

ปัญหาสุขภาพจิตและความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคมะเร็ง
โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่*

MENTAL HEALTH PROBLEMS AND SPIRITUAL NEEDS AMONG PATIENTS
WITH CANCER, NAKORNPING HOSPITAL, CHIANG MAI PROVINCE

เอมอร ภูพันธ์, พย.ม. (Em-on Phupun, BNS.)**

สมบัติ สุกุลพรรณ, RN, Ph.D. (Sombat Skulphan, RN, Ph.D.)***

เพชรสุนีย์ ทังเจริญกุล, RN, Ph.D. (Petsunee Thungjaroenkul, RN, Ph.D.)****

Abstract

Objectives: The objective of this study was to explore the mental health problems and spiritual needs among patients with cancer.

Methods: This study was a descriptive research. The subjects were patients with cancer who obtained services from Nakorping Hospital, Chiang Mai Province. Three-hundred and sixty-one subjects were selected by convenience sampling. The research instruments were 1) The demographic data recording form, 2) The General Health Questionnaire (Thai GHQ-28), and 3) The Spiritual Interests Related to Illness Tool (SpIRIT). The reliability of Thai GHQ-28 obtained by Kuder-Richardson 20 (KR-20) was .80. The reliability of SpIRIT obtained by Cronbach's alpha coefficient was .93. Descriptive statistics were used for data analyses.

Results: Results showed that 37.40% of

subjects demonstrated mental health problems. After classification of each domain of mental health problems, it was found that 93.30% of subjects experienced somatic symptoms, 72.60% social dysfunction, 42.20% experienced anxiety and insomnia, and 7.40% experienced severe depression. For spiritual needs, we found that 21.33% of subjects had a high level and 75.62% had a moderate level of spiritual needs. Moreover, after consideration of each domain of spiritual needs, results showed that 54.90 % and 51.50 % of subjects had a high level in positive attitude and hope domain and giving love to and receiving love from others domain, respectively. The domains that subjects had a moderate level were meaning of life and life goals, having connection with religion and divinity, and religious practice with

*การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนครพิงค์

*** Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ E-mail: mdossklp@chiangmai.ac.th

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

percentage of 67.60, 58.50, and 51, respectively. In addition, we found that most of subjects reported that meaningfulness in their lives was attributed to the presence of loved ones (88.90%), followed by religion belief and instruction (52.90%).

Keywords: Mental health problems, Spiritual needs, Patients with Cancer

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาปัญหาสุขภาพจิตและความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคมะเร็ง

วิธีการศึกษา: การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เลือกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก จากผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 361 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามสุขภาพทั่วไป (Thai GHQ-28) และแบบสอบถามความต้องการด้านจิตวิญญาณที่สัมพันธ์กับความเจ็บป่วย (SpIRIT) หากความเชื่อมั่นของแบบสอบถามสุขภาพทั่วไป โดยใช้สูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .80 และแบบสอบถามความต้องการด้านจิตวิญญาณที่สัมพันธ์กับความเจ็บป่วยหาค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ .93 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา: ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 37.40 มีปัญหาสุขภาพจิต

โดยรวม เมื่อจำแนกปัญหาสุขภาพจิตรายด้านตามกลุ่มอาการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาทางสุขภาพจิตในกลุ่มอาการทางกาย ร้อยละ 93.30 กลุ่มความบกพร่องทางสังคม ร้อยละ 72.60 กลุ่มอาการวิตกกังวลและนอนไม่หลับ ร้อยละ 42.20 และกลุ่มอาการซึมเศร้าที่รุนแรง ร้อยละ 7.40 สำหรับผลการศึกษาความต้องการด้านจิตวิญญาณ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 21.33 มีความต้องการด้านจิตวิญญาณโดยรวมอยู่ในระดับสูงและ ร้อยละ 75.62 มีความต้องการโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาความต้องการด้านจิตวิญญาณ รายด้าน พบว่าด้านที่กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการในระดับสูง ได้แก่ ด้านการมีทัศนคติเชิงบวกและความหวัง ร้อยละ 54.90 ด้านการให้ความรักและการได้รับความรักจากผู้อื่น ร้อยละ 51.50 ส่วนด้านที่กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการในระดับปานกลาง คือ ด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต ด้านการเชื่อมโยงกับศาสนาหรือสิ่งยึดเหนี่ยวอื่น และด้านการปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา คิดเป็นร้อยละ 67.60, 58.50 และ 51 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบว่าสิ่งที่มีความหมายในชีวิต คือ ผู้ที่เป็นที่รัก (ร้อยละ 88.90) รองลงมา คือ คำสั่งสอนทางศาสนา (ร้อยละ 52.90)

คำสำคัญ: ปัญหาสุขภาพจิต ความต้องการด้านจิตวิญญาณ ผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นโรคร้ายแรงมากที่สุดโรคหนึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับโรคอื่น บุคคลทั่วไปรับรู้ว่าเป็นโรคนี้อาจต้องทนทุกข์ทรมานและอยู่ใกล้ความ

ตาย (ผ่องศรี ศรีมรกต และรุ่งนภา ผาณิตรัตน์, 2540) รวมทั้งทุกข์จากลักษณะความเจ็บป่วยของโรคที่มีความรุนแรงของอาการซึ่งจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ตามระยะความรุนแรงของโรค รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาส่งผลให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วยและรู้สึกถึงความเลวร้ายของโรค (O'Brien, 2013) จนส่งผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย ซึ่งจะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมาได้

ปัญหาสุขภาพจิต หมายถึง ความทุกข์ของบุคคลต่อสิ่งที่มากระทบแล้วทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตด้านต่าง ๆ ได้อย่างปกติสุขตามที่ควรจะเป็น ซึ่งการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคมะเร็งแต่ละคนนั้นมีความแตกต่างกันไปตามปฏิกิริยาต่อความเจ็บป่วยที่แตกต่างกันของผู้ป่วย รวมถึงความเชื่อและการรับรู้ความรุนแรงของโรค (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2554; สมภพ เรื่องตระกูล, 2555) หากผู้ดูแลสามารถสำรวจหรือค้นหาปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปวางแผนให้การช่วยเหลือ ก็จะสามารป้องกันกาเกิดปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงและโรคทางจิตเวชได้ ปัจจุบันเป็นที่ทราบกันอยู่แล้วว่าการรักษาพยาบาลเป็นบริการที่มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมในทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552) และเพื่อให้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับการพยาบาลให้ครบทุกมิติของสุขภาพ จึงมีความจำเป็นต้องศึกษาหรือสำรวจความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคมะเร็งควบคู่ไปด้วย ซึ่งนับเป็นมิติเกี่ยวกับสุขภาพอีกด้านหนึ่งที่มีความสำคัญไม่น้อยเช่นกัน ความต้องการด้านจิตวิญญาณ หมายถึง ความปรารถนา

ที่มีความจำเป็นเพื่อหาความหมาย ความมีคุณค่า ความมีชีวิตจิตใจ มีอุดมการณ์ มีหลักการของชีวิต มีค่านิยม มีพลังในการดำเนินชีวิต ซึ่งสิ่งเหล่านี้มนุษย์ทุกคนจำเป็นต้องมี (Taylor, 2006) หากบุคคลได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณก็จะเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ แต่ในทางกลับกันหากไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณหรือตอบสนองความต้องการไม่เพียงพอจะส่งผลทำให้เกิดความพร่องทางจิตวิญญาณ หรือความบีบคั้นทางจิตวิญญาณหรือความทุกข์ใจได้ ดังนั้นการสำรวจความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคมะเร็งในทุกมิติของความ ต้องการด้านจิตวิญญาณ จึงมีความจำเป็น เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาเป็นแนวทางในการตอบสนองความต้องการทุกมิติของความ ต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยโรคมะเร็งได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความมีคุณค่า มีพลังในการดำเนินชีวิต กล้าเผชิญกับความเจ็บป่วยและสามารถดำรงชีวิตอย่างปกติสุขได้ โดยครั้งนี้จะทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ทั้งนี้ที่ผ่านมายังไม่เคยมีการสำรวจปัญหาสุขภาพจิตและความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคมะเร็งในโรงพยาบาลนครพิงค์ เมื่อผู้ศึกษาได้ทำการสุ่มประเมินบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 โรงพยาบาลนครพิงค์ ในช่วงเดือนกรกฎาคม ถึง กันยายน พ.ศ. 2557 จำนวน 30 ราย พบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ให้ความสำคัญกับปัญหาทางด้านสุขภาพจิตเพียง 4 ราย ส่วนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรายอื่น ๆ มุ่งเน้นให้ความสำคัญ

กับอาการทางกายทั้งหมด และจากแบบรายงานอุบัติการณ์ในหอผู้ป่วยหนึ่งของโรงพยาบาลนครพิงค์ ปี พ.ศ. 2556 พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยชายมีความคิดพยายามฆ่าตัวตายภายหลังทราบผลการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคซึมเศร้าจำนวน 2 ราย ซึ่งถือว่าเป็นกรณีตัวอย่างที่บ่งชี้ว่าปัญหาสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าถูกละเลย

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยซึมเศร้า ซึ่งมีบทบาทและหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่าที่ผ่านมาในหน่วยงานยังไม่เคยมีการสำรวจปัญหาสุขภาพจิตและความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และยังพบว่าปัญหาสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าถูกละเลย ซึ่งถ้าปัญหาสุขภาพจิตดังกล่าวไม่ได้รับการสำรวจหรือคัดกรองอย่างเป็นรูปธรรมที่ชัดเจนหรือเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ ผู้ป่วยก็จะมีระดับของปัญหาเพิ่มมากขึ้น เพราะไม่ทราบถึงปัญหาและไม่ได้รับการดูแลแต่เนิ่นๆ จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกหาคำล้าใจต่อสู้กับโรคและนำไปสู่การปฏิเสธการตรวจและการรักษา บางรายเกิดความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวังมีความคิดหรือพยายามทำร้ายตัวเองหรือฆ่าตัวตายได้สำเร็จ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามกรอบแนวคิดโกลด์เบิร์ก (Goldberg, 1972) และความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามกรอบแนวคิดของเทย์เลอร์ (Taylor, 2006) เพื่อสำรวจและค้นหาปัญหาสุขภาพจิตและความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แล้วจะนำข้อมูลที่ได้มาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวางแผนส่งเสริมสุขภาพจิตและหาแนวทางในการป้องกัน

ปัญหาสุขภาพจิต รวมทั้งให้การสนับสนุนความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้ตรงกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างมีประสิทธิภาพ อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีกำลังใจต่อสู้กับโรคและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อสำรวจปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่
2. เพื่อสำรวจความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาศอวปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ตามกรอบแนวคิดโกลด์เบิร์ก (Goldberg, 1972) ซึ่งกล่าวว่าบุคคลใดมีสุขภาพจิตปกติหรือไม่ สามารถประเมินได้จากปัญหาสำคัญ 2 ประการ ได้แก่ การที่ไม่สามารถดำเนินชีวิตด้านต่าง ๆ ได้อย่างปกติสุขตามที่ควรจะเป็น และการมีปัญหาที่ทำให้เกิดความทุกข์ใจ ส่งผลให้แสดงออกถึงความไม่เป็นสุข ก่อให้เกิดปัญหาและแสดงอาการหรือความพร่อง 4 ด้าน คือ อาการทางกาย (Somatic symptoms) อาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ (Anxiety and insomnia) ความบกพร่องทางสังคม (Social dysfunction) และอาการซึมเศร้าที่รุนแรง (Severe depression) และสำรวจความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามกรอบแนวคิดความต้องการด้านจิตวิญญาณของเทย์เลอร์

(Taylor, 2006) ซึ่งกล่าวว่าความต้องการด้านจิตวิญญาณ คือ ความปรารถนาที่จะได้รับสิ่งที่มีความจำเป็นต่อชีวิต ที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ชีวิตดีขึ้น มีพลังในการดำเนินชีวิต และมีองค์ประกอบความต้องการด้านจิตวิญญาณ 7 ด้าน คือ 1) ความต้องการมีทัศนคติเชิงบวกและต้องการมีความหวัง 2) ความต้องการเชื่อมโยงกับศาสนา สิ่งสูงสุดและสิ่งยึดเหนี่ยวอื่น 3) ความต้องการที่จะให้และได้รับความรักจากบุคคลอื่น 4) ความต้องการทบทวนความเชื่อ 5) ความต้องการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต 6) ความต้องการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนา และ 7) การเตรียมพร้อมในการเข้าสู่ความตาย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าคือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ ICD-10 ทุกระยะของโรคมะเร็งที่มารับบริการในโรงพยาบาลนครพิงค์ ในปี พ.ศ. 2558 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการในโรงพยาบาลนครพิงค์ ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2558 ถึง เดือนมกราคม พ.ศ. 2559 จำนวนกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากจำนวนประชากรที่มารับบริการในปี พ.ศ. 2557 โดยใช้สูตรการหาขนาดกลุ่มตัวอย่างของยามานะ (Yamane, 1967) กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 361 ราย และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience sampling)

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

- 1.ป่วยเป็นโรคมะเร็งทุกระยะของโรคที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป
2. มีการได้ยินปกติ สามารถพูดหรือสื่อสารด้วยภาษาไทยได้
3. ระบุว่าตนเองป่วยเป็นโรคมะเร็ง
4. สัมผัสใจเข้าร่วมในการศึกษา

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของทั้งคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และโรงพยาบาลนครพิงค์ ผู้ศึกษาได้ใช้ความระมัดระวังในกระบวนการ เชิญกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งเข้าร่วมการศึกษา พร้อมทั้งแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและให้ข้อมูลในการพิทักษ์สิทธิว่าไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้เข้าร่วมการศึกษาไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อม กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ คำตอบในแบบสอบถามหรือข้อมูลทั้งหมดจะถือเป็นความลับและจะนำเสนอในภาพรวม จากนั้นได้ให้ผู้เข้าร่วมการศึกษาลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรในใบการยินยอมให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม รวมทั้งอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสามารถออกจากการศึกษาได้โดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การวินิจฉัยโรค ระยะ

ความรุนแรงของโรค ระยะการดำเนินของโรคและการรักษาที่ได้รับ

2. แบบสอบถามสุขภาพทั่วไป (Thai General Health Questionnaire 28 : Thai GHQ-28) ฉบับภาษาไทยเป็นแบบสอบถามที่ ธนา นิลชัย โกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง และ ชัชวาลย์ ศิลปกิจ (2545) ได้แปลและปรับปรุงเป็นฉบับภาษาไทย จาก General Health Questionnaire (GHQ) ของ โกลเบิร์ก (Goldberg, 1972) เพื่อใช้สำหรับสำรวจปัญหาสุขภาพจิต โดยในการศึกษาครั้งนี้ศึกษานำมาทดสอบกับผู้ป่วยโรคมะเร็ง ที่มารับบริการในโรงพยาบาลนครพิงค์ จำนวน 10 ราย และนำค่าคะแนนที่ได้มาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรการคำนวณของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20: KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ .80

3. แบบสอบถามความต้องการด้านจิตวิญญาณที่สัมพันธ์กับความเจ็บป่วย (Spiritual Interests Related to Illness Tool : SPIRIT) ของ เทย์เลอร์ (Taylor, 2006) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย ทิวาวิวัฒน์ วัฒนาวัตถุ (2551) โดยในการศึกษาครั้งนี้ศึกษานำมาทดสอบกับผู้ป่วยโรคมะเร็ง ที่มารับบริการในโรงพยาบาลนครพิงค์ จำนวน 10 ราย และนำค่าคะแนนที่ได้มาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ .93

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทั้งหมด โดยตรวจสอบคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างและนำเข้ากลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ

ที่กำหนดไว้ ผู้ศึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมจะต้องลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษา ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม ประมาณ 30 - 45 นาที ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลจำนวน 361 ฉบับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา แบ่งข้อมูลเป็น 2 ส่วนดังนี้

1) ข้อมูลปัญหาสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง โดยรวมและแยกตามกลุ่มอาการ 4 กลุ่ม วิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละของการมีและไม่มีปัญหาสุขภาพจิตทั้งโดยรวมและในแต่ละกลุ่มอาการ

2) ข้อมูลความต้องการด้านจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่างทั้งโดยรวมและรายด้านทั้ง 7 ด้าน นำมาแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละของคะแนนแยกเป็น 3 ระดับ คือ น้อย ปานกลาง มาก

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาปัญหาสุขภาพจิตพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 62.60 และมีแนวโน้มจะเกิดความผิดปกติทางจิตเวชหรือมีปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 37.40 เมื่อพิจารณาปัญหาสุขภาพจิตตามกลุ่มอาการ พบว่ามีปัญหาสุขภาพจิตกลุ่มอาการทางกาย (Somatic symptoms) มากที่สุด ร้อยละ 93.30 รองลงมา คือ กลุ่มความบกพร่องทางสังคม (Social dysfunction) ร้อยละ 72.60 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1 และตารางที่ 2

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการมีและไม่มีปัญหาสุขภาพจิตโดยรวม (n = 361)

ปัญหาสุขภาพจิตโดยรวม	ไม่มีปัญหา	มีปัญหา
จำนวน (คน)	226	135
ร้อยละ	(62.60)	(37.40)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาสุขภาพจิตจำแนกตามการมีปัญหาสุขภาพจิตตามกลุ่มอาการ (n = 135)

ปัญหาสุขภาพจิตตามกลุ่มอาการ ^๑	จำนวน	ร้อยละ
1. อาการทางกาย (Somatic symptoms)	126	93.30
2. อาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ (Anxiety and insomnia)	57	42.20
3. ความบกพร่องทางสังคม (Social dysfunction)	98	72.60
4. อาการซึมเศร้าที่รุนแรง (Severe depression)	10	7.40

^๑ ผู้ป่วย 1 รายมีปัญหาสุขภาพจิตตามกลุ่มอาการมากกว่า 1 อาการ

ผลการศึกษาความต้องการด้านจิตวิญญาณ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความต้องการด้านจิตวิญญาณโดยรวมในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 75.62 ดังรายละเอียดในตารางที่ 3 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีความต้องการระดับสูง คือ ด้านการมีทัศนคติเชิงบวกและความหวัง คิดเป็นร้อยละ 54.90 รองลงมาคือ ด้านการให้ความรักและการได้รับความรักจากผู้อื่นคิดเป็นร้อยละ 51.50 ส่วนด้านที่มีความต้องการระดับปานกลาง คือ ด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิตคิดเป็นร้อยละ 67.60 ด้านการเชื่อมโยงกับศาสนาหรือ

สิ่งยึดเหนี่ยวอื่น คิดเป็นร้อยละ 58.50 ด้านการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนา คิดเป็นร้อยละ 51 ส่วนด้านที่มีความต้องการระดับน้อย คือ ด้านการเตรียมพร้อมในการเข้าสู่ความตาย คิดเป็นร้อยละ 50.70 ด้านการทบทวนเรื่องความเชื่อ คิดเป็นร้อยละ 43.20 ดังรายละเอียดในตารางที่ 4 และสิ่งที่มีความหมายในชีวิตและทำให้ชีวิตของกลุ่มตัวอย่างมีคุณค่ามากที่สุด คือ ผู้ที่เป็นที่รัก คิดเป็นร้อยละ 88.90 รองลงมา คือ คำสั่งสอนทางศาสนา คิดเป็นร้อยละ 52.90 ดังรายละเอียดในตารางที่ 5

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับของความต้องการด้านจิตวิญญาณโดยรวม (n = 361)

ระดับความต้องการด้านจิตวิญญาณ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระดับน้อย	11	3.05
ระดับปานกลาง	273	75.62
ระดับสูง	77	21.33

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความต้องการด้านจิตวิญญาณรายด้าน (n = 361)

ความต้องการด้านจิตวิญญาณ รายด้าน	ระดับน้อย	ระดับปานกลาง	ระดับสูง
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
1. การมีทัศนคติเชิงบวกและความหวัง	16 (4.40)	147 (40.70)	198 (54.90)
2. การเชื่อมโยงกับศาสนาหรือ สิ่งยึดเหนี่ยวอื่น	46 (12.70)	211 (58.50)	104 (28.80)
3. การให้ความรักและการได้รับความรัก จากผู้อื่น	5 (1.40)	170 (47.10)	186 (51.50)
4. การทบทวนเรื่องความเชื่อ	156 (43.20)	162 (44.90)	43 (11.90)
5. การมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต	21 (5.80)	244 (67.60)	96 (26.60)
6. การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อ ทางศาสนา	81 (22.40)	184 (51.00)	96 (26.60)
7. การเตรียมพร้อมในการเข้าสู่ความตาย	183 (50.70)	109 (30.20)	69 (19.10)

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม สิ่งที่มีความหมายในชีวิต (n = 361)

สิ่งที่มีความหมายในชีวิต ^a	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ผู้ที่เป็นที่รัก เช่น บิดา มารดา ลูก	321	88.90
คำสั่งสอนทางศาสนา	191	52.90
บุญกรรมที่ได้ทำ	173	47.90
สิ่งศักดิ์สิทธิ์	93	25.80
พระเจ้าอยู่หัว	70	19.40

^a ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ

การอภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 37.40 มีปัญหาสุขภาพจิตโดยรวม เมื่อแยกปัญหาทางสุขภาพจิตตามกลุ่มอาการแล้ว พบว่า มีปัญหาทางสุขภาพจิตกลุ่มอาการทางกาย ร้อยละ 93.30 กลุ่มความบกพร่องทางสังคม ร้อยละ 72.60 กลุ่มอาการวิตกกังวลและนอนไม่หลับ ร้อยละ 42.20 และกลุ่มอาการซึมเศร้าที่รุนแรง ร้อยละ 7.40 กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 21.33 มีความต้องการด้านจิตวิญญาณโดยรวมอยู่ในระดับสูง และร้อยละ 75.62 มีความต้องการด้านจิตวิญญาณโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีความต้องการระดับสูง คือ ด้านการมีทัศนคติเชิงบวกและความหวัง ร้อยละ 54.90 ด้านการให้ความรักและการได้รับความรักจากผู้อื่น ร้อยละ 51.50 ด้านที่มีความต้องการระดับปานกลาง คือ ด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต ร้อยละ 67.60 ด้านการเชื่อมโยงกับศาสนาหรือสิ่งยึดเหนี่ยวอื่น ร้อยละ 58.50 และด้านการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนา ร้อยละ 51 ส่วนด้านที่มีความต้องการระดับน้อย คือ ด้าน

การเตรียมพร้อมในการเข้าสู่ความตาย ร้อยละ 50.70 และด้านการทบทวนเรื่องความเชื่อ ร้อยละ 43.20 และพบว่าสิ่งที่มีความหมายในชีวิตและทำให้ชีวิตของกลุ่มตัวอย่างมีคุณค่ามากที่สุด คือ ผู้ที่เป็นที่รัก ร้อยละ 88.90 คำสั่งสอนทางศาสนา ร้อยละ 52.90 บุญกรรมที่ได้ทำ ร้อยละ 47.90 สิ่งศักดิ์สิทธิ์ ร้อยละ 25.80 และพระเจ้าอยู่หัว ร้อยละ 19.40

จากข้อมูลข้างต้นสามารถอภิปรายได้ว่า ปัญหาสุขภาพจิต คือ ความทุกข์ของบุคคลต่อสิ่งที่มากระทบทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตด้านต่างๆ ได้อย่างปกติสุขตามที่ควรจะเป็น ส่งผลให้มีอาการแสดงออกมาทั้งทางร่างกายและจิตใจ การที่กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 62.60 ไม่มีปัญหาสุขภาพจิตโดยรวมแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยที่มากระทบต่อการดำเนินชีวิตได้อย่างสมดุล ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ซึ่งการมีสถานภาพสมรสคู่นั้นถือเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยการศึกษาของพรพรหม รุจิไพโรจน์ (2550) พบว่า การได้รับ

แรงสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว คู่สมรส ทำให้เกิดความรู้สึกมั่นใจ มีกำลังใจ สามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้ เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมสุขภาพกาย และดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตตามมา ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถดำเนินชีวิตในภาวะของการเจ็บป่วยได้อย่างปกติสุขตามที่ควรจะเป็นได้โดยไม่มีปัญหาสุขภาพจิตเกิดขึ้น อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 37.40 มีปัญหาสุขภาพจิตโดยรวม ซึ่งเมื่อแยกประเภทปัญหาทางสุขภาพจิตตามกลุ่มอาการ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 93.30 มีปัญหาสุขภาพจิตตามกลุ่มอาการทางกาย ร้อยละ 72.60 มีปัญหาสุขภาพจิตตามกลุ่มความบกพร่องทางสังคม ทั้งนี้สามารถอธิบายถึงปัญหาสุขภาพจิตในแต่ละด้านได้ว่า การที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีปัญหาสุขภาพจิตตามกลุ่มอาการทางกาย อาจเนื่องจากลักษณะความเจ็บป่วยของโรคที่มีความรุนแรงของอาการเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ตามระยะความรุนแรงของโรครวมทั้งภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความรู้สึกถึงความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย และรู้สึกถึงความเลวร้ายของโรค (O'Brien, 2013) อีกทั้งการรักษาที่ยาวนานยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายใจ หวาดกลัวต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต มีความรู้สึกสูญเสียความเป็นตัวเองเนื่องจากต้องพึ่งพาและเป็นภาระผู้อื่นทำให้ผู้ป่วยมีอาการแสดงออกทางอารมณ์ได้แก่ เครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ เป็นต้น (นิตยาโรจน์ทินกร, 2536) หากผู้ป่วยไม่สามารถปรับลดระดับอารมณ์ความเครียดให้อยู่ในระดับที่สมดุลได้

อาจก่อให้เกิดอาการทางกาย เช่น อ่อนเพลีย ใจสั่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง เป็นต้น เนื่องจากจิตใจและร่างกายมีความสัมพันธ์กัน (แสงจันทร์ ทองมาก, 2556) อีกทั้งการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคมะเร็งด้วยวิธีผ่าตัด และการรักษาด้วยวิธีให้เคมีบำบัด อาจรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน และการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาททางสังคมของกลุ่มตัวอย่างลง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีอาการแสดงออกทางอารมณ์และความรู้สึก เช่น เกิดความกังวล ความเครียด เบื่อหน่าย ท้อแท้ได้ส่งผลให้เกิดอาการทางกายหรือมีปัญหาสุขภาพจิตตามกลุ่มอาการทางกายตามมา

จากการศึกษาครั้งนี้ยังพบอีกว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 72.60 มีปัญหาสุขภาพจิตตามกลุ่มความบกพร่องทางสังคม อาจเนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งส่งผลให้การปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาททั้งในครอบครัวและทางสังคมลดลง ไม่สามารถมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมได้อย่างเหมาะสม มีการแสดงออกของพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไป เช่น โกรธง่าย น้อยใจ หงุดหงิดและเกิดการแยกตัวจากสังคม (สมจิต หนูเจริญกุล, 2552) ซึ่งในช่วงการรักษาผู้ป่วยมักมีอาการกลัว กังวล จากผลข้างเคียงจากการรักษา (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2554) การรักษาโรคมะเร็งโดยการผ่าตัดส่งผลให้ผู้สูญเสียสภาพลักษณะ และเกิดความทุกข์ทรมานในการดำเนินชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงเนื่องจากภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไป ส่วนการรักษาด้วยเคมีบำบัดผู้ป่วยอาจเกิดความกลัววิธีการรักษาและผลข้างเคียงที่ทำให้ผู้ป่วยเหนื่อยล้า รวมทั้งระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนานก่อให้เกิดความเครียดมากขึ้น (Bush, 1998) ซึ่งปัญหาภาพลักษณ์ด้านความสวยงามจากผล

การรักษาของผู้ป่วย ยังเป็นปัญหาด้านจิตใจที่เกี่ยวกับความวิตกกังวล ความซึมเศร้า การปรับตัวกับภาวะสุขภาพและวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้เป็นผลกระทบต่อการทำงานและการเข้าสังคม (Aksnes, Hall, Jebesen, Fossa, & Dahl, 2007; Davis, Khoshknabi, & Yue, 2006) จากการศึกษาของ ซลียา วามะลุน และคณะ (2553) พบว่าผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมภายหลังสิ้นสุดการรักษา มีการเปลี่ยนแปลงด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ผลจากการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ ทำให้ขาดความมั่นใจ ทำให้บทบาทการมีส่วนร่วมทางสังคมลดลง การเข้าร่วมงานต่างๆ ในสังคมลดลง และ Byar และคณะ (Byar, Berger, Bakken, & Cetak, 2006) พบว่าผลข้างเคียงจากการรักษาทำให้กลุ่มตัวอย่างต้องการการพักผ่อนมากขึ้น มีความรู้สึกว่าเป็นภาระ และกลัวว่าจะถูกรังเกียจ จึงส่งผลให้บทบาททั้งในครอบครัว และการมีส่วนร่วมทางสังคมลดลง เป็นผลให้กลุ่มตัวอย่างบางส่วนประเมินว่าตนเองมีปัญหาความบกพร่องทางสังคม

ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคมะเร็ง โรงพยาบาลนครพิงค์จังหวัดเชียงใหม่ นั้น ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 75.62 มีความต้องการด้านจิตวิญญาณโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 21.33 มีความต้องการด้านจิตวิญญาณโดยรวมอยู่ในระดับสูง (ตารางที่ 3) ทั้งนี้สามารถอภิปรายได้ว่า ความต้องการด้านจิตวิญญาณเป็นความต้องการที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยโรคมะเร็ง เนื่องจากความต้องการด้านจิตวิญญาณนั้น คือ ความปรารถนาที่มีความจำเป็นและเป็นความคาดหวังที่มนุษย์มีเพื่อค้นหาความหมาย จุดมุ่งหมายและคุณค่าในชีวิต บุคคล

ทุกคนมีความต้องการด้านจิตวิญญาณ (Taylor, 2006) โดย ไฮฟิลด์และคาร์สัน (Highfield, & Carson, 1983) ได้อธิบายว่ามนุษย์มีความต้องการด้านจิตวิญญาณ 3 ด้าน คือ 1) ความต้องการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต 2) ความต้องการได้รับความรักและความต้องการที่จะแสดงถึงความรักต่อผู้อื่น และ 3) ความต้องการความหวังและการสร้างสรรค์ความต้องการด้านจิตวิญญาณเป็นความต้องการที่ลึกซึ้ง และเป็นความต้องการที่จะพัฒนาขึ้นบนพื้นฐานทางจิตใจ และจะเห็นได้ชัดเจนเมื่อบุคคลตกอยู่ในอันตรายหรืออ่อนแอลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อยามเจ็บป่วย บุคคลมักมีความต้องการด้านจิตวิญญาณเป็นพิเศษ (ทิวาวิวัฒน์ วัฒนาวัตถุ, 2551) สำหรับโรคมะเร็งนั้นเป็นโรคที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยที่รับรู้ว่าเป็นโรคมะเร็งส่วนใหญ่จะแสดงออกถึงการได้รับการกระทบกระเทือนในการดำเนินชีวิต ซึ่งการรับรู้การเจ็บป่วยที่เรื้อรังนี้มีความเกี่ยวข้องกับความต้องการด้านจิตวิญญาณที่เพิ่มขึ้น (Taylor, 2006) สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีรัตน์ มากมาย, ฉัตรชัย สิริชยานุกูล, และธราณี สิริชยานุกูล (2556) ที่ทำการศึกษาเรื่อง อาการที่พบบ่อยและความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามก่อนได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล กรณีศึกษา ณ โรงพยาบาลแพร์ พบว่า การเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิตซึ่งในที่นี้คือโรคมะเร็ง ทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการด้านจิตวิญญาณมากขึ้นเป็นพิเศษ เพื่อดำรงไว้ซึ่งความสมดุลของชีวิตและจากการศึกษาของ วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล และสุรีพร ธนศิลป์ (2552) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมและการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา มีความ

สัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยสามารถอธิบายได้ว่าการรับรู้ในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ การมีสิ่งยึดมั่นทางด้านจิตใจ จะส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายคงไว้ซึ่งความหวัง กำลังใจ ทำให้สามารถก้าวผ่านปัญหาหรืออุปสรรค ความยากลำบากของชีวิต และในการศึกษาเรื่อง การสำรวจความต้องการด้านจิตวิญญาณและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยมะเร็งระยะแรกเริ่มและระยะลุกลามในกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในทางเหนือของทวีปยุโรป (Hocker, Krull, Koch, & Mehnert, 2014) พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 94 แสดงถึงการมีความต้องการทางจิตวิญญาณอย่างน้อย 1 ด้าน โดยในแต่ละด้านของความต้องการด้านจิตวิญญาณมีระดับความต้องการแตกต่างกัน เช่นเดียวกับการศึกษาครั้งนี้ที่เมื่อพิจารณาความต้องการด้านจิตวิญญาณเป็นรายด้านแล้ว พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความต้องการรายด้านแตกต่างกัน ทั้งนี้สามารถอธิบายถึงระดับความแตกต่างกันของความต้องการทางจิตวิญญาณเป็นรายด้านได้ ดังนี้ด้านการมีทัศนคติเชิงบวกและความหวัง กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 54.90 มีความต้องการด้านจิตวิญญาณในด้านนี้อยู่ในระดับสูง (ตารางที่ 4) อภิปรายได้ว่า ความหวัง คือ ความคาดหวังหรือเป้าหมายที่สำคัญในทางบวกของชีวิต การที่บุคคลมีความหวังสามารถทำให้ชีวิตมีความสุข (Taylor, 2006) ซึ่งความหวัง อาจจะเป็นแรงบันดาลใจเป็นความฝัน หรือเป็นพลังที่สามารถทำให้บุคคลก้าวไปสู่สิ่งที่ตนตั้งเอาไว้ (Coyle, 2002) โดยเฉพาะในเวลาที่ยึดผู้ป่วยความหวังเป็นแรงจูงใจที่ช่วยให้ผู้ป่วยคิดต่อสู้ และสามารถเผชิญกับ

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ (ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, 2542) ด้านการให้ความรักและการได้รับความรักจากผู้อื่น กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 51.50 มีความต้องการด้านจิตวิญญาณในด้านนี้อยู่ในระดับสูง (ตารางที่ 4) อภิปรายได้ว่าความรักเป็นหนึ่งในความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ (Maslow, 1970) และนอกจากการรักตนเองแล้วมนุษย์ทุกคนยังต้องการเป็นผู้ให้และได้รับความรักจากผู้อื่นด้วยเช่นกัน จากการศึกษาของ Taylor (2006) และ Walton (1996) พบว่าการที่บุคคลได้รับความรักจากบุคคลอื่นเป็นที่รักไม่ว่าจะเป็นคนในครอบครัว เพื่อน สามารถเป็นสิ่งที่ช่วยสนับสนุนและช่วยเสริมให้บุคคลมีความรู้สึกเข้มแข็งและมีความหวังที่จะเผชิญกับอาการเจ็บป่วยได้

ผลการศึกษานี้ยังพบว่า สิ่งที่มีความหมายในชีวิตและทำให้ชีวิตของกลุ่มตัวอย่างมีคุณค่ามากที่สุด คือ ผู้ที่เป็นที่รัก ร้อยละ 88.90 (ตารางที่ 5) และกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งมีสถานภาพสมรสคู่ จึงเป็นเรื่องปกติที่ผู้ป่วยจะต้องการความรัก ความเอาใจใส่จากครอบครัว ดังเช่นการศึกษาของ สิดารัตน์ สมัครสมาน (2550) และ ชนุกร แก้วมณี, พิกุล นันทชัยพันธ์ และสุดารัตน์ สิทธิสมบัติ. (2557) ที่พบว่าขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษายอยู่ในโรงพยาบาลผู้ป่วยมีความต้องการขอแค้ได้เห็นหน้า ได้พูดคุย ได้กำลังใจ หรือการช่วยเหลือด้านต่าง ๆ จากญาติ และผู้ป่วยบางรายยังต้องการให้ความรักกับผู้อื่น โดยแสดงการปกป้องครอบครัวจากการเห็นภาพความทุกข์ทรมานของตนเอง ด้วยการทำตนเองไม่ให้เป็นที่ระแคะครอบครัวหรือผู้อื่น เป็นต้น ดังนั้นการ

ตอบสนองความต้องการด้วยการให้ความรักและการได้รับความรักจากผู้อื่นจึงมีความสำคัญต่อผู้ป่วยโรคมะเร็ง เพราะเป็นสิ่งที่ช่วยสนับสนุนและช่วยเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกเข้มแข็งและมีความหวังที่จะเผชิญกับอาการเจ็บป่วยได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ไปเป็นแนวทางในการประเมินและวางแผนส่งเสริมสุขภาพจิต รวมถึงการให้การสนับสนุนความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยโรคมะเร็ง เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิต และตอบสนองตรงตามความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคมะเร็งให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีและไม่มีปัญหาสุขภาพจิต รวมถึงการศึกษาเปรียบเทียบปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีความต้องการด้านจิตวิญญาณในแต่ละระดับ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมบัติ สกุลพรรณ อาจารย์ที่ปรึกษาหลักการค้นคว้าแบบอิสระและผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพชรสุนีย์ ทังเจริญกุล อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมการค้นคว้าแบบอิสระ รวมถึงคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่เป็นผู้สร้างกำลังใจในยามท้อและคอยชี้แนะแนวทางในการศึกษาค้นคว้าแบบอิสระ ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

- ชนุกร แก้วมณี, พิภูส นันทชัยพันธ์, และสุภารัตน์ สิทธิสมบัติ. (2557). ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ที่เป็นมะเร็งท่อน้ำดี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 24(3), 15-18.
- ชลียา วามะลุน, นงคันุช จิตภิรมย์ศักดิ์, สุรีย์ ธรรมภิภวรร, สมปอง พะมูลิลา, สุวรรณกิจ สมทรัพย์, และ เพชรไทย นิรมานสกุลพงศ์. (2553). *ประสบการณ์ชีวิตและการจัดการของสตรีไทยอีสานที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านม*. อุบลราชธานี: อุบลกิจออฟเซตการพิมพ์
- ทิวาริณณ์ วัฒนาวัดตุ. (2551). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ. (2542). ความหวัง: พลังอันยิ่งใหญ่ในผู้ป่วยเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 17(3), 16-23.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2552). *จิตวิญญาณมิติหนึ่งของการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: วี พรินท์.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยั้ง, และ ชัชวาลย์ ศิลปกิจ. (2545). General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย: *โครงการจัดทำโปรแกรมสำเร็จรูปในการสำรวจสุขภาพจิตในพื้นที่ปี 2545*. Retrieved from <http://www.dmh.go.th/test/download/view.asp?id=16>.

- นิตยา โรจน์ทินกร. (2536). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและพฤติกรรมการปรับตัวในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ผ่องศรี ศรีมรกต และรุ่งนภา ภาณิตรีตน์. (2540). การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 15(4), 60-71.
- พรพรหม รุจีไพโรจน์. (2550). *ความสัมพันธ์ระหว่างความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พวงทอง ไกรพิบูลย์. (2554). *จิตวิทยาในผู้ป่วยโรคมะเร็ง*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต. Retrieved from http://www2.dusit.ac.th/healthsdu/doc_health/20130204131007.pdf
- วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล และสุรีพร ชนศิลป์. (2552). ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (Factors related to spiritual well-being of terminal cancer patients). *วารสารสำนักการแพทย์ทางเลือก*, 2(3), 27-35.
- ศรีรัตน์ มากมาย, นัตรชัย สิริชยานุกุล, และธราณี สิริชยานุกุล. (2556). อาการที่พบบ่อยและความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามก่อนได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล: กรณีศึกษา ณ โรงพยาบาลแพร่. *วารสารโรคมะเร็ง*, 33(4), 132-145.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2552). *การพยาบาลอายุรศาสตร์ เล่ม 1*. (พิมพ์ครั้งที่ 14, ฉบับปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: พิมพ์ลักษณ์.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2555). *สารานุกรมจิตเวชศาสตร์และจิตวิทยาคลินิก*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สิดารัตน์ สมัครสมาน. (2550). *ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- แสงจันทร์ ทองมาก. (2556). *สุขภาพวัยผู้ใหญ่และสูงอายุ: การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 1* (พิมพ์ครั้งที่ 13, ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: พิมพ์ลักษณ์.
- Aksnes, L. H., Hall, K. S., Jebesen, N., Fossa, S. D., & Dahl, A. A. (2007). Young survivors of malignant bone tumors in the extremities: A comparative study of quality of life, fatigue and mental distress. *Support Care Cancer*, 15(9), 1087-1096.
- Bush, N. J. (1998). Coping and adaptation. In R. M. Carroll-Johnson, L. M. Gormam & N. J. Bush (Eds.), *Psychological nursing care: Along the cancer continuum*. Pittsburgh: Oncology Nursing.

- Byar, K. L., Berger, A. M., Bakken, S. L., & Cetak, M. A. (2006). Impact of adjuvant breast cancer chemotherapy on fatigue, other symptoms, and quality of life. *Oncology Nursing Forum*, 33(1), E18-E26.
- Coyle, J. (2002). Spirituality and health: Towards a framework for exploring the relationship between spirituality and health. *Journal of Advanced Nursing*, 37(6), 589-597.
- Davis, M. P., Khoshknabi, D., & Yue, G. H. (2006). Management of fatigue in cancer patients. *Current Pain and Headache Reports*, 10(4), 260-269.
- Goldberg, D. P. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. Maudsley Monograph. London: Oxford University.
- Highfield, M. F., & Carson, V. B. (1983). Spiritual need of patient: Are they recognized. *Cancer Nursing*, 5(5), 187-192.
- Hocker, A., Krull, A., Koch, U., & Mehnert, A. (2014). Exploring spiritual needs and their associated factors in an urban sample of early and advanced cancer patients. *European Journal of Cancer Care*, 23(6), 786-794. doi:10.1111/ecc.12200
- Maslow, A. (1970). Human needs theory: Maslow's hierarchy of human needs. In R. F. Craven & C. J. Hirnle (Eds.), *Fundamental of nursing: Human health and function* (3rd ed.) Philadelphia: Lippincott.
- O'Brien, M. E. (2013). *Spirituality in Nursing*. MA: Jones & Bartlett.
- Taylor, E. J. (2006). Prevalence and associated factors of spiritual needs among patients with cancer and family caregivers. *Oncology Nursing Forum*, 33(4), 729-735.
- Walton, J. (1996). Spiritual relationships: A concept analysis. *Journal of Holistic Nursing*, 14(13), 237-250.
- Yamane, T. (1967). *Statistics: An introductory analysis*. New York: Harper & Row.