

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ที่เป็นมะเร็งท่อน้ำดี โดยผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปเป็นสาระสำคัญตามหัวข้อดังนี้

1. โรคมะเร็งท่อน้ำดี
 - 1.1 ความหมาย
 - 1.2 พยาธิสภาพ
 - 1.3 อาการและอาการแสดง
 - 1.4 การรักษา
2. ผลกระทบของโรคต่อผู้ที่เป็นมะเร็งท่อน้ำดี
 - 2.1 ผลกระทบด้านร่างกาย
 - 2.2 ผลกระทบด้านจิตใจ
 - 2.3 ผลกระทบด้านสังคม
 - 2.4 ผลกระทบด้านจิตวิญญาณ
3. ความต้องการด้านจิตวิญญาณ
 - 3.1 ความหมาย
 - 3.2 องค์ประกอบความต้องการด้านจิตวิญญาณ
 - 3.3 ความต้องการด้านจิตวิญญาณตามแนวคิดของเทย์เลอร์
 - 3.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการด้านจิตวิญญาณ
 - 3.5 การประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณ

โรคมะเร็งท่อน้ำดี

ความหมาย

มะเร็งท่อน้ำดี คือมะเร็งที่เกิดขึ้นกับเซลล์เยื่อเมือกของท่อน้ำดี ทั้งท่อน้ำดีภายในตับและภายนอกตับ แต่ไม่รวมถึงเยื่อของถุงน้ำดีและปาลา ออฟ วาเตอร์ (Papilla of Vater) (วัชรพงศ์ พุทธิสวัสดิ์ และคณะ, 2555) แบ่งออกเป็น 2 ชนิดคือ มะเร็งท่อน้ำดีภายในตับ และมะเร็งท่อน้ำดีภายนอกตับ โดยรวมเอามะเร็งท่อน้ำดีขั้วตับ (hilar cholangiocarcinoma or klatskin tumours) ไว้ในมะเร็งท่อน้ำดีภายนอกตับ (Cardinale et al., 2010) มะเร็งท่อน้ำดีเป็นโรคร้ายแรงที่ร้ายแรงคุกคามต่อชีวิต ซึ่งผู้ที่เป็นมะเร็งท่อน้ำดีทุกคนรับรู้และให้ความหมายไปในทางที่รุนแรง และน่ากลัวทั้งสิ้น เช่นเมื่อเป็นแล้วคือรอความตาย อายุไม่ยืน ปล่อยไว้นานรักษาไม่ได้ เป็นโรคของเวรกรรม (ชูศรี คูชัยสิทธิ์ และคณะ, 2548)

พยาธิสภาพ

ความผิดปกติที่เกิดจากมะเร็งท่อน้ำดี เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของเซลล์บริเวณท่อน้ำดี ในลักษณะที่มีการรุกรานของเซลล์ผิดปกติ ทำให้เกิดการตีบแคบ หรือเกิดการอุดตันของท่อน้ำดี ซึ่งเป็นสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงการไหลของน้ำดี หรือทำให้น้ำดีหยุดไหล ไม่สามารถไหลผ่านไปยังลำไส้เล็กได้ เกิดการคั่งของกรดน้ำดี และเกลือน้ำดี และมีการท้นกลับของสารประกอบน้ำดี ไปยังระบบไหลเวียนโลหิต

การเปลี่ยนแปลงหลังจากทางเดินน้ำดีอุดตัน คือ ความดันในระบบทางเดินน้ำดีค่อยๆ สูงขึ้น ท่อน้ำดีเล็กๆ มีการขยาย มีน้ำดีไปตกค้างในท่อน้ำดีและเกิดการอักเสบรอบๆ ท่อน้ำดี ถ้าความดันในท่อน้ำดีสูงขึ้นถึง 350-360 มิลลิเมตรน้ำ ซึ่งใกล้เคียงกับแรงดันของการหลังสารคัดหลั่งจากเซลล์ตับ จะทำให้เซลล์ตับไม่สามารถหลั่งน้ำดีออกมาได้ ส่วนน้ำดีที่ยังตกค้างอยู่ในท่อน้ำดีจะมีปริมาณของบิลิรูบินและอิเล็กโตรไลต์ เพิ่มมากขึ้น บิลิรูบินถูกหลั่งออกมาจากเซลล์บริเวณท่อน้ำดี เมื่อมีการอุดตันของท่อน้ำดี จะมีปริมาณบิลิรูบินเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ แต่ปริมาณของบิลิรูบินและน้ำดีลดลง ทำให้น้ำดีที่ตกค้างอยู่ในทางเดินน้ำดีมีสีจางลง มีความหนืดสูง ก่อให้เกิดการอุดตันของท่อน้ำดีเพิ่มมากขึ้น (วิจิต วิริยะโรจน์, 2553)

เมื่อน้ำดีไม่สามารถไหลลงมาในทางเดินอาหารทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในระบบทางเดินอาหารได้ คือ 1) การดูดซึมไขมันและวิตามินที่ละลายในไขมันลดลง ทำให้ผู้ป่วยขาดอาหารประเภทไขมันซึ่งเป็นแหล่งพลังงานที่สำคัญ จึงมีน้ำหนักตัวลดลงอย่างรวดเร็ว และไขมันที่ตกค้างอยู่ใน

ทางเดินอาหารที่ไม่ถูกย่อย เกิดการหมักหมมและมีการเจริญเติบโตของแบคทีเรียมากขึ้น มีแก๊สในระบบทางเดินอาหารมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยท้องอืด ท้องเดิน หรือมีไขมันออกมากับอุจจาระได้ และการขาดวิตามินที่ละลายในไขมัน โดยเฉพาะวิตามินเค ที่ช่วยสร้างองค์ประกอบของสารที่ทำให้เกิดการแข็งตัวของเลือด จึงทำให้เกิดภาวะเลือดออกง่ายหยุดยากได้ และ 2) เนื่องจากน้ำดีมีคุณสมบัติฆ่าเชื้อแบคทีเรีย เมื่อขาดน้ำดีในระบบทางเดินอาหารทำให้แบคทีเรียเจริญเติบโตได้รวดเร็ว ทำให้เกิดการติดเชื้อที่ถุงน้ำดีและตับได้ ถ้ามีการอุดตันเป็นเวลานาน จะทำให้คัลเฟอร์เซลล์ (Kuffer's cell) ของตับ ซึ่งเป็นเซลล์ที่ช่วยในการทำลายเชื้อโรคสูญเสียหน้าที่ไป (วิชิต วัริยะโรจน์, 2553)

การอุดตันของทางเดินน้ำดี จะทำให้มีการทันทกลับของสารที่หลั่งออกมา เข้าไปในกระแสเลือด ได้แก่ 1) บิลิรูบิน มีอยู่สองชนิด คือ ชนิดที่ละลายในน้ำ (conjugated bilirubin) จะละลายอยู่ในน้ำภายในร่างกายและขับออกทางปัสสาวะทำให้มีปัสสาวะสีเข้ม และบิลิรูบินที่ไม่ละลายในน้ำ (unconjugated bilirubin) เกิดการตกค้างตามเนื้อเยื่อต่างๆของร่างกายทำให้เกิดอาการตัวเหลืองตาเหลืองได้ 2) กรดน้ำดี มีการสะสมอยู่ตามเนื้อเยื่อต่างๆ ของร่างกายก่อให้เกิดอาการคันตามผิวหนังขึ้นได้ 3) โคเลสเตอรอล และไขมัน จะทันทสูงขึ้นในระบบไหลเวียนโลหิต บางส่วนมีการสะสมอยู่บริเวณผิวหนังรอบๆ ดวงตาได้ (วิชิต วัริยะโรจน์, 2553) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ดังกล่าว จะก่อให้เกิดอาการต่างๆ ของโรคมะเร็งท่อน้ำดีขึ้น

อาการและอาการแสดง

อาการของโรคมะเร็งท่อน้ำดีมีความสัมพันธ์กับตำแหน่งของมะเร็งท่อน้ำดีโดยพบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่อยู่ภายในตับมักจะปรากฏทั้งอาการของโรคมะเร็งทางระบบทั่วไปและอาการและอาการแสดงเฉพาะโรค โดยที่อาการของโรคมะเร็งทางระบบทั่วไป คือ เหนื่อย อ่อนเพลีย น้ำหนักลด เบื่ออาหาร คลื่นไส้ บางครั้งอาจมีไข้ร่วมด้วย ส่วนอาการและอาการแสดงเฉพาะโรค คือ ไม่สบายในท้อง ปวดใต้ชายโครงขวา และตับโต (ณรงค์ ชันดีแก้ว, 2548) สำหรับมะเร็งท่อน้ำดีที่อยู่ภายนอกตับ มักมีอาการนำ คือ ตัวเหลืองตาเหลือง อุจจาระสีซีด ปัสสาวะสีเข้ม และอาการคันตามตัว (Khan et al., 2002) อาการที่เกิดขึ้นบ่อย คือ ตัวเหลืองตาเหลืองร่วมกับคันตามผิวหนัง ปวดท้อง น้ำหนักลด และมีไข้ (Butler & Lund, 2010; DeOliveira et al., 2007) นอกจากนี้แล้วบางรายมาพบแพทย์ด้วยปัญหาหมักในตับ ถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลันแบบไม่มีนิ่วในถุงน้ำดี มีไข้ไม่ทราบสาเหตุ และพบโดยบังเอิญในขณะที่ผ่าตัดช่องท้องด้วยสาเหตุอื่น (Nagorney, Donohue, Farnell, Schleck, & Ilstrup, 1993) อย่างไรก็ตามในปัจจุบันยังไม่สามารถระบุอาการบ่งชี้ที่ชัดเจนของมะเร็งท่อน้ำดี และยังไม่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเพาะเจาะจงต่อมะเร็งท่อน้ำดีในระยะแรกของโรค (อาทิตย์ ศิลป์ศิริวานิช และคณะ, 2555; Meza-Junco et al., 2010) เนื่องจากมะเร็งท่อน้ำดีมีการเจริญเติบโตและแพร่กระจายช้า ผู้ที่เป็น

มะเร็งท่อน้ำดีส่วนใหญ่จึงเข้าสู่การตรวจวินิจฉัยได้เมื่อมีการลุกลามหรือมีการแพร่กระจายของมะเร็งแล้ว ส่งผลให้ไม่สามารถให้การรักษาด้วยการผ่าตัดเอาส่วนที่เป็นมะเร็งออกได้หมด (ชัยยุทธ เจริญธรรม, 2551; ณรงค์ ชันติแก้ว และ เอก ปักเข็ม, 2555)

การรักษา

การรักษามะเร็งท่อน้ำดีในปัจจุบัน แบ่งออกเป็นการรักษาแบบกำจัดการสาเหตุ และการรักษาแบบประคับประคอง การรักษาแบบกำจัดการสาเหตุ คือ การผ่าตัดเอาก่อนมะเร็งออกทั้งหมด ซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าเป็นการรักษาที่ได้ผลดีที่สุด (โกศล รุ่งเรืองชัย, 2553) อย่างไรก็ตามผู้ป่วยมักจะมาพบแพทย์เมื่อมีการลุกลามหรือการแพร่กระจายของมะเร็งแล้ว การรักษามะเร็งท่อน้ำดีจึงมักทำได้เพียงการรักษาแบบประคับประคองตามอาการ (Nakakura & Warren, 2007) ซึ่งในปัจจุบันนี้มีการพัฒนาเทคโนโลยีที่เกี่ยวกับการรักษาแบบประคับประคอง เพื่อช่วยควบคุมอาการที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วย เช่น การระบายน้ำดีที่คั่งอยู่ในตับโดยใส่ท่อระบายน้ำดี (percutaneous transhepatic biliary drainage, PTBD) การตัดหลอดเลือดตับที่จะไปเลี้ยงบริเวณก้อนมะเร็ง (hepatic devascularization) การรักษาทางภูมิคุ้มกัน (immunotherapy) การรักษาด้วยฮอร์โมน (hormonal therapy) เคมีบำบัด (chemotherapy) รังสีรักษา (radiotherapy) และการใช้ความร้อน (thermal ablation) (ณรงค์ ชันติแก้ว และ เอก ปักเข็ม, 2555)

ในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งท่อน้ำดีในตับ มักมีการแพร่กระจายของก้อนมะเร็งไปที่ตับ จึงมีความจำเป็นต้องผ่าตัดตับเป็นบริเวณกว้าง หรืออาจต้องผ่าตัดเปลี่ยนตับ ขึ้นอยู่กับขนาดและตำแหน่งของก้อนมะเร็ง ส่วนผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีนอกตับ แพทย์มักผ่าตัดตับออกเป็นบางส่วนก่อนในเบื้องต้น แต่ถ้ามะเร็งลุกลามของก้อนมะเร็งไปมากแล้ว ก็มักทำการผ่าตัดตับออกเป็นบริเวณกว้างและผ่าตัดเปลี่ยนตับได้เช่นเดียวกัน (Friman, 2011) หลังจากผ่าตัด ผู้ป่วยร้อยละ 20-30 สามารถมีชีวิตอยู่ได้ถึง 5 ปี (Witzigmann, Wiedmann, Wittekind, Mossner, & Hauss, 2008) ในปัจจุบันการผ่าตัดเปลี่ยนตับมีภาวะแทรกซ้อนน้อยลงและพบว่าการผ่าตัดเปลี่ยนตับร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี สามารถลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคในระยะ 5 ปีได้ (Meza-Junco et al., 2010) แต่การผ่าตัดเปลี่ยนตับในผู้ป่วยมะเร็ง ยังต้องมีการศึกษาถึงความเหมาะสม และพิจารณาถึงข้อดีข้อเสียอย่างละเอียด เนื่องจากข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดเปลี่ยนตับในหลายประเทศไม่ครอบคลุมถึงผู้ป่วยมะเร็ง รวมถึงการมีข้อจำกัดในด้านการหาผู้บริจาคอวัยวะ และผลของการรักษามีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับ การกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยที่จะเข้ารับการผ่าตัด และการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ทำให้การผ่าตัดเปลี่ยนตับ ยังอยู่ในระหว่างการศึกษาถึงความเป็นไปได้ ในการนำมาใช้เพื่อรักษาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีต่อไป (Friman, 2011)

การระบายน้ำดีที่ค้างอยู่ในตับโดยใส่ท่อระบายน้ำดี (PTBD) เป็นเทคนิคที่เกิดจากการใช้เครื่องมือตรวจพิเศษเป็นตัวชี้นำทางแล้วใส่ท่อระบายเข้าไปในทางเดินน้ำดีผ่านผิวหนัง และอวัยวะส่วนที่ไม่เป็นอันตรายเข้าไปยังท่อน้ำดีที่อุดตัน เพื่อระบายน้ำดีที่ตกค้างอยู่ในร่างกายออกมา โดยไม่ต้องทำการผ่าตัด ซึ่งการรักษาโดยวิธีนี้เป็นการรักษาแบบประคับประคอง สามารถทำได้อย่างถูกต้อง แม่นยำและปลอดภัย (เสาวนีย์ หอมสุต, จุฑา ศรีเอี่ยม, ทองอ่อน น้อยวัฒน์, และอภิชาติ กล้ากลางชน, 2551) อย่างไรก็ตามจากการศึกษาพบว่า การใส่ท่อระบายน้ำดี มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอุปสรรคสำคัญของการแก้ไขปัญหาคือการทำให้ตับอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อระบายน้ำดี คือ การติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งมีอุบัติการณ์การเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 61.54 (Bapat et al., 1995) นอกจากนี้ยังพบว่า การใส่ท่อระบายน้ำดี ไม่ช่วยลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัด และไม่สามารถลดอาการจากการอุดตันของท่อน้ำดีได้ (Qiu et al., 2011)

การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดสำหรับระยะลุกลามที่ไม่สามารถผ่าตัดได้เพื่อเป็นการประคับประคองถือเป็นการรักษาที่มาตรฐานเนื่องจากทำให้ผู้ป่วยมีระยะเวลารอดชีวิตสูงกว่าการรักษาแบบประคับประคองเพียงอย่างเดียว ซึ่งยาเคมีบำบัดที่เป็นมาตรฐานในปัจจุบันคือ เจมซิตาบิน (gemcitabine) ร่วมกับซิสพลาตินัม (cisplatinum) (เอี่ยมแข สุขประเสริฐ, 2555) แต่พบว่ามะเร็งท่อน้ำดีมักดื้อต่อยาเคมีบำบัด แม้ว่าจะใช้ยาตัวเดียว หรือยาหลายตัวร่วมกัน ทำให้การรักษาได้ผลค่อนข้างน้อย อีกทั้งยาเคมีบำบัดมีภาวะแทรกซ้อนมาก จึงยังไม่เป็นที่ยอมรับว่าสามารถลดอัตราการตายของผู้ป่วยได้ และยังคงมีการศึกษาในผู้ที่เป็มะเร็งท่อน้ำดีเพิ่มเติม เนื่องจากปัจจุบันยังมีการศึกษาวิจัยไม่มากนัก (Friman, 2011) ส่วนการรักษาด้วยรังสีรักษาในผู้ป่วยที่ไม่สามารถผ่าตัดได้ แม้จะมีรายงานว่าอาจจะช่วยให้ผู้ที่เป็มะเร็งท่อน้ำดีมีอายุยืนยาวขึ้นแต่ยังไม่มีข้อยุติ จึงจำเป็นต้องทำการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป (ณรงค์ ชันดีแก้ว และ เอก ปักเข็ม, 2555)

เมื่อการรักษาผู้ที่เป็มะเร็งท่อน้ำดีไม่สามารถแก้ไขการอุดตันของท่อน้ำดีให้หมดไปหรือรักษาให้หายขาด ผู้ที่เป็นมะเร็งท่อน้ำดีส่วนใหญ่จึงมีคุณภาพชีวิตและอัตราการรอดชีวิตต่ำ ในต่างประเทศพบว่า ผู้ที่เป็นมะเร็งท่อน้ำดีเพียงร้อยละ 5.5 เท่านั้น ที่มีอัตราการรอดชีวิตเกิน 24 เดือน (Mihalache et al., 2010) กลุ่มที่สามารถผ่าตัดได้มีอัตราการรอดชีวิต 36 เดือน กลุ่มที่ไม่ได้รับการผ่าตัดมีอัตราการรอดชีวิตเพียง 9 เดือน (Endo et al., 2008; Hasegawa et al., 2007) ในประเทศไทยกลุ่มที่สามารถผ่าตัดได้ มีอัตราการรอดชีวิตเฉลี่ย 7.4 เดือน (วัชรพงศ์ พุทธิสวัสดิ์ และคณะ, 2555) กลุ่มที่ไม่สามารถผ่าตัดได้และได้รับการรักษาโดยการระบายน้ำดีที่ค้างอยู่ในตับโดยใส่ท่อระบายน้ำดี มีอัตราการรอดชีวิตเฉลี่ย 10.8 เดือน (ชวัช อิงศิริโรธรัตน์, 2555) แม้สถิติดังกล่าวจะเป็นการศึกษาในสถานที่และช่วงเวลาที่แตกต่างกัน แต่สามารถยืนยันได้ว่าผู้ที่เป็มะเร็งท่อน้ำดีมักเสียชีวิตในเวลารวดเร็ว ในประเทศไทยส่วนใหญ่เสียชีวิตภายใน 1 ปี หลังได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่ามะเร็งท่อน้ำดีเป็น

โรคที่คุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งทางด้านร่างกายและนอกจากจะทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ ด้านร่างกายมากแล้วยังคุกคามต่อความรู้สึกของผู้ป่วยอย่างมาก เนื่องจากมีระยะเวลาอันสั้นในการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยและการเผชิญกับความตายทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานด้านจิตใจและด้านจิตวิญญาณเป็นอย่างมาก

ผลกระทบของโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่มีต่อผู้ป่วย

การเจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การเกิดความทุกข์ทรมานจากอาการทำให้มีการรบกวนการทำหน้าที่ตามปกติทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว และระบบสุขภาพ ในที่นี้จะกล่าวถึงเฉพาะผลกระทบของโรคมะเร็งท่อน้ำดี ที่มีต่อผู้ป่วยในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ดังนี้

ผลกระทบด้านร่างกาย

ผลกระทบด้านร่างกายเป็นผลมาจากโรคมะเร็งและการรักษาที่ได้รับ การรับรู้ความผาสุกทางร่างกายโดยรวมและอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้น โดยความผิดปกติที่เกิดจากมะเร็งท่อน้ำดี เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของเซลล์บริเวณท่อน้ำดี ในลักษณะที่มีการงอกขยายของเซลล์ผิดปกติ ทำให้เกิดการตีบแคบ หรือเกิดการอุดตันของท่อน้ำดี ทำให้น้ำดีหยุดไหล เกิดการคั่งของกรดน้ำดี และเกลือน้ำดี และมีการทันทกลับของสารประกอบน้ำดี ไปยังระบบไหลเวียนโลหิต ซึ่งส่งผลกระทบต่อร่างกายโดยก่อให้เกิดอาการต่างๆ ดังได้กล่าวมาแล้วในเรื่องอาการและอาการแสดง

เนื่องจากระยะพัฒนาการของโรคในแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน จากการศึกษาเชิงคุณภาพของ ชุศรี กุชชัยสิทธิ์ และคณะ (2548) พบว่า ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มพบอาการผิดปกติจนกระทั่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งท่อน้ำดีใช้เวลา 2 สัปดาห์ จนถึง 3 เดือน และจะมาพบแพทย์โดยมีอาการนำ 4 ลักษณะ คือ ปวด เหลือง คัน และมีไข้สูง ซึ่งเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรคผู้ที่เป็นมะเร็งท่อน้ำดีส่วนใหญ่จะมีความทุกข์ทรมานด้านร่างกายและสูญเสียภาพลักษณ์จากอาการปวด แน่นใต้ลิ้นปี่ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ซีด ตับโต ตัวเหลือง ตาเหลือง มีไข้ หนาวสั่น คันตามร่างกายและไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ (ชุศรี กุชชัยสิทธิ์ และคณะ, 2548; วรยา มั่นประเสริฐ และคณะ, 2552) ส่งผลให้มีการแสวงหาการรักษาเพื่อตอบสนองกับความต้องการของร่างกายโดยการจัดการกับอาการดังกล่าวแตกต่างกันตามการรับรู้และประสบการณ์ของผู้ป่วยและบุคคลใกล้ชิด ประกอบด้วยการรักษาด้วยตนเอง การรักษาด้วยระบบแพทย์พื้นบ้าน การรักษาด้วยระบบแพทย์แผนปัจจุบันเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย

แม้ว่าในปัจจุบันบุคลากรด้านสุขภาพ มีการสร้างและพัฒนาแนวปฏิบัติจากหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลและจัดการอาการต่างๆ ด้านร่างกายในผู้ป่วยอย่างกว้างขวาง รวมถึงพัฒนาเทคโนโลยีต่างๆ ในการรักษา แต่ผู้ป่วยจำนวนมากก็มักแสวงหาสิ่งยึดเหนี่ยวด้านจิตวิญญาณควบคู่ไปกับการจัดการอาการด้านร่างกาย (พนัชญา ชันติจิตร และคณะ, 2556) แสดงให้เห็นว่าอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นนอกจากจะมีผลกระทบต่อร่างกายแล้วยังส่งผลกระทบต่อจิตใจ จิตวิญญาณของผู้ที่เป็นมะเร็งท่อน้ำดีด้วย

ผลกระทบด้านจิตใจ

ผลกระทบด้านจิตใจเป็นผลมาจากกระบวนการคิดและค้นหาความหมายของการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนจากการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ป่วยมะเร็งพบว่า การให้ความหมายของการเจ็บป่วยมีทั้งทางบวกและทางลบ กล่าวคือ ในทางบวกผู้ป่วยมะเร็งมีทัศนคติที่ดีและเห็นคุณค่าของชีวิต คิดถึงผู้อื่นมากขึ้น ครอบครัวมีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากขึ้น รู้จักตนเองมากขึ้นและมีการจัดลำดับความสำคัญในชีวิต ส่วนการให้ความหมายการเป็นโรคมะเร็งในทางลบ ได้แก่ การมองว่าการเจ็บป่วยนั้นทำให้เกิดการสูญเสียอย่างใหญ่หลวง ทำให้สูญเสียชีวิต นำไปสู่ความตาย ทำให้ครอบครัวเป็นทุกข์และอาจมีบุคคลอื่นในครอบครัวเป็นโรคมะเร็งเพิ่มอีก ไม่ได้ได้รับความสนใจจากบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงความรู้สึกว่าเป็นเรื่องยากที่จะผ่านพ้นความเจ็บป่วยไป (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554)

ผู้ที่เป็นมะเร็งท่อน้ำดี ให้ความหมายเกี่ยวกับโรคแตกต่างกันไปตามประสบการณ์แต่ผู้ป่วยทุกคนรับรู้และให้ความหมายไปในทางที่รุนแรงและน่ากลัวทั้งสิ้น เช่น เป็นแล้วรอตาย อายุไม่ยืน ปล่อยไว้นานรักษาไม่ได้ เป็นโรคของเวรกรรม ส่งผลให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอน วิตกกังวล กลัวตาย เครียด ร้องไห้ นอนไม่หลับ รับประทานอาหารไม่ได้ แยกตัว ไม่พูดคุยกับใครและบางรายอยากประชดชีวิต (ฐศิริ คุชชัยสิทธิ์ และคณะ, 2548) และพบว่าผู้ที่เป็นมะเร็งท่อน้ำดีมีภาวะเครียด จากการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีความรุนแรง การรักษาและอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นเป็นเหตุการณ์ใหม่ ไม่สามารถทำนายผลการรักษาได้และความคลุมเครือในข้อมูลที่ได้รับ หรือแผนการรักษาที่ไม่ชัดเจน ซึ่งผู้ที่เป็นมะเร็งท่อน้ำดีส่วนใหญ่เผชิญความเครียดโดยการจัดการกับอารมณ์ของตนเองโดยหวังว่าสิ่งต่างๆ จะดีขึ้นและพยายามไม่คิดถึงโรคหรือความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่หรือพยายามคิดถึงเรื่องอื่นๆ แทน โดยพบว่าวิธีที่มีประสิทธิภาพในการช่วยลดความเครียดได้มากที่สุด คือการหากำลังใจและความช่วยเหลือจากครอบครัว (นภาพร สวนแก้ว, 2552) ดังนั้น จึงถือได้ว่าการให้กำลังใจ และการให้การช่วยเหลือของครอบครัวสามารถใช้เป็นแนวทางในการตอบสนองความต้องการและลดผลกระทบด้านจิตใจของผู้ที่เป็นมะเร็งท่อน้ำดีได้

ผลกระทบด้านสังคม

การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสังคมในหลายๆ เรื่อง เช่น ความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว รวมถึงเรื่องเพศสัมพันธ์ลดลง (Bloom, Petersen, & Kang., 2007) ปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนหรือผู้ร่วมงาน การช่วยเหลือจากสังคม การทำหน้าที่ในครอบครัวและสังคม ลดลง จากการศึกษาของ ชูศรี คูชัยสิทธิ์ และคณะ (2548) พบว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีส่งผลกระทบต่อทั้งทางลบและทางบวกต่อครอบครัว ผลกระทบทางลบคือ ทำให้สมาชิกในครอบครัวมีความเป็นกังวล ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ บางรายต้องลางานหรือลาออกจากงาน ซึ่งส่งผลกระทบต่อรายได้ในครอบครัว หรือลาออกจากโรงเรียนเพื่อมาให้การดูแลผู้ป่วย แต่ในขณะเดียวกันก็ส่งผลทางบวกต่อสัมพันธภาพในครอบครัว เนื่องจากการดูแลช่วยเหลือ และกำลังใจจากครอบครัว เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ วรยา มั่นประเสริฐ และคณะ (2552) พบว่าแม้คุณภาพชีวิตด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีจะลดลงหลังการรักษา แต่กลับทำให้คุณภาพชีวิตด้านสังคมดีขึ้นเนื่องจากการได้รับการเอาใจใส่จากครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์มากขึ้นแสดงให้เห็นว่าการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีนอกจากจะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่ดีแล้วยังส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านสังคมดีขึ้นด้วย

ผลกระทบด้านจิตวิญญาณ

ผลกระทบด้านจิตวิญญาณเป็นผลจากการรับรู้ถึงภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่สามารถรักษาได้ ซึ่งเปรียบเสมือนคำตัดสินประหารชีวิตที่มีผลต่อความผิด อึดอัดในทศน์ และความรู้สึกเป่าหมายชีวิต ที่สร้างความทุกข์ทรมานทางจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยเป็นอย่างมาก (กิตติกร นิลมานันต์, 2555) เป็นการให้ความหวังและการให้ความหมายต่อการเจ็บป่วยด้วย ซึ่งอาจแสดงออกด้วยความรู้สึกละเหว ล่น เศร้า สูญเสีย หรือการรับรู้ความไม่แน่นอนในชีวิต ในต่างประเทศ พบว่าคุณภาพชีวิตด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะ 3 เดือนสุดท้ายที่ไม่ดี มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกละเหว ล่น ความรู้สึกอยากตาย และความคิดฆ่าตัวตาย (McClain, Rosenfeld, & Breitbart, 2003) และในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสี มีความท้อแท้ ทุกข์ทรมานจากการรักษาและทุกข์ใจจากความไม่แน่นอนของโรคและการรักษา (สุพิศ สงนวล, 2548) ในผู้ที่เป่นมะเร็งท่อน้ำดีทุกรายเมื่อได้รับการวินิจฉัย จะให้ความหมายของโรคไปในทางที่รุนแรงทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน วิตกกังวล กลัวตาย เครียด ร้องไห้ นอนไม่หลับ รับประทานอาหารไม่ได้ แยกตัว ไม่พูดคุยกับใครและบางรายถึงกับอยากประชดชีวิต (ชูศรี คูชัยสิทธิ์ และคณะ, 2548) การแสดงออกดังกล่าวนอกจากจะเป็นผลกระทบด้านจิตใจแล้ว ยังถือได้ว่ามีผลกระทบต่อจิตวิญญาณและสร้างความทุกข์ทรมานทางจิตวิญญาณแก่ผู้ที่เป็นมะเร็งท่อน้ำดีเป็นอย่างมาก

ดังนั้น แม้ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีจะรับรู้ว่าจะไม่สามารถรักษาโรคให้หายขาดได้ แต่ผู้ป่วยมักแสวงหาสิ่งยึดเหนี่ยวด้านจิตวิญญาณควบคู่ไปกับการจัดการกับอาการด้านร่างกาย การบรรเทาอาการเจ็บป่วย เพื่อให้ตนมีความเข้มแข็งและมีพลังในการดำเนินชีวิตที่เหลืออยู่ เช่น การไปวัด ทำบุญ สวดมนต์ นั่งสมาธิและการพึ่งพาสังคคีลัทธิ (พนัชญา ชันติจิตร และคณะ, 2556) และมีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่แสวงหาวิธีการรักษาทางเลือกอย่างอื่นร่วมกับการรักษาของแพทย์ เช่น การรักษาด้วยสมุนไพร การใช้พิธีกรรมตามความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตามวัฒนธรรมของชุมชน (ชูศรี คุชัณสิทธิ์ และคณะ, 2548) การปฏิบัติกรดูแลด้วยวิธีการต่างๆ ก็เพื่อให้มีความหวังว่าสิ่งต่างๆ จะดีขึ้น (นภาพร สวนแก้ว, 2552) ปฏิกริยาตอบสนองของผู้ป่วยดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีนอกจากจะสร้างความทุกข์ทรมานทางกายแล้วยังสร้างความทุกข์ทรมานทางจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยเป็นอย่างมากด้วย ทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการด้านจิตวิญญาณที่สมควรได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบควบคู่ไปกับการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ และด้านสังคม เพื่อให้ผ่านพ้นจากภาวะวิกฤตของความทุกข์ทรมานทางจิตวิญญาณ มีความผาสุกทางจิตวิญญาณปรับตัวกับความเจ็บป่วยได้อย่างมีความสุขและเสียชีวิตอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิต แต่ถ้าหากความต้องการด้านจิตวิญญาณไม่ได้รับการประเมิน ไม่มีผู้รับรู้ยอมไม่ได้รับการตอบสนองก็อาจจะทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะวิกฤตทางจิตวิญญาณได้ (Edwards, Pang, Shiu, & Chan, 2010)

ความต้องการด้านจิตวิญญาณ

ความหมาย

ความต้องการ ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถานพ.ศ. 2542 มีที่มาจากคำว่า “ความ” [ความ] น. เรื่อง เช่น เนื้อความ เกิดความ อาการ ใช้นำหน้ากริยาหรือวิเศษณ์เพื่อแสดงสภาพ เช่น ความต้องการ อยากได้ ใครได้ประสงค์ “ความต้องการ” เกิดความ อาการอยากได้ ใครได้หรือประสงค์ (ราชบัณฑิตยสถาน, 2546) ความต้องการเป็นสิ่งที่เกิดตามธรรมชาติมีอยู่ในมนุษย์ทุกคน ซึ่งความต้องการจะเป็นกระบวนการที่มีความต่อเนื่องตั้งแต่เกิดจนตาย ทั้งในเวลาปกติและเมื่อเจ็บป่วย (สุชา จันทรเฒ, 2543) ตั้งแต่ความต้องการขั้นพื้นฐานของร่างกายจนถึงความต้องการความสำเร็จในชีวิต เพื่อให้บุคคลมีความสามารถในการทำหน้าที่ของตนได้ดีที่สุด (Ellis & Nowlis, 1994) ถ้าได้รับการตอบสนองความต้องการจะช่วยลดความไม่สุขสบายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้เกิดภาวะสมดุลและความสุขในชีวิต

มาสโลว์ (Maslow, 1970, อ้างใน นุชลิ อุปภัย, 2555) ได้นำเสนอทฤษฎีลำดับความต้องการพื้นฐาน (Maslow's Need Hierarchy Theory) เป็นลักษณะลำดับขั้นระดับต่ำสุดไปยังระดับสูงสุด

ตามลำดับคือ 1) ความต้องการของร่างกายเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานเพื่อความอยู่รอด เช่นอาหารที่อยู่อาศัย เป็นต้น 2) ความต้องการความมั่นคงหรือความปลอดภัยความต้องการเหล่านี้เป็นความต้องการที่จะเป็นอิสระจากอันตรายทางกายและความกลัวจากตัวเองและจากการสูญเสียตำแหน่งหน้าที่การงานทรัพย์สินหรือที่อยู่อาศัย 3) ความต้องการการยอมรับหรือความผูกพันหรือความต้องการทางสังคมเป็นความต้องการได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่นในสังคม 4) ความต้องการการยกย่องเมื่อมนุษย์ได้รับการตอบสนองความต้องการการยอมรับแล้วจะต้องการการยกย่องจากตัวเองและจากบุคคลอื่นความต้องการนี้เป็นการพึงพอใจในอำนาจความภาคภูมิใจสถานะและความเชื่อมั่นในตนเอง และ 5) ความต้องการความสำเร็จในชีวิตเป็นความต้องการในระดับสูงสุดเป็นความปรารถนาที่จะประสบความสำเร็จเพื่อให้มีศักยภาพและบรรลุความสำเร็จในสิ่งหนึ่งสิ่งใดในระดับสูงสุด

คำว่า จิตวิญญาณ ในภาษาไทยแปลมาจากภาษาอังกฤษคือ spiritual มีรากศัพท์เดิมมาจากภาษาละตินว่า spiritus ซึ่งแปลว่าลมหายใจ (breath) ความมีชีวิต (life) วิญญาณ (soul) และจิตใจ (mind) เป็นส่วนที่สำคัญที่สุดของการมีชีวิต โดยมีรากฐานมาจากศาสนา มีความหมายแปรเปลี่ยนไปตามการนับถือศาสนา วัฒนธรรมทางสังคม (พินิจ รัตนกุล, 2547; วัลภา คุณทรงเกียรติ, 2551) และขึ้นอยู่กับบริบทที่ผู้ใช้ต้องการสื่อความหมาย (สิวลี ศิริไธ, 2554) ในมุมมองทางสังคมระหว่างสังคมตะวันตกกับสังคมตะวันออก จิตวิญญาณมีทั้งความเหมือนและความแตกต่างกัน ในด้านความเหมือนมี 2 ประเด็นคือ 1) การยอมรับว่า จิตวิญญาณเป็นสิ่งที่มิอยู่ในคนทุกคนและมีความสำคัญต่อการมีชีวิตอยู่ และ 2) การให้ความหมายของคำว่า จิตวิญญาณ โดยในระยะแรกทั้ง 2 มุมมองจะเป็นการให้ความหมายเกี่ยวกับศาสนาเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากศาสนาเป็นสิ่งที่มีความใกล้ชิดและมีอิทธิพลต่อวิถีชีวิต ความรู้สึกนึกคิดของคนในสังคมเป็นอย่างมาก ต่อมา แนวคิดของนักมนุษยนิยมที่ให้ความสำคัญกับความเป็นมนุษย์ได้เข้ามามีบทบาทในสังคมมากขึ้น ทำให้การให้ความหมายมีความหลากหลายและไม่ยึดติดกับศาสนาเพียงอย่างเดียว หากแต่เป็นเรื่องของความสัมพันธ์ระหว่างคนกับคน คนกับสิ่งแวดล้อม คนกับธรรมชาติมากขึ้น และมีจุดมุ่งหมายอยู่ที่การดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความหมายและมีคุณค่า สำหรับส่วนที่แตกต่างคือการอธิบายว่าสิ่งยึดเหนี่ยวนั้นคืออะไร โดยเฉพาะสิ่งยึดเหนี่ยวที่เป็นความเชื่อ ความศรัทธานั้นย่อมแตกต่างกันในแต่ละวัฒนธรรม โดยเฉพาะทางตะวันตกจะยึดมั่นในพระเจ้าหรือบุคคลเป็นสิ่งสำคัญ ในขณะที่ทางตะวันออกจะยึดที่คำสอนของศาสนาและการปฏิบัติตามคำสอนเพื่อให้ไปถึงเป้าหมาย นอกจากนั้นทางตะวันออกยังมีความเชื่อในเรื่องของผี และไสยศาสตร์ที่เข้ามามีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของคนในสังคมด้วย (วัลภา คุณทรงเกียรติ, 2551)

ในประเทศไทย ทศนิษฐ์ ทองประทีป (2552) สรุปความหมายของคำว่า จิตวิญญาณ เป็น 2 ประการคือ 1) จิตวิญญาณที่เกี่ยวข้องกับ ศรัทธา ปัญญา และคุณธรรม หมายถึง ธรรมชาติที่มีลักษณะเป็น

นามธรรมมีอยู่ในทุกบุคคล จิตวิญญาณถือว่าเป็นแก่นของชีวิตทำหน้าที่เชื่อมประสานการทำงานในส่วนอื่นๆ ของร่างกาย จิตวิญญาณเป็นส่วนหนึ่งของจิตสำนึกที่ทำให้มนุษย์มีเหตุผลและรู้จักการควบคุมอารมณ์ จึงทำให้มนุษย์มีความแตกต่างจากสัตว์ จิตวิญญาณเปรียบเสมือนพลัง ปัญญา หรือแหล่งของความหวังที่ช่วยให้มนุษย์มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์เพื่อมุ่งสู่คุณค่าหรือเป้าหมายที่สูงส่งของชีวิต จิตวิญญาณในส่วนนี้ยังเป็นพลังอำนาจที่ทำให้มนุษย์สัมผัสได้ถึงความงดงาม ความดี พระเจ้า สิ่งศักดิ์สิทธิ์ หรืออำนาจที่อยู่เหนือความสามารถของมนุษย์ และ 2) จิตวิญญาณในมิติของความสัมพันธ์ หมายถึงการที่บุคคลตระหนักในคุณค่าแท้หรือบทบาทของตนในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว ชุมชน สังคม สิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัว ทำให้บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ต่อเพื่อนมนุษย์ สัตว์ และสิ่งแวดล้อม ด้วยความเกื้อกูลหรือเมตตาต่อกัน รวมทั้งมีศรัทธาต่อคำสอนและปฏิบัติตามคำสอนในศาสนาของตนเพื่อการพัฒนาชีวิตและสังคมได้อย่างต่อเนื่อง

ส่วนจิตวิญญาณในมุมมองด้านสุขภาพ องค์การอนามัยโลกได้ให้ความสำคัญกับจิตวิญญาณ โดยนิยามความหมายของคำว่าสุขภาพ คือ ภาวะที่เป็นสุขทางกาย ภาวะที่เป็นสุขทางใจ ภาวะที่เป็นสุขทางสังคม และภาวะที่เป็นสุขทางจิตวิญญาณ (World Health Organization, 1998) แสดงให้เห็นว่าจิตวิญญาณเป็นส่วนหนึ่งของสุขภาพและมีความเชื่อมโยงเกี่ยวเนื่องกันกับมิติอื่นๆ อย่างแยกไม่ออก และคำว่าจิตวิญญาณ นำมาใช้ในการพยาบาลเพื่อมุ่งเน้นกิจกรรมการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการของบุคคลเกี่ยวกับวัฒนธรรม ความเชื่อ เครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ และการปฏิบัติตามหลักศาสนา รวมถึงคำนึงถึงความสัมพันธ์ของคนกับคน คนกับธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมจิตวิญญาณ โดยมาใช้ในการพยาบาลตั้งแต่ยุคของฟลอเรนซ์ น丁เกล ซึ่งคำนี้มีความสำคัญต่อความผาสุกและการเยียวยาของทุกคน (Narayanasamy, 2004)

กล่าวโดยสรุปคือ จิตวิญญาณ เป็นเรื่องหรือมิติที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของมนุษย์ไม่ได้ยึดติดรูปแบบต่างๆ แต่เป็นคุณค่าและความหมายร่วมอันเป็นสากลที่มนุษย์ทุกคนสามารถมีและเข้าถึงได้ ดังนั้น จึงอาจสรุปได้ว่า ความต้องการด้านจิตวิญญาณ (spiritual needs) นั้น เป็นความต้องการด้านหนึ่งที่มิอยู่ในตัวของบุคคลทั้งในยามปกติและยามเจ็บป่วย เป็นการแสดงออกถึงสภาวะภายในของบุคคลที่มุ่งใจในการค้นพบความหมายในทุกประการและทุกความสัมพันธ์กับตัวเอง ผู้อื่น และสิ่งอื่นๆ ที่บุคคลให้คุณค่า ความต้องการเหล่านี้อาจจะมีเฉพาะเจาะจงและสัมพันธ์กับความเชื่อและความศรัทธาในศาสนาที่บุคคลนั้นนับถือ ซึ่งความต้องการด้านจิตวิญญาณ เป็นส่วนหนึ่งของความต้องการขั้นสูงสุดตามทฤษฎีลำดับความต้องการพื้นฐานของมาสโลว์ (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2533) โดยเฉพาะในยามเจ็บป่วยบุคคลมักมีความต้องการด้านจิตวิญญาณมากเป็นพิเศษเพื่อเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจหรือเพื่อการต่อรองจากสิ่งที่ยังมองไม่เห็น อาจเป็นปาฏิหาริย์จากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ หรือพระเจ้า ที่เหนือ

จากการคลั่นแคลของมนุษย์ธรรมดาที่จะทำได้ เพื่อช่วยให้เกิดความเข้มแข็งจากภายใน สามารถค้นพบความหมายของชีวิตและการเจ็บป่วยได้ ทำให้ปรับตัวต่อภาวะวิกฤตที่กำลังเผชิญได้ (ทศนีย์ทองประทีป, 2552) ซึ่ง เทย์เลอร์ (Taylor, 2006) สรุปความหมายของความต้องการด้านจิตวิญญาณว่าเป็นความปรารถนาที่มีความจำเป็น เพื่อที่จะหาความหมายในชีวิต ความมีคุณค่า ความมีชีวิตจิตใจ หลักการของชีวิต มีอุดมการณ์ ค่านิยมและมีพลังในการดำเนินชีวิต การมีทัศนคติเชิงบวก การมีความหวัง การได้รับความรักและการให้ความรักจากผู้อื่น ความศรัทธาทางศาสนาและกิจกรรมที่ทำให้จิตใจเข้มแข็ง การเตรียมพร้อมสู่ความตาย

องค์ประกอบความต้องการด้านจิตวิญญาณ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า มีนักวิชาการหลายท่านได้ศึกษาศึกษาวิจัยและทบทวนเอกสารงานวิจัยเกี่ยวกับความต้องการด้านจิตวิญญาณ และแบ่งความต้องการด้านจิตวิญญาณได้หลายองค์ประกอบ ตามผลการศึกษาที่มีความแตกต่างกันในกลุ่มตัวอย่าง และสังคมวัฒนธรรมดังนี้

ความต้องการด้านจิตวิญญาณในบุคคลทั่วไป ไฮฟิลด์ และ คาร์สัน (Highfield & Carson, 1983) ได้อธิบายว่ามนุษย์มีความต้องการด้านจิตวิญญาณ 4 ด้าน และยกตัวอย่างพฤติกรรมที่เหมาะสมที่แสดงออก ดังนี้ 1) ความต้องการความหมายและจุดมุ่งหมายในชีวิต พฤติกรรมที่เหมาะสมที่แสดงออกคือ การดำเนินชีวิตยึดค่านิยมของตนเอง การแสดงออกถึงความต้องการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของศาสนา 2) ความต้องการแบ่งปันความรัก พฤติกรรมที่แสดงออกคือ แสดงความรักผู้อื่นโดยการกระทำแสวงหาส่วนที่ดีของบุคคลอื่น 3) ความต้องการได้รับความรัก โดยแสดงออกถึงความรู้สึกว่าตนได้รับความรักความเมตตาจากผู้อื่นและพระผู้เป็นเจ้า และ 4) ความต้องการความหวังและการสร้างสรรค์ พฤติกรรมที่แสดงออกคือ การตั้งเป้าหมายในชีวิตที่พอเหมาะพอควร มีความเป็นไปได้ ต่อมาการศึกษาความต้องการด้าน จิตวิญญาณเพิ่มเติมและได้ลดความต้องการจากเดิม 4 ด้าน เหลือเพียง 3 ด้าน (Highfield, 1992) คือ 1) ด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต โดยมีการยอมรับในตนเอง มีความผูกพัน ความไว้วางใจในตนเอง 2) ด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งแวดล้อมและสิ่งนอกเหนือตน เช่น พระเจ้า สิ่งที่เราสูงสุด ซึ่งเป็นลักษณะของความศรัทธา ความรัก ความไว้วางใจ และ 3) ด้านการให้อภัย โดยไม่มีเงื่อนไขใดๆ ต้องการมีความหวัง ซึ่งเป็นความต้องการตามจินตนาการ เพื่อให้ตนเองได้พบกับสิ่งที่ดีและมีชีวิตที่ดีขึ้น นอกจากนี้ รอสส์ (Ross, 1995) ยังได้แบ่งความต้องการด้านจิตวิญญาณเป็น 3 ด้าน คือ 1) ด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต 2) ด้านความต้องการมีความหวังในการมีชีวิตอยู่ และ 3) ด้านความต้องการมีความเชื่อและความศรัทธาในตนเอง บุคคลอื่นและพระเจ้า

ความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยทั่วไปจากการวิเคราะห์วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความต้องการด้านจิตวิญญาณ จำนวน 339 เรื่อง ของ กาเลค, ฟลานเนลลี, เวน, และ การเลค (Galek, Flannelly, Vane, & Galek, 2005) สามารถสรุปออกมาเป็นข้อมูลเชิงปริมาณได้จำนวน 29 ข้อ ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 7 องค์ประกอบ ดังนี้

1. ความต้องการด้านความรัก การมีส่วนร่วม การเคารพนับถือ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุดของความต้องการด้านจิตวิญญาณของมนุษย์ จากการศึกษาของ กาเลค และคณะ (Galek et al., 2005) พบว่า ผู้ป่วยจำนวนมากไม่ได้แสดงออกถึงความต้องการที่แท้จริงของตนเองอย่างเต็มที่และไม่รู้จักการให้และการได้รับความรัก ความรักความเอาใจใส่ซึ่งกันและกันจากคนคู่คน ความรักเป็นเรื่องที่สามารถเปลี่ยนแปลงความรู้สึกกันได้ ความต้องการของมนุษย์ส่วนใหญ่แล้วมนุษย์ต้องการการได้รับการยอมรับความเห็นอกเห็นใจกัน ความเมตตาปราณี การเข้าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีเพื่อน การมีสังคมและการได้รับการดูแลเอาใจใส่ในช่วงที่เจ็บป่วย

2. ความต้องการขอพรสิ่งศักดิ์สิทธิ์จากพระเจ้า องค์ประกอบสองเป็นเรื่องของความต้องการนับถือพระเจ้า ความศักดิ์สิทธิ์ของพระเจ้าที่มีต่อมนุษย์ การขอพรพระเจ้าตามความต้องการของมนุษย์ ไม่ว่าจะเป็นศาสนาใด ลัทธิใด โดยส่วนมากจะขอพรจากพระเจ้าโดยการเชื่อมโยงด้วยหนังสือจากพระผู้เป็นเจ้า หรืออุปกรณ์ที่ใช้ในการขอพรพระเจ้าในลัทธิอื่น

3. ความต้องการทัศนคติในแง่บวก ความหวัง ความสงบ เพื่อเป็นแรงสนับสนุนและเสริมกำลังใจให้กับผู้ป่วย ถึงแม้ว่าความหวังจะมีแนวความคิดที่หลากหลายแต่ความต้องการของผู้ป่วยจะเน้นไปที่ความหวังของผู้ป่วยโดยเป็นการเชื่อมความคาดหวังและความเป็นจริงให้มีความเชื่อมโยงถึงกัน การอยู่ด้วยความหวังเป็นผลที่ดีกับผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยต้องการอยู่ด้วยความหวังแบบสงบ การมองโลกในแง่ดี และการแสดงออกทางอารมณ์ที่แท้จริงหรือการหัวเราะอย่างร่าเริงออกมา

4. ความต้องการมีจุดมุ่งหมายและควมมีชีวิตอยู่แบบมีความหมาย ซึ่งเป็นความต้องการที่โดดเด่นจากองค์ประกอบทั้งหมด เป็นการมองถึงความสำคัญของร่างกาย จิตใจ สังคมและความต้องการของผู้ป่วยก่อนถึงวาระสุดท้าย มีผู้ป่วยบางรายมองความเจ็บป่วยเป็นเรื่องที่ทำทนายมนุษย์ เป็นการท้าทายการมีชีวิตอยู่ของมนุษย์ ผู้ป่วยที่มีชีวิตอยู่แบบมีความหมายจะพบว่าไม่มีอาการรุนแรงของการเจ็บป่วยเกิดขึ้น และในขณะเดียวกันในกลุ่มที่อยู่แบบไม่มีความหมายยังคงเป็นปัญหาต่อการรักษาของแพทย์

5. ความต้องการด้านศีลธรรมและจริยธรรม ศีลธรรมและจริยธรรมเป็นความต้องการพื้นฐานมนุษย์ที่ต้องการให้เกิดขึ้นในการดำรงชีวิตประจำวันตลอดช่วงชีวิตที่ต้องดิ้นรนและเผชิญกับปัญหา โดยการได้รับคำแนะนำที่เป็นกำลังใจที่สามารถดำรงชีวิตต่อไปได้

6. ความต้องการด้านความงดงามจากธรรมชาติ ความต้องการประการหนึ่งของมนุษย์คือ การมีอารมณ์ความรู้สึกแบบสุนทรียศาสตร์ ด้วยการแสดงออกทางอารมณ์แบบสุนทรีย์แบบธรรมชาติ ยกตัวอย่างเช่น การยินดีและแสดงออกต่อปรากฏการณ์ธรรมชาติ ไม่ว่าจะเป็นพระอาทิตย์ขึ้น จากท้องฟ้า บทเพลงหรืออารมณ์ในช่วงฤดูใบไม้ผลิ ซึ่งเป็นการแสดงออกด้วยอารมณ์สุนทรีย์แต่ละบุคคลแตกต่างกันไป

7. ความต้องการในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต ความรู้สึกของผู้ป่วยในช่วงของการรักษา และวาระสุดท้ายของชีวิตก่อนตาย ผู้ป่วยต้องการรู้และเข้าใจชีวิตในช่วงก่อนและหลังความตายว่าตัวเองต้องเผชิญกับอะไร ในช่วงเวลาเหล่านั้น ผู้ป่วยต้องการเกิดความรู้สึกปลง และต้องการการให้อภัยและอโหสิกรรมจากบุคคลรอบข้าง

ความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งทั้งในและต่างประเทศ ที่มีความแตกต่างกันในด้านสังคมวัฒนธรรมนั้น การศึกษาเชิงคุณภาพในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งโดย บุนผา ชอบใช้ (2536) พบว่า สิ่งที่เป็นความต้องการด้านจิตวิญญาณประกอบด้วย สิ่งที่ทำให้ความหมายแก่ชีวิตมากที่สุด ได้แก่ ศาสนา ลูกหลาน คู่สมรส สิ่งที่เป็นจุดมุ่งหมายสูงสุดของชีวิต ได้แก่ การหายจากโรค และการมีสุขภาพดี การปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา การมีชีวิตที่ยืนยาวนาน สิ่งที่ทำให้ความหวังและกำลังใจ ได้แก่ ศาสนา ลูกหลาน คู่สมรส ความสัมพันธ์กับสิ่งที่เป็นความต้องการทางจิตวิญญาณเหล่านี้ ได้แก่ ศาสนาในฐานะเป็นสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เป็นความหวังและกำลังใจ อยากให้ช่วยคุ้มครอง เป็นกำลังใจ ทำให้หายจากโรค ทำจิตใจให้สงบ ลดความวิตกกังวล ความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น แม้กระทั่งในภาวะใกล้ตาย ยังต้องการศาสนาช่วยทำให้จิตใจสงบ ไม่ทรมานทรมาย ให้ความหวังชีวิตหลังความตายอีกด้วย ลูกหลาน คู่สมรส เป็นสิ่งที่ให้ความหวัง กำลังใจ ความรัก ความห่วงใย ความเอื้ออาทรต่อกัน อย่างน้อยขอให้พูดคุยหรือมาอยู่ใกล้ๆ เพื่อช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน และแม้ถึงคราวจะต้องตายขอให้เห็นหน้าก่อนตาย ผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อความต้องการด้านจิตวิญญาณ ทำให้เกิดความหวาดหวั่นจากการรักษา ความวิตกกังวลจากความไม่แน่นอนของชีวิต ความทุกข์ทรมาน ความกลัว จากความเจ็บปวด และความตายเป็นอุปสรรคต่อความสัมพันธ์กับบุคคลสำคัญของผู้ป่วย และยังได้รับการปฏิบัติที่ขัดต่อความเชื่อ ผลจากการศึกษาทำให้ทราบว่าความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเป็นอย่างไร เกี่ยวข้องกับสิ่งใดบ้าง และให้ผลต่อบุคคลอย่างไร และการศึกษาเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและวิเคราะห์เนื้อหาภายใต้ระบบความเชื่อของวัฒนธรรมจีนในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามชาวไต้หวันที่อยู่ในระหว่างการรับรักษา จำนวน 33 ราย พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามชาวไต้หวันที่อยู่ในระหว่างรับการรักษา มีความต้องการด้านจิตวิญญาณ 4 ประการ คือ 1) ความต้องการการประคับประคองความหวังสำหรับการมีชีวิตอยู่และการมีความสุข สงบ 2) ความต้องการค้นหาความหมายของชีวิตและการคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ 3) ความต้องการความรักซึ่งกันและกัน

ระหว่างเพื่อนมนุษย์ และ 4) ความต้องการได้รับการช่วยเหลือให้มีรู้สึกจากไปอย่างสงบเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิต (Hsiao et al., 2011) ส่วนในสังคมตะวันตก เทย์เลอร์ได้ศึกษาเชิงคุณภาพในผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลในครอบครัว แบ่งความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งออกเป็น 7 ด้าน คือ 1) ความต้องการเชื่อมโยงกับศาสนา สิ่งสูงสุด หรือสิ่งยึดเหนี่ยวอื่น 2) ความต้องการมีทัศนคติเชิงบวก และต้องการมีความหวัง 3) ความต้องการให้ความรักและได้รับความรักจากผู้อื่น 4) ความต้องการทบทวนความเชื่อ 5) การมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต 6) ความต้องการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนา และ 7) การเตรียมพร้อมในการเข้าสู่ความตาย (Taylor, 2003)

ความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ติดเชื้อเอชไอวี (HIV) ระยะไม่ปรากฏอาการ วะนิดา น้อยมนตรี (2547) ทำการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ 1) ความต้องการที่พึงพิงทางใจ 2) ความต้องการมีชีวิตอยู่ที่ยาวนาน 3) ความต้องการการให้อภัยและการแก้ไขสิ่งที่ผิดพลาด 4) ความต้องการการยอมรับจากสังคม 5) ความต้องการมีความหวัง และ 6) ความต้องการช่วยเหลือเพื่อนผู้ติดเชื้อ ซึ่งผลการศึกษานี้ทำให้เข้าใจประสบการณ์ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะไม่ปรากฏอาการ คือสิ่งที่มีคุณค่าสูงสุดในชีวิตของผู้ติดเชื้อซึ่งเมื่อได้รับการตอบสนองแล้วจะช่วยให้ผู้ติดเชื้อมีชีวิตอยู่อย่างมีความสุข และสามารถวางแผนการพยาบาลด้านจิตวิญญาณในผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างเป็นองค์รวม

ความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย จากการศึกษาเชิงคุณภาพของ เฮอermann (Hermann, 2001) เกี่ยวกับความหมายและความต้องการด้านจิตวิญญาณ พบว่า ความต้องการด้านจิตวิญญาณเป็นความต้องการเกี่ยวกับพระเจ้า ความศรัทธา ศาสนา สวรรค์ การมีชีวิตที่ดี มีความพอใจในชีวิต ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ 1) ความต้องการเกี่ยวกับศาสนา เช่น การสวดมนต์ อ่านคัมภีร์ บทกถา การไปโบสถ์ การฟังเพลง การร้องเพลง 2) ความต้องการด้านการมีสัมพันธภาพ เช่น การได้อยู่กับครอบครัว เพื่อน การช่วยเหลือผู้อื่น 3) ความต้องการเกี่ยวกับการมีอำนาจและการควบคุม เช่น ต้องการข้อมูลในการดูแลตนเอง การพึ่งพาตนเองและผู้อื่น การมีกิจกรรมร่วมกับครอบครัว 4) ความต้องการสะสางภารกิจที่ค้างคา เช่น การทบทวนชีวิตที่ผ่านมา การจัดการเกี่ยวกับการเงินที่ต่างๆ ให้เสร็จสิ้น การตัดสินใจเกี่ยวกับปัญหาต่างๆ 5) ความต้องการเกี่ยวกับธรรมชาติ เช่น การมีดอกไม้ในห้องของผู้ป่วย การได้มองเห็นสิ่งแวดล้อมภายนอก และ 6) ความต้องการเกี่ยวกับการมองโลกในแง่ดี เช่น การได้มองเห็นรอยยิ้ม เสียงหัวเราะและการคิดถึงความสุข นอกจากนั้นยังมีส่วนทบทวนเอกสารการวิจัยเกี่ยวกับความต้องการทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย สรุปได้ 6 ด้าน คือ 1) ความต้องการความรักและการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม 2) ความต้องการมีความหวัง 3) ความต้องการมีส่วนร่วมและการควบคุมสถานการณ์ 4) ความต้องการมองโลกในแง่ดีและคงไว้ซึ่งชีวิตด้านบวก 5) ความต้องการ

ปฏิบัติตามความเชื่อและความศรัทธาและ 6) ความต้องการค้นพบความหมายและเป้าหมายในชีวิต และสะสางภารกิจที่ค้างค้ำ (กิตติกร นิลมนัต, 2555)

ความต้องการด้านจิตวิญญาณในหน่วยบริการสุขภาพในมุมมองของผู้รับบริการ จากการสังเคราะห์วรรณกรรมเกี่ยวกับความต้องการด้านจิตวิญญาณจากรายงานการวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 11 เรื่อง ของ ฮอดจ์ และ โฮร์วาท (Hodge & Horvath, 2011) สรุปได้ 6 ด้าน คือ 1) ความต้องการค้นหาความหมายและเป้าหมายของชีวิต และการมีความหวัง 2) ความต้องการมีสัมพันธภาพกับพระเจ้า หรือสิ่งอื่น 3) ความต้องการปฏิบัติเกี่ยวกับจิตวิญญาณ 4) ความต้องการปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา 5) ความต้องการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และ 6) ความต้องการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรทางด้านสุขภาพ

ความต้องการด้านจิตวิญญาณในมุมมองของนักการศาสนาและปรัชญา แสง จันทร์งาม (2531) ได้แบ่งออกเป็น 5 ด้าน คือ 1) ความต้องการด้านปรัชญาชีวิต เป็นความต้องการที่จะรู้ความหมายของสิ่งต่างๆ รวมถึงความหมายของชีวิต 2) ความต้องการสิ่งที่ดี เป็นความต้องการของสังคมมนุษย์ที่จะทำให้เกิดสัมพันธที่ดีต่อกัน โดยบุคคลอยากได้สิ่งดีๆ อยากมีเพื่อนดี ครอบครัวดี บุตรดี อยากมีคนรอบข้างที่ดี 3) ความต้องการความสุขขั้นสูง มนุษย์ต้องการมีความสุข และแสวงหาความสุข เป็นความสุขที่เกิดจากผลของความสำเร็จเมื่อการดำเนินชีวิตบรรลุเป้าหมายสูงสุด ได้แก่ ขั้นแรกเป็นความสุขที่เกิดจากการได้รับการตอบสนองความต้องการของร่างกายและจิตใจ ขั้นที่สอง ความสุขที่ได้จากการไม่ทำ ความชั่วทั้งปวง ไม่ว่าจะเป็นทางกาย วาจา และทางใจ ขั้นที่สาม เป็นความสุขที่เกิดจากการทำความดี ขั้นที่สี่ เป็นความสุขที่เกิดจากความสงบ จิตเป็นสมาธิแน่วแน่ไม่ฟุ้งซ่าน มีจิตใจที่เข้มแข็งอดทน และขั้นสุดท้าย เป็นความสุขที่เกิดจากความหลุดพ้นทั้งปวง จิตใจสงบ สุข สว่าง อิ่มเอิบ ไม่มีความโลภ โกรธ หลง 4) ความต้องการความสมบูรณ์ มนุษย์รู้ว่าชีวิตของตนเป็นสิ่งไม่สมบูรณ์ เต็มไปด้วยความบกพร่องต่างๆ มนุษย์จะมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติตามหลักศาสนาเพื่อจะบรรลุถึงเป้าหมายสูงสุดของชีวิตตามหลักศาสนานั้นๆ เพื่อหลุดพ้นจากความไม่เที่ยงของชีวิต มีความเป็นนิรันดร์ และ 5) ความต้องการที่พึ่งอันประเสริฐ มนุษย์เป็นสัตว์ที่ค่อนข้างอ่อนแอ แม้จะมีสติปัญญา มีความรู้ ความสามารถ แต่ถ้านำไปเทียบกับพลังธรรมชาติ ก็จะมีสติที่ไร้ความหมาย ดังนั้นมนุษย์จึงหันไปพึ่งสิ่งยึดเหนี่ยวที่นอกเหนือกฎเกณฑ์ เช่น สิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนเคารพนับถือ ให้ช่วยขจัดปัดเป่า คลบ้นดาลให้เหตุร้ายกลายเป็นดี ทำให้เกิดพลังใจในการต่อสู้สิ่งต่างๆ ที่มาคุกคาม ด้วยความมั่นคงและมั่นใจ

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่ามีการศึกษาความต้องการด้านจิตวิญญาณและแบ่งองค์ประกอบของความต้องการด้านจิตวิญญาณไว้อย่างหลากหลาย มีทั้งองค์ประกอบที่คล้ายคลึงและแตกต่างกัน องค์ประกอบที่คล้ายคลึงกัน ได้แก่ 1) ความต้องการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต 2) ความต้องการ

เกี่ยวกับความหวังและการมีทัศนคติในด้านบวก 3) ความต้องการให้ความรักและได้รับความรักจากบุคคลอื่น การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น และ 4) ความต้องการเกี่ยวกับศาสนา (Galek et al., 2005; Hermann, 2001; Highfield & Carson, 1983; Hodge & Horvath, 2011; Hsiao et al., 2011; Ross, 1995; Taylor, 2003) ส่วนองค์ประกอบที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เช่น ผู้ป่วยระยะสุดท้าย อาจต้องการเกี่ยวกับธรรมชาติ การทบทวนความเชื่อ และการอโหสิกรรม (Hermann, 2001) ผู้ป่วยมะเร็งอาจต้องการการเตรียมพร้อมเข้าสู่ความตาย การช่วยเหลือให้จากไปอย่างสงบ (Hsiao et al., 2011; Taylor, 2003) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีอาจต้องการมีชีวิตอยู่ที่ยาวนาน การยอมรับจากสังคมและการช่วยเหลือเพื่อนผู้ติดเชื้อ เป็นต้น (วะนิดา น้อยมนตรี, 2547)

เนื่องจากความต้องการด้านจิตวิญญาณมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ผู้ป่วยที่มีโรคต่างกันก็มีความต้องการด้านจิตวิญญาณที่ต่างกัน ในภาวะเจ็บป่วยที่มีความทุกข์ทรมานกับขณะที่อาการเจ็บปวดทรมานก็มีความต้องการด้านจิตวิญญาณที่ต่างกัน (Simsen, 1988; Sodestrom & Martinson, 1987, อ้างใน ทศนีย์ ทองประทีป, 2552) และการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งยังให้ผลการศึกษาที่แตกต่างกันตามระยะของโรค อายุ และวัฒนธรรม (บุบผา ซอบใช้, 2536; Hsiao et al., 2011; Taylor, 2003) ดังนั้นการแบ่งความต้องการด้านจิตวิญญาณจึงมีความหลากหลาย ขาดความชัดเจน ทำให้เป็นข้อจำกัดในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ และยังไม่พบว่ามีการศึกษาความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีโดยตรง ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งของ เทย์เลอร์ (Taylor, 2003) มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยเนื่องจากการพัฒนามาจากการวิจัยเชิงคุณภาพในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี และมีความครอบคลุมความต้องการด้านจิตวิญญาณในทุกระยะของการเจ็บป่วย

ความต้องการด้านจิตวิญญาณตามแนวคิดของเทย์เลอร์

การประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็ง จำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ถึงวิธีการสังเกต สัมภาษณ์เกี่ยวกับความต้องการด้านจิตวิญญาณ เพื่อให้สามารถวางแผนการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของสุขภาพโดยรวม จากที่กล่าวมาแล้วในเรื่ององค์ประกอบความต้องการด้านจิตวิญญาณว่ามีการแบ่งความต้องการด้านจิตวิญญาณไว้อย่างหลากหลาย และ เทย์เลอร์ (Taylor, 2003) ได้ทำการศึกษาเชิงคุณภาพถึงความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งผลการศึกษาได้ช่วยให้สามารถเข้าใจถึงความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็ง โดยประกอบด้วย 7 ด้านดังนี้

1. ความต้องการเชื่อมโยงกับศาสนา สิ่งสูงสุด หรือสิ่งยึดเหนี่ยวอื่น (Needs associated with relating to an ultimate other) ศาสนาเป็นข้อผูกพันระหว่างชีวิตมนุษย์กับความจริงสูงสุดที่มนุษย์เชื่อและศรัทธา ความเชื่อมั่นและความศรัทธาในศาสนา ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความไว้วางใจและการเชื่อมต่อถึงสิ่งที่มีพลังอำนาจเหนือกว่าที่เป็นแหล่งประโยชน์ในการเยียวยาที่สำคัญเมื่อบุคคลมีความทุกข์ทรมานทางจิตวิญญาณ ผู้ป่วยจะวางใจในพระเจ้ามอบชีวิตให้อยู่ในพระหัตถ์ของพระเจ้าโดยเชื่อว่าพระองค์จะดูแลผู้ป่วยให้เป็นผ่านช่วงวิกฤตของชีวิตไปได้ ความต้องการด้านนี้ประกอบไปด้วยความต้องการที่จะได้รับความรัก ความไว้วางใจ การให้อภัย และความสัมพันธ์กับสิ่งนอกเหนือตนเองและความศรัทธาในพระเจ้าและศาสนา เช่น มีความเชื่อที่ถูกต้องกับพระเจ้า พระเจ้าได้รักษา และให้แนวทางในการช่วยเหลือตน ยอมรับว่าพระเจ้าสามารถควบคุมความเจ็บป่วยของตน

2. ความต้องการมีทัศนคติเชิงบวกและต้องการมีความหวัง (Needs for positivity, gratitude and hope) ความต้องการมีทัศนคติเชิงบวกส่วนหนึ่งที่สะท้อนถึงความปรารถนาที่จะมีชีวิตอยู่ และเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจจากภาวะสุขภาพที่ค่อยๆทรุดโทรมลง ต้องการได้รับคำอวยพร บอกเล่าถึงสิ่งดีๆ ในชีวิตแก่ผู้อื่น มีความเพลิดเพลินในชีวิต มีความมั่นใจหรือศรัทธาในตนเองและไม่ได้ละเลยชีวิต (Taylor, 2003) ส่วนความหวังเป็นความคาดหวังหรือเป้าหมายที่สำคัญในทางบวกของชีวิตความหวังอาจเป็นความฝันหรือแรงบันดาลใจหรือเป็นพลังที่จะทำให้บุคคลมีความพยายามที่จะก้าวไปสู่ความหวังดังที่ตั้งเอาไว้ ทำให้ชีวิตหลุดพ้น จากสิ่งที่ทุกข์ทรมาน การมีความหวังเป็นสิ่งที่สะท้อนถึงความผาสุกทางจิตวิญญาณ ความหวังเป็นความเชื่อของบุคคลในการตัดสินใจความเป็นไปได้ของเหตุการณ์ที่จะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดี ผู้ป่วยอาจมีความหวังหลายอย่าง มีความหวังว่าท่านจะหายป่วย หวังว่าอาการจะไม่ทรุดลงไปมากกว่านี้ หวังว่าจะช่วยตัวเองได้ หวังว่าอาการจะดีขึ้นจะได้กลับบ้านและได้อยู่ใกล้ชิดกับลูกหลาน หวังว่าจะได้ทำบุญ หรือดำเนินภารกิจสำคัญๆ ให้เสร็จสิ้นก่อนจะเสียชีวิต มีความต้องการความหวังที่จะจากไปอย่างสงบและไม่ทุกข์ทรมาน

3. ความต้องการให้ความรักและได้รับความรักจากผู้อื่น (Needs to give and receive love from other person) ความรักเป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ทุกคน มนุษย์จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัว ความสัมพันธ์ดังกล่าวมีอิทธิพลต่อการพัฒนาการของบุคคลในหลายๆ ด้านทั้งด้านความคิดและความรู้สึก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการที่บุคคลได้รับความรักจากคนที่รัก เช่น ครอบครัว เพื่อน เป็นสิ่งที่ช่วยเสริมและช่วยสนับสนุนให้บุคคลนั้น มีความรู้สึกที่เข้มแข็งมีความหวังที่จะเผชิญกับอาการเจ็บป่วย (Taylor, 2006; Walton, 1996) บุคคลที่ไม่ได้รับความรักอาจก่อให้เกิดความเครียดทางจิตวิญญาณได้ การจะเข้าใจจิตวิญญาณของบุคคลอื่นได้ดี จะต้องเข้าใจว่าบุคคลนั้นมีความรัก ยอมรับและให้คุณค่าแก่ตนเองมากน้อยเพียงใด นอกจากการรักตัวเองแล้ว ทุกคนยังต้องการเป็นผู้ให้และผู้ได้รับความรักจากผู้อื่น ผู้ป่วยอาจต้องการการยอมรับและต้องการความรักอย่างไม่มีเงื่อนไขจากทั้งตัวเองและพระเจ้า ซึ่งเป็นความรักในสิ่งที่ผู้ป่วยเป็นโดยไม่สนใจในสิ่งไม่ดีต่างๆ ที่

ผู้ป่วยเคยกระทำ ผู้ป่วยต้องการความเคารพนับถือ ความเอื้ออาทร และกำลังใจจากญาติและบุคคลรอบข้าง การให้ความรักกับผู้อื่นอาจแสดงออกในลักษณะการตอบแทนความกรุณาของผู้อื่น การปกป้องครอบครัวจากการเห็นความทุกข์ทรมานของตัวเอง การพยายามช่วยผู้อื่นและทำสิ่งที่ถูกต้องแก่ผู้อื่น การยอมรับการดูแลจากผู้อื่น การชื่นชมผู้อื่น การทำตัวเองไม่ให้เป็นภาระแก่ผู้อื่นและการได้ทำหน้าที่ตามที่ผู้อื่นคาดหวัง (Taylor, 2003)

4. ความต้องการทบทวนความเชื่อ (Needs to review beliefs) ผู้ป่วยต้องการทบทวนในสิ่งที่ตนเองเชื่อ ทบทวนว่าความเชื่อของตนเองเกี่ยวกับศาสนาถูกต้องหรือไม่ อาจมีการประเมินคุณค่าของชีวิตใหม่ โดยมักตั้งคำถามกับตนเองว่า “ทำไม” เช่น “ทำไมต้องเป็นฉัน” หรือ “ทำไมไม่ใช่ฉัน” หรือ “ทำไมฉันต้องได้รับสิ่งนี้” เป็นต้น และอาจต้องการทบทวนความทรงจำในอดีตต่างๆ โดยเปิดโอกาสให้ได้ระบายความทุกข์ ความกังวลใจต่างๆ เรื่องขมขื่นใจ อาจฝันร้ายหรือเห็นภาพหลอนจากการกระทำผิดบาปต่างๆ ที่ผ่านมา เช่น การไม่ซื่อสัตย์ต่อครอบครัว การขโมยสมบัติเก่าแก่ของพ่อแม่ไปขาย หรือเคยข่มขืนใครแล้วนี่ เป็นต้น (Taylor, 2003)

5. การมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต (Creating meaning, Finding purpose) มนุษย์ไม่สามารถอยู่อย่างโดดเดี่ยวได้ ทุกคนล้วนต้องการมีความหมาย ความเคารพ เป็นที่ยอมรับของผู้อื่น หรืออยู่อย่างมีคุณค่าต่อบุคคลที่ตนรัก ทำประโยชน์ให้ตนเองและสังคมที่ดำรงตนอยู่ ความเอื้ออาทร ความรักและความผูกพันของบุคคลในครอบครัวหรือมิตรสหาย เป็นกำลังใจในการดำเนินชีวิตทั้งในยามปกติและยามเจ็บป่วยของทุกคน ความหมายและเป้าหมายในชีวิต เป็นอีกองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญของจิตวิญญาณ เมื่อเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต ผู้ป่วยและครอบครัวจะเผชิญกับการคาดการณ์การสูญเสีย เริ่มตระหนักว่าแผนการดำเนินชีวิตและเป้าหมายในชีวิตที่เคยตั้งไว้ อาจไม่สามารถทำให้บรรลุผลได้ เนื่องจากระยะเวลาการมีชีวิตอยู่อย่างจำกัด ผู้ป่วยมักตั้งคำถามกับชีวิต “ทำไมต้องเป็นฉัน” หรือ “ทำไมเหตุการณ์ต่างๆ ต้องเกิดขึ้นตอนนี้” และหาคำอธิบายที่ช่วยตอบคำถามว่าทำไมตนเองจึงป่วยพยายามจะทำให้ชีวิตมีความหมาย โดยการรับรู้สิ่งดีๆ ที่มากับความเจ็บป่วยหรือพยายามคิดว่ามีผู้อื่นที่แย่กว่าตนเอง และรับรู้เหตุผลว่าทำไมจึงต้องมีชีวิตอยู่ ผู้ป่วยที่มีจิตวิญญาณที่เข้มแข็งสนใจศาสนาหรือมีหลักปรัชญาในการดำเนินชีวิต มักใช้วิกฤตินี้เพื่อค้นหาความหมายของชีวิตและการเจ็บป่วย และค้นหาคำตอบว่าจะใช้เวลาที่เหลือของชีวิตนี้อย่างไรจึงจะมีความหมายมากที่สุด (Taylor, 2003)

6. ความต้องการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนา (Religious needs) ศาสนาเป็นข้อผูกพันระหว่างชีวิตมนุษย์กับความจริงสูงสุดที่มนุษย์เชื่อและศรัทธา ความเชื่อมั่นและความศรัทธาในศาสนา ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความไว้วางใจและการเชื่อมต่อถึงสิ่งที่มีพลังอำนาจเหนือกว่าที่เป็นแหล่งประโยชน์ในการเยียวยาที่สำคัญเมื่อบุคคลมีความทุกข์ทรมานทางจิตวิญญาณ ผู้ป่วยต้องการมีเวลาเงียบๆ เพื่อคิดคำนึงปฏิบัติสมาธิหรือสวดมนต์ภาวนาเป็นการส่วนตัว อ่านหนังสือธรรมะ ฟังรายการหรือเพลงเกี่ยวกับศาสนา จากโทรทัศน์หรือวิทยุหรือเอกสารอื่นที่ส่งเสริมจิตใจให้มีความสุขต้องการ

เข้าร่วมการประชุมหรือพิธีกรรมทางศาสนาของตน หรือในวาระสุดท้ายอาจต้องการให้มีนักบวชระดับผู้นำทางศาสนาทำการสวดมนต์หรือทำพิธีทางศาสนาให้ (Taylor, 2003)

ในที่นี้ขออธิบายตัวอย่างกิจกรรมทางศาสนาเพิ่มเติมจากแนวคิดของเทย์เลอร์ ที่ผู้ป่วยต้องการปฏิบัติซึ่งแตกต่างกันตามศาสนา เช่น ผู้ป่วยที่นับถือศาสนาพุทธ อาจต้องการทำบุญ สวดมนต์ ทำสมาธิ (ทัศนีย์ ทองประทีป และ จงรักษ์ สุภกิจเจริญ, 2551) บางรายอาจต้องการทำบุญต่ออายุ ต้องการดอกไม้ธูปเทียนเพื่อบูชาพระรัตนตรัย ต้องการสวดมนต์ด้วยตนเองหรือให้ญาติสวดมนต์ให้ รวมถึงการทำสมาธิทำจิตใจให้สงบจากกิเลสหรือกุศลมูลนับเป็นส่วนสำคัญมากในการปฏิบัติตามหลักคำสอนทางพระพุทธศาสนา เพราะถือว่าเป็นการสร้างกุศลจิตหรือการทำความคิดขึ้นสูง จิตที่สงบจะทำให้ผู้ป่วยได้รำลึกถึงบุญกุศล ความดีหรือประสบการณ์ชีวิตทั้งดงาม ผู้ป่วยมะเร็งบางคนเผชิญกับความเจ็บปวดด้วยการทำสมาธิ ทำให้ความเจ็บปวดลดลงและมีจิตใจที่แจ่มใสได้ (พระไพศาล วิสาโล, 2554) นอกจากนี้บางรายต้องการให้พระภิกษุมายเยี่ยมเพื่อชี้แนะให้พบกับความสงบ (สิริรัตน์ สมภักสมาน, 2550) ส่วนผู้ป่วยมุสลิมมีความต้องการการระลึกถึงองค์อัลลอฮ์ ได้รับฟังซูเราะฮ์จากครอบครัว ได้ขอพรจากองค์อัลลอฮ์แก่ตนเองและบุคคลรอบข้าง ได้ละหมาดและมีคัมภีร์อัลกุรอานในหอผู้ป่วย (อนงค์ ภิบาล, 2552) และผู้ป่วยที่นับถือศาสนาคริสต์อาจมีความต้องการเกี่ยวกับความสัมพันธ์กับสิ่งสูงสุด เช่น ต้องการรู้ถึงความปรารถนาของพระเจ้า ต้องการวางชีวิตไว้ในพระหัตถ์ของพระเจ้าในการควบคุมความเจ็บป่วยของตนเองหรือคนที่รัก ต้องการทำสิ่งที่ถูกต้องกับพระเจ้า ต้องการที่จะจดจำว่าพระเจ้าได้ชี้นำหรือช่วยตนเองหรือคนที่รัก และต้องการที่จะรู้สึกรักว่ามีบางสิ่งเฝ้ามองและดูแลอยู่ ต้องการให้บาทหลวงที่เคารพนับถือมาเป็นผู้นำในการสวดมนต์ (Taylor, 2003)

7. การเตรียมพร้อมในการเข้าสู่ความตาย (Preparing for death) ต้องการมีสติหรือรู้ตัวก่อนตาย การเตรียมพร้อมเพื่อเผชิญกับความตายนั้นมีความสำคัญต่อบุคคลในทุกวัฒนธรรม โดยเฉพาะเมื่อการเจ็บป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายมักเกิดอาการอ่อนเพลียง่าย มีกิจกรรมได้อย่างจำกัด จึงทำให้ผู้ป่วยมีเวลากับตัวเองมากกว่าปกติในการพิจารณาประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา ผู้ป่วยอาจ ต้องการสะสางภารกิจ โดยการทำงานให้สำเร็จ ต้องการยอมรับสถานการณ์และความตายที่กำลังจะเกิดขึ้น และต้องการมีความสมดุลระหว่างความคิดเกี่ยวกับความหวังและความตาย คิดเกี่ยวกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นหลังจากความตายในชีวิต หลังจากสิ้นลมหายใจ (Taylor, 2003)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการด้านจิตวิญญาณ

จากการค้นคว้าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการด้านจิตวิญญาณ พบว่ายังไม่มีการศึกษาในผู้ที่ เป็นมะเร็งท่อน้ำดี ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็ง หรือในผู้ป่วยระยะสุดท้ายและผู้ป่วยอื่นๆ ซึ่งอาจจะสามารถนำมาเทียบเคียงกับปัจจัยความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ที่เป็นมะเร็งท่อน้ำดีได้

โดยปัจจัยที่เกี่ยวกับความต้องการด้านจิตวิญญาณออกเป็น 2 ด้านคือ ปัจจัยทางสังคมประชากรและปัจจัยด้านคลินิก (Taylor, 2006)

1. ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ การศึกษา การนับถือศาสนา/การเข้าร่วมพิธีกรรมทางศาสนา การเข้ารับการบำบัด จากแบบสอบถามความต้องการด้านจิตวิญญาณ พบว่า คะแนนของแบบสอบถามมีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมพิธีกรรมทางศาสนา ระยะเวลาในการเจ็บป่วย และผู้ป่วยในระยะเวลาการมีชีวิตอยู่กับมะเร็งจะเกี่ยวข้องกับความต้องการด้านจิตวิญญาณที่เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยที่สนใจในศาสนา เห็นได้จากความบ่อยครั้งที่เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา ไม่เพียงแต่พิจารณาว่าความต้องการด้านจิตวิญญาณมีความสำคัญเท่านั้น การคาดเดาจากสิ่งที่ค้นพบ คือ คนที่มีความต้องการในศาสนา คือ คนที่มีความต้องการด้านจิตวิญญาณ

อายุ มีส่วนเกี่ยวข้องกับความสามารถในการจัดการตนเอง การรับรู้ การแปลความหมาย การเข้าใจความหมายของชีวิต การตัดสินใจรวมถึงความต้องการ ซึ่งบุคคลในวัยต่างๆ จะมีพัฒนาการด้านจิตวิญญาณที่แตกต่างกัน การเจริญงอกงามของจิตวิญญาณนับเป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตร ซึ่งทุกคนจะมีการตระหนักถึงความสำคัญ จุดมุ่งหมายและคุณค่าของชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างไม่หยุดยั้ง (พรจันทร์ สุวรรณชาติ, 2534) ในวัยสูงอายุจะมีความเชื่อมั่นในจิตวิญญาณมากกว่าวัยหนุ่มสาวหรือผู้ที่มียุคน้อยกว่า ไฮฟิลด์ (Highfield, 1992) ศึกษาพบว่าภาวะสุขภาพทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะที่ 3 และ 4 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอายุ แต่การศึกษาของ สมพร รัตนพันธ์ (2541) กลับพบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลและการศึกษาในผู้ป่วยเอดส์ของ ฉวีวรรณ ไพรวัลย์ (2540) พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณเช่นกัน จึงยังไม่อาจสรุปได้ชัดเจนว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณหรือไม่ เนื่องจากยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อความต้องการด้านจิตวิญญาณของบุคคล

เพศ ในสังคมไทยเพศชายจะมีอำนาจและสถานภาพสูงกว่าเพศหญิง แต่ปัจจุบันเพศหญิงมีโอกาสเท่าเทียมกันกับเพศชาย ในการแสดงออกทางจิตวิญญาณของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับลักษณะทางสังคม ความเชื่อในกลุ่มของศาสนาต่างๆ การศึกษาของ สมพร รัตนพันธ์ (2541) พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล เช่นเดียวกับการศึกษาของ ฉวีวรรณ ไพรวัลย์ (2540) พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยเอดส์

การศึกษา ช่วยให้คนเจริญงอกงามทั้งทางปัญญา จิตใจ ร่างกาย และสังคม เพิ่มภูมิปัญญาสามารถมองชีวิตด้วยมุมมองทางโลกและทางธรรมไปด้วยกัน ผู้ที่มีการศึกษามากจะสามารถนำสถานการณ์หรือประสบการณ์ชีวิตมาช่วยในกระบวนการคิด การแก้ปัญหา และใช้เป็นแนวทางในการให้ความหมายในการดำเนินชีวิตได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย สมพร รัตนพันธ์ (2541) ศึกษาพบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล

การนับถือศาสนา/ การเข้าร่วมในการปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนา ศาสนาเป็นองค์ประกอบสำคัญส่วนหนึ่งของความต้องการด้านจิตวิญญาณ ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จากแนวคิดของ เทย์เลอร์ (Taylor, 2006) การเข้าร่วมในพิธีการทางศาสนาอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งมีกำลังใจ มีความหวังขึ้น คือ การอ่อนน้อมสิ่งศักดิ์สิทธิ์ การรับรู้เกี่ยวกับตนเอง ไม่โกรธแค้นหรือผูกใจเจ็บผู้อื่น ความเชื่อทางศาสนา สร้างความตระหนัก กระบวนการคิด การควบคุมอารมณ์และประสบการณ์ทางจิตวิญญาณ ดังนั้นผู้ที่ต้องการศาสนาจะใช้ศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจและแนวทางในการดำเนินชีวิต จะได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ การศึกษาของ นารายานาซามี่ (Narayanasamy, 2004) พบว่าการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาอย่างแท้จริง จะทำให้นุคคลมีความสบายและพ้นจากความกลัว ทำให้ชีวิตมีความหมาย เป็นสิ่งเริ่มต้นให้ผู้ป่วยพบกับความต้องการด้านจิตวิญญาณ รวมถึงการยอมรับการช่วยเหลือจากผู้อื่น และ อัจฉรา ดันศรีรัตนวงศ์ (2541) ศึกษาเกี่ยวกับการเยียวยาทางจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่นับถือศาสนาพุทธ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการใช้หลักธรรมทางศาสนาในการบรรเทาความทุกข์ทางใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ พรทิพย์ ปุกหุด และ ทิตยา พุฒิกามิน (2555) พบว่าการสวดมนต์บำบัดทำให้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้น

2. ปัจจัยด้านคลินิก ได้แก่ ชนิดของมะเร็ง ระยะเวลาในการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของอาการ การวิจัยพบว่า ผู้ที่มีความต้องการด้านจิตวิญญาณต่ำ คือผู้ที่เห็นว่าโรคมะเร็งไม่เป็นอันตรายต่อชีวิตและผู้ป่วยนอก ชนิดของมะเร็งหรือการเจ็บป่วยที่รักษาไม่หายมีความเกี่ยวข้องกับความต้องการด้านจิตวิญญาณที่เพิ่มขึ้น (Taylor, 2006) เช่นเดียวกับการศึกษาของ เมอร์เรย์, เคนดัล, บอยด์, เวิร์ท, และ เบนต์ตัน (Murray, Kendall, Boyd, Worth, & Benton, 2004) และ ทิวารินทร์ วัฒนาวัตถุ (2551) พบว่าระยะเวลาของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็ง คือเมื่อระยะเวลาของการเจ็บป่วยมากขึ้นจะมีความความต้องการด้านจิตวิญญาณมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนานขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยหมดกำลังใจ หมดหวัง การศึกษาของ เทย์เลอร์ (Taylor, 2006) พบว่าระยะเวลาการมีชีวิตอยู่กับมะเร็งจะเกี่ยวข้องกับความต้องการด้านจิตวิญญาณที่เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยมะเร็งที่เป็น โรคเรื้อรังต้องใช้เวลาในการรักษายาวนานและมักจะมีความรุนแรงของโรคทวีขึ้นเรื่อยๆ ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าการเจ็บป่วยคุกคามชีวิตโดยไม่อาจรักษาให้หายได้อย่างสิ้นเชิงโดยการรักษาใดๆ การรักษาปัจจุบันเป็นเพียงการบรรเทาและประคับประคองทำให้ส่งผลต่อการดำเนินชีวิต ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของอาการ จะกระทบต่อความต้องการด้านจิตวิญญาณ โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งทั้งระยะอาการสงบและอาการกำเริบ ซึ่งทำให้มีผลต่อความต้องการด้านจิตวิญญาณ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552) จากการศึกษาพบว่าความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็ง คือ ความรุนแรงของ

อาการที่เพิ่มขึ้นจะมีความต้องการด้านจิตวิญญาณเพิ่มขึ้นด้วย (ทิวรินทร์ วัฒนาวัตถุ, 2551; สิดารัตน์ สมักรสมาน, 2550; Taylor, 2006)

การประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณ

การประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล เนื่องจากจิตวิญญาณนั้นมีลักษณะเป็นนามธรรม ความต้องการด้านจิตวิญญาณมีลักษณะเฉพาะในแต่ละคน ขึ้นกับภูมิหลังและระบบความเชื่อ วัฒนธรรม ในทางปฏิบัติจึงต้องอาศัยความละเอียดอ่อน ลึกซึ้ง อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาก็ได้ให้แนวทาง วิธีการและเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล เพื่อประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณ แบ่งเป็น 2 วิธี (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2533; อวยพร ตันมุขยกุล, 2534; Lunder, Furlan, & Simonic, 2011) ดังนี้

1. การสังเกต โดยสามารถสังเกตผู้ป่วยต่างๆ หรือใช้การสังเกตในขณะปฏิบัติกิจกรรมอื่นๆ ให้แก่ผู้ป่วย ข้อมูลที่สามารถเก็บรวบรวมด้วยการสังเกต ได้แก่

1.1 พฤติกรรมหรือท่าทางที่ผู้ป่วยแสดงออก ได้แก่ สีหน้า ท่าทางการแสดงอารมณ์ เช่น ว่างเปล่า โกรธ ซึมเศร้า หงุดหงิด กิจกรรมที่ผู้ป่วยปฏิบัติ เช่น การสวดมนต์ ไหว้พระ อ่านหนังสือธรรมะ อ่านพระคัมภีร์

1.2 พฤติกรรมทางวาจา เช่น การบ่นเกี่ยวกับการนอนไม่หลับ อาการทางกายอื่นๆ การพูดเน้นเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของคน ลักษณะคำพูดที่ใช้ตลอดจนน้ำเสียง เมื่อพูดถึงพระเจ้า สิ่งศักดิ์สิทธิ์ ความเชื่อความศรัทธาของตน ความหมาย และเป้าหมายชีวิตของตน ความสัมพันธ์ระหว่างความเจ็บป่วยต่อชีวิตประจำวัน กิจกรรมทางศาสนา

1.3 การมีสัมพันธภาพของผู้ป่วยและผู้อื่น เช่น มีผู้มาเยี่ยมในโรงพยาบาลหรือไม่ผู้มาเยี่ยมมีพฤติกรรมอย่างไร เรื่องที่เขาคุยกัน ผู้ป่วยรู้สึกอย่างไรหลังจากคนมาเยี่ยมกลับไป

1.4 สิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย เช่น หนังสือทางศาสนา การสวมวัตถุมงคลต่างๆ วิธีการปฏิบัติศาสนกิจ การใช้วัตถุทางศาสนา เมื่อมีปัญหาการใช้สิ่งใดปลอดภัย รูปถ่ายของบุคคลใกล้ชิด

2. การสัมภาษณ์ ซึ่งก็จะใช้ร่วมกับการสังเกตเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ต้องการ โดยในปัจจุบันมีการสร้างและพัฒนาแนวคำถามทั้งแนวคำถามปลายเปิดและแบบสอบถาม (Lunder et al., 2011) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์เกี่ยวกับความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยดังต่อไปนี้

2.1 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นมะเร็ง พัฒนาโดย บุษพา ขอบไช้ (2536) จากการทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดในการประเมินผู้ป่วยในมิติจิตวิญญาณ และตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วย 3 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัว ส่วนที่ 2 ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความต้องการด้านจิตวิญญาณก่อนเข้าโรงพยาบาล ประกอบด้วย

ศาสนา สาเหตุที่นับถือ การประกอบศาสนกิจ ที่พึงทางใจขณะเกิดเหตุการณ์ที่ทำให้ทุกข์ใจและการเรียนรู้เกี่ยวกับตนเอง ซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์ชนิดมีแบบแผน (Structured interview) และส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ชนิดเจาะลึก (In-depth interview) เป็นข้อมูลสิ่งที่เป็นความต้องการด้านจิตวิญญาณ ความสัมพันธ์กับสิ่งที่เป็นความต้องการด้านจิตวิญญาณ และผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อความต้องการด้านจิตวิญญาณ ประกอบด้วย 1) การรับรู้เรื่องความเจ็บป่วย 2) ความหมายและจุดมุ่งหมายในชีวิต 3) ทศนคติเกี่ยวกับศาสนา ความเชื่อ และค่านิยม และ 4) แหล่งของความหวังและกำลังใจ

2.2 แบบสอบถามความต้องการด้านจิตวิญญาณของ นิภัสสรณ์ บุญญาสันติ (2548) ที่สร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดของการดูแลแบบองค์รวมของวัดสันเพื่อวัดความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย หลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดระหว่างการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วย แบบสอบถามมีทั้งหมด 60 ข้อ โดยมีเนื้อหาครอบคลุม 3 มิติ คือ 1) ด้านความรู้สึกลึกซึ้งภายในส่วนลึกของจิตใจ จำนวน 16 ข้อ 2) ด้านความเชื่อ ความหวัง ความศรัทธา จำนวน 28 ข้อ และ 3) ด้านการประกอบพิธีกรรมทางศาสนา จำนวน 16 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .91

2.3 แบบสอบถามความต้องการด้านจิตวิญญาณของ ไฮฟิลด์ (Highfield, 1992) ที่พัฒนาแนวคำถามมาใช้ในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยประกอบด้วยคำถาม 50 ข้อ โดยครอบคลุม 3 ด้าน คือ 1) ด้านความต้องการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต จำนวน 13 ข้อ 2) ด้านความต้องการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งแวดล้อมและสิ่งนอกเหนือตน จำนวน 32 ข้อ และ 3) ด้านความต้องการมีความหวัง จำนวน 5 ข้อ และมีผู้นำมาดัดแปลงใช้ในประเทศไทย ในการวัดความต้องการทางจิตวิญญาณทั้งในผู้สูงอายุ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยวิกฤติ และผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง (กนกอร กองจันทร์, 2554; สมพร รัตนพันธ์, 2541; สิดารัตน์ สมิศรสมาน, 2550; อนุ อิศระพานิช, 2548) ซึ่งการดัดแปลงนั้นเพื่อให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ตั้งแต่ .84 ถึง .96 และให้ผลการศึกษาแตกต่างกันออกไปตามกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

2.4 แบบสอบถามความต้องการด้านจิตวิญญาณที่สัมพันธ์กับความเจ็บป่วย (SpIRIT) ที่สร้างและพัฒนาโดย เทย์เลอร์ (Taylor, 2006) โดยข้อคำถามได้รับการพัฒนามาเพื่อให้ออกคำถามเชิงคุณภาพเรื่องความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็ง (Taylor, 2003) เป็นข้อคำถามเชิงบวกเรื่องความต้องการด้านจิตวิญญาณ มีทั้งหมด 41 ข้อ คือ 1) ความต้องการมีทัศนคติเชิงบวกและความหวัง จำนวน 5 ข้อ 2) ความต้องการความเชื่อมโยงกับศาสนา สิ่งสูงสุด หรือสิ่งยึดเหนี่ยวอื่น จำนวน 6 ข้อ 3) ความต้องการให้ความรักแก่ผู้อื่นและการได้รับความรักจากผู้อื่น จำนวน 9 ข้อ 4) ความต้องการทบทวนเรื่องความเชื่อ จำนวน 5 ข้อ 5) ความต้องการค้นพบความหมายและเป้าหมายของชีวิต จำนวน 7 ข้อ 6) ความต้องการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา จำนวน 5 ข้อ และ 7) ความต้องการเตรียมพร้อมสู่ความตาย จำนวน 4 ข้อ และข้อคำถามเกี่ยวกับการพยาบาลดูแลช่วยเหลือด้านจิตวิญญาณของพยาบาลจำนวน 8 ข้อ ตรวจสอบค่าความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน มีค่า CVI

(content validity index) เท่ากับ .88 และทดสอบความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .76 ในประเทศไทย ทิวาวิณัฏ วัฒนาวัตถุ (2551) ได้นำแบบสอบถามนี้มาแปลเป็นภาษาไทย โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านภาษาและเพิ่มเนื้อหาบางส่วนให้เข้ากับบริบทของสังคม ตะวันออก เพื่อใช้ในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้าย ทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างก่อนใช้จริงจำนวน 30 ราย คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .94 และหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครบ 120 ราย คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .80 ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาของการ เจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของอาการและการเข้าร่วมในการปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนา มีความสัมพันธ์ กับความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย แสดงให้เห็นว่าแนวคิดความต้องการ ด้านจิตวิญญาณและแบบสอบถามความต้องการด้านจิตวิญญาณของเทย์เลอร์ สามารถนำมาใช้อธิบาย ความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในประเทศไทยได้ และลักษณะข้อคำถาม ไม่ได้เฉพาะเจาะจงกับวัฒนธรรม ความเชื่อ หรือศาสนาใดศาสนาหนึ่งเท่านั้น

2.5 แนวทางการประเมินมิติจิตวิญญาณของ ทศนีย์ ทองประทีป (2552, หน้า 111-113) ที่ พัฒนาจากแนวคิดของนักวิชาการต่างประเทศ (Galek et al., 2005; Narayanasamy, 2004) และปรับให้ มีความเหมาะสมกับการนำไปใช้ในบริบทของสังคมไทย โดยเป็นแนวข้อคำถามปลายเปิดที่ใช้ใน การสัมภาษณ์ความต้องการด้านจิตวิญญาณ ในด้าน 1) การค้นหาความหมาย/เป้าหมายในชีวิต 2) แหล่งของความหวังและกำลังใจ 3) ความรัก ความสัมพันธ์กับผู้อื่น สิ่งอื่น 4) ความภาคภูมิใจเกี่ยวกับ ตนเอง 5) ความกลัวและความวิตกกังวล 6) ความโกรธ การให้อภัย ขอโทษกรรม และ 7) การปฏิบัติ ตามความเชื่อ ศาสนากับพฤติกรรมสุขภาพ

2.6 แนวทางการประเมินมิติจิตวิญญาณและการซักประวัติด้านจิตวิญญาณตามแนวทาง ของ FICA (Faith/beliefs, Important, Community, Address in care or action) ซึ่งพัฒนามาใช้ในการ ปฏิบัติ เพื่อสอบถามเกี่ยวกับความศรัทธาหรือความเชื่อ ความสำคัญของความศรัทธาและความเชื่อต่อ การดำรงชีวิต การเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนที่มีความเชื่อหรือความศรัทธาเดียวกัน และความช่วยเหลือ ที่ผู้ป่วยต้องการ (กิตติกร นิลมานติ, 2555, หน้า 259; Puchalski, 1999, pp. 1-3) การใช้คำถามเหล่านี้จะ ช่วยให้ผู้ประเมินทราบถึงสิ่งสำคัญทางจิตวิญญาณในชีวิตผู้ป่วย และอะไรคือสิ่งที่มีความสำคัญต่อ ศักยภาพของจิตวิญญาณในการฟื้นจากความเจ็บป่วย แต่การประเมินจะประสบความสำเร็จได้ขึ้นอยู่กับ ระยะเวลาที่เหมาะสมและตัวผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

จะเห็นได้ว่าในปัจจุบันมีการพัฒนาแนวทางและแบบประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณเพื่อ มาใช้ในทางคลินิกมากขึ้น และที่ใช้อยู่ในปัจจุบันมีทั้งแบบประเมินเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ แบบ ประเมินเชิงปริมาณส่วนใหญ่มีความน่าเชื่อถือในการนำไปใช้ทั้งในเรื่องของความเที่ยงและความตรง

ของเครื่องมือ แต่อาจมีข้อจำกัดในการนำไปใช้กับกลุ่มประชากรอื่นๆ นอกเหนือจากประชากรที่ศึกษาในการวิจัย รวมทั้งเครื่องมือที่นั้นมักจำเพาะกับศาสนาใดศาสนาหนึ่ง ไม่มีเกณฑ์ในการแปลผลที่ชัดเจน (รอฮานี เจาะอาแซ, วันดี สุทธรังสี, กิตติกร นิลมานติ, และ รัศมี สังข์ทอง, 2552) ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบสอบถามความต้องการด้านจิตวิญญาณที่สัมพันธ์กับความเจ็บป่วยของเทย์เลอร์ (Taylor, 2006) ที่แปลโดย ทิวาธิณณ์ วัฒนาวัดดู (2551) เนื่องจากมีความตรงเชิงเนื้อหาดี ลักษณะข้อคำถามสามารถใช้ได้ในทุกวัฒนธรรมไม่ได้เฉพาะเจาะจงกับความเชื่อ หรือศาสนาใดศาสนาหนึ่งเท่านั้น และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ สามารถนำมาใช้อธิบายความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในประเทศไทยได้ และมีความสอดคล้องกับกรอบแนวคิดความต้องการด้านจิตวิญญาณที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้

สรุปจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามะเร็งท่อน้ำดีพบมากที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ปัจจุบันยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เป็นโรคที่คุกคามต่อชีวิต ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีมักเสียชีวิตในเวลาไม่นานหลังจากได้รับการวินิจฉัย ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยเฉพาะด้านจิตวิญญาณ เนื่องจากมีระยะเวลาไม่มากในการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยและการเผชิญต่อความตาย ทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานด้านจิตวิญญาณและมีการแสดงออกถึงพฤติกรรมที่บ่งบอกถึงความต้องการด้านจิตวิญญาณ จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาที่ตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ ร่วมกับด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

ปัจจุบันบุคลากรด้านสุขภาพให้ความสำคัญกับมิติจิตวิญญาณในผู้ป่วยมากขึ้น โดยในประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับ สุขภาวะทางจิตวิญญาณและความต้องการด้านจิตวิญญาณ ทั้งในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (บุบผา ขอบใช้, 2536; ระนิตา น้อยมนตรี, 2547; อนงค์ กิบาล, 2552) ผู้ป่วยวิกฤต (กนกอร กองจันทร์, 2554) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (สิดารัตน์ สมักรสมาน, 2550) ผู้ดูแลผู้ป่วย (จิราพร เพิ่มเยาว์, 2547) และประสบการณ์ของพยาบาลการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วย (จารุวรรณ บุญรัตน์ และ สุพัตรา อุปนิสากร, 2555; ระวีพรรณ พิไลเกียรติ, จินตนา ฤทธารมย์, และ ธัญชนก บุตรจันทร์, 2552; วัลภา คุณทรงเกียรติ, 2553; ไหมมูนิะ คลังช่อง, 2553; อวยพร ภักธภักดีกุล, โสเพ็ญ ชุนวล, และ มัลลิกา สุนทรวิภาต, 2553) ผลการศึกษาความต้องการด้านจิตวิญญาณดังกล่าวให้ผลสรุปแตกต่างกันไปตามกรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา กลุ่มตัวอย่าง ความแตกต่างของบริบททางสังคมวัฒนธรรม เนื่องจากความต้องการด้านจิตวิญญาณมีความแตกต่างกันในแต่ละสถานะของบุคคล ดังนั้นการแบ่งความต้องการด้านจิตวิญญาณจึงมีความหลากหลาย ขาดความชัดเจน ทำให้เป็นข้อจำกัดในวางแผนการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ ที่แตกต่างกัน อีกทั้งยังไม่พบว่ามีการศึกษาความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ที่เป็มะเร็งท่อน้ำดี จึงมีความจำเป็นต้องทำการศึกษาถึงความต้องการ

ด้านจิตวิญญาณในผู้ที่เปี่ยมพลังท่อน้ำดี ให้เข้าใจในบริบทของสังคมไทย เพื่อที่จะนำความรู้ที่ได้มา
ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการให้การดูแลด้านจิตวิญญาณที่เหมาะสมต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาเชิงพรรณนาค้างนี้เป็นการศึกษาความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ที่เปี่ยมพลังท่อน้ำดี
โดยใช้กรอบแนวคิดความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งของ เทย์เลอร์ (Taylor, 2003)
ประกอบด้วยความต้องการด้านจิตวิญญาณ 7 ด้าน คือ 1) ความต้องการเชื่อมโยงกับศาสนา สิ่งสูงสุด
หรือสิ่งยึดเหนี่ยวอื่น 2) ความต้องการมีทัศนคติเชิงบวกและการมีความหวัง 3) ความต้องการให้ความ
รักและได้รับความรักจากบุคคลอื่น 4) ความต้องการทบทวนความเชื่อ 5) ความต้องการมีความหมาย
และเป้าหมายในชีวิต 6) ความต้องการปฏิบัติตามกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนา และ 7) การเตรียมพร้อม
ในการเข้าสู่ความตาย



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved