

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณ ในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง

สุเมิตรา ตีระพงศ์ประเสริฐ, พย.ม.¹ นิภาวรรณ สามารถกิจ, Ph.D.^{2*} วิภา วิเสโส, Ph.D.³

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการสนับสนุนทางสังคมกับความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 84 ราย เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2563 เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามความต้องการด้านจิตวิญญาณ แบบสอบถามการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ และแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ที่ .82, .85, 83 และ .85 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองมีความต้องการด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง ($M = 2.67$, $SD = 0.12$) การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการด้านจิตวิญญาณอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .40$, $p < .001$; $r = .36$, $p < .01$; $r = .25$, $p < .05$ ตามลำดับ) ผลการวิจัยครั้งนี้เสนอแนะว่าพยาบาลควรจัดแนวทางปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ โดยการประเมินความรุนแรงของการเจ็บป่วย ส่งเสริมการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และให้การสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณและมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะสุดท้าย

คำสำคัญ: ความต้องการด้านจิตวิญญาณ ผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การสนับสนุนทางสังคม

¹ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

² รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* ผู้เขียนหลัก e-mail: nsamartkit@gmail.com

Factors Related to Spiritual Needs in Palliative Cancer Patients

Sumittra Tirapongprasert, M.NS.¹, Niphawan Samartkit, Ph.D.^{2*}, Wipa Wiseso, Ph.D.³

Abstract

This descriptive correlational research aimed to analyze the relationship of perceived severity of illness, religious practice, and social support to the spiritual needs in palliative cancer patients. The sample was 84 palliative cancer patients admitted to Maharat Nakhon Ratchasima Hospital. Data were collected during November and December 2020. Instruments included a demographic data record form, a Spiritual Needs Questionnaire, a Religious Practice Questionnaire, the Multidimensional Scale of Perceived Social Support, and the Perceived Severity of Illness Questionnaire. Reliabilities were .82, .85, .83, and .85 respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's product moment correlation coefficient.

The research results showed that palliative cancer patients had a high level of spiritual needs ($M = 2.67, SD = 0.12$). Severity of illness, religious practices and social support had positive relationship with spiritual needs ($r = .40, p < .001; r = .36, p < .01; r = .25, p < .05$ respectively). The findings suggest that nurses should develop nursing guidelines for meeting patients' spiritual needs by considering the perceived level of severity of the illness, supporting religious practices, and providing social support to improve the patients' spiritual well-being and quality of life in the terminal stages.

Key words: Spiritual needs, palliative cancer patients, perceived severity of illness, religious practices, social support

¹ Student of Master of Science in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University

² Associate Professor, Faculty of Nursing, Burapha University

³ Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University

* Corresponding author e-mail: nsamartkit@gmail.com

ความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุข เป็นหนึ่งในสาเหตุของการเจ็บป่วยที่สำคัญของโลกซึ่งพบว่า มีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งรายใหม่เพิ่มขึ้น 18.1 ล้านรายต่อปี และมีแนวโน้มว่าในปี พ.ศ. 2583 หรืออีก 22 ปีข้างหน้าจะมีผู้ป่วยโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นเป็น 29.30 ล้านรายต่อปี (World Health Organization, 2018) สำหรับในประเทศไทยมีแนวโน้มของผู้ป่วยโรคมะเร็งเพิ่มมากขึ้นเช่นกันโดยในปี พ.ศ. 2559 มีจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็ง 113,637 ราย และเพิ่มขึ้นเป็น 170,495 ราย ในปี พ.ศ. 2561 (National Cancer Institute, 2018) มะเร็งเป็นโรคที่ไม่มีอาการในระยะแรก ๆ ทำให้ผู้ป่วยไม่ทราบว่าตนเองเป็นมะเร็ง ถึงแม้ว่าเทคโนโลยีการตรวจวินิจฉัยจะมีความก้าวหน้ามากขึ้น แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่เมื่อไม่ทราบอาการจริงไม่ได้มาตรวจ เป็นสาเหตุให้มะเร็งมีการลุกลามไปอวัยวะอื่น ๆ จนเข้าสู่ระยะประคับประคองหรือระยะสุดท้าย (Pasri, Isaramalai, & Hattakit, 2015)

ผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม รวมถึงจิตวิญญาณ ความทุกข์ทรมานทางกายจากอาการต่าง ๆ เช่น อาการปวด เหนื่อย อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร เป็นต้น (Chaichompoo, Namvongrom, Pakdevong, Preechakoon, & Ounlam, 2019) และจากการที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าจะต้องเผชิญกับความตายที่ใกล้เข้ามา ถือว่าเป็นสถานการณ์ที่ตึงเครียดส่งผลให้เกิดความทุกข์ทางด้านจิตใจ ผู้ป่วยมักจะว้าวุ่น วิตกกังวล เครียด หวาดกลัว เบื่อหน่าย ท้อแท้ ลึนหวัง จนส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในมิติด้านจิตวิญญาณด้วย (Nilmanat, 2012) ผู้ป่วยมักแสดง ความทุกข์ทางจิตวิญญาณออกมาในลักษณะของการขาดความหวัง ขาดความรัก ขาดความศรัทธา เบื่อหน่าย ท้อแท้หมดกำลังใจ ความเข้มแข็งภายในจิตใจลดลง ไม่กล้าเผชิญปัญหา ไม่มีเป้าหมายในชีวิต รู้สึกว่าอนาคตไม่แน่นอน (Phupun, Skulphan, & Thungjaroenkul, 2018; Thapanakulsuk, Sirapo-ngam, Ferrans, Orathai, & Junda, 2020)

มิติจิตวิญญาณนั้นเป็นมิติที่ทำหน้าที่เชื่อมประสานการทำหน้าที่ของมิติด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เข้าด้วยกัน ทำให้เกิดความสมดุล (Sangchart, 2014) โดย

จิตวิญญาณมีส่วนช่วยให้สุขภาพร่างกายของบุคคลดีขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับชีวิตและความเจ็บป่วย เพิ่มความมั่นคงทางอารมณ์ ความพึงพอใจและความแข็งแกร่งในชีวิต ช่วยในการค้นหาความหมายและเป้าหมายของการมีชีวิต ลดความวิตกกังวล ความเครียด (Thapanakulsuk et al., 2020) ช่วยให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความหวัง เสริมสร้างความเชื่อ ความศรัทธาแม้อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต (Chaiyasit & Piboonrungrroj, 2020) ในทางตรงกันข้ามบุคคลที่มีสุขภาพทางจิตวิญญาณไม่ดี จะส่งผลกระทบต่อความสมดุลในทุกมิติ ซึ่งส่งผลเสียต่อสุขภาพ บุคคลจะไม่สามารถดำเนินชีวิต ไม่สามารถเผชิญกับสถานการณ์ และภาวะกดดันของชีวิตได้ (Kata, Somkumlung, Chaiyasit, & Sehakom, 2018) และจะไม่พบกับความผาสุกทางจิตวิญญาณที่แท้จริง (Sangchart, 2014)

ด้วยเหตุที่การเจ็บป่วยด้วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นภาวะที่วิกฤตและคุกคามต่อชีวิต อยู่ในภาวะใกล้สู่ความตาย ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางจิตวิญญาณ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจึงแสวงหาแนวทางในการดูแลจิตวิญญาณของตนเอง โดยการแสดงออกถึงความต้องการด้านจิตวิญญาณ (Kaewmanee, Nanthachaipan, & Sittisombut, 2014) ความต้องการด้านจิตวิญญาณ เป็นความต้องการของบุคคล ในการค้นหาความหมายและเป้าหมายในชีวิต การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งนอกเหนือตนเอง และการมีความหวัง (Highfield, 1992) จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งมีความต้องการด้านจิตวิญญาณร้อยละ 64.32 (Forouzi, Tirgari, Safarizadeh, & Jahani, 2017) สำหรับการศึกษาความต้องการด้านจิตวิญญาณในคนไทยซึ่งมีความเชื่อ ค่านิยม สังคมและวัฒนธรรมแตกต่างจากประเทศตะวันตก พบว่าผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีมีความต้องการด้านจิตวิญญาณร้อยละ 100 และอยู่ในระดับสูงถึงร้อยละ 55.80 (Kaewmanee et al., 2014) สอดคล้องกับการศึกษาของ Phupun et al. (2018) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งมีความต้องการด้านจิตวิญญาณร้อยละ 100 เช่นเดียวกัน โดยลักษณะความต้องการด้านจิตวิญญาณ เป็นความต้องการค้นหาความหมายและเป้าหมายในชีวิต การมีคุณค่าและความภาคภูมิใจในชีวิต ต้องการมีความสัมพันธ์กับผู้อื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนเองเคารพนับถือ การปฏิบัติกิจกรรมพิธีกรรม

ต่าง ๆ ตามความเชื่อของตนเอง (Kaewmanee et al., 2014) เพื่อให้ตนเองพบกับความสุข และความผาสุกทางจิตวิญญาณ ที่จะนำพาไปสู่จิตที่สงบ หลุดพ้น สามารถเผชิญปัญหาและค้นหาความหมายในชีวิตเป้าหมายใหม่ในชีวิตในระยะสุดท้ายของชีวิต (Nilmanat, 2012)

เป้าหมายสำคัญของการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย คือ การดูแลให้ผู้ป่วยพบกับความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ ใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่ามีความหมายได้ทำตามสิ่งที่ต้องการในช่วงสุดท้ายของชีวิต (Panuraj, Matchim, & Thongthawee, 2018) รวมถึงให้ผู้ป่วยเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Charoenwipada, 2017) ซึ่งการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในมิติทางจิตวิญญาณ เป็นอีกหนึ่งการดูแลที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม (Caldeira, Timmins, Carvalho, & Vieira, 2017) ดังนั้นพยาบาลต้องยอมรับและตระหนักถึงความสำคัญในการประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณ และสามารถตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างเหมาะสม (Hatamipour, Rassouli, Yaghmaie, Zendedel, & Majd, 2015) ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า มีพลังในการดำเนินชีวิต กล้าเผชิญกับความเจ็บป่วย ช่วยในการค้นหาเป้าหมายในชีวิต เสริมสร้างความหวัง ส่งเสริมให้เกิดพลังอำนาจในตนเอง เกิดความเชื่อในจิตวิญญาณ อันจะส่งผลให้เกิดความสุขสบายใจในชีวิต เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ สามารถดำรงชีวิตอย่างปกติสุขได้ จนกระทั่งจากไปอย่างสงบ (Phupun et al., 2018) นั่นคือการตายดี (Good death) เป็นการตายด้วยใจสงบ ยอมรับความเป็นจริงของชีวิต ไม่มีสิ่งที่ต้องกังวลหรือติดค้างอะไร (Semprawat & Mookdee, 2018) ซึ่งการตายในการรับรู้ของคนไทย ตามหลักศาสนาพุทธ ความตายนั้นเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต บุคคลจะมีการเวียนเกิดเวียนตายอยู่ตลอดเวลา นอกจากนี้ยังมีความเชื่อเกี่ยวกับการเกิดใหม่ ทำให้ชาวพุทธให้ความสำคัญกับสภาวะจิตใจในช่วงใกล้เสียชีวิต โดยเชื่อว่าการจากไปอย่างสงบ จะได้ไปเกิดในภพภูมิใหม่ที่ดี (Nilmanat, 2012)

แต่ในทางตรงกันข้ามหากผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณหรือตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณไม่เพียงพอ จะส่งผลให้เกิดความทุกข์ทางจิตใจและจิตวิญญาณได้ (Phupun et al.,

2018) อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการทางกายที่เพิ่มขึ้นด้วย ทำให้สุขภาพทางกายและจิตใจของผู้ป่วยแย่ลง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยแสดงความต้องการด้านจิตวิญญาณมากขึ้นเรื่อย ๆ และเกิดความทุกข์ทางจิตวิญญาณเพิ่มมากขึ้น (Rankin, 2018) ผู้ป่วยจะมีความกลัว หมดกำลังใจ สิ้นหวัง ไม่กล้าเผชิญปัญหา บางรายมีความปรารถนาที่จะเร่งรัดความตาย ทำให้ผู้ป่วยจากไปอย่างไม่สงบ ไม่พบกับการตายดี (Nilmanat, 2012) นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีความทุกข์ทางจิตวิญญาณ จะส่งผลกระทบต่อจิตใจของสมาชิกในครอบครัว ทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความวิตกกังวล เครียด เกิดความทุกข์ เศร้า เสียใจ ที่เห็นบุคคลอันเป็นที่รักในครอบครัวทุกข์ทรมาน (Rachawat, Kunsongkeit, & Kangchai, 2019)

ทฤษฎีความผาสุกด้านจิตวิญญาณในขณะเจ็บป่วย (Spiritual Well-Being in Illness) ของ O'Brien (2014) กล่าวว่าบุคคลจะเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณได้นั้น บุคคลจะแสดงความต้องการการค้นหาความหมายทางจิตวิญญาณและสะท้อนออกมาเป็นความต้องการด้านจิตวิญญาณ โดยมีปัจจัยที่มีผลต่อการค้นหาความต้องการด้านจิตวิญญาณ ดังนี้ 1) ความเชื่อความศรัทธาทางศาสนา 2) ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ 3) การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา 4) ความรุนแรงของการเจ็บป่วย 5) การเผชิญกับเหตุการณ์กดดันในชีวิต และ 6) การสนับสนุนทางสังคมจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณในระดับสูง คือ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยจึงศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าวกับความต้องการด้านจิตวิญญาณ

การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย เป็นความรู้สึกและความเข้าใจของผู้ป่วยต่อความเลวร้ายของสถานการณ์ที่เกิดจากการเจ็บป่วย ซึ่งก่อให้เกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิต (Rujipairoch, 2007) ด้วยเหตุที่การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งนั้น ผู้ป่วยจะมีอาการของโรคเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายอย่างมาก ส่งผลให้ผู้ป่วยรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมากขึ้น (Semprawat & Mookdee, 2018) ทำให้ผู้ป่วยเกิดความท้อแท้ สิ้นหวัง หมดกำลังใจ จนนำไปสู่ภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ ทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการด้านจิตวิญญาณ

มากขึ้น (Chaiyasit & Piboonrungraj, 2020) สอดคล้องกับการศึกษาของ Watthanawatthu (2008) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ($r = .63, p < .05$) และการศึกษาของ Thuntitrakul (2009) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ ($r = -.49, p < .05$)

การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายได้สร้างความทุกข์ใจอย่างมากให้กับผู้ป่วย ซึ่งการที่ได้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตามความเชื่อ จะเป็นสิ่งที่ช่วยยึดเหนี่ยวจิตใจ เป็นที่พึ่งทางใจ เป็นหนทางที่ช่วยในการต่อสู้กับปัญหาชีวิต ช่วยให้จิตใจสงบ (Nilmanat, 2012) การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาจะช่วยในการค้นหาความหมายทางจิตวิญญาณ ความต้องการทางจิตวิญญาณ ที่จะนำไปพบกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ การศึกษาของ Taylor (2006) ที่พบว่า ความต้องการทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์กับความถี่ของการเข้าร่วมพิธีกรรมทางศาสนา ($r = .50, p < .001$) การศึกษาของ Watthanawatthu (2008) พบว่าการเข้าร่วมพิธีกรรมทางศาสนามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ($r = .38, p < .05$) และการศึกษาของ Thuntitrakul (2009) พบว่า การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ($r = .18, p < .05$)

การสนับสนุนทางสังคม เป็นการได้รับการช่วยเหลือ เกื้อกูลจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน และผู้ดูแลในด้านต่าง ๆ ดังนี้ อารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร วัตถุประสงค์ของ (Wongpakaran, Wongpakaran, & Ruktrakul, 2011) การที่ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุน ทั้งจากครอบครัว เพื่อน แพทย์ พยาบาล ผู้ป่วยจะรู้สึกได้รับความรัก ความเอาใจใส่ รู้สึกมีความหวัง กำลังใจ สามารถช่วยผู้ป่วยในการค้นหาความต้องการด้านจิตวิญญาณ (O' Brien, 2014) สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพของ Hatamipour et al. (2015) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมทั้งจากครอบครัวและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งแสดงออกในรูปแบบของความรักและการติดต่อกับผู้อื่นมีผลต่อความต้องการทางจิตวิญญาณและการศึกษาของ Thuntitrakul (2009) พบว่าแรง

สนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ($r = .49, p < .05$)

การประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณ และการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองได้อย่างเหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า ถ้าเผชิญความเจ็บป่วยมีเป้าหมายในชีวิต มีความหวัง เกิดความสุขสบายใจในชีวิต จนเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Phupun et al., 2018) อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติพยาบาลอาจยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณได้ครบทุกด้าน (Rushton, 2014) นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองในวัฒนธรรมความเชื่อคนภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ความแตกต่างจากภาคอื่น ๆ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความต้องการด้านจิตวิญญาณ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาความต้องการด้านจิตวิญญาณและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง ในวัฒนธรรมและความเชื่อตามบริบทของประชาชนในภูมิภาคนี้ ผลการศึกษาที่ได้สามารถนำมาพัฒนาแผนการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองได้อย่างเหมาะสมกับบริบทและสังคม ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า ถ้าเผชิญกับความเจ็บป่วย เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิตได้อย่างผาสุก

วัตถุประสงค์การวิจัย

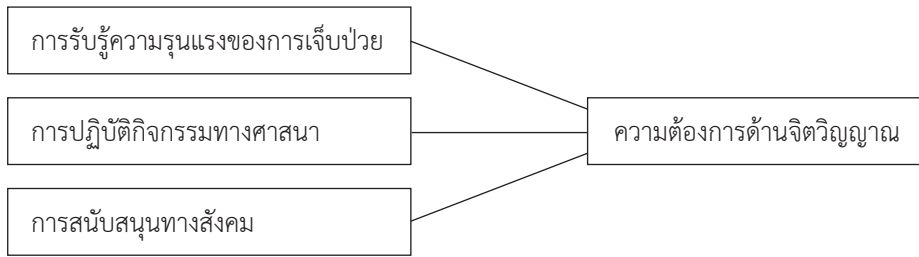
1. เพื่อศึกษาความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การสนับสนุนทางสังคม กับความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

งานวิจัยนี้ศึกษาภายใต้ทฤษฎีความผาสุกด้าน

จิตวิญญาณในขณะที่เจ็บป่วย (Spiritual Well-Being in Illness) ของ O'Brien (2014) ซึ่งกล่าวว่าเมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วยจะสูญเสียความสามารถ ความบกพร่องในการทำหน้าที่ ทั้งทางร่างกาย จิตสังคม จิตวิญญาณ ทำให้เกิดความไม่มั่นใจในความเชื่อ ความศรัทธา สิ่งที่ทำให้คุณค่า และความหมายในชีวิต บุคคลจึงมีความต้องการด้านจิตวิญญาณ เพื่อการค้นหาความหมายและเป้าหมายชีวิต การที่บุคคลจะเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณได้นั้น บุคคลจะแสดงความต้องการการค้นหาความหมายทางจิตวิญญาณและสะท้อนออกมาเป็นความต้องการด้านจิตวิญญาณ โดยมีปัจจัยที่มีผลต่อการค้นหาความหมายของจิตวิญญาณ ดังนี้

1) ความเชื่อความศรัทธาทางศาสนา 2) ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ 3) การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา 4) ความรุนแรงของการเจ็บป่วย 5) การเผชิญกับเหตุการณ์กดดันในชีวิต และ 6) การสนับสนุนทางสังคม ในการศึกษาครั้งนี้ จากการขึ้นำของทฤษฎีนี้และการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในระดับสูง คือ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยจึงศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าวกับความต้องการด้านจิตวิญญาณ ในการศึกษาครั้งนี้จึงมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้างนี้คือผู้ป่วยมะเร็งทุกชนิดในระยะประคับประคอง ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ที่มีค่าคะแนน Palliative Performance Scale (PPS) อยู่ในช่วง 30-60% สุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดช่วงเวลาตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน - เดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 และกำหนดคุณลักษณะการคัดเลือกเข้าศึกษา ดังนี้ 1) มีอายุตั้งแต่ 20 ปีบริบูรณ์ 2) นับถือศาสนาพุทธ 3) ไม่มีปัญหาในการได้ยิน การมองเห็น การพูด เข้าใจ พูด อ่าน เขียน ภาษาไทยได้ และ 4) ได้รับการดูแลจากศูนย์การดูแลแบบประคับประคองอย่างน้อย 1 ครั้ง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power analysis version 3.1.9.4 กำหนดการทดสอบสมมติฐานเป็นสองทาง กำหนดค่าอิทธิพล

(Effect size) เท่ากับ 0.30 (Cohen, 1977) กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ .05 และกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ .80 ได้กลุ่มตัวอย่าง 84 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 5 ส่วน ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล พัฒนาโดยผู้วิจัยซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้ 1) แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป มีทั้งหมด 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส กิจกรรมทางศาสนาที่ปฏิบัติ อาชีพ รายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว บุคคลที่ให้การดูแลใกล้ชิดเมื่อเจ็บป่วย และสิทธิการรักษา 2) แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย มีทั้งหมด 7 ข้อ เกี่ยวกับข้อมูลด้าน การวินิจฉัยโรค ระยะของโรคมะเร็ง ระยะเวลาในการเจ็บป่วย คะแนน Palliative Performance Scale ประวัติการรักษา การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน และโรคร่วมอื่น ๆ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความต้องการด้านจิตวิญญาณ ซึ่งได้นำแบบสอบถามความต้องการด้านจิตวิญญาณ

ของ Samuksaman (2007) ที่ได้สร้างขึ้นตามแนวคิดความต้องการด้านจิตวิญญาณของ Highfield (1992) มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ 1) ความต้องการการมีความหมายและเป้าหมายของชีวิต จำนวน 13 ข้อ ข้อที่ 1-13 2) ความต้องการการมีสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งนอกเหนือตนเอง มีลักษณะของความรัก ใจกว้างใจ เศรพและศรัทธา การนับถือศาสนา ปฏิบัติกิจกรรมหรือพิธีกรรมทางศาสนา ตามความเชื่อของตนเอง จำนวน 11 ข้อ ข้อที่ 14-24 3) ความต้องการมีความหวัง เป็นการจินตนาการให้ตนเองพบสิ่งที่ดี และมีชีวิตที่ดีขึ้น มีจำนวน 6 ข้อ ข้อที่ 25-30 ลักษณะคำตอบเป็น มาตรฐานค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 0 คือ ไม่มีความต้องการ ถึง 3 คือ มีความต้องการมาก ค่าคะแนนที่นำมาวิเคราะห์อยู่ระหว่าง 0-3 คะแนน การแปลความหมายของระดับคะแนนคือ คะแนนค่าเฉลี่ยสูง หมายถึง มีความต้องการด้านจิตวิญญาณสูง คะแนนค่าเฉลี่ยต่ำ หมายถึงมีความต้องการด้านจิตวิญญาณต่ำ นอกจากนี้แบ่งค่าเฉลี่ยคะแนนเป็น 3 ระดับ เพื่อการพรรณนา ดังนี้ 0.00-1.00 มีความต้องการด้านจิตวิญญาณในระดับน้อย 1.01-2.00 มีความต้องการด้านจิตวิญญาณในระดับปานกลาง 2.01-3.00 มีความต้องการด้านจิตวิญญาณในระดับสูง ในการศึกษาครั้งนี้ได้นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะประคับประคอง จำนวน 30 ราย ได้ความเชื่อมั่นเท่ากับ .82

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาของ Thuntitrakul (2009) ที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยใช้แนวคิดการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตาม ทาน ศีล ภาวนา ของพระธรรมโกศาจารย์ มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อ เป็นมาตรฐานค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 คือ ไม่ได้ปฏิบัติ จนถึง 5 คือ ปฏิบัติทุกวัน ค่าคะแนนที่นำมาวิเคราะห์อยู่ระหว่าง 1-5 คะแนน การแปลความหมายของระดับคะแนนคือ ค่าคะแนนเฉลี่ยสูง หมายถึง มีการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาสูง ค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำ หมายถึง มีการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาต่ำ ในการศึกษาครั้งนี้ได้นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะประคับประคอง จำนวน 30 ราย ได้ความเชื่อมั่นเท่ากับ .85

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ (Multi-dimensional Scale of Perceived Social Support: MSPSS) เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาโดย Zimet, Dahlem, Zimet, and Farley (1988) แปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลและแปลย้อนกลับโดย Wongpakaran et al. (2011) แบบสอบถามวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม 3 มิติ คือ การรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน และคนสำคัญอื่น แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อคำถาม เป็นมาตรฐานค่า 7 ระดับ ตั้งแต่ 1 คือ ไม่เห็นด้วยอย่างมากที่สุด จนถึง 7 คือ เห็นด้วยมากที่สุด ค่าคะแนนที่นำมาวิเคราะห์อยู่ระหว่าง 1-7 คะแนน การแปลความหมายของระดับคะแนน คือ ค่าคะแนนเฉลี่ยสูง หมายถึง การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมสูง ค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำ หมายถึง การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมต่ำ ในการศึกษาครั้งนี้ได้นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะประคับประคอง จำนวน 30 ราย ได้ความเชื่อมั่นเท่ากับ .83

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ของ Noipiang (2002) มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ เป็นมาตรฐานค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 คือ ไม่เห็นด้วย จนถึง 5 คือ เห็นด้วยมากที่สุด ค่าคะแนนที่นำมาวิเคราะห์อยู่ระหว่าง 1-5 คะแนน การแปลความหมายของระดับคะแนนคือ ค่าคะแนนเฉลี่ยสูง หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยสูง ค่าเฉลี่ยคะแนนต่ำ หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยต่ำ ในการศึกษาครั้งนี้ได้นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะประคับประคอง จำนวน 30 ราย ได้ความเชื่อมั่นเท่ากับ .85

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา และคณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลมหาสารคามตราขสสิมา เลขที่ G-HS 057/2563 และ 147/2020 ตามลำดับ ก่อนเก็บข้อมูลวิจัยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดการวิจัย อธิบายสิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย และ

สอบถามความสมัครใจการเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุญาตการเก็บข้อมูลวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ผู้วิจัยประสานขอเข้าพบหัวหน้าการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานผู้ป่วยใน หัวหน้าศูนย์การดูแลแบบประคับประคอง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัยและการรวบรวมข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน-ธันวาคม พ.ศ. 2563 ทุกวันจันทร์-ศุกร์ เวลา 8.00-16.00 น. โดยผู้วิจัยเข้าพบพยาบาลหัวหน้าเวรศูนย์การดูแลแบบประคับประคอง เพื่อติดต่อประสานขอความร่วมมือให้สำรวจรายชื่อผู้ป่วย และหอยผู้ป่วยที่ส่งมาปรึกษาเพื่อรับการดูแลแบบประคับประคอง คัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์คัดเข้าศึกษา ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วย แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย อธิบายสิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย สอบถามความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย เมื่อผู้ป่วยสมัครใจให้ผู้ป่วยลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย แล้วให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามในสถานที่ที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก หากกลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกที่จะอ่านแบบสอบถาม ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านแบบสอบถามแล้วให้กลุ่มตัวอย่างตอบ ในการตอบแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 30 นาที เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนาแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ระดับความต้องการด้านจิตวิญญาณโดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การสนับสนุนทางสังคม กับความต้องการด้านจิตวิญญาณ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product moment correlation

coefficient) การทดสอบการกระจายของข้อมูล โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov พบว่ามีการกระจายของข้อมูลแบบโค้งปกติ (Normality)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.80 มีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี ร้อยละ 28.57 รองลงมา อายุ 41-50 ปี ร้อยละ 22.62 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 58.86 ปี ($SD = 12.64$) มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 65.48 ส่วนใหญ่จบการศึกษาสูงสุดชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 64.29 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 51.19 มีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 39.30 รองลงมาน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 34.50 ส่วนใหญ่เป็นรายได้ที่ไม่เพียงพอ ร้อยละ 63.10 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 2-3 คน คิดเป็น ร้อยละ 51.20 บุคคลที่ให้การดูแลอย่างใกล้ชิดเมื่อเจ็บป่วย ส่วนใหญ่คือบุตร คิดเป็นร้อยละ 44.00 กิจกรรมทางศาสนาที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติส่วนใหญ่คือ การใส่บาตร คิดเป็น ร้อยละ 63.10 โรคมะเร็งของกลุ่มตัวอย่างที่พบมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งปอด ร้อยละ 20.20 มะเร็งเต้านม ร้อยละ 14.30 มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ร้อยละ 11.90 มะเร็งท่อน้ำดี และมะเร็งกระเพาะอาหาร ร้อยละ 8.30 ระยะของโรคมะเร็งที่พบส่วนใหญ่คือ ระยะที่ 4 ร้อยละ 85.70 ระยะเวลาในการเจ็บป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 3-6 เดือน ร้อยละ 25.00 รองลงมา 1-2 ปี ร้อยละ 23.81 มีค่าคะแนน Palliative performance scales 60% ร้อยละ 35.71 รองลงมา 50% ร้อยละ 32.15 การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน ส่วนใหญ่เป็นการรักษาแบบประคับประคองตามอาการ ร้อยละ 57.10

2. กลุ่มตัวอย่างทุกราย (ร้อยละ 100) มีระดับความต้องการด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง ($M = 2.67$, $SD = 0.12$) จำแนกความต้องการด้านจิตวิญญาณรายด้านดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนความต้องการด้านจิตวิญญาณ จำแนกตามคะแนนโดยรวมและรายด้าน ($n = 84$)

ความต้องการด้านจิตวิญญาณ	พิสัยที่เป็นไปได้	พิสัยที่เป็นจริง	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
โดยรวม	0-3	2.30-2.93	2.67	0.12	สูง
ด้านการมีความหมายและเป้าหมายของชีวิต	0-3	2.23-3.00	2.68	0.14	สูง
ด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งแวดล้อมและสิ่งนอกเหนือตน	0-3	2.09-3.00	2.66	0.18	สูง
ด้านการมีความหวัง	0-3	2.00-3.00	2.64	0.20	สูง

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความต้องการด้านจิตวิญญาณโดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100 ($M = 2.67, SD = 0.12$) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่าความต้องการด้านจิตวิญญาณทุกด้านมีคะแนนเฉลี่ยในระดับสูง โดยด้านการมีความหมายและเป้าหมายของชีวิต ($M = 2.68, SD = 0.14$) ด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งแวดล้อมและสิ่งนอกเหนือตน ($M = 2.66, SD = 0.18$) และด้านการมีความหวัง ($M = 2.64, SD = 0.20$)

3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ($r = .40, p < .001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ($r = .36, p < .01$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ($r = .25, p < .05$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับตัวแปรตาม ($n = 84$)

ตัวแปร	ความต้องการด้านจิตวิญญาณ	
	<i>r</i>	<i>p</i>
1. การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย	.40	<.001
2. การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา	.36	.25
3. การสนับสนุนทางสังคม	.001	.025

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษา สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. **ความต้องการด้านจิตวิญญาณ** พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีความต้องการด้านจิตวิญญาณโดยรวมอยู่ในระดับสูง และเมื่อพิจารณาความต้องการด้านจิตวิญญาณรายด้านพบว่า มีกลุ่มตัวอย่างที่มีความต้องการด้านจิตวิญญาณทุกด้านในระดับสูง สามารถอภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 51-60 ปี เป็นวัยที่มีความกังวลใจในเรื่องสุขภาพที่เปลี่ยนแปลง เมื่อเกิดการเจ็บป่วยในระยะประคับประคอง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกังวลใจ ไม่สามารถ

ทำงานได้ สูญเสียหน้าที่การงาน จะเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 51.19 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะของโรคมะเร็งอยู่ในระยะที่ 4 เป็นระยะที่มีอาการแสดงมาก เช่น อาการปวด เหนื่อยหอบ เป็นต้น ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากอาการต่าง ๆ ซึ่งส่งผลกระทบต่อจิตสังคม สร้างความทุกข์ทางจิตวิญญาณ ผู้ป่วยจึงมีความต้องการด้านจิตวิญญาณมาก เพื่อต้องการสร้างความหวัง กำลังใจ (Kaewmanee et al., 2014) สอดคล้องกับการศึกษาของ Cheng, Xu, Liu, Mao, and Chen (2018) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งมีความต้องการด้านจิตวิญญาณในระดับสูง และระยะของโรคมะเร็งที่มากขึ้น

มีผลให้ผู้ป่วยมีความต้องการด้านจิตวิญญาณที่มากขึ้น

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

2.1 การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความต้องการด้านจิตวิญญาณ สามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็งในระยะที่ 4 และมีระดับคะแนน PPS อยู่ในระดับ 50-60% ร้อยละ 67.86 แสดงถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลงและมีอาการแสดงของโรคมามาก ไม่สามารถทำงานได้ ผู้ป่วยจึงนั่งหรือนอนเป็นส่วนใหญ่ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่มากขึ้น เมื่อความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองน้อยลง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (Kaewmanee et al., 2014) ทำให้ผู้ป่วยเกิดความท้อแท้ สิ้นหวัง วิตกกังวล กลัวการสูญเสีย หมดกำลังใจในชีวิต ความหมายและเป้าหมายในชีวิตเปลี่ยนไป จนนำไปสู่ภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ (Chaiyasit & Piboonrunroj, 2020) จึงส่งผลให้เกิดความต้องการด้านจิตวิญญาณมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความผาสุกทางจิตวิญญาณในขณะเจ็บป่วยของ O' Brien (2014) ที่กล่าวว่า บุคคลเมื่อมีภาวะเจ็บป่วยต้องได้รับความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย ส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ ทำให้ความสามารถในการทำงานลดลงและระบบคุณค่าความเชื่อของชีวิต บุคคลจึงต้องการค้นหาความหมายทางจิตวิญญาณ ความต้องการด้านจิตวิญญาณ เพื่อนำไปสู่ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Watthanawatthu (2008) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการด้านจิตวิญญาณ ($r = .63, p < .05$)

2.2 การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความต้องการด้านจิตวิญญาณ สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองอยู่ในระยะที่ 4 ร้อยละ 85.70 ซึ่งเป็นระยะที่มีอาการมาก มีความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ก่อให้เกิดความทุกข์ใจ ไม่สบายใจ นำไปสู่ความทุกข์ทางจิตวิญญาณ ผู้ป่วยจึงปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนามาก เนื่องจากมีความเชื่อว่าศาสนาจะช่วยให้มีความสุขกาย สบายใจ และจากกลุ่มตัวอย่างเป็นชาวไทย

พุทธ มีภูมิลำเนาในภาคอีสาน ซึ่งจิตวิญญาณของคนในภาคอีสานนั้นผูกพันกับวัฒนธรรม ความเชื่อ ความศรัทธาอย่างมาก โดยมีความเชื่อว่าสิ่งศักดิ์สิทธิ์ จะช่วยคุ้มครองปกป้องรักษาให้พ้นภัยอันตราย ช่วยให้หลุดพ้นจากความทุกข์ทั้งปวง สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีความความผาสุกทางจิตวิญญาณในขณะเจ็บป่วยของ O' Brien (2014) ที่กล่าวว่า การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เป็นกิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติตามหลักความเชื่อในศาสนาที่ตนเองเคารพนับถือ ในการค้นหาความหมายทางจิตวิญญาณ ความต้องการทางจิตวิญญาณ ที่จะนำไปสู่ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Taylor (2006) ที่พบว่า ความต้องการทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์กับความถี่ของการเข้าร่วมพิธีกรรมทางศาสนาของผู้ป่วยมะเร็ง และการศึกษาของ Watthanawatthu (2008) ที่พบว่า การเข้าร่วมพิธีกรรมทางศาสนามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เช่นเดียวกับการศึกษาของ Thuntitrakul (2009) ที่พบว่า การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนามีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายทางบวก

2.3 การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความต้องการด้านจิตวิญญาณ กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีบุคคลคอยช่วยเหลือ ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลสำคัญ ผู้ป่วยจึงมีความต้องการด้านจิตวิญญาณมากขึ้น สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยาย ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 65.48 สอดคล้องกับบริบทสังคมในภาคอีสานที่อาศัยอยู่กันเป็นครอบครัวใหญ่ มีความผูกพันในครอบครัวสูง เมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย จะให้การช่วยเหลือดูแลซึ่งกันและกัน ผู้ป่วยจึงรับรู้ได้รับการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่สูง จะมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาความหมายทางจิตวิญญาณ ความต้องการทางจิตวิญญาณ สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพของ Hatamipour et al. (2015) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมทั้งจากครอบครัวและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งแสดงออกในรูปแบบของความรักและการติดต่อกับผู้อื่นมีผลต่อความต้องการทางจิตวิญญาณ และการศึกษาของ Thuntitrakul (2009)

ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพสามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบการพยาบาล และพัฒนาโปรแกรม ตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง โดยการประเมินความรุนแรงของการเจ็บป่วย ส่งเสริมการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ให้การสนับสนุนทางสังคมทั้งจากครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพ

2. คณาจารย์ในสถาบันการศึกษาสามารถนำข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ ไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการเรียนการสอนเกี่ยวกับการศึกษาความต้องการด้านจิตวิญญาณ ในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง

3. ด้านการวิจัย ผลการวิจัยนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อการวิจัยต่อยอดในการศึกษาถึงแนวทางการพัฒนาการดูแลด้านจิตวิญญาณ และจัดทำงานวิจัยโปรแกรมการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง

Reference

Caldeira, S., Timmins, F., de Carvalho, E. C., & Vieira, M. (2017). Spiritual well-being and spiritual distress in cancer patients undergoing chemotherapy: utilizing the SWBQ as component of holistic nursing diagnosis. *Journal of Religion and Health, 56*(4), 1489-1502.

Charoenwipada, C. (2017). Case study: Continuing end-stage cancer patients nursing care from hospital to home and community, In the context of palliative care center, Counseling Clinic of nursing department, Klongtom hospital. *Krabi Medical Journal, 1*(1), 11-21. [In Thai]

Chaichompoo, R., Namvongrom, A., Pakdevong, N., Preechakoon, B., & Ounlam, T. (2019). Relationship between symptom severity and distress in patients with advanced cancer. *Journal of Nursing and Health Sciences, 13*(4), 1-13. [In Thai]

Chaiyasit, Y., & Piboonrungraj, P. (2020). *Nursing cares for patients with spiritual distress*. Bangkok: Chaulalongkorn University. [In Thai]

Cheng, Q., Xu, X., Liu, X., Mao, T., & Chen, Y. (2018). Spiritual needs and their associated factors among cancer patients in China: A cross-sectional study. *Supportive Care in Cancer, 26*(10), 3405-3412.

Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral science*. New York: Academic Press.

Forouzi, M. A., Tirgari, B., Safarizadeh, M. H., & Jahani, Y. (2017). Spiritual needs and quality of life of patients with cancer. *Indian journal of palliative care, 23*(4), 437.

Hatamipour, K., Rassouli, M., Yaghmaie, F., Zendedel, K., & Majd, H. A. (2015). Spiritual needs of cancer patients: A qualitative study. *Indian Journal of Palliative Care, 21*(1), 61-67.

Highfield, M. F. (1992). Spiritual health of oncology patients. Nurse and patient perspectives. *Cancer nursing, 15*(1), 1-8.

Kaewmanee, C., Nanthachaipan, P., & Sittisombut, S. (2014). Spiritual needs of persons with Cholangiocarcinoma. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health, 24*(3), 15-18. [In Thai]

- Kata, W., Somkumlung, P., Chaiyasit, Y., & Sehakom, V. (2018). Spiritual health assessment: Nursing implementation. *Journal of Sakon Nakhon Hospital, 21*(3), 138-147. [In Thai]
- National Cancer Institute Department of Medical Services Ministry of Public Health Thailand. (2018). *Hospital-Based Cancer Registry*. Retrieved from: <https://www.nci.go.th/th>
- Nilmanat, K. (2012). *The end-of-life care*. Songkhla: Orange media. [In Thai]
- Noipiang, T. (2002). *Perceived severity of illness social support and spiritual well-being among breast cancer patients*. Master of Nursing Science Thesis, Medical and Surgical Nursing, Graduate School, Chiang Mai University. [In Thai]
- O'Brien, M.E. (2014). *Spirituality in Nursing: Standing on Holy Ground* (5th ed.). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Panuraj, S., Matchim, Y., & Thongthawee, P. (2018). Knowledge of palliative care of nurses in a network area national health security office, service zone 4 and related factors, *In The 11th Srinakharinwirot University Research Conference 2018*, (PP. 1070-1082). Bangkok: Strategic Wisdom and Research Institute, Srinakharinwirot University.
- Pasri, P., Isaramalai, S., & Hattakit, U. (2015). Family caregivers' support needs in caring for end-stage cancer patients. *Songklanagarind Journal of Nursing, 35*(2), 79-92. [In Thai]
- Phupun, E., Skulphan, S., & Thungjaroenkul, P. (2018). Mental health problems and spiritual needs among patients with cancer, Nakoraping Hospital, Chiang Mai Province. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health, 32*(3), 75-89. [In Thai]
- Rachawat, W., Kunsongkeit, W., & Kangchai, W. (2019). Caring needs and the caring need response of family members of terminally cancer patients. *The Journal of Health and Nursing Research, 1*(35), 153-162. [In Thai]
- Rankin. A (2018), December. The role of spirituality in palliative care. *The New Zealand Medical Student Journal, 27*, 33-36.
- Rujipairoch, P. (2007). *Relationships between spiritual well-being, social support and perceived severity of illness to psychological self-care behavior in breast cancer patients*. Master of Nursing Science Thesis, Psychiatric and Mental Health Nursing, faculty of Nursing, Mahidol University. [In Thai]
- Rushton, L. (2014). What are the barriers to spiritual care in a hospital setting? *British Journal of Nursing, 23*(7), 370-374.
- Samuksaman, S. (2007). *Spiritual needs of terminal ill patients*. Master of Nursing Science Thesis, Adult Nursing, Graduate school, Khon Kaen University. [In Thai]
- Sangchart, B. (2014). Spiritual Well-being and Good Death. *Journal of Nursing Science & Health, 37*(1), 147-156. [In Thai]
- Semprawat, W., & Mookdee, S. (2018). The effect of Buddhist individual counseling on decreasing the anxiety of cancer patients with the end of life. *Journal of Humanities, 4*(1), 1-10. [In Thai]
- Taylor, E. J. (2006). Prevalence and associated factors of spiritual needs among patients with cancer and family caregivers. *Oncology Nursing Forum, 33*(4), 729-735.

- Thapanakulsuk, P., Sirapo-ngam, Y., Ferrans, C. E., Orathai, P., & Junda, T. (2020). Psychometric testing of a spiritual well-being scale for people with cancer. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 24(1), 39-53.
- Thuntitrakul, W. (2009). *Factors related to spiritual well-being of terminal cancer patients*. Master of Nursing Science Thesis, Department of Nursing Science, Graduate School, Chulalongkorn University. [In Thai]
- Watthanawatthu, T. (2008). *Factors related to spiritual needs among terminal cancer patients*. Master of Nursing Science Thesis, Department of Nursing Science, Graduate School, Chulalongkorn University. [In Thai]
- Wongpakaran, T., Wongpakaran, N., & Ruktrakul, R. (2011). Reliability and validity of the multidimensional scale of perceived social support (MSPSS): Thai version. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health: CP & EMH*, 7, 161-166
- World Health Organization [WHO]. (2018). *Latest global cancer data*. Retrieved from: <https://www.who.int/cancer/PRGlobocanFinal.pdf>
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41.