 ปัจจัยที่มีผลต่อสภาวะจิตวิญญาณ

เมื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคเอดส์ ด้วยสถิติ Chi-square พบว่า เพศและการวินิจฉัยโรค มีความสัมพันธ์กับ สภาวะจิตวิญญาณ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ  $P < .01$  และ  $P < .05$  ตามลำดับ เมื่อทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของสภาวะจิตวิญญาณ ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวน (Analysis of Variance : ANOVA) พบว่า เพศ, ระดับการศึกษา และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีคะแนนเฉลี่ยของสภาวะจิตวิญญาณ ที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ  $P < .01$ ,  $P < .05$  และ  $P < .05$  ตามลำดับ และเมื่อหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ระหว่าง สภาวะจิตวิญญาณ และ แรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า สภาวะจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์กันเชิงบวกกับ แรงสนับสนุนทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ  $P < .01$  หลังจากนั้นวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Regression Analysis) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสภาวะจิตวิญญาณ ผลการวิเคราะห์ พบว่า เพศ และแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายสภาวะจิตวิญญาณได้ โดย เพศ สามารถทำนายสภาวะจิตวิญญาณได้ ร้อยละ 7.5 เมื่อเพิ่มตัวแปรแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายได้ ร้อยละ 12.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ  $P < .01$

จากการศึกษา พบว่า สภาวะจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์กันเชิงบวกกับ องค์ประกอบของสภาวะจิตวิญญาณในทุกองค์ประกอบ ได้แก่ ความผาสุกทางจิตวิญญาณ , การรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเอง , ความหวัง และ คุณค่าและความหมายของชีวิต ผู้ป่วยที่มี



สภาวะจิตวิญญาณสูงจะมีความผาสุกทางจิตวิญญาณสูง มีการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเองสูง มีความหวังสูง และมีคุณค่าและความหมายในชีวิตสูง

ปัจจัยที่มีผลต่อสภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคเอดส์ ในวัดพระบาทน้ำพุ พบว่าผู้ป่วยเพศหญิงมีสภาวะจิตวิญญาณสูงกว่าผู้ป่วยเพศชาย โดยผู้ป่วยหญิงมีการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเองมีความหวังและคุณค่าและความหมายในชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยชาย นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่สอดคล้องกับปัจจัยด้านเพศ คือ งานวิจัยของอิสซา, ปาร์คเกอร์ และ เมอร์โรว (Isaia, Parker and Murrow) <sup>(72)</sup> ศึกษาความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุ พบว่า เพศหญิงมีระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณสูงกว่าเพศชาย ซึ่งพบ ความผาสุกทางจิตวิญญาณในด้านการดำเนินชีวิตสูงกว่าเพศชาย และงานวิจัยของเบอรี่ และ คณะ (Bery et al.) <sup>(73)</sup> พบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจเพศหญิง มีระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณ สูงกว่าเพศชาย

ปัจจัยด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีระดับสภาวะจิตวิญญาณสูงและผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำจะมีระดับสภาวะจิตวิญญาณต่ำ โดยผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง จะมีความผาสุกทางจิตวิญญาณ, ความหวัง อยู่ในระดับสูง นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่สอดคล้องกับปัจจัยด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม คือ งานวิจัยของ รีส และ แคปแลน (Reese and Kaplan) <sup>(61)</sup> พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูง จะมีระดับสภาวะจิตวิญญาณสูงและในทางกลับกันผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ จะมีสภาวะจิตวิญญาณต่ำเช่นกัน เมื่อนำมาทดสอบปัจจัยทำนายสภาวะจิตวิญญาณ พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม สามารถเป็นปัจจัยทำนายสภาวะจิตวิญญาณได้ถึง ร้อยละ 15 งานวิจัยของ บาร์โรโซ (Barroso) <sup>(65)</sup> ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วยโรคเอดส์ พบว่า มี 2 ปัจจัยที่มีความสำคัญ คือ ปัจจัยเกี่ยวกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มาจากการดูแลช่วยเหลือ จากคนใกล้ชิด ครอบครัว เพื่อน และองค์กรต่างๆ และปัจจัยเกี่ยวกับความต้องการทางจิตวิญญาณ คือ การค้นหาเป้าหมายของการมีชีวิตอยู่ รวมถึงมีหลักศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ เกิดความสงบภายในจิตใจ ยอมรับความเจ็บป่วยได้ มีความหวังที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป งานวิจัยของนูนส์ (Nunes) <sup>(67)</sup> ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะมีคุณภาพชีวิตที่ทั้ง 4 ด้าน และพบว่า ด้านจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์กับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูงสุดและงานวิจัยของวอนเนอร์และวิลเลียมส์ (Warner and Williams) <sup>(59)</sup> พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูงมีระดับคุณค่าและความหมายของชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ

ดังนั้นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อสภาวะจิตวิญญาณ คือ เพศ และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

ปัจจัยด้านเพศ มีผลต่อสภาวะจิตวิญญาณแตกต่างกัน อาจเนื่องมาจาก ในด้านการปรับตัวและการเผชิญต่อโรคเอดส์ ผู้ป่วยเพศหญิง เผชิญและปรับตัวต่อโรคโดยการค้นหาแรงสนับสนุนทางสังคม แต่ในผู้ป่วยเพศชายเผชิญกับโรคด้วยตนเองและแยกตัวออกจากสังคม<sup>(108)</sup> ในด้านการควบคุมอารมณ์โกรธ ซึ่งเป็นปฏิกิริยาทางด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มักพบได้เสมอ ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยหญิงมีความเข้มแข็งในการควบคุมอารมณ์โกรธ ในระดับสูงกว่าเพศชาย<sup>(109)</sup> ในด้านการควบคุมความรู้สึกเจ็บปวด ซึ่งเป็นภาวะที่ผู้ป่วยโรคเอดส์ทุกคนต้องเผชิญโดยเฉพาะในระยะสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยหญิงมีระดับการควบคุมความเจ็บปวดสูงกว่าเพศชาย<sup>(110)</sup> ผู้ป่วยเพศหญิงมีการค้นหาคุณค่าของชีวิตจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การได้รับความช่วยเหลือจากคนรัก ครอบครัวและสังคมอย่างเพียงพอ เมื่อเจ็บป่วยจะคิดถึงผลกระทบที่มีต่อ ครอบครัว, สามีและลูก มากกว่าคิดถึงผลกระทบ ต่อตนเอง<sup>(111)</sup> มีแรงจูงใจที่จะต้องต่อสู้ เพื่อคนรัก ต้องการช่วยเหลือผู้อื่น มีศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ ช่วยให้เกิดความเข้มแข็งและความสงบภายใน มีความไว้วางใจและยอมรับการช่วยเหลือจากครอบครัวและองค์กรอื่นๆ แตกต่างจากผู้ป่วยเพศชายซึ่งการร้องขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นเป็นสิ่งที่ยากลำบากในผู้ป่วยชาย ในด้านการดำเนินชีวิต ผู้ป่วยหญิงส่วนใหญ่ค้นหาสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ โดย การเข้าร่วมกิจกรรมของวัด การปฏิบัติศาสนกิจ เช่น การสวดมนต์ ไหว้พระ นั่งสมาธิ สิ่งต่างๆ เหล่านี้ เป็นสิ่งที่ทำให้ระดับสภาวะจิตวิญญาณในผู้ป่วยหญิงสูงกว่าผู้ป่วยชาย

ปัจจัยด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม<sup>(112) (113)</sup> มีผลต่อสภาวะจิตวิญญาณ เพราะ สภาวะจิตวิญญาณเป็นภาวะที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและมีศาสนาเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ โดยมีพื้นฐานมาจาก การให้ความรัก ความไว้วางใจ และการให้อภัย ช่วยให้เกิดความหวังและชีวิตที่มีคุณค่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทำกิจกรรมร่วมกัน และสนับสนุนความสามารถของผู้ป่วย เช่น เล่นดนตรี, ทำหัตถกรรม, และกิจกรรมต่างๆ ที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ ช่วยให้ผู้ป่วยได้มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน พุดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ประสพการณ์ชีวิต ให้ความช่วยเหลือ และให้กำลังใจกัน นอกจากนี้การส่งเสริมให้ผู้ป่วยนำหลักศาสนาเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ แนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติศาสนกิจ สวดมนต์ ไหว้พระ และฝึกสมาธิ ทำให้ผู้ป่วยมีที่พึ่งทางใจและรู้สึกว่าคุณค่าชีวิตยังมีคุณค่า สิ่งต่างๆ เหล่านี้ส่งผลถึงสภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วย

การดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณ จึงควรตระหนักถึงความแตกต่างระหว่างเพศ<sup>(114)</sup> และ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม<sup>(115)</sup> ให้กับผู้ป่วยอย่างเพียงพอและเหมาะสม เพื่อลดความทุกข์ทรมานและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

#### 4. ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบสภาวะจิตวิญญาณ

ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของสภาวะจิตวิญญาณ โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ระหว่าง องค์ประกอบของสภาวะจิตวิญญาณ พบว่า องค์ประกอบของสภาวะจิตวิญญาณ ในแต่ละองค์ประกอบ มีความสัมพันธ์กันเชิงบวกในทุกองค์ประกอบ คือ ความผาสุกทางจิตวิญญาณ มีความสัมพันธ์กันเชิงบวก กับ การรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเอง, ความหวัง และ คุณค่าและความหมายของชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเอง มีความสัมพันธ์กันเชิงบวก กับ ความหวัง และ คุณค่าและความหมายของชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความหวัง มีความสัมพันธ์เชิงบวก กับ คุณค่าและความหมายของชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยของคาร์สัน (Carson)<sup>(13)</sup> พบว่า ความหวังมีความสัมพันธ์เชิงบวก กับความผาสุกทางจิตวิญญาณ และปัจจัยที่สามารถทำนายความหวังคือ ความผาสุกทางจิตวิญญาณ งานวิจัยของโคลแมน และ โฮลสเมอร์ (Coleman and Holzemer)<sup>(71)</sup> พบว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความหวัง ผู้ป่วยที่มีความหวังสูงจะมีความผาสุกทางจิตวิญญาณสูง ทั้งในด้านความผาสุกทางจิตวิญญาณด้านความศรัทธาในศาสนา และ ความผาสุกทางจิตวิญญาณด้านการดำเนินชีวิต งานวิจัยของรีด (Reed)<sup>(77)</sup> ความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณ ในกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยที่มีการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณสูง จะมีความผาสุกทางจิตวิญญาณสูงเช่นกัน งานวิจัยของ ทัก, แมคเคน และ เอลสวิค (Tuck, McCain and Elswick)<sup>(78)</sup> พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณสูง จะมีความผาสุกทางจิตวิญญาณสูง สามารถจัดการปัญหาได้ดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดี และงานวิจัยของ เฮิร์ท (Herth)<sup>(83)</sup> ในด้านความสัมพันธ์ พบว่า ผู้ป่วยที่มีความหวังสูงจะมีความผาสุกในการดำเนินชีวิตสูง ทั้งนี้เนื่องมาจากองค์ประกอบของสภาวะจิตวิญญาณ ทุกองค์ประกอบมีจุดมุ่งหมายร่วมกัน คือ การศึกษาเกี่ยวกับเหตุผลของการมีชีวิตอยู่ และความพึงพอใจในชีวิต

ผู้ป่วยโรคเอดส์ได้รับผลกระทบจากความเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ในด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยรับรู้ถึงสภาวะจิตวิญญาณในตนเองจากการตระหนัก

ถึงความสำคัญของการให้ และรับความรัก การยอมรับและความเข้าใจจากเพื่อนผู้ป่วย ผู้ดูแลและสังคม รวมถึงการใช้หลักของศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้มแข็ง มีพลังที่จะปรับตัวและเผชิญต่อโรคเอดส์ ระบุว่า ชีวิตยังมีคุณค่า มีความหมาย และมีความหวัง ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อสภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วย จากการสัมภาษณ์ถึงประสบการณ์เกี่ยวกับสภาวะจิตวิญญาณ ที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัว และมีชีวิตอยู่ได้ พบว่าผู้ป่วยมีประสบการณ์ที่แตกต่างกัน

“ ที่ผมอยู่ได้ทุกวันนี้ กำลังใจสำคัญที่สุด บางครั้ง สร้างกำลังใจให้กับตนเอง บางครั้งได้กำลังใจจากพ่อแม่ ครอบครัวและสังคมในวัด แต่สิ่งที่สำคัญที่สุดที่ทำให้ผมมีชีวิตอยู่ได้ คือ การเล่นดนตรี เพราะทำให้ผมมีความสุขที่สุด “

“ เพื่อนๆ ผู้ป่วยในวัด ทำให้หนูมีกำลังใจ ดูแลช่วยเหลือกัน “

“ หนูไม่กลัวตายหรอก พระอาจารย์สอนพวกเราทุกวัน ทุกคนเกิดมาก็ต้องมีเจ็บ มีตาย เป็นไปตามกรรมที่ทำมา ไม่มีใครหนีได้ หนูอยากทำความดี ช่วยเหลือผู้อื่น จะได้สร้างบุญให้หนูไปเกิดใหม่ ในชาติต่อไปที่ดี ทุกวันนี้ หนูก็ช่วยทางวัดทำงาน เท่าหนูจะทำได้ ได้ตอบแทนบุญคุณพระอาจารย์ด้วย “

“ หนูจะอยู่เพื่อลูก หนูต้องรักษาตัว ยังตายไม่ได้เพราะลูกหนูยังเล็ก ถ้าหนูแข็งแรง หนูจะกลับไปอยู่กับลูก ไปหาเงินให้ลูก ลูกจะได้มีเงินชั๊กก้อน ก่อนที่หนูจะตาย หนูจะได้หมดห่วง “

ผู้ป่วยโรคเอดส์ในวัดพระบาทน้ำพุ ยังมีความหวัง มีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ที่ทำให้ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ได้

การดูแลด้านจิตวิญญาณเป็นการตอบสนองของความต้องการของผู้ป่วยมิติหนึ่งในการดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) ของผู้ป่วย<sup>(116)</sup> โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในบ้านพักผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Hospice)<sup>(117)</sup> พบว่า ผู้ป่วยมีความโดดเดี่ยวสูง เนื่องจากต้องจากครอบครัวและคนใกล้ชิด มาใช้ชีวิตอยู่เพียงลำพัง มีเพื่อนผู้ป่วยโรคเอดส์ อาสาสมัคร และเจ้าหน้าที่อื่นๆ คอยดูแลช่วยเหลือ<sup>(118)</sup> จึงเป็นผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลทางจิตวิญญาณ ซึ่งวัดพระบาทน้ำพุได้มีแนวทางในการดูแลทางจิตวิญญาณ คือ การสอนให้ผู้ป่วยเข้าใจในเรื่องของธรรมะ กฎอนิจจัง หรือความไม่เที่ยงของชีวิต การเกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นธรรมดาของชีวิต และการฝึกมรณานุสติ คือการระลึกถึงความตายอยู่เสมอ ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจ ความเจ็บป่วยที่กำลังเป็นอยู่ และยอมรับความตายที่จะเกิดขึ้นได้ นอกจากนี้ ดร.พระครูอาทรประชานาถ ได้สอนให้ผู้ป่วยเห็น

ความสำคัญว่า เมื่อเป็นโรคเอดส์แล้ว ทำอย่างไร จะใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ดังคำกล่าวที่ว่า “ในส่วนของอาตมานั้น อาตมาไม่ได้ทำเพื่อช่วยผู้ป่วยโรคเอดส์เพียงส่วนเดียว แต่ทำเพื่อช่วยธรรมชาติทั้งหมด คนที่เขาได้มารับรู้ ได้มาเห็นก็จะเกิดเจตคติ เกิดสำนึกที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง จะได้ป้องกันตัวเองให้พ้นจากโรคเอดส์ สำหรับผู้ป่วยถึงอย่างไร เขาก็ต้องตาย ดังนั้นในช่วงก่อนที่เขาจะตาย น่าจะใช้เหตุการณ์นี้ให้เป็นประโยชน์ต่อผู้ที่ยังมีชีวิตอยู่” จากแนวคิดดังกล่าวช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงประโยชน์และคุณค่าของตนเอง นำไปสู่ความผาสุกทางจิตวิญญาณอย่างแท้จริง<sup>(119)</sup>

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลจากงานวิจัยทำให้เข้าใจเกี่ยวกับจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคเอดส์ (Human spirituality) ซึ่งแยกออกจากศาสนา (Religion) จิตวิญญาณมีความสำคัญต่อภาวะสุขภาพ การปรับตัว และการเผชิญต่อภาวะวิกฤตของชีวิต เนื่องจาก จิตวิญญาณเป็นสภาวะของการค้นหาความหมายและเป้าหมายในชีวิต การมีชีวิตอย่างมีคุณค่า มีความหวัง มีแรงจูงใจที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น รู้จักมอบความรักและให้อภัย ขณะเดียวกัน ก็ต้องการความรัก การให้อภัยและความช่วยเหลือจากผู้อื่นเช่นกัน เพื่อให้เกิดความสงบสุขและความผาสุกในชีวิต จิตวิญญาณจึงเกิดจากการยอมรับในคุณค่าของตนเอง นำไปสู่การยอมรับในคุณค่าของผู้อื่น และเชื่อมั่นในอำนาจของสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ เกิดเป็นความผาสุกทางจิตวิญญาณ

ดังนั้นการส่งเสริมให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ จึงเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยได้รับผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์ ได้รับผลกระทบมากกว่าผู้ป่วยโรคอื่นๆ เพราะโรคเอดส์ ยังเป็นโรคที่รักษาไม่หายมีความรุนแรง และถูกสังคมรังเกียจ ในบทบาทของผู้ดูแลจึงควรส่งเสริมให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ ดังนี้

1. ส่งเสริมให้เกิดการยอมรับและเข้าใจในตัวผู้ป่วย จากครอบครัว คนใกล้ชิด สังคมและทีมผู้ดูแล เนื่องจาก การยอมรับและความเข้าใจในตัวผู้ป่วยเป็นจุดเริ่มต้นของการดูแลทางจิตวิญญาณ โดยให้การดูแลด้วยความรัก ความเข้าใจ ยอมรับฟัง ปลอดภัยและให้กำลังใจ รวมถึงการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ที่ถูกต้อง เพื่อช่วยลดความวิตกกังวล และความรู้สึกรังเกียจ

ต่อผู้ป่วย การยอมรับในตัวผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณค่าอยู่ นำไปสู่ความมั่นใจที่จะสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ได้พูดคุยปรับทุกข์ และสามารถค้นหาที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ ต่อไปได้

2. ส่งเสริมให้เกิดการดูแลด้วยความรัก และให้โอกาสต่อผู้ป่วย ความรักเป็นแนวคิดพื้นฐานที่สำคัญทางจิตวิญญาณ มีผลต่อการสร้างสัมพันธภาพ ทำให้เกิดความไว้วางใจ และความมั่นคง เกิดความอบอุ่นใจ การให้โอกาสในสิ่งที่ผู้ป่วยเคยทำผิดพลาด ซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ได้รับเชื้อโรคเอดส์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีที่พึ่งทางใจ และช่วยให้ผู้ป่วยยกโทษให้กับตนเองได้ การให้ความรักและให้โอกาสแก่ผู้ป่วย เป็นแรงสนับสนุนที่สำคัญ ทำให้เกิดความผูกพันทางจิตวิญญาณ สามารถปรับตัวและเผชิญต่อโรคได้

3. ส่งเสริมศักยภาพและความสามารถของผู้ป่วยในสิ่งที่ผู้ป่วยสนใจ หรือสามารถทำได้ เช่น กิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบ การเข้าร่วมองค์กรต่างๆ เพื่อเผยแพร่ความรู้ในการป้องกันโรคเอดส์ และการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ทำงานที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย ช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณค่า มีความสามารถ เกิดเป็นความเข้มแข็งภายในจิตใจ เป็นจุดเริ่มต้นของการเยียวยาทางจิตวิญญาณที่ผู้ป่วยพยายามดูแลตนเอง การดูแลทางจิตวิญญาณคือ การส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองให้กับผู้ป่วย

4. ส่งเสริมให้เกิดความหวัง ความหวังเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวต่อความเจ็บป่วยและความไม่แน่นอนของชีวิต โดยการค้นหาสิ่งที่ผู้ป่วยหวังและสนับสนุนให้มีชีวิตอยู่เพื่อทำตามสิ่งที่หวัง ความหวังที่พบในผู้ป่วยโรคเอดส์ คือ ขอให้ชีวิตยาวนานต่อไป ขอให้ได้ตายอย่างสงบ ไม่เจ็บปวด ขอให้ได้อยู่ใกล้ชิดกับคนรักก่อนตาย เช่น การนำความหวังที่ผู้ป่วยมีอยู่มาใช้ในการส่งเสริม การดูแลสุขภาพของผู้ป่วย

5. ตระหนักถึงความสำคัญ ของการมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจที่ผู้ป่วยใช้เป็นที่ยึดเหนี่ยวที่เป็นบุคคลหรือศาสนา เชื่อในพลังอำนาจของสิ่งนั้น ที่จะช่วยเพิ่มความเข้มแข็งให้กับตนเอง ช่วยให้ชีวิตมีพลัง เพื่อเผชิญกับภาวะวิกฤตต่างๆ ได้ มีพื้นฐานมาจากความเชื่อทางศาสนา วัฒนธรรม ประเพณี ค่านิยม ของผู้ป่วยและครอบครัว ที่ผู้ป่วยและครอบครัวเชื่อว่า ทำให้เกิดความสบายใจ มีอาการดีขึ้น ได้แก่ การปฏิบัติตามคำสอนของศาสนา การทำสมาธิ การประกอบพิธีกรรม สวดมนต์ ไหว้พระ ขอมพร รวมถึงการเลือกวิธีการรักษาบางอย่างตามที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเชื่อถือ เช่น การใช้วิธีการรักษาพื้นบ้าน และการรักษาที่เกี่ยวข้องกับศาสนา ผู้ให้การดูแลจึงควรตระหนักและทำความเข้าใจ ต่อสิ่งยึดเหนี่ยวเหล่านั้น โดยไม่นำความเชื่อส่วนตนที่มีอยู่ไปตัดสินผู้ป่วย และควรคำนึงถึงความเหมาะสมต่อสภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

6. ช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาคุณค่าและความหมายของชีวิต ความสามารถในการค้นหาคุณค่าและความหมายของชีวิต มีอิทธิพลมาจากความสามารถในการปรับตัวต่อภาวะวิกฤติของชีวิต ความเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมาน เป็นความต้องการให้มีชีวิตอยู่ต่อไป ใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีคุณค่า และพึงพอใจในชีวิต การช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาความหมายของชีวิต โดยการค้นหาความหมายของการเจ็บป่วย ความต้องการมีชีวิตอยู่ และจะทำอย่างไรที่จะช่วยให้เกิดความพึงพอใจในชีวิตเท่าที่ผู้ป่วยจะทำได้ ให้กำลังใจผู้ป่วยให้มีชีวิตอยู่ต่อไป

7. ส่งเสริมให้เกิดแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีต่อผู้ป่วย ทั้งครอบครัว สังคม และผู้ดูแล ได้แก่ การดูแลช่วยเหลือทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ด้านเศรษฐกิจและสังคม ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มผู้ป่วยด้วยกัน ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปรับทุกข์ และได้รับการยอมรับจากกลุ่ม เช่น กลุ่มเพื่อนวันพุธ กลุ่มแสงตะวัน หรือกลุ่มผู้ป่วยที่จัดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยปะกััน รวมถึงการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยที่คำนึงถึงศักดิ์ศรีและคุณค่าในตัวผู้ป่วย ด้วยความเสมอภาค และสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคเอดส์คือ การรักษาความลับ ที่ควรตระหนักในการดูแลด้านจิตวิญญาณ

นอกจากการส่งเสริมให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณแล้ว การดูแลด้านจิตวิญญาณจึงควรตระหนักถึงความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะสภาวะจิตวิญญาณ และปัจจัยที่มีผลต่อสภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคเอดส์ ที่สำคัญ คือ ความแตกต่างระหว่างเพศ จะพบว่าเพศชายเพศหญิงมีการค้นหาความพึงพอใจในชีวิตที่แตกต่างกัน และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งน่าจะเป็นประโยชน์ที่จะใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ทางด้านจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความผาสุกและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

### ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบสภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคเอดส์ในด้านปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องอื่นๆ เช่น สถานที่พักอาศัยระหว่างที่พักอาศัยอยู่กับครอบครัว หรือ ยังอยู่ในสังคมเดิม กับ ผู้ป่วยที่รักษาตัวอยู่ที่บ้านพักผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Hospice) ซึ่งมีความแตกต่างในเรื่อง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านรายได้ กิจกรรมงานอดิเรก และวิธีการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย

2. เพื่อให้เข้าใจลักษณะ จิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคเอดส์ให้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เนื่องจาก สภาวะจิตวิญญาณเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับความเชื่อต่อสิ่งยึด

เหนียวของแต่ละบุคคล มีอิทธิพลมาจาก ศาสนา ประเพณี วัฒนธรรม ค่านิยม และความเชื่อ เพื่อให้การดูแลด้านจิตวิญญาณได้อย่างเหมาะสม

3. เนื่องจากสภาวะจิตวิญญาณเป็นมิติที่สำคัญของบุคคลมีผลต่อสภาวะสุขภาพ และการปรับตัวต่อโรค จึงควรมีการศึกษา สภาวะจิตวิญญาณในผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ เพื่อเป็นข้อมูลที่จะใช้ในการดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

4. ควรมีการศึกษากิจการจตุกรรมการดูแลเพื่อส่งเสริม สภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วย เช่น การจัดกลุ่มส่งเสริมการปฏิบัติศาสนกิจในกลุ่มผู้ป่วย การรวมกลุ่มที่ผู้ป่วยสนใจ กลุ่มหัตถกรรม กลุ่มดนตรี กลุ่มการผ่อนคลาย การนวด กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน เพื่อให้ผู้ป่วยมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ เกิดความภาคภูมิใจ ซึ่งเป็นหลักสำคัญของการเยียวยาทางจิตวิญญาณ



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## รายการอ้างอิง

1. กองระบาดวิทยา สำนักปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. **สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการในประเทศไทย ณ วันที่ 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2545**. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข , 2545.
2. กองโรคเอดส์. **การคาดการณ์ประมาณผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ ในประเทศไทย**. กรุงเทพฯ : เจ เอส การพิมพ์, 2541.
3. คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์. **แผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2545 - 2549**. นนทบุรี : โรงพิมพ์กรมศาสนา, 2544.
4. Green J, Sherr L . Dying ,Bereavement and Loss .In : Creaner A Mc, Green J, editors. **Counselling in HIV Infection and AIDS**. Oxford : Marston, 1989 : 207 - 23.
5. Taylor SE. **Health Psychology : Psycho-Immunology AIDS, Cancer, and Arthritis** . California : Mc Graw-Hill,1991 : 483 - 93.
6. Corr CA, Nabe CM and Corr DM. **Death and Dying, Life and Living : HIV Infection and AIDS**. Wadsworth, 2000 : 527 - 53.
7. Bufford RK, Paloutzian RF and Ellision CW. Norms for the spiritual well-being scale. **J Psychol Theology** 1991 ; 19 : 56 - 67.
8. Dugan DO. Death and dying : emotional, spiritual, and ethical support for patients and families. **J Psychosoc Nurs Ment Health**1987 ; 25 : 21 - 9.
9. Hall BA. Spirituality in Terminal Illness. **J Holist Nurs** 1997 ; 15 : 82 - 96.
10. Canrad NL. Spiritual Support for the Dying. **Nurs Clin North Am** 1985 ; 20 : 415-25.
11. Newshan G. Transcending the physical : spiritual aspects of pain in patients with HIV and/or cancer. **J Adv Nurs** 1998; 28 : 1,236 - 41.
12. Highfield MF, Carson C. Spiritual needs of patients. **Cancer Nurs Ment Health** 1983 ; 6 : 187 - 92 .
13. Carson VB, Soeken KL, Shanty J, Terry L. Hope and spiritual well-being : essentials for living with AIDS. **Perspect in Psychiatr Care** 1990; 26 :28-34 .
14. McCormick DP, Holder B, Wetsel MA and Cawthon TW. Spiritaulity and HIV disease : an integrated perspective. **J Assoc Nurs AIDS Care** 2001; 12 : 58 – 65 .

15. Baldacchino D. Spiritual coping strategies: a review of the nursing research literature. *J Adv Nurs* 2001 ; 34 : 833 – 41.
16. Woodard EK and Sowell R. God in control. *Clin Nurs Res* 2001 ; 3 : 233 – 50.
17. Sims R, Moss VA. *Palliative Care for People with AIDS*. London : York House Typographic , 1995.
18. Emanuel LL, Gunten CF, Ferris FD. *The Education for Physicians on End-of-life Care (EPEC) Curriculum*. New York : The Robert Wood Johnson Foundation, 1999.
19. กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. **รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์ นิยามผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการ ที่ใช้ในการเฝ้าระวังโรค ฉบับปรับปรุงแก้ไข**. กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2538.
20. ยงค์ รงค์รุ่งเรือง. โรคติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์ในผู้ป่วยผู้ใหญ่. ใน : พิไลพันธ์ พุทธิวัฒนะ, บรรณาธิการ. **เอชไอวีและจุลชีพฉวยโอกาส**. กรุงเทพฯ : อักษรสมัย, 2541 : 182 - 3.
21. เกียรติ รัชชังธรรม. **ลักษณะทางคลินิกและระยะต่างๆ : การวิจัยทางคลินิก**. สุพรรณบุรี : สหมิตรพรีนติ้ง, 2541.
22. สัญชัย วสุนธรา. เอดส์กับความสัมพันธ์ทางจิตเวช. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย** 2532; 34 : 75 - 9 .
23. สุขุมล วิภาวีพลกุล. **อาการทางจิตในผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้าย**. เอกสารประกอบการอบรม หลักสูตรเพิ่มพูนทักษะการให้การปรึกษาเรื่องโรคเอดส์ มีนาคม 2539 ; กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข, 2539 : 1 - 3 .
24. Faulstich ME. Psychiatric aspects of AIDS. *Am J Psychiatry* 1987; 144 : 551 - 6.
25. Kemp C. *Terminal Illness : Psychosocial Needs, Problem, and Intervention*. Texas : WY 152, 1999.
26. Menenberg SR. Somatopsychology and AIDS victims. *J Psychosoc Nurs Ment Health* 1987; 25: 18 - 22.
27. Scandlyn J. When AIDS become a chronic disease. *West J Med* 2000 ; 172 : 130 – 3 .
28. Green J. *Counselling in HIV infection and AIDS*. London : Blackwell Scientific Publications, 1989 : 207 – 23.
29. Kubler RE. *On death and dying*. New York : Macmillan, 1969.
30. Pattison EM. The living – dying process. In: Garfield CA, editor. *Psychosocial care of the dying patient*. New York : Mc Graw-Hill, 1978 : 133 - 66.

31. McCormick TR and Conley BJ. Patients' perspectives on dying and on the care of dying patients. *West J Med* 1995 ; 163 : 236 – 43.
32. ปันดดา ปริยทฤม. เอดส์ : การยอมรับและการช่วยเหลือจากสังคม. *วารสารพยาบาลศาสตร์* 2540 ; 15 : 2 – 7.
33. Carson, VB. *Spiritual Dimension of Nursing Practics*. Philadelphia : WE Saunders Company, 1989.
34. Stoll RI . Spirituality and Chronic Illness. In : Carson VB, editor. *Spiritual Dimension of Nursing Practice*. Philadelphia : WB Saunders , 1989 : 180 - 97.
35. Stepnick A,Perry T. Spiritual distress. *J Psychosoc Nurs Ment Health* 1992; 30:17-24.
36. Byrne M. Spiritual in palliative care : what language do we need ?. *Inter J Pal Nurs* 2002 ; 8 : 67 – 74.
37. Stoll RI. Guidelined for spiritual assessment. *Am J Nurs* 1979 ; 79 : 1574 – 7.
38. Cobb M. *The dying soul spiritual care at the end of life*. Philadelphia : Open University Press , 2001 : 12 – 5 .
39. Peberdy A. Spiritual care of dying people . In : Dickenson D, editor. *Death dying and bereavement* . London : The Open University, 2000 : 73 – 81.
40. Hiatt JF. Spirituality ,medicine, and healing. *Sou Med J* 1986 ; 79 : 736 – 43.
41. Ross LA. Spiritual aspects of nursing. *J Adv Nurs* 1994 ; 19 : 439 – 47.
42. Veber BD et. al. Assumption and principles of spiritual care. *Death Stud* 1990; 14 : 75 – 81.
43. Dyson J, Cobb M and Forman D. The meaning of spirituality : a literature review. *J Adv Nurs* 1997 ; 26 : 1183 - 8.
44. Daleman TP and Creek LV. Placing religion and spirituality in end-of-life care. *JAMA* 2000; 284 : 2514 - 7.
45. Reed PG. An emerging paradigm for the investigation of spirituality in nursing. *Res Nurs Health* 1992 ; 15 : 349-57.
46. พระเมธีธรรมาภรณ์. พุทธศาสนากับมิติด้านจิตวิญญาณ. ใน : อรพินท์ วีระฉัตร, บรรณาธิการ. *การพยาบาลในมิติจิตวิญญาณ*. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์, 2534 : 52 – 7.
47. ประสาน ต่างใจ. *จักรวาลกับสังขารม แคว้นดัมจิตวิญญาณ*. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์กรีนพีช, 2538 : 142 – 4.

48. ฟาริดา อิบราฮิม. เรื่องของจิตวิญญาณกับการพยาบาล. ใน : อรพินท์ วีระฉัตร,บรรณาธิการ . **การพยาบาลในมิติจิตวิญญาณ**. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์, 2534 : 16 – 20 .
49. Herth K. Abbreviated instrument to measure hope : development and psychometric evaluation. *J Adv Nurs* 1992 ; 17 : 1251-9.
50. Brush BL, McGee EM, Cavanagh B and Woodward M. Forgiveness a concept analysis. *J Holist Nurs* 2001 ; 19 : 27 – 41.
51. Soeken KL and Carson VJ. Responding to the spiritual needs of the chronically ill. *Nurs Clin North Am* 1987 ; 22 : 603 – 11.
52. O'brien ME. **Spirituality in nursing**. Miami : Jones and Bartlett Publishers, 1999 : 5 – 61.
53. Sumner CH. Recognizing and Responding to spiritual distress. *Am J Nurs* 1998 ; 98 : 26 – 30.
54. Emanuel LL, Gunten CF, Ferris FD. **The Education for Physicians on End-of-life Care (EPEC) Curriculum**. New York : The Robert Wood Johnson Foundation, 1999.
55. Block SD. Psychological considerations, growth, and transcendence at the end of life. *JAMA* 2001 ; 258 : 2890 – 905 .
56. Ellision CW and Smith J. Toward an integrative measure of health and well being. *J Psychol Theology* 1991 ; 19: 35-48.
57. Reed PG. Spirituality and well-being in terminally ill hospitalized adult. *Res Nurs Health* 1987 ; 10: 335-44.
58. Herth K. Abbreviated instrument to measure hope : development and psychometric evaluation. *J Adv Nurs* 1992 ; 17 : 1251-9.
59. Warner SC, Williams JI. The Meaning in Life Scale : determining the reliability and validity of a measure. *J Chron Dis* 1987 ; 40 : 503-12.
60. Hall BA. Pattern of spirituality in person with advanced HIV disease . *Res Nurs Health* 1998 ; 21 : 143 - 53.
61. Reese DJ and Kaplan MS. Spirituality, social support and worry about health : relationships in a sample of HIV+ woman. *Social Thought* 2000 ; 19 : 37 – 51.
62. Leserman J, Perkins DO and Evans DL. Coping with the threat of AIDS : the role of social support. *Am J Psychiatry* 1992 ; 149 : 1514 – 20.
63. Hui-ying L, Ikeguchi E and Hobara T. Spiritual care for dying patients in hospice. *J Asian Inter Bio* 1999 ; 9 : 74 – 6.

64. Barroso J. Long – term nonprogressors with HIV disease. **Nurs Res** 1999 ; 48 : 242 – 9.
65. Barroso J. Social support and long – term survivors of AIDS. **West J Nurs Res** 1997 ; 19 : 554 – 82.
66. Kaldjian LC, Jekel JF, and Friedland G. End of life decision in HIV- positive patients : the role of spiritual belief. **AIDS** 1988 ; 12 : 103 - 7.
67. Nunes JA et. al. Social support, quality of life, immune function and health in persons living with HIV. **J Holist Nurs** 1995 ; 13 : 174 – 98 .
68. ธีววรรณ ไพรวัลย์. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลการปฏิบัติกิจทางศาสนา พฤติกรรมการดูแลทางการแพทย์กับความผาสุกด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยเอดส์รพ.บาราศณราศูร. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการพยาบาล ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540.
69. Pace JC and Stables JL. Correlates of spiritual well-being in terminally ill persons with AIDS and terminally ill persons with cancer. **J Assoc Nurs AIDS Care** 1997 ; 8 : 31 - 42.
70. Carson VB and Green H. Spiritual well – being : a predictor of hardiness in patients with acquired immunodeficiency syndrome. **J Prof Nurs** 1992 ; 8 : 209 - 20.
71. Coleman CL and Holzemer WL. Spirituality well-being and HIV symptoms for African American living with HIV disease. **J Assoc Nurs AIDS Care** 1999 ;10 : 42-50.
72. Isaia D, Parker V and Murrow E. Spiritual well-being among older adults. **J Geron Nurs** 1999; 54 : 15 – 21.
73. Berry TA et. al. Spiritual in person with heart failure. **J Holist Nurs** 2002 ; 20 : 5 - 26.
74. Haile BL et. al. Inner strength among HIV-infected women. **J Assoc Nurs AIDS Care** 2002 ; 13 : 74 – 80.
75. Kendall J. Wellness spirituality in homosexual men with HIV. **J Assoc Nurs AIDS Care** 1994; 5 :28 – 34.
76. Reed PG. Religiousness among terminally ill and healthy adults. **Res Nurs Health** 1986 ; 9 : 35 - 41.
77. Reed PG. Spirituality and well-being in terminally ill hospitalized adult. **Res Nurs Health** 1987 ; 10 : 335 - 44.
78. Tuck I, McCain NL and Elswick RK. Spirituality and psychosocial factors in persons living with HIV. **J Adv Nurs** 2001 ; 33 : 776 – 83.

79. Gray J and Cason CL. Mastery over stress among women with HIV/AIDS. **J Assoc Nurs AIDS Care** 2002 ; 13 : 46 – 57.
80. Sowell et. al. Spiritual activities as a resistance resource for women with human immunodeficiency virus. **Nurs Res** 2000 ; 49 : 73 – 82.
81. Moneyham L et. al. The effectiveness of coping strategies used by HIV-seropositive women. **Res Nurs Health** 1998 ; 21 : 351 – 62.
82. Hall A. Ways of maintaining hope in HIV disease. **Res Nurs Health** 1994 ;17: 283 - 93.
83. Herth K. Fostering hope in terminally-ill people. **J Adv Nurs** 1990 ; 15 : 1250 – 59.
84. Hall VP. The relationship between social support and health in gay men with HIV/AIDS : an integrative review. **J Assoc Nurs AIDS Care** 1999 ; 10 : 74 – 86.
85. Reker GT, peacock EJ and Wong PT. Meaning and purpose in life and well-being : a life-span perspective. **J Gerontol** 1987 ; 42 : 44 – 9.
86. Coward DD. Meaning and purpose in lives of persons with AIDS. **Public Health Nurs** 1994 ; 11 :331-6.
87. Anderson SE. Personality, appraisal, and adaptational outcomes in HIV seropositive men and women. **Res Nurs Health** 1995 ; 18 : 303 – 12.
88. ปิยะฉัตรพร หะวานนท์. การพิจารณาขนาดตัวอย่าง. ใน : ภิรมย์ กมลรัตนกุล,มนต์ชัย ชาลา ประวรรตน์, ทวีสิน ต้นประยูร, บรรณฉิการ. **หลักการทําวิจัยให้สำเร็จ**. กรุงเทพฯ : เทกซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น, 2542 : 127.
89. Ledbetter MF, Smith LA, Hunter WL and Fischer JD. An Evaluation of the research and clinical usefulness of the spiritual well-being scale. **J Psychol Theology** 1991 ; 19 : 49 - 55.
90. Ledbetter MF, Smith LA, Fischer JD, Hunter WL and Chew GP. An evaluation of the construct validity of the spiritual well being scale : a confirmatory factor analytic approach. **J Psychol Theology** 1991 ; 19 : 94 –102.
91. Weinert C. A social support measure : PRQ85. **Nurs Res** 1987 ; 36 : 273 – 77.
92. Weinert C and Tilden VP. Measures of social support : assessment of validity. **Nurs Res** 1990 ; 39 : 212 – 6.

93. สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. **การใช้สถิติในงานวิจัยอย่างถูกต้อง และได้มาตรฐานสากล.** กรุงเทพฯ : บริษัทเฟื่องฟ้า พรินติ้ง จำกัด, 2545.
94. กัลยา วานิชย์บัญชา. **การใช้ SPSS for windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล.** กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด ซี เค แอนด์ เอส โฟโต้สตูดิโอ , 2545.
95. ศิริชัย พงษ์วิชัย. **การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์.** กรุงเทพฯ, สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย , 2544.
96. ไชยวัฒน์ อึ้งเศรษฐ์พันธ์ และ เกียรติ รัชส์รุ่งธรรม. **เอดส์กับวัฒนธรรม.** ใน : วิชัย ไชยวัฒน์, บรรณาธิการ. **เอดส์ปริทัศน์.** กรุงเทพฯ : อุษากการพิมพ์, 2543 : 60 – 2.
97. Hodge DR .**Spirituality : towards a theoretical framework.** *Social Thought* 2000 ; 19 : 1 – 20.
98. ปราณีต ส่งวัฒนา. **การอาศัยอยู่ร่วมกัน การดูแลผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี และผู้ป่วยเอดส์ในช่วงสุดท้ายของชีวิต : ประสพการณ์ในภาคใต้ของไทย.** *วารสารโรคเอดส์* 2541;10:16 - 26.
99. Willuams AB, Shahryarnejad A, Andrew S and Alcabes P. **Social support for HIV-infected mothers : relation to HIV care seeking.** *J Assoc Nurs AIDS Care* 1997; 8:91 – 8.
100. Hudson AL, Lee KA, Miramontes H and Portillo CJ. **Social interactions, perceived support and level of distress in HIV-positive women.** *J Assoc Nurs AIDS Care* 2001 ;12: 68 – 76.
101. Tilden VP and Weinert C. **Social support and the chronically ill individual.** *Nurs Clin North Am* 1987 ; 22 : 613 - 20.
102. นุชรี ศรีวิโรจน์. **เมตตาและมนุษยธรรมกับผู้ป่วยเอดส์.** *เสขิยธรรม* 2536 ; 18 : 34 – 8.
103. ดวงใจ ไทยวงษ์, ประจักษ์ อาษาธง และ พระครูอาทรประชานาถ. **บทบาทขององค์กรในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์.** ใน: ดร.ณิ รุจกรกานต์ และคณะ,บรรณาธิการ. **การประชุมวิชาการระดับภูมิภาค ครั้งที่ 3 เรื่อง ชุมชนอิสานกับผู้ติดเชื้อเอดส์ : แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิต.** ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์, 2542 : 66 – 7.
104. Hinton J. **Dying.** New York : Penquin, 1972.
105. Newshan G. **Transcending the physical : spiritual aspects of pain in patients with HIV and/or cancer.** *J Adv Nurs* 1998 ; 28 : 1,236 - 41.
106. Coward DD and Lewis FM. **The lived experience of self-transcendence in gay men with AIDS.** *Oncol Nurs Forum* 1993 ; 20 : 63 – 8.
107. Coward DD. **The lived experience of self - transcendence in women with AIDS.** *J Gerontol Nurs* 1994 ; 24 : 314 – 8 .

108. Starace F and Sherr L. Suicidal behaviours, euthanasia and AIDS. **AIDS** 1998 ; 12 : 339 – 47.
109. Thomas SP. Gender differences in anger expression : health implications. **Res Nurs Health** 1989 ; 12 : 389 – 98.
110. Celia B. Age and gender differences in pain management following coronary artery bypass surgery. **J Gerontol Nurs** 2000 ; 26 : 7 – 13.
111. Caress AL, Luker KA and Owners RG. A descriptive study of meaning of illness in chronic renal disease. **J Adv Nurs** 2001; 33 : 716 – 27.
112. Hutchison C. Social support : factors to consider when designing studies that measure social support. **J Adv Nurs** 1999 ; 29 : 1520 – 6.
113. Adam BD. Sociology and people living with AIDS. In : Huber J and Schneider BE, editors. **The social context of AIDS**. London : Sage publications,1992 :3 -17.
114. Lemme BH. **Development in adulthood**. Miami : A Simon & Schuster Company, 1995.
115. Burckhardt CS. Coping strategies of the chronically ill. **Nurs Clin North Am** 1987 ; 22 : 543 – 51.
116. Dugan DO. Death & dying emotional, spiritual and ethical support for patients and families . **J Psychosoc Nurs Ment Health** 1987 ; 25 : 21 – 9 .
117. Clark C, Curley A, Hughes A and James R. Hospice care : a model for caring for the person with AIDS. **Nurs Clin North Am** 1988 ; 23 : 851 – 62.
118. Magno JB. The hospice concept of care : facing the 1990s. **Death Stud** 1990 ; 14 : 109 – 19.
119. อภิชาติ พันธเสน. ประเด็นทางจริยธรรมและพุทธธรรมกับการแก้ไขปัญหเอดส์. **เสขิยธรรม** 2536 ; 18 : 39 – 43.





ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ภาคผนวก ก.**  
**รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ**

1. รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงนันทิกา ทิวชาชาติ  
หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์  
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. รองศาสตราจารย์ ดร.วิพรรณ ประจวบเหมาะ  
ผู้อำนวยการวิทยาลัยประชากรศาสตร์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
วิทยาลัยประชากรศาสตร์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ผ่าน บาลโพธิ์  
อาจารย์ประจำสถาบันภาษาแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
สถาบันภาษาแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์พวงสร้อย วรรณกุล  
อาจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์  
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
5. นายแพทย์สุชเชวีญ ตั้งวงษ์ไชย  
อาจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์  
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
6. แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปิติพร  
อาจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์  
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ภาคผนวก ข.**  
**ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย**  
**การวิจัยเรื่อง สภาวะจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยโรคเอดส์ ที่เข้ารับการรักษา ณ วัดพระบาทน้ำพุ**  
**จังหวัดลพบุรี**

เรียน ท่านผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่าน

ท่านเป็นผู้ที่ได้รับเกียรติจากผู้วิจัยให้เข้าร่วมศึกษาในงานวิจัยเกี่ยวกับสภาวะจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยโรคเอดส์ ที่เข้ารับการรักษา ณ วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี ก่อนที่ท่านจะตกลงเพื่อเข้าร่วมการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอเรียนให้ท่านทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

งานวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาสภาวะจิตวิญญาณและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสภาวะจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยโรคเอดส์ ซึ่งผลจากการศึกษาจะเป็นประโยชน์ในการนำความรู้ที่ได้รับไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลรักษาช่วยเหลือ และตอบสนองความต้องการทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคเอดส์ ได้อย่างมีประสิทธิภาพและส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเอดส์ มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป หากท่านตกลงที่จะร่วมการศึกษาวิจัยจะมีขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามมาให้ท่านตอบ ซึ่งประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 27 ข้อ, แบบสอบถามวัดคุณค่าและความหมายของชีวิต 15 ข้อ, แบบสอบถามวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณ 20 ข้อ, แบบสอบถามการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเอง 10 ข้อ, แบบสอบถามวัดความหวัง 12 ข้อ และแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม 25 ข้อ สำหรับวิธีตอบแบบสอบถามให้ท่านเป็นผู้ประเมินและตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง หากท่านไม่สามารถอ่านหรือกรอกข้อมูลได้ด้วยตนเอง ผู้วิจัยยินดีจะอ่านให้ฟังและกรอกข้อมูลให้ตามคำตอบของท่าน

ประการสำคัญที่ท่านควรทราบ คือ การเข้าร่วมการศึกษานี้ ท่านจะไม่ได้รับสิทธิประโยชน์ใดๆ เป็นพิเศษทั้งสิ้น สำหรับผลการวิจัย ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของท่านเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวท่านต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีที่จำเป็น ด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด กรุณาติดต่อ นางชนิดดา ผาสุกมุล ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ ตึกธนาคารกรุงเทพ โทร 0-1299-3042 ซึ่งยินดีให้คำตอบท่านทุกประการ

ขอขอบคุณในความร่วมมือนของท่านมา ณ ที่นี้

**ใบยินยอมให้ทำการวิจัยในมนุษย์**  
**การวิจัยเรื่อง สภาวะจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยโรคเอดส์ ที่เข้ารับการรักษา ณ วัดพระบาทน้ำพุ**  
**จังหวัดลพบุรี**

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2545

ก่อนที่ข้าพเจ้าจะลงนามในใบยินยอมในการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้อ่านคำชี้แจงจากผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์ วิธีการวิจัยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถาม ข้อมูลที่ได้จะนำมาวิเคราะห์ในภาพรวม ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของแต่ละบุคคลไว้เป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปของการสรุปผลรวมของการวิจัย

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความดังกล่าวข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ จึงได้ลงนามในใบยินยอมนี้ ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

( นางชนัดดา ผาสุกมุล )

ในกรณีที่ผู้ยินยอมยังไม่บรรลุนิติภาวะ จะต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง หรือผู้อุปการะโดยชอบด้วยกฎหมาย

ลงนาม.....ผู้ปกครอง/ผู้อุปการะโดยชอบด้วยกฎหมาย

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

( นางชนัดดา ผาสุกมุล )

หมายเหตุ : ผู้ยินยอมมีสิทธิในการปฏิเสธที่จะให้ความร่วมมือในการวิจัยเมื่อใดก็ได้

## แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย  ลงในกรอบ  หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. อายุ.....ปี

2. เพศ  ชาย  หญิง

3. สถานภาพสมรส

- โสด  คู่  หย่าร้าง  หม้าย  แยกกันอยู่  
 อื่นๆ ระบุ.....

4. ระดับการศึกษา

- ไม่ได้เรียน  ประถมศึกษา  มัธยมศึกษาตอนต้น  
 มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./ปวส. ปริญญาตรี  ปริญญาโท/เอก  
 อื่นๆ ระบุ.....

5. ภูมิลำเนา ก่อนเข้ารับการบำบัดรักษา ที่วัดพระบาทน้ำพุ

- ภาคเหนือ  ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ  
 ภาคกลาง  ภาคตะวันตก  
 ภาคตะวันออก  ภาคใต้

6. อาชีพก่อนเข้ารับการบำบัดรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ

- ไม่ได้ประกอบอาชีพ  แม่บ้าน  
 ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว  เกษตรกรรม  
 นักเรียน/นักศึกษา  รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ  
 รับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน  อื่นๆ ระบุ.....

## 7. รายได้ของท่าน เฉลี่ย (บาท/เดือน)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ไม่มีรายได้       | <input type="checkbox"/> ต่ำกว่า 3,000 บาท |
| <input type="checkbox"/> 3,001 - 5,000 บาท | <input type="checkbox"/> 5,001 - 7,000 บาท |
| <input type="checkbox"/> 7,001 - 9,000 บาท | <input type="checkbox"/> มากกว่า 9,001 บาท |

## 8. รายได้ของครอบครัว เฉลี่ย (บาท/เดือน)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ไม่มีรายได้       | <input type="checkbox"/> ต่ำกว่า 3,000 บาท |
| <input type="checkbox"/> 3,001 - 5,000 บาท | <input type="checkbox"/> 5,001 - 7,000 บาท |
| <input type="checkbox"/> 7,001 - 9,000 บาท | <input type="checkbox"/> มากกว่า 9,001 บาท |

## 9. สถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว

- มีเงินไม่พอใช้
- มีเงินพอใช้

## 10. สาเหตุที่ทำให้ท่านได้รับเชื้อเอชไอวี

- ทางเพศสัมพันธ์ (เพศเดียวกัน)
- ทางเพศสัมพันธ์ (ต่างเพศ)
- เข็มฉีดยาเสพติดร่วมกับผู้อื่น
- อื่นๆ ระบุ.....

## 11. ระยะเวลาที่ทราบว่าได้ติดเชื้อเอชไอวี .....ปี.....เดือน.....วัน

## 12. ก่อนเข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ ท่านอาศัยอยู่กับ

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> อยู่คนเดียว       | <input type="checkbox"/> อาศัยอยู่กับญาติ                                  |
| <input type="checkbox"/> บิดา - มารดา      | <input type="checkbox"/> อาศัยอยู่กับบ้านคนอื่นที่มีใบอนุญาต               |
| <input type="checkbox"/> อยู่กับสามี/ภรรยา | <input type="checkbox"/> อยู่สถานสงเคราะห์ (รวมทั้งวัดหรือสถานพักพิงอื่นๆ) |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....   |  |

13. ก่อนเข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ ท่านเคยได้รับการรักษามาก่อนหรือไม่

ไม่เคย

เคย จำนวน.....ครั้ง

1. ระบุสถานที่ ..... สาเหตุการป่วย.....

2. ระบุสถานที่ ..... สาเหตุการป่วย.....

3. ระบุสถานที่ ..... สาเหตุการป่วย.....

4. ระบุสถานที่ ..... สาเหตุการป่วย.....

5. ระบุสถานที่ ..... สาเหตุการป่วย.....

6. ระบุสถานที่ ..... สาเหตุการป่วย.....

7. ระบุสถานที่ ..... สาเหตุการป่วย.....

8. ระบุสถานที่ ..... สาเหตุการป่วย.....

9. ระบุสถานที่ ..... สาเหตุการป่วย.....

10. ระบุสถานที่ ..... สาเหตุการป่วย.....

14. ครอบครัวของท่านทราบหรือไม่ว่า ท่านติดเชื้อเอชไอวี

ไม่ทราบว่าท่านติดเชื้อ (ข้ามไปตอบข้อ 16)

ทราบว่าท่านติดเชื้อ

ยอมรับ

ไม่ยอมรับ

15. ปฏิกริยาของครอบครัวเมื่อทราบว่าท่านติดเชื้อเอชไอวี

เห็นใจ ไม่รังเกียจ คอยดูแลช่วยเหลือและให้กำลังใจเหมือนเดิม

รังเกียจ ไม่คบหาสมาคมด้วย

อื่นๆ ระบุ.....

16. ผู้ร่วมงานของท่านทราบหรือไม่ว่าท่านติดเชื้อเอชไอวี

ไม่ทราบว่าท่านติดเชื้อ (ข้ามไปตอบข้อ 18)

ทราบว่าท่านติดเชื้อ

ยอมรับ

ไม่ยอมรับ

17. ปฏิกริยาของผู้ร่วมงานเมื่อทราบว่าท่านติดเชื้อเอชไอวี

- เห็นใจ ไม่รังเกียจ คอยดูแลช่วยเหลือและให้กำลังใจเหมือนเดิม
- รังเกียจ ไม่คบหาสมาคมด้วย
- อื่นๆ ระบุ.....

18. การวินิจฉัยโรคของกลุ่มอาการที่ป่งของภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อม .....

19. อาการทางกายของท่านในขณะนี้ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. โรคแทรกซ้อน

- ติดเชื้อทางเดินหายใจ ระบุ.....
- ติดเชื้อทางเดินอาหาร ระบุ.....
- ติดเชื้อทางสมอง ระบุ.....
- ติดเชื้อทางผิวหนัง(คีรีษะและลำตัว) ระบุ.....
- ติดเชื้อในช่องปาก ระบุ.....
- ผิดปกติของกระดูกและข้อ ระบุ.....
- ผิดปกติของกล้ามเนื้อ ระบุ.....
- อื่น ๆ ระบุ.....

2. โปรดเรียงลำดับความรุนแรงของอาการที่มีผลต่อสภาวะสุขภาพของท่านขณะนี้ จากมากไปน้อย 3

อาการตามลำดับ

- ..... อ่อนเพลีย ไม่มีแรง
- ..... เดินไม่ได้
- ..... ออกเสียงไม่ได้
- ..... มีอาการปวด
- ..... หายใจไม่สะดวก
- ..... อื่น ๆ ระบุ.....



21. ขณะนี้ท่านได้รับยา ระบุ (ชื่อยา)

- 1)..... ระยะที่รับประทาน .....วัน.....เดือน  
 2)..... ระยะที่รับประทาน .....วัน.....เดือน  
 3)..... ระยะที่รับประทาน .....วัน.....เดือน  
 4)..... ระยะที่รับประทาน .....วัน.....เดือน  
 อื่นๆ.....

22. ท่านเคยได้รับการรักษาในหอผู้ป่วย (บ้านวลัยลักษณ์ หรือบ้านเมตตา) หรือไม่

ไม่เคย

เคย จำนวน.....ครั้ง

ครั้งที่ 1 ระบุอาการ.....ระยะที่นอน...../...../.....

ครั้งที่ 2 ระบุอาการ.....ระยะที่นอน...../...../.....

ครั้งที่ 3 ระบุอาการ.....ระยะที่นอน...../...../.....

ครั้งที่ 4 ระบุอาการ.....ระยะที่นอน...../...../.....

ครั้งที่ 5 ระบุอาการ.....ระยะที่นอน...../...../.....

.....

.....

23. บุคคลที่คอยให้ความช่วยเหลือดูแลท่าน ภายหลังที่ท่านติดเชื้เอชไอวี

ไม่มีใครดูแล

เพื่อน

บิดา/มารดา

สามเณร/ภรรยา

ญาติพี่น้อง

อื่นๆ ระบุ.....

24. ระยะเวลาที่ท่านเข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ .....ปี.....เดือน.....วัน

25. บุคคลที่นำท่านมารักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ

ด้วยตัวเอง

บิดา/มารดา

ญาติพี่น้อง

สามเณร/ภรรยา

เพื่อน

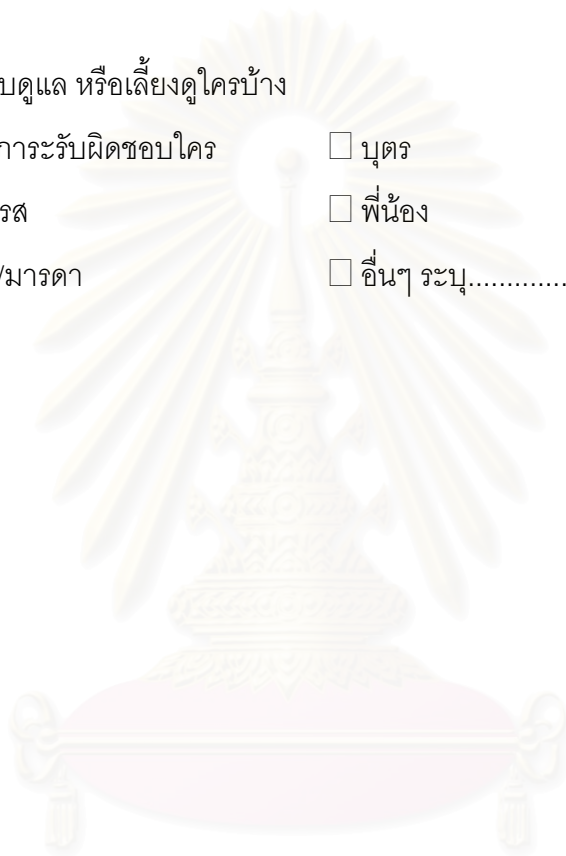
อื่นๆ ระบุ.....

26. เหตุผลสำคัญที่ทำให้ท่านมารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> สุขภาพไม่ดี             | <input type="checkbox"/> กลัวถูกสังคมรังเกียจ       |
| <input type="checkbox"/> ไม่มีคนดูแล             | <input type="checkbox"/> ไม่มีเงินรักษา             |
| <input type="checkbox"/> ทางบ้านบังคับหรือขอร้อง | <input type="checkbox"/> กลัวจะมีผลกระทบต่อครอบครัว |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....         |   |

27. ท่านต้องรับผิดชอบดูแล หรือเลี้ยงดูใครบ้าง

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ไม่มีภาระรับผิดชอบใคร | <input type="checkbox"/> บุตร            |
| <input type="checkbox"/> คู่สมรส               | <input type="checkbox"/> พี่น้อง         |
| <input type="checkbox"/> บิดา/มารดา            | <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... |



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



### แบบสอบถามวัดการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณในตนเอง

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้สภาวะจิตวิญญาณ ใช้วัดการรับรู้ด้านจิตวิญญาณภายในจิตใจ และการรับรู้การมีปฏิสัมพันธ์ของตนเองกับสิ่งแวดล้อม 2 ด้าน คือ

1. การรับรู้ด้านจิตวิญญาณที่เกี่ยวกับระยะเวลา จำนวน 4 ข้อ
2. การรับรู้ด้านจิตวิญญาณที่เกี่ยวกับความคิดเห็น จำนวน 6 ข้อ

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบทางขวา ให้ตรงกับความเป็นจริงตามความคิดเห็นของท่านในข้อคำถามนั้นๆ

ข้อคำถาม	ไม่เคย เลย	น้อยกว่า 1 ครั้ง ต่อ 1 ปี	ประมาณ 1 ครั้ง ต่อ 1 ปี	ประมาณ 1 ครั้งต่อ 1 เดือน	ประมาณ 1 ครั้งต่อ 1 สัปดาห์	ประมาณ 1 ครั้งต่อ 1 วัน
<u>การรับรู้ด้านจิตวิญญาณที่เกี่ยวกับระยะเวลา</u> 1. ในการพูดคุยกับคนในครอบครัวหรือเพื่อน ท่านเคยพูดคุยเรื่องความเชื่อภายในจิตใจ การใช้ ชีวิตที่มีความหมาย การมีความหวังในชีวิตหรือ เนื้อหาอื่นที่เกี่ยวข้อง บ่อยแค่ไหน ?						
2. ท่านเคยพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับ ชีวิตของท่านทั้งในด้านทุกข์และสุขกับคนที่อยู่ รอบๆตัวท่านตามความเชื่อภายในใจ บ่อยแค่ไหน ไหน ?						
..						
..						

ข้อความ	ไม่เคย เลย	น้อยกว่า 1 ครั้ง ต่อ 1 ปี	ประมาณ 1 ครั้ง ต่อ 1 ปี	ประมาณ 1 ครั้งต่อ 1 เดือน	ประมาณ 1 ครั้งต่อ 1 สัปดาห์	ประมาณ 1 ครั้งต่อ 1 วัน
<p>การรับรู้ด้านจิตวิญญาณที่เกี่ยวกับความคิดเห็น</p> <p>5. การให้อภัยเป็นเรื่องสำคัญทางด้านจิตใจ ของฉัน</p>						
<p>6. ฉันอาศัยความเชื่อภายในใจ เป็นส่วนนำทาง ชีวิต</p>						
<p>..</p>						
<p>..</p>						
<p>..</p>						
<p>..</p>						

### แบบสอบถามวัดความหวัง

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความหวัง ความปรารถนา ภายในจิตใจ ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบทางขวา ให้ตรงกับความเป็นจริง ตามความคิดเห็นของท่าน ในข้อคำถามนั้นๆ

ข้อคำถาม	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. ฉันมองชีวิตข้างหน้าในแง่ดี				
2. ฉันมีเป้าหมายในชีวิต ทั้งเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาว				
3. ฉันรู้สึกโดดเดี่ยว เหมือนอยู่คนเดียว				
4. ฉันสามารถหาทางออกท่ามกลางความยากลำบาก				
..				
..				
..				
..				
..				
..				
..				
..				
..				

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย







## ภาคผนวก ค.

### โครงการธรรมรักษานิเวศน์ บ้านพักผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะสุดท้าย ณ วัดพระบาทน้ำพุ ตำบลเขาสามยอต อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี

โดย ดร.พระครูอาทรประชานาถ ( พระอลงกต ดิกขปัญโญ ) เจ้าอาวาสวัดพระบาทน้ำพุ

#### ที่มาของโครงการธรรมรักษานิเวศน์

ดร.พระครูอาทรประชานาถ ได้ตระหนักถึงปัญหาโรคเอดส์ที่กำลังเป็นปัญหาวิกฤติในสังคมไทย จึงก่อตั้งโครงการธรรมรักษานิเวศน์ บ้านพักผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะสุดท้ายขึ้นในปี พ.ศ.2535 เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ถูกสังคมทอดทิ้ง ให้ได้รับการดูแลบนพื้นฐาน ของความมีเมตตาธรรม จนกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิตให้ได้สิ้นลมหายใจอย่างสงบสุขไปสู่สุคติ โดยมีศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางจิตใจ และมีพระสงฆ์ แพทย์ พยาบาล อาสาสมัคร ร่วมกันดูแล ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ กฎหมาย และจริยธรรม ซึ่งให้การสงเคราะห์ ทั้งด้านที่พัก อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรค และปัจจัยที่จำเป็นโดยไม่มีภาระค่าใช้จ่าย

#### โครงการธรรมรักษานิเวศน์ ประกอบด้วย

1. ธรรมรักษานิเวศน์ (Hospice care) เพื่อรองรับผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยบ้านวัดสังข์ลักษ์ และบ้านเมตตา สามารถรองรับผู้ป่วยได้ ประมาณ 70 เตียง
2. ธรรมภิบาล (Day care) เป็นบ้านพักหลังเล็กๆ สำหรับผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะสุดท้าย ที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ มีบ้านพักทั้งหมด 50 หลัง
3. ธรรมธारा (Home care) การออกไปเยี่ยมผู้ป่วยโรคเอดส์ในครอบครัวหรือชุมชน ให้การดูแลผู้ป่วยและญาติ
4. บ้านหุบเขาแสงตะวัน หรือบ้านแห่งชีวิตใหม่ (Community care or Living home care) หมายถึงบ้านที่จะรับผู้ป่วยบางคนที่กลับบ้านไม่ได้ เพราะญาติทิ้ง ผู้ป่วยบางคนจาก Hospice care และ Day care เมื่อฟื้นตัวกลับมามีสุขภาพดี ปวราภรณ์จะเรียนรู้และอยากมีชีวิตอย่างสงบกับธรรมชาติ จึงได้จัดโครงการบ้านพักผู้ป่วยโรคเอดส์แห่งที่ 2 อำเภอหนองม่วง จังหวัดลพบุรี เพื่อช่วยดูแลด้านอาหารและยาที่พักรักษา ตลอดจนการศึกษาของเด็กที่พ่อแม่ติดเชื้อโรคเอดส์

#### สภาพทั่วไปของโครงการธรรมรักษานิเวศน์

โครงการธรรมรักษานิเวศน์ จัดดำเนินการขึ้นในวัดพระบาทน้ำพุ มีเนื้อที่ 51 ไร่ 31 ตารางวา ทิศเหนือและทิศตะวันออกติดภูเขา ทิศใต้ติดที่ทำกินของประชาชน ทิศตะวันตกติดที่ตั้งกรมทหาร ภายในวัดประกอบด้วย

- 1.อาคารด้านศาสนา ได้แก่ อุโบสถ ศาลาการเปรียญ หอสมุดมนต์ ภูฏิสงฆ์ หอฉันท์
- 2.พระพุทธรูป ได้แก่ หลวงพ่อดำ พระโพธิ์สัตว์ หลวงพ่อขาว และรอยพระพุทธรบาท
- 3.หอผู้ป่วย ได้แก่ บ้านวลัยลักษณ์ บ้านเมตตา 1 และ บ้านเมตตา 2 เป็นสถานที่พักฟื้นสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ สามารถรองรับได้ 70-80 เตียง
- 4.บ้านพักผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีลักษณะเป็นบ้านตึกเรียงแถวอย่างเป็นระเบียบ สวยงาม สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่สามารถ ช่วยเหลือตนเองได้ แยกเป็นสัดส่วนทั้งชายและหญิง และแยกเป็นสัดส่วนของผู้ติดเชื้อและไม่ติดเชื้อวัณโรค จัดให้อยู่หลังละสองคน ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นสามีภรรยาและบุตรจัดให้อยู่ร่วมกันหลังละ 1 ครอบครัวเพื่อเป็นการเอื้ออำนวยให้มีโอกาสอยู่กับครอบครัวอย่างอบอุ่น
- 5.หอประชุมใช้สำหรับต้อนรับแขกผู้มาเยี่ยมโครงการ
- 6.สนามกีฬา
- 7.เมรุเผาศพ สามารถเผาศพได้วันละ 2 - 5 ราย

### วัตถุประสงค์ของโครงการธรรมรักษณีเวศน์

สร้างจิตสำนึกแก่สังคมไทย ให้เกิดมีความเมตตาและมนุษยธรรมต่อกัน ในอันที่จะร่วมใจป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทย รวมถึง การสร้างเจตคติที่ดีในการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ ด้วยความเข้าใจและยอมรับในการอยู่ร่วมกันในสังคมอย่างเป็นปกติสุข ตลอดจนให้การดูแลและช่วยเหลือผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างมีเมตตาและมนุษยธรรมภายใต้ปรัชญาพื้นฐานที่ว่าเมตตาธรรมค้ำจุนโลก

### การดำเนินงานของโครงการธรรมรักษณีเวศน์

- 1.ให้การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะสุดท้าย โดยมีระเบียบการรับผู้ป่วย ดังนี้
  - เป็นผู้ติดเชื้อ เอชไอวี และอยู่ในระยะสุดท้าย โดยได้รับใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาลว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี และกำลังอยู่ในระยะสุดท้ายของโรคเอดส์ เป็นหลักฐานในการเข้าพักรักษา
  - เป็นผู้มิเอกสารสำคัญ ดังนี้ บัตรประจำตัวประชาชน, ทะเบียนบ้าน, ทะเบียนสมรส(ถ้ามี)
  - ไม่จำกัดอายุ,เพศและศาสนา
  - ต้องมีผู้รับรองที่เป็นญาติ หรือผู้ที่รู้จักผู้ป่วยโดยตรง อย่างน้อย 1 คน
  - ผู้ป่วยต้องไม่เป็นโรคจิตประสาท พิการทางตา หู แขน และขา
2. บริการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะสุดท้าย
  - ให้การรักษาตามลักษณะอาการ ได้แก่ ตรวจสุขภาพ, ให้การรักษาทางยา, โภชนาการ, และให้การรักษาพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์

- การดูแลด้านจิตใจ ส่งเสริมให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ทั้งในหอผู้ป่วยและบ้านพัก โดยพยาบาลจะให้คำแนะนำแก่ครอบครัวและญาติในการดูแลผู้ป่วย ในกรณีที่ไม่มีญาติมาดูแล จะมีอาสาสมัครและผู้ป่วยอาสาให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ส่งเสริมกำลังใจ ให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่ามากขึ้น

- การดูแลด้านสังคม ส่งเสริมให้ผู้ป่วยช่วยเหลือกันและกัน การใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันในบ้านพัก การพัฒนาวัด ทำความสะอาดที่พักรักษาตัว ทำสวน และฝึกงานอาชีพไว้จำหน่าย ให้กับผู้ป่วยเยี่ยมชม

- การดูแลด้านจิตวิญญาณ ดร.พระครูอาทรประชานาถ ได้จัดการสอนและส่งเสริมการปฏิบัติธรรมตามหลักพุทธศาสนา เช่น การทำบุญ สวดมนต์ ทำวัตรเช้าเย็น และวิปัสสนากรรมฐาน เพื่อให้มีจิตใจหนักแน่นสงบเยือกเย็นและการเจริญมรณาสติเพื่อเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางจิตใจของผู้ป่วยเอ็ดส์ ระยะเวลาสุดท้าย

### กิจกรรมประจำวันสำหรับผู้ป่วยบ้านพัก (Day care)

- 06:00 น. สวดมนต์ นั่งสมาธิ โดยมีพระเป็นผู้นำ
- 06:30 น. พัฒนาวัด เก็บขยะ รดน้ำต้นไม้
- 08:00 น. รับประทานอาหารเข้าร่วมกันที่โรงครัว
- 09:00 น. งานประจำวัน ได้แก่ ผู้ช่วยสัปรเห่อ ขับรถ ทำสวน ซักผ้า ช่วยงานโรงครัว ทำความสะอาดในเขตวัด งานซ่อมบำรุง
- 10:00 น. ฝึกงานอาชีพของแต่ละคน ตามความถนัด ได้แก่ งานไม้ เรซิน ปูนปลาสเตอร์ ประดิษฐ์ดอกไม้
- 12:00 น. รับประทานอาหารกลางวัน
- 13:00 น. งานประจำวัน
- 16:30 น. พัฒนาวัด
- 17:00 น. กิจกรรมนันทนาการ และเล่นกีฬา
- 18:00 น. รับประทานอาหารเย็น
- 19:30 น. เติ่นจงกรม สวดมนต์ นั่งสมาธิ รับฟังพระธรรมเทศนา
- 20:00 น. นอน

### กิจกรรมประจำวันสำหรับผู้ป่วยที่อยู่หอผู้ป่วย (Hospice care)

- 08:00 น. พยาบาลและอาสาสมัครทำความสะอาดร่างกายให้
- 09:00 น. พยาบาลและอาสาสมัครทำแผลให้
- 10:00 น. นายแพทย์อีฟ (Mr.Paul Yves Wery) แพทย์อาสาสมัครชาวเบลเยียม ตรวจรักษา

- 11:00 น. รับประทานอาหารกลางวัน
- 15:00 น. รับประทานอาหารก่อนอาหาร
- 16:00 น. รับประทานอาหารเย็นและยาหลังอาหาร
- 17:00 น. พยาบาลและอาสาสมัครทำความสะอาดร่างกายให้
- 18:00 น. พักผ่อน

### ทีมให้การดูแลผู้ป่วย

ดร.พระครูอาทรประชานาถและพระภิกษุสงฆ์จำนวน 14 รูป, แพทย์อาสาสมัคร (Mr.Paul Yves Wery), พยาบาลวิชาชีพ 1 คน, ผู้ช่วยพยาบาล 9 คน, เจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษา 2 คน, เจ้าหน้าที่บริการพยาบาล 4 คน ,อาสาสมัครชาวต่างประเทศ 7 คน และเจ้าหน้าที่ทำความสะอาด 6 คน

### กิจกรรมการบริการของโครงการ

1. ให้การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะสุดท้าย
2. ให้บริการปรึกษาปัญหาโรคเอดส์แก่ผู้ป่วยและญาติ
3. บริการปรึกษาทางด้านศึกษาดูงานและฝึกอบรมเรื่องโรคเอดส์
4. ให้การศึกษาเรื่องโรคเอดส์ทางสถานีโทรทัศน์ช่อง 5, 11, ไอทีวี และ ยูบีซี
5. ให้การสงเคราะห์ฌาปนกิจศพผู้ป่วยโรคเอดส์
6. ให้บริการจัดบรรยายและจัดกิจกรรมเรื่องโรคเอดส์ในสถานศึกษา

### เป้าหมายของโครงการ

- เป็นต้นแบบบ้านพักผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะสุดท้ายในประเทศไทย
- ศูนย์การศึกษาและฝึกอบรมความรู้เรื่องโรคเอดส์ ชุมชนบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะสุดท้ายในประเทศไทย
- โรงพยาบาลสงเคราะห์ผู้ป่วยโรคเอดส์

### สถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัด

ปี พ.ศ.	ยอดเดิม	รับใหม่	ยอดรวม	ชาย	หญิง
2541	1,355	662	2,017	1,367	650
2542	1,154	833	1,987	1,594	423
2543	1,540	941	2,481	1,772	709
2544	2,553	909	3,462	2,217	1,245
2545 *	1,088	288	1,376	721	655

\* ยอดรวมถึงเดือน พฤษภาคม 2545

### งบประมาณ

- ภาครัฐสนับสนุน งบประมาณ	1,000,000	บาท/ปี
- ภาคเอกชน สนับสนุน งบประมาณ	5,000,000	บาท/ปี
- ประชาชนบริจาค งบประมาณ	8,000,000	บาท/ปี

### ค่าใช้จ่าย

- ค่ายาและเวชภัณฑ์	500,000	บาท/เดือน
- ค่าอาหาร	300,000	บาท/เดือน
- ค่ามาปนกิจ	150,000	บาท/เดือน
- ค่าตอบแทน	120,000	บาท/เดือน
- ค่าไฟฟ้า น้ำประปา	50,000	บาท/เดือน
- ค่าโทรศัพท์	20,000	บาท/เดือน
- ค่าเชื้อเพลิง/ยานพาหนะ	30,000	บาท/เดือน
- ค่าอุปกรณ์สำนักงาน	15,000	บาท/เดือน
- เบ็ดเตล็ด	25,000	บาท/เดือน
รวม	1,200,000	บาท/เดือน

## ประวัติโดยย่อ

ดร.พระครูอาทรประชานาถ (พระอาจารย์อลงกต ดิกขปัญโญ)

เจ้าอาวาสวัดพระบาทน้ำพุ ต.เขาสามยอต อ.เมือง จ.ลพบุรี

เกิด 9 ธันวาคม 2496

บ้านเกิด อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี

การศึกษา พ.ศ. 2519 ปริญญาตรีสาขาวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์  
 พ.ศ. 2522 ปริญญาโท สาขาวิศวกรรมเครื่องกล มหาวิทยาลัยแห่งชาติออสเตรเลีย  
 พ.ศ. 2531 นักรรรมชั้นโท สำนักเรียนวัดพระบาทน้ำพุ อ.เมือง จ.ลพบุรี  
 พ.ศ. 2540 ปริญญาเอกสาขาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์  
 พ.ศ. 2542 ปริญญาเอกสาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
 พ.ศ. 2544 ปริญญาเอกสาขาปรัชญา มหาวิทยาลัยรามคำแหง  
 พ.ศ. 2545 ปริญญาเอกสาขาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยมหามกุฏราช  
 วิทยาลัย

### ตำแหน่งและสมณศักดิ์

พ.ศ. 2533 รักษาการเจ้าอาวาส วัดพระบาทน้ำพุ ต.ทะเลชุบศร อ.เมือง จ.ลพบุรี  
 พ.ศ. 2539 ได้รับพระราชทานสมณศักดิ์ “พระครูอาทรประชานาถ”

### ผลงาน

ก่อตั้งโครงการธรรมรักษานิเวศน์ บ้านพักผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะสุดท้าย ในปี พ.ศ.2535 ที่วัดพระบาทน้ำพุ ต.เขาสามยอต อ.เมือง จ.ลพบุรี โดยมีวัตถุประสงค์ในการสร้างจิตสำนึกของสังคมให้มีเมตตาและมนุษยธรรม ต่อผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ถูกทอดทิ้งจากครอบครัวและสังคม ให้ได้รับการดูแลช่วยเหลือจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตให้ได้มีโอกาสสิ้นลมหายใจอย่างสงบสุข และไปสู่สุคติตามวิถีทางของชาวพุทธ

### รางวัลเกียรติยศ

รางวัลมหิตลวราวุธธรรม	พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ ทรงพระราชทาน
รางวัลเสมาธรรมจักร	สมเด็จพระเทพฯ ทรงพระราชทาน
รางวัลแสงเทียนส่องใจ	พระองค์เจ้าโสมสวลีฯ พระราชทาน
รางวัลคนดีศรีสังคม	จากสโมสรโรตารี
รางวัลพลเมืองดีเด่น	จากสโมสรไลออน
รางวัลบริการสังคมเพื่อคุณธรรม	จากสำนักข่าวกรุงเทพมหานคร

### แนวคิดของดร.พระครูอาทรประชานาถ

สอนให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญว่า เมื่อเป็นโรคเอดส์แล้ว ทำอย่างไร จะใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ดังคำกล่าวที่ว่า “ ในส่วนของอาตมานั้น อาตมาไม่ได้ทำเพื่อช่วยผู้ป่วยโรคเอดส์เพียงคนเดียว แต่ทำเพื่อช่วยธรรมชาติทั้งหมด คนที่เขาได้มารู้ ได้มาเห็นก็จะเกิดเจตคติ เกิดสำนึกที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง จะได้ป้องกันตัวเองให้พ้นจากโรคเอดส์ สำหรับผู้ป่วยถึงอย่างไร เขาก็ต้องตาย ดังนั้นในช่วงก่อนที่เขาจะตาย น่าจะใช้เหตุการณ์นี้ให้เป็นประโยชน์ต่อผู้ที่ยังมีชีวิตอยู่ ” จากแนวคิดดังกล่าวช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงประโยชน์และคุณค่าของตนเอง นำไปสู่ความผาสุกทางจิตวิญญาณอย่างแท้จริง

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางชนิดดา ผาสุกมุล เกิดวันที่ 19 เมษายน 2511 ที่จังหวัดลพบุรี สำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และการผดุงครรภ์ชั้นสูง จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีชลบุรี ปีการศึกษา 2533 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อ พ.ศ. 2545



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย