

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโรคมะเร็งโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 361 คน ระหว่างเดือนตุลาคม ถึงเดือนมกราคม 2559 ผลการวิเคราะห์ได้นำเสนอเป็นรูปตาราง ประกอบคำบรรยาย แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัญหาสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างทั้งโดยรวมและตามกลุ่มอาการ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความต้องการด้านจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่างทั้งโดยรวมและรายด้าน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 361 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 57.89 และเป็นเพศชายร้อยละ 42.11 มีอายุ โดยเฉลี่ย 57.76 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 40-59 ปี รองลงมา 60-79 ปี (คิดเป็นร้อยละ 52.08 และ 39.89 ตามลำดับ) ซึ่งส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 64.82 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 95.84 มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 64.82 กลุ่มตัวอย่างว่างงานมากถึงร้อยละ 31.86 และมีรายได้ ในครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 35.46 โดยเฉลี่ย 10,000 บาท/เดือน และกลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นโรคมะเร็งเต้านม ร้อยละ 33.52 ระยะการดำเนินของ โรคมะเร็ง อยู่ในระยะวิกฤต ร้อยละ 72.02 ส่วนระยะความรุนแรงของโรคมะเร็ง อยู่ในระยะที่ 3 ร้อยละ 43.77 ได้รับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดมากที่สุด ร้อยละ 77.01 รองลงมาได้รับการรักษาด้วยวิธีให้เคมี บำบัด ร้อยละ 75.62 และ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 63.16 ดังรายละเอียด ในตารางที่ 1-2

ตารางที่ 1

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ต่อเดือนของครอบครัว ($n = 361$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	209	57.89
ชาย	152	42.11
อายุ ($\bar{X} = 57.76$, $SD = 11.42$, $Range = 20 - 93$ ปี)		
20-39 ปี	16	4.43
40-59 ปี	188	52.08
60-79 ปี	144	39.89
80-93 ปี	13	3.60
สถานภาพสมรส		
คู่	234	64.82
หม้าย	62	17.17
โสด	47	13.02
หย่า	11	3.05
แยกกันอยู่	7	1.94
ศาสนา		
พุทธ	346	95.84
คริสต์	11	3.05
อิสลาม	4	1.11
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	38	10.53
ประถมศึกษา	234	64.82
มัธยมศึกษาตอนต้น	30	8.31
มัธยมศึกษาตอนปลาย	32	8.86
อนุปริญญาหรือประกาศนียบัตร	9	2.49
ปริญญาตรีขึ้นไป	18	4.99

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาชีพ		
ว่างงาน	115	31.86
รับจ้าง	87	24.10
เกษตรกรรม	84	23.27
ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	60	16.62
ข้าราชการบำนาญ	8	2.21
บริษัทเอกชน	4	1.11
รับราชการ	3	0.83
รายได้ต่อเดือนของครอบครัว (บาท)		
(Mode= 10,000, Range = 600 – 100,000 บาท)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1,000	29	8.03
1,001 – 5,000	104	28.81
5,001 – 10,000	128	35.46
10,001 – 15,000	28	7.76
15,001 – 20,000	32	8.86
20,001 – 25,000	9	2.49
25,001 – 30,000	16	4.43
มากกว่า 30,000	15	4.16

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 Copyright© by Chiang Mai University
 All rights reserved

ตารางที่ 2

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการวินิจฉัยโรค ระยะการดำเนินของโรค การรักษาที่ได้รับ และโรคประจำตัว (n=361)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การวินิจฉัยโรค		
มะเร็งเต้านม	121	33.52
มะเร็งลำไส้ตรง	71	19.67
มะเร็งลำไส้ใหญ่	69	19.11
มะเร็งปอด	24	6.65
มะเร็งปากมดลูก	19	5.26
มะเร็งตับ	13	3.60
มะเร็งตับอ่อน	10	2.77
มะเร็งรังไข่	8	2.22
มะเร็งต่อมลูกหมาก	8	2.22
มะเร็งกระเพาะอาหาร	7	1.93
มะเร็งท่อน้ำดี	4	1.11
มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ	4	1.11
มะเร็งหลอดอาหาร	3	0.83
ระยะการดำเนินของโรค		
ระยะเริ่มต้น	6	1.66
ระยะวิกฤต	260	72.02
ระยะคงที่	52	14.41
ระยะที่มีการเปลี่ยนแปลง	42	11.63
ระยะสุดท้าย	1	0.28
ระยะความรุนแรงของโรค		
ระยะที่ 1	32	8.86
ระยะที่ 2	115	31.86
ระยะที่ 3	158	43.77
ระยะที่ 4	56	15.51

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การรักษาน ¹		
ผ่าตัด	278	77.01
เคมีบำบัด	273	75.62
รังสีรักษา	27	7.48
การรักษาแบบประคับประคอง	19	5.26
รังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด	12	3.32
ฮอร์โมน	11	3.05
โรคประจำตัว		
ไม่มี	228	63.16
มี	133	36.84
มีโรคร่วม 1 โรค	86	23.83
มีโรคร่วม 2 โรค	37	10.24
มีโรคร่วมตั้งแต่ 3 โรค	10	2.77

¹ ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัญหาสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างทั้งโดยรวมและตามกลุ่มอาการ 4 กลุ่ม

ผลการศึกษาปัญหาสุขภาพจิตพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 62.60 และมีแนวโน้มจะเกิดความผิดปกติทางจิตเวชหรือมีปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 37.40 เมื่อพิจารณาปัญหาสุขภาพจิตตามกลุ่มอาการ พบว่า มีปัญหาสุขภาพจิตกลุ่มอาการทางกาย (Somatic Symptoms) มากที่สุด ร้อยละ 93.30 รองลงมา คือ กลุ่มความบกพร่องทางสังคม (Social dysfunction) ร้อยละ 72.60 ดังรายละเอียดในตารางที่ 3-4

ตารางที่ 3

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการมีและไม่มีปัญหาสุขภาพจิต โดยรวม (n=361)

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

ตารางที่ 4

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาสุขภาพจิต จำแนกตามการมีปัญหาสุขภาพจิตตามกลุ่มอาการ (n=135)

ปัญหาสุขภาพจิตตามกลุ่มอาการ ¹	จำนวน	ร้อยละ
1. อาการทางกาย (Somatic Symptoms)	126	93.3
2. อาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ (Anxiety and insomnia)	57	42.2
3. ความบกพร่องทางสังคม (Social dysfunction)	98	72.6
4. อาการซึมเศร้าที่รุนแรง (Severe depression)	10	7.4

¹ผู้ป่วย 1 รายมีปัญหาสุขภาพจิตตามกลุ่มอาการมากกว่า 1 อาการ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความต้องการด้านจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่างทั้งโดยรวมและรายด้านทั้ง 7 ด้าน

ผลการศึกษาความต้องการด้านจิตวิญญาณ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความต้องการด้านจิตวิญญาณโดยรวมในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 75.62 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีความต้องการระดับสูง คือ ด้านการมีทัศนคติเชิงบวกและความหวัง คิดเป็นร้อยละ 54.9 รองลงมาคือ ด้านการให้ความรักและการได้รับความรักจากผู้อื่น คิดเป็นร้อยละ 51.5 ส่วนด้านที่มีความต้องการระดับปานกลาง คือ ด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต คิดเป็นร้อยละ 67.6 ด้านการเชื่อมโยงกับศาสนาหรือสิ่งยึดเหนี่ยวอื่น คิดเป็นร้อยละ 58.5 ด้านการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนา คิดเป็นร้อยละ 51 ส่วนด้านที่มีความต้องการระดับน้อย คือ การเตรียมพร้อมในการเข้าสู่ความตาย คิดเป็นร้อยละ 50.7 ด้านการทบทวนเรื่องความเชื่อ คิดเป็นร้อยละ 43.2 และสิ่งที่มีความหมายในชีวิตและทำให้ชีวิตของกลุ่มตัวอย่างมีคุณค่ามากที่สุด คือ ผู้ที่เป็นที่รัก คิดเป็นร้อยละ 88.90 รองลงมา คือ คำสั่งสอนทางศาสนา คิดเป็นร้อยละ 52.90 ดังรายละเอียดในตารางที่ 5-7

ตารางที่ 5

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับของความต้องการด้านจิตวิญญาณ โดยรวม
(n=361)

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

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ตารางที่ 6

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความต้องการด้านจิตวิญญาณรายด้าน (n=361)

ความต้องการด้านจิตวิญญาณ รายด้าน	ระดับน้อย	ระดับปานกลาง	ระดับสูง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. การมีทัศนคติเชิงบวกและความหวัง	16 (4.4)	147 (40.7)	198 (54.9)
2. การเชื่อมโยงกับศาสนาหรือสิ่งยึดเหนี่ยวอื่น	46 (12.7)	211 (58.5)	104 (28.8)
3. การให้ความรักและการได้รับความรักจากผู้อื่น	5 (1.4)	170 (47.1)	186 (51.5)
4. การทบทวนเรื่องความเชื่อ	156 (43.2)	162 (44.9)	43 (11.9)
5. การมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต	21 (5.8)	244 (67.6)	96 (26.6)
6. การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนา	81 (22.4)	184 (51.0)	96 (26.6)
7. การเตรียมพร้อมในการเข้าสู่ความตาย	183 (50.7)	109 (30.2)	69 (19.1)

ตารางที่ 7

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม สิ่งที่มีความหมายในชีวิต (n=361)

สิ่งที่มีความหมายในชีวิต ^๑	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ผู้ที่เป็นที่รัก เช่น บิดา มารดา ลูก	321	88.9
คำสั่งสอนทางศาสนา	191	52.9
บุญกรรมที่ได้ทำ	173	47.9
สิ่งศักดิ์สิทธิ์	93	25.8
พระเจ้าอยู่หัว	70	19.4

^๑ ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อสำรวจปัญหาสุขภาพจิตและความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ได้ผลการวิจัยนำไปอภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. ปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

ผลการศึกษาปัญหาสุขภาพจิตโดยรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 62.60 ไม่มีปัญหาสุขภาพจิตโดยรวม และกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 37.40 มีปัญหาสุขภาพจิตโดยรวม (ตารางที่ 3) อภิปรายได้ว่า ปัญหาสุขภาพจิต คือ ความทุกข์ของบุคคลต่อสิ่งที่มากระทบทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตด้านต่างๆ ได้อย่างปกติสุขตามที่ควรจะเป็น ส่งผลให้มีอาการแสดงออกมาทั้งทางร่างกายและจิตใจ การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิตโดยรวมแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่สามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยที่มากระทบต่อการดำเนินชีวิตได้อย่างสมดุล การศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิตส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย ร้อยละ 65.50 และมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 63.70 มีอาชีพหรือมีงานทำ (ได้แก่ อาชีพเกษตรกรกรรม รับจ้าง ค้าขาย เป็นต้น) ร้อยละ 63.8 (ตารางที่ 9 ภาคผนวก) อภิปรายได้ว่า เพศเป็นปัจจัยที่บอกความแตกต่างทางด้านร่างกายระหว่างบุคคลที่แสดงถึงพลังความเข้มแข็งและความสามารถในการเผชิญปัญหาต่างๆ ซึ่งปัญหาสุขภาพจิตและอารมณ์จะพบได้บ่อยใน เพศหญิงมากกว่าเพศชาย 2 เท่า (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2543) และการมีสถานภาพสมรสคู่นั้นถือเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยการศึกษาของ วิไลลักษณ์ จันท์พวง (2534) พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งสามารถปรับตัวกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ และเกิดกำลังใจในการรับการรักษาและการปฏิบัติตนในทางที่ส่งเสริมสุขภาพต่อไป การศึกษาของ พรพรหม รุจิไพโรจน์ (2550) พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว คู่สมรส ทำให้เกิดความรู้สึกมั่นใจ มีกำลังใจ สามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้ เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมสุขภาพกายและดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตตามมา การมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตดีทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งสามารถดำเนินชีวิตในภาวะของการเจ็บป่วยได้อย่างปกติสุขตามที่ควรจะเป็นได้โดยไม่มีปัญหาสุขภาพจิตเกิดขึ้น และการที่กลุ่มตัวอย่างมีอาชีพหรือมีงานทำ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างใช้เวลาทำกิจกรรมต่างๆ ไม่ให้มีเวลาว่าง จึงทำให้รู้สึกว่าได้ทำตัวให้เป็นประโยชน์ในเรื่องต่างๆ ร้อยละ 90.4 รู้สึกว่าสามารถตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ร้อยละ 86.7 ห่าอะไรทำให้ตัวเองไม่มีเวลาว่าง ร้อยละ 80.7 และพอใจกับการที่ทำงานลุล่วง ร้อยละ 80.0 (ตารางที่ 8 ภาคผนวก) ซึ่งความรู้สึกต่างๆเหล่านี้ทำให้บุคคลรู้สึกถึงความมีคุณค่าและพึงพอใจในตนเอง อีกทั้งการที่มีงานทำยังส่งผลต่อการเกิดรายได้ตามมา ซึ่งรายได้หรือฐานะเศรษฐกิจที่มี

อิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตในด้านการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคลและเป็นตัวกำหนดความพึงพอใจในชีวิตที่ส่งผลให้เกิดความผาสุกได้ (Orem, 1995) จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ของการศึกษาครั้งนี้ไม่มีปัญหาสุขภาพจิตโดยรวม อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 37.40 มีปัญหาสุขภาพจิตโดยรวม ซึ่งเมื่อแยกประเภทปัญหาทางสุขภาพจิตตามกลุ่มอาการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 93.30 มีปัญหาสุขภาพจิตกลุ่มตามอาการทางกาย ร้อยละ 72.60 มีปัญหาสุขภาพจิตตามกลุ่มความบกพร่องทางสังคม ร้อยละ 42.20 มีปัญหาสุขภาพจิตตามกลุ่มอาการวิตกกังวลและนอนไม่หลับ และร้อยละ 7.40 มีปัญหาสุขภาพจิตตามกลุ่มอาการซึมเศร้าที่รุนแรง (ตารางที่ 4) ทั้งนี้สามารถอภิปรายถึงปัญหาสุขภาพจิตในแต่ละด้าน ดังนี้

การที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งมีปัญหาสุขภาพจิตตามกลุ่มอาการทางกาย ร้อยละ 93.30 (ตารางที่ 4) อาจเนื่องจากตัวโรคมะเร็งและลักษณะความเจ็บป่วยของโรคที่มีความรุนแรงของอาการซึ่งจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ตามระยะความรุนแรงของโรค รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วยและรู้สึกถึงความเลวร้ายของโรค (O'Brien, 1999) อีกทั้งการรักษาที่ยาวนานยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายใจ หวาดกลัวต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต กลัวการเปลี่ยนแปลง กลัวความตาย มีความรู้สึกสูญเสียความเป็นตัวเองเนื่องจากต้องพึ่งพา และเป็นภาระผู้อื่นทำให้ผู้ป่วยมีอาการแสดงออกทางอารมณ์ ได้แก่ เครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ เป็นต้น (นิตยา โรจน์ทินกร และคณะ, 2536; วาริรัตน์ ถาน้อย, 2545; อรพรรณ ทองแดง, 2540) หากผู้ป่วยไม่สามารถปรับลดระดับอารมณ์ความเครียดให้อยู่ในระดับที่สมดุลได้ อาจก่อให้เกิดอาการทางกาย เช่น อ่อนเพลีย ใจสั่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง เป็นต้น เนื่องจากจิตใจและร่างกายมีความสัมพันธ์กัน (แสงจันทร์ ทองมาก, 2541; อัมพร โอตระกูล, 2538) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 71.90 ของการศึกษานี้มีระยะการดำเนินของโรคมะเร็งอยู่ในระยะวิกฤต คือ ระยะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคมะเร็ง และร้อยละ 40.70 ของกลุ่มตัวอย่างมีระยะความรุนแรงของโรคมะเร็ง อยู่ในระยะที่ 3 คือ ระยะที่โรคมะเร็งเริ่มมีการแพร่กระจายและทำลายอวัยวะที่เกิดโรค ในด้านการรักษาที่ได้รับนั้น ร้อยละ 72.60 ได้รับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัด และร้อยละ 63 ได้รับการรักษาด้วยวิธีให้เคมีบำบัด (ตารางที่ 10 ภาคผนวก) ผลจากการเจ็บป่วยและการรักษาอาจรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน และการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาททางสังคมของกลุ่มตัวอย่างลง ซึ่งการที่ไม่สามารถปฏิบัติภารกิจที่เคยทำได้ตามปกติ ต้องพึ่งพาค้นอื่นส่งผลต่อความมีคุณค่าในตนเองลดลง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีอาการแสดงออกทางอารมณ์และความรู้สึก เช่น เกิดความกังวล ความเครียด เบื่อหน่าย ท้อแท้ได้ ส่งผลให้เกิดอาการทางกายหรือมีปัญหาสุขภาพจิตตามกลุ่มอาการทางกายตามมา เช่น รู้สึกไม่สบาย รู้สึกท้อทรุดโทรมและสุขภาพไม่ดี มีอาการวูบร้อนหรือหนาว ใจสั่น เป็นต้น จากการพิจารณาในข้อย่อยพบว่า

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 78.50 รู้สึกไม่สบาย ร้อยละ 76.30 รู้สึกทรุดโทรมและสุขภาพไม่ดี และร้อยละ 75.60 รู้สึกต้องการยาบำรุงให้มั่งคั่งวังชา ดังรายละเอียดในตารางที่ 8 (ภาคผนวก)

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 72.60 (ตารางที่ 4) มีปัญหาสุขภาพจิตตามกลุ่มความบกพร่องทางสังคม อาจเนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งส่งผลให้การปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาททั้งในครอบครัวและทางสังคมลดลง ไม่สามารถมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมได้อย่างเหมาะสม มีการแสดงออกของพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไป เช่น โกรธง่าย น้อยใจ หงุดหงิด และเกิดการแยกตัวจากสังคมมากขึ้น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2552) ซึ่งในช่วงการรักษาผู้ป่วยมักมีอาการกลัว กังวล จากผลข้างเคียงของการรักษา (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2554) การรักษาโรคมะเร็งโดยการผ่าตัดส่งผลให้ผู้ป่วยสูญเสียภาพลักษณ์ และเกิดความทุกข์ทรมานในการดำเนินชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงเนื่องจากภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไป ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ส่วนการรักษาด้วยเคมีบำบัดผู้ป่วยอาจเกิดความกลัววิธีการรักษาและผลข้างเคียงที่ทำให้ผู้ป่วยเหนื่อยล้ามากขึ้น รวมทั้งระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนานก่อให้เกิดความเครียดมากขึ้น (Bush, 1998) ซึ่งปัญหาภาพลักษณ์ด้านความสวยงามจากผลการรักษาของผู้ป่วย ยังเป็นปัญหาด้านจิตใจที่เกี่ยวกับความวิตกกังวล ความซึมเศร้า การปรับตัวกับภาวะสุขภาพและวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้เป็นผลกระทบต่อการทำงานและการเข้าสังคม (Aksnes et al., 2007; Davis et al., 1999; Lester, 2001) จากการศึกษาของ กิตติกร นิลมานัต และคณะ (2549) พบว่าอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันผู้ป่วยมะเร็งมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ อาการเจ็บ/ปวด เหนื่อย/ไม่มีแรง เบื่ออาหาร วิตกกังวลและนอนไม่หลับ พิพัส และคณะ (Phipps et al., 2008) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ มีปัญหาของอาการไม่มีแรง ร้อยละ 67 ปัญหาภาพลักษณ์ในทางลบ ร้อยละ 47 และมีปัญหาด้านอารมณ์ ร้อยละ 40 ส่วน ชลिया วามะลุน และคณะ (2553) พบว่าผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง เต้านมภายหลังสิ้นสุดการรักษา มีการเปลี่ยนแปลงด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ผลจากการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ทำให้ขาดความมั่นใจ ทำให้บทบาทการมีส่วนร่วมทางสังคมลดลง การเข้าร่วมงานต่างๆ ในสังคมลดลง และ บยาร์ และคณะ (Byar et al., 2006) ยังพบว่าผู้ป่วยมะเร็งภายหลังสิ้นสุดการรักษาด้วยเคมีบำบัดยังมีอาการเหนื่อยล้าที่มีความสัมพันธ์กับความไม่สุขสบายด้านร่างกาย ความเจ็บปวด ความแปรปรวนของการนอนหลับอีกด้วย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ของการศึกษาครั้งนี้ป่วยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ตรง ร้อยละ 24.40 โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ร้อยละ 21.50 โรคมะเร็งเต้านม ร้อยละ 20.70 ได้รับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัด ร้อยละ 72.60 รับการรักษาด้วยวิธีให้เคมีบำบัด ร้อยละ 63 (ตารางที่ 10 ภาคผนวก) กลุ่มตัวอย่างอาจเกิดปัญหาจากการสูญเสียอวัยวะจากการรักษา ทำให้สูญเสียความมั่นใจจากภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ร่วมกับมีอาการอ่อนเพลียจากโรค และผลข้างเคียงจากการรักษาทำให้กลุ่มตัวอย่างต้องการการพักผ่อนมากขึ้น มีความรู้สึกว่าเป็นภาระ และกลัวว่าจะถูกรังเกียจจึงส่งผลให้บทบาททั้งในครอบครัวและการมีส่วนร่วมทางสังคมลดลง

จากการพิจารณาในข้อย่อยพบว่า กลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่ทำอะไรซ้ำกว่าปกติ ร้อยละ 67.40 ไม่รู้สึกว่ โดยทั่วไปแล้ว ทำอะไรได้ดี ร้อยละ 51.10 ดังรายละเอียดในตารางที่ 8 (ภาคผนวก) เป็นผลให้กลุ่ม ตัวอย่างบางส่วนประเมินว่ตนเองมีปัญหาคความบกพร่องทางสังคม

สำหรับปัญหาสุขภาพจิตตามกลุ่มอาการวิตกกังวลและนอนไม่หลับ การศึกษาครั้งนี้พบใน กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 42.20 (ตารางที่ 4) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดของการศึกษาป่วยด้วย โรคมะเร็ง ได้รับได้รับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัด ร้อยละ 72.60 รับการรักษาด้วยวิธีให้เคมีบำบัด ร้อยละ 63 (ตารางที่ 10 ภาคผนวก) ซึ่งหลังได้รับการวินิจฉัยว่เป็น โรคมะเร็งและอยู่ในช่วงการรักษา นั้น พบว่ ผู้ป่วยมะเร็งจะเกิดความรู้สึกกลัวหลายๆ เรื่องตามมา เช่น กลัวจะรักษาไม่หาย กลัวความ เจ็บปวด การมีรูปร่างผิดปกติหรือพิการ และกลัวความตาย ความกลัวเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการ วิตกกังวล เครียด และนอนไม่หลับ (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2554; สมภพ เรื่องตระกูล, 2544) ความกลัว ความวิตกกังวล และความเครียดอาจส่งผลต่อแบบแผนการนอนหลับได้ จากการศึกษาของ ซีโอบาลด์ (Theobald, 2004) พบว่ อาการนอนไม่หลับเป็นอาการที่พบได้ในผู้ป่วยโรคมะเร็งถึงร้อยละ 30 – 50 สอดคล้องกับการศึกษาของ อภิรดี ลดาวรรษ และคณะ (2548) และ กิตติกร นิลมานัต และคณะ (2549) ที่พบว่าอาการนอนไม่หลับเป็นอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันผู้ป่วยมะเร็งสูงสุด 1 ใน 5 อาการอันดับแรก จากการพิจารณาในข้อย่อยพบว่า กลุ่มตัวอย่าง นอนไม่หลับเพราะกังวลใจ ร้อยละ 39.30 ไม่สามารถหลับสนิทหลังจากหลับแล้ว ร้อยละ 31.90 ดังรายละเอียดในตารางที่ 8 (ภาคผนวก) เป็นผลให้กลุ่มตัวอย่างบางส่วนประเมินว่ตนเองมีปัญหาคสุขภาพจิตด้านอาการวิตกกังวลและการนอน ไม่หลับ

ส่วนปัญหาสุขภาพจิตตามกลุ่มอาการซึมเศร้าที่รุนแรงนั้น การศึกษาครั้งนี้พบใน กลุ่ม ตัวอย่าง ร้อยละ 7.40 (ตารางที่ 4) อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.80 (ตารางที่ 9 ภาคผนวก) เพศเป็นปัจจัยที่บอกความแตกต่างทางด้านร่างกายระหว่างบุคคล ที่แสดงถึงพลังความ เข้มแข็งและความสามารถในการเผชิญปัญหาต่างๆ ซึ่งปัญหาสุขภาพจิตและอารมณ์จะพบได้บ่อยใน เพศหญิงมากกว่าเพศชาย 2 เท่า (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2543) ซึ่งเพศหญิงเป็นเพศที่มีสิ่งมารบกวน ในชีวิตประจำวันมากก่อให้เกิดความเครียดได้ง่าย ซึ่งการที่บุคคลไม่สามารถปรับลดระดับ ความเครียดลงได้ และอยู่กับความเครียดเป็นระยะเวลาานอาจก่อให้เกิดอาการซึมเศร้าตามมา (Lazarus & Folkman, 1984) ร่วมกับมีระดับการศึกษาค่อนข้างต่ำ โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับ การศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 63.70 (ตารางที่ 9 ภาคผนวก) ทำให้อาจมีผลต่อความสามารถในการ จัดการแก้ไขปัญหาได้ จากการศึกษาของ ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2539) พบว่ผู้มีการศึกษาคต่ำกว่า ระดับประถมศึกษามีปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มอื่น สอดคล้องกับการศึกษาของ จุมพล สมประสงค์

(2539) ที่พบว่าปัจจัยด้านการศึกษา มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0093$) อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดของการศึกษาป่วยด้วยโรคมะเร็ง ได้รับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัด ร้อยละ 72.60 รับการรักษาด้วยวิธีให้เคมีบำบัด ร้อยละ 63 (ตารางที่ 10 ภาคผนวก) โรคมะเร็งเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจในทุกๆระยะของการดำเนินโรค หากผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ จะก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิต (พรพรหม รุจิไพโรจน์, 2550) รวมทั้งการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งมีความไม่แน่นอนของอาการเจ็บป่วย และใช้ระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนาน จึงส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายใจ หวาดกลัวต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต กลัวการเปลี่ยนแปลง กลัวความตาย มีความรู้สึกสูญเสียความเป็นตัวเองเนื่องจากต้องพึ่งพา และเป็นภาระผู้อื่น ทำให้ผู้ป่วยมีอาการแสดงออกทางอารมณ์ ได้แก่ เครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ได้ (นิตยา โรจน์ทินกร และคณะ, 2536; วาริรัตน์ ถาน้อย, 2545; อรพรรณ ทองแดง, 2540) แต่ในขณะที่เดียวกันจากการศึกษาของ พรพรหม รุจิไพโรจน์ (2550) ยังพบว่า ผู้ป่วยที่สามารถยอมรับการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสมจะมีความทุกข์ทรมาณน้อยลง มีปัญหาด้านสุขภาพจิตน้อยกว่า และมีการแสดงให้เห็นถึงความสามารถในการรักษาสมดุลทางด้านจิตใจของผู้ป่วย ดังการศึกษาของ แอนเดอร์เซน และคณะ (Andersen et al., 2004) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะสุขภาพจิต พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย พบว่าผู้ป่วยที่มีสุขภาพจิตดี จะสามารถลดภาวะเครียดและเพิ่มพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ซึ่งส่งผลดีต่อสุขภาพกายของผู้ป่วย จากการพิจารณาในข้อย่อยพบว่า กลุ่มตัวอย่าง คิดว่ามีความเป็นไปได้ที่อยากจบชีวิตตัวเอง ร้อยละ 13.30 คิดว่าตนเองเป็นคนไร้ค่า ร้อยละ 8.10 รู้สึกไม่คุ้มค่าที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป ร้อยละ 6.70 รู้สึกว่าบางครั้งทำอะไรไม่ได้เลยเพราะประสาทตึงเครียดมาก ร้อยละ 5.90 ดังรายละเอียดในตารางที่ 8 (ภาคผนวก) เป็นผลให้กลุ่มตัวอย่างบางส่วน ประเมินว่าตนเองมีปัญหาด้านสุขภาพจิตด้านอาการซึมเศร้าที่รุนแรง

2. ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคมะเร็ง โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 75.62 มีความต้องการด้านจิตวิญญาณโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 21.33 มีความต้องการด้านจิตวิญญาณโดยรวมอยู่ในระดับสูง (ตารางที่ 5) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างของการศึกษารั้งนี้ เข้ารับบริการในสถานบริการทางสุขภาพที่แม้จะให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์ แต่การดูแลด้านจิตวิญญาณนั้นยังมีน้อยหรือดูแลไม่ตรงจุดที่ต้องการจากการที่โรงพยาบาลนครพิงค์ยังไม่เคยมีการสำรวจความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยโรคมะเร็งมาก่อน แต่มีการทำกิจกรรมที่ส่งเสริมด้านจิตวิญญาณอยู่บ้าง เช่น กิจกรรมการทำบุญตักบาตรทุกสัปดาห์แรกของทุกเดือนสำหรับผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ซึ่งทำกันมาอย่างต่อเนื่อง หรืออนุญาตให้ญาติสามารถพาผู้นำศาสนาหรือผู้ที่ผู้ป่วยเคารพนับถือมาทำพิธีทางศาสนาหรือพิธีกรรมตามความเชื่อให้ผู้ป่วยได้ข้างเตียง รวมถึงเริ่มขยายระยะเวลาในการเยี่ยมให้มีเวลานานขึ้น และอนุญาตให้สมาชิกใน

ครอบครัวที่ต้องการอยู่กับผู้ป่วยในระยะสุดท้ายเอาไว้ได้ เป็นต้น ซึ่งกิจกรรมต่างๆเหล่านี้ถือเป็นสิ่งที่ดีแต่อาจจะยังน้อยไปและตอบสนองไม่ตรงกับความต้องการด้านจิตวิญญาณที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งต้องการอย่างแท้จริงจึงส่งผลให้ความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยโรคมะเร็งของการศึกษาคั้งนี้อยู่ในระดับปานกลางถึงระดับสูง เนื่องจากความต้องการด้านจิตวิญญาณนั้น คือ ความปรารถนาที่มีความจำเป็นและเป็นความคาดหวังที่มนุษย์มี เพื่อค้นหาความหมาย จุดมุ่งหมาย และคุณค่าในชีวิต บุคคลทุกคนมีความต้องการด้านจิตวิญญาณ (Taylor, 2006) โดย ไฮฟิลด์ และ คาร์สัน (Highfield, & Carson, 1983) ได้อธิบายว่ามนุษย์มีความต้องการด้านจิตวิญญาณ 3 ด้าน คือ 1) ความต้องการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต 2) ความต้องการได้รับความรักและความต้องการที่จะแสดงถึงความรักต่อผู้อื่น และ 3) ความต้องการความหวังและการสร้างสรรค์ ความต้องการด้านจิตวิญญาณเป็นความต้องการที่ลึกซึ้ง และเป็นความต้องการที่จะพัฒนาขึ้นบนพื้นฐานทางจิตใจ และจะเห็นได้ชัดเจนเมื่อบุคคลตกอยู่ในอันตรายหรืออ่อนแอลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อยามเจ็บป่วย บุคคลมักมีความต้องการด้านจิตวิญญาณเป็นพิเศษ (ทิวาวิณัฒน์ วัฒนาวัตถุ, 2551) สำหรับโรคมะเร็งนั้นเป็นโรคที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยที่รับรู้ว่าเป็นโรคมะเร็งส่วนใหญ่จะแสดงออกถึงการได้รับการกระทบกระเทือนในการดำเนินชีวิต และการปรับตัวต่อการเผชิญความเจ็บป่วยในลักษณะต่าง ๆ (ศรีธรรม ธนะภูมิ, ม.ป.ป.) ซึ่งการรับรู้การเจ็บป่วยที่เรื้อรังนี้มีความเกี่ยวข้องกับความต้องการด้านจิตวิญญาณที่เพิ่มขึ้น (Taylor, 2006) สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีรัตน์ มากมาย, ฉัตรชัย สิริชยานุกุล, และ ธราณี สิริชยานุกุล (2556) ที่ทำการศึกษารื่อง อาการที่พบบ่อยและความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามก่อนได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลกรณีศึกษา ณ โรงพยาบาลแพร์ พบว่า การเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิตซึ่งในที่นี้คือโรคมะเร็ง ทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการด้านจิตวิญญาณมากขึ้นเป็นพิเศษ เพื่อดำรงไว้ซึ่งความสมดุลของชีวิต ได้แก่ ต้องการทำบุญและขอพรสิ่งศักดิ์สิทธิ์ให้ช่วยคุ้มครอง โดยกลุ่มตัวอย่างมีความต้องการเป็นอย่างมากที่จะทำบุญและขอพรสิ่งศักดิ์สิทธิ์ให้ช่วยคุ้มครอง และต้องการให้บุคคลอื่นที่เคารพนับถือช่วยสวดมนต์ตั้งจิตอธิษฐานขอพรให้ในช่วงที่อาการทรุดลง และจากการศึกษาของ วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล และ สุรีพร ธนศิลป์ (2552) เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมและการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยสามารถอธิบายได้ว่าการรับรู้ในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ การมีสิ่งยึดมั่นทางด้านจิตใจ จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีเป้าหมายในชีวิต มีความเข้มแข็งอดทนมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายคงไว้ซึ่งความหวัง กำลังใจ ทำให้สามารถก้าวผ่านปัญหาหรืออุปสรรค ความยากลำบากของชีวิต เกิดความมั่นคงทางอารมณ์ มีความหวังสามารถค้นหาความหมายของชีวิตและเผชิญกับความตายอย่างสงบ และในการศึกษาเรื่อง การสำรวจความต้องการด้านจิตวิญญาณและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยมะเร็งระยะแรกเริ่มและระยะลุกลามใน

กลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในทางเหนือของทวีปยุโรป (Hocker, Krull, Koch, & Mehnert, 2014) พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 94.00 แสดงถึงการมีความต้องการทางจิตวิญญาณอย่างน้อย 1 ด้าน โดยในแต่ละด้านของความต้องการด้านจิตวิญญาณมีระดับความต้องการแตกต่างกัน เช่นเดียวกับการศึกษาครั้งนี้ที่เมื่อพิจารณาความต้องการด้านจิตวิญญาณเป็นรายด้านแล้ว พบว่ากลุ่มตัวอย่มีระดับความต้องการรายด้านแตกต่างกัน ทั้งนี้สามารถอภิปรายถึงระดับความแตกต่างกันของความต้องการทางจิตวิญญาณเป็นรายด้าน ได้ดังนี้

ด้านการมีทัศนคติเชิงบวกและความหวัง กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 54.9 มีความต้องการด้านจิตวิญญาณในด้านนี้อยู่ในระดับสูง และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 40.7 มีความต้องการด้านจิตวิญญาณในด้านนี้อยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 5) อภิปรายได้ว่า ความหวัง คือ ความคาดหวังหรือเป้าหมายที่สำคัญในทางบวกของชีวิต การที่บุคคลมีความหวังสามารถทำให้ชีวิตมีความสุข (Taylor, 2006) ซึ่งความหวัง อาจจะเป็นแรงบันดาลใจ เป็นความฝัน หรือ เป็นพลังที่สามารถทำให้บุคคลก้าวไปสู่สิ่งที่ตนตั้งเอาไว้ (Coylye, 2002) โดยเฉพาะในเวลาที่ย่ำแย่ความหวังเป็นแรงจูงใจที่ช่วยให้ผู้ป่วยคิดต่อสู้ และสามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ (ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, 2542) ทั้งนี้ มิลเลอร์ (Miller, 1989) ได้แบ่งความหวังออกเป็น 3 ระดับคือ 1) ความหวังในระดับทั่ว ๆ ไป 2) ความหวังที่เกี่ยวกับสัมพันธภาพที่ดี หวังจะพัฒนาตนเองไปในทิศทางที่เหมาะสม และ 3) เป็นระดับความหวังที่สูงสุดของบุคคล คือความหวังที่จะหลุดพ้นจากความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมาน ความยากลำบาก ความหวังในระดับนี้เป็นแหล่งขุมพลังสำคัญของบุคคลในการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยเรื้อรังและคุณภาพชีวิต ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งนั้น เป็นการเจ็บป่วยที่มีความไม่แน่นอนของอาการและการรักษา อีกทั้งยังมีความเชื่อที่ว่าโรคมะเร็งเป็นโรคที่น่ากลัว รักษาไม่หายขาด และโรคนี้อาจมีโอกาที่จะลุกลามหรือกลับเป็นซ้ำได้อีก (Ferrell et al., 1998; Winnie et al., 2010) ดังนั้นหากบุคคลมีความหวังมีการตั้งเป้าหมายชีวิตในทางบวก พอเหมาะพอควร และมีความเป็นไปได้ บุคคลก็จะมี การแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม เช่น การมีเป้าหมายด้านสุขภาพที่ชัดเจน (วะนิดา น้อยมนตรี, 2547)

ด้านการให้ความรักและการได้รับความรักจากผู้อื่น กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 51.5 มีความต้องการด้านจิตวิญญาณในด้านนี้อยู่ในระดับสูง และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 47.1 มีความต้องการด้านจิตวิญญาณในด้านนี้อยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 5) อภิปรายได้ว่า ความรักเป็นหนึ่งในความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ และมนุษย์จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์กับสิ่งที่อยู่รอบตัวไม่ว่าจะเป็นบุคคลหรือสิ่งแวดล้อม (Maslow, 1970) การรักตนเองถือว่าเป็นความรักที่ยิ่งใหญ่ แต่นอกจากการรักตนเองแล้วมนุษย์ทุกคนยังต้องการเป็นผู้ให้และได้รับความรักจากผู้อื่นด้วยเช่นกัน จากการการศึกษาของ เทเลอร์ (Taylor, 2006) และ วัตตัน (Walton, 1996) พบว่าการที่บุคคลได้รับความรักจากบุคคล

อันเป็นที่รัก ไม่ว่าจะเป็นคนในครอบครัว เพื่อน สามารถเป็นสิ่งที่ช่วยสนับสนุนและช่วยเสริมให้บุคคลมีความรู้สึกเข้มแข็งและมีความหวังที่จะเผชิญกับอาการเจ็บป่วยได้ และจากการการศึกษาของไฮฟิลด์ (Highfield, 1992) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งจัดให้ครอบครัวมีความสำคัญอันดับแรกในฐานะผู้บำบัดทางจิตวิญญาณ สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิวารินทร์ วัฒนาวัตถุ (2551) ธาธิณี เพชรรัตน์ (2541) และบุบผา ชอบใช้ (2536) ที่พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณ ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีสัมพันธภาพที่ดี ได้รับความรัก ความเอาใจใส่ และกำลังใจจากครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความมีคุณค่าแห่งตนเอง ชีวิตมีความหมาย สามารถดำเนินชีวิตในภาวะของการเจ็บป่วยได้ รวมถึงมีความมั่นคงทางจิตวิญญาณ จากการศึกษาที่พบว่า สิ่งที่มีความหมายในชีวิตและทำให้ชีวิตของกลุ่มตัวอย่างมีคุณค่ามากที่สุด คือ ผู้ที่เป็นที่รัก ร้อยละ 88.90 (ตารางที่ 6) และกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 64.82 (ตารางที่ 1) จึงเป็นเรื่องปกติที่ผู้ป่วยจะต้องการความรัก ความเอาใจใส่จากครอบครัว ดังเช่น การศึกษาของ สติคาร์ตัน สมัครสมาน (2550) และ ชนุกร แก้วมณี และคณะ (2557) ที่พบว่าขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลผู้ป่วยมีความต้องการขอแค่ได้เห็นหน้า ได้พูดคุย ได้กำลังใจ หรือการช่วยเหลือด้านต่างๆ จากญาติ และผู้ป่วยบางรายยังต้องการให้ความรักกับผู้อื่น โดยแสดงการปกป้องครอบครัวจากการเห็นภาพความทุกข์ทรมานของตนเอง ด้วยการทำตนเองไม่ให้เป็นการระแคะระคายหรือผู้อื่น เป็นต้น ดังนั้นการตอบสนองความต้องการด้วยการให้ความรักและการได้รับความรักจากผู้อื่นจึงมีความสำคัญต่อผู้ป่วยโรคมะเร็ง เพราะเป็นสิ่งที่ช่วยสนับสนุนและช่วยเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกเข้มแข็งและมีความหวังที่จะเผชิญกับอาการเจ็บป่วยได้

ด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 67.6 มีความต้องการด้านจิตวิญญาณในด้านนี้อยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 26.6 มีความต้องการด้านจิตวิญญาณในด้านนี้อยู่ในระดับสูง (ตารางที่ 5) อภิปรายได้ว่า ภาระอันยิ่งใหญ่ของมนุษย์ คือการค้นหาความหมายในชีวิต เนื่องจากมนุษย์ต้องการเหตุผลในการมีชีวิตอยู่ การมีความหมายมีเป้าหมายในชีวิตเป็นการบรรลุเป้าหมายของชีวิต เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานทางจิตวิญญาณของมนุษย์ เป็นตัวกำหนดสุขภาพจิต ความผาสุกและคุณภาพชีวิตที่ดี (Highfield & Carson, 1983) ซึ่งมนุษย์ทุกคนต้องการมีความหมาย มีคุณค่าทั้งต่อตนเองและคนที่ตนรัก ความเอื้ออาทร ความรักความผูกพันของคนในครอบครัวและมิตรสหาย การได้ทำประโยชน์ให้กับตนเองและสังคมที่อาศัยอยู่ เป็นกำลังใจที่สำคัญในการใช้ชีวิตทั้งยามปกติและยามเจ็บป่วยโดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงรักษาไม่หาย (Taylor, 2006) จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 88.9 เห็นว่า สิ่งที่มีความหมายในชีวิตและทำให้ชีวิตมีคุณค่ามากที่สุด คือ ผู้ที่เป็นที่รัก เช่น บิดา มารดา ลูก (ตารางที่ 6) แสดงว่า ผู้ที่เป็นที่รักมีความสำคัญที่ทำให้ชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งมีความหมายและเป้าหมายในชีวิตของผู้ป่วย ดังเช่นการศึกษาของ

บุบผา ขอบไช้ (2536) ที่พบว่าเป้าหมายในชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง คือ ต้องการมีอายุยาวนานที่สุดเพื่อดูการเจริญเติบโตและความสำเร็จของลูกหลาน ดังนั้นการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วยโรคมะเร็งเพื่อบุคคลอื่นเป็นที่รักจึงเป็นเป้าหมายของผู้ป่วยโรคมะเร็ง และการได้รับความกำลังใจจากบุคคลอื่นเป็นที่รัก จึงเป็นสิ่งที่มีความหมาย ที่ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งสามารถเผชิญกับการเจ็บป่วยและผลข้างเคียงจากการรักษาได้

ด้านการเชื่อมโยงกับศาสนาหรือสิ่งยึดเหนี่ยวอื่น กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 58.5 มีความต้องการด้านจิตวิญญาณในด้านนี้อยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 28.8 มีความต้องการด้าน จิตวิญญาณในด้านนี้อยู่ในระดับสูง (ตารางที่ 5) และพบว่าสิ่งที่มีความหมายในชีวิตและทำให้ชีวิตของกลุ่มตัวอย่างมีคุณค่ามากกว่าครึ่ง คือ คำสั่งสอนทางศาสนา ร้อยละ 52.90 (ตารางที่ 6) ทั้งนี้อภิปรายได้ว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งมีแหล่งของจิตวิญญาณที่ใช้ในการเผชิญปัญหา คือ การพึ่งพาศาสนาหรือสิ่งยึดเหนี่ยวอื่นเนื่องมาจากศาสนาเป็นส่วนหนึ่งของจิตวิญญาณ (Swaney, 2001) ความต้องการด้านนี้ ประกอบด้วย ความต้องการได้รับความรัก ความไว้วางใจ และการให้อภัยที่สัมพันธ์กับสิ่งนอกเหนือตนเอง เป็นความศรัทธาในศาสนา พระเจ้า ความเชื่อที่ว่าศาสนาสามารถนำทางหรือรักษาให้หายป่วยได้ และการที่มีความรู้สึกว่ามีสิ่งศักดิ์สิทธิ์คอยควบคุมการเจ็บป่วยของตนเองอยู่ (Taylor, 2003) การพึ่งสิ่งยึดเหนี่ยวที่นอกเหนือกฎเกณฑ์ เช่น สิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนเองเคารพนับถือ ให้ช่วยคลอบคลุมให้สิ่งร้ายๆ กลายเป็นดี ก่อให้เกิดพลังใจในการต่อสู้กับสิ่งต่างๆ ที่มาคุกคามชีวิตด้วยความมั่นคงและมั่นใจ (แสงจันทร์งาม, 2531) ซึ่งการใช้ศาสนาเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต รวมถึงการมีความศรัทธาและความเชื่อในศาสนาทำให้บุคคลมีหลักในการปฏิบัติตาม (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2545ก) สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนุกร แก้วมณี และคณะ (2557) ที่พบว่าคำสอนศาสนาและสิ่งศักดิ์สิทธิ์เป็นสิ่งที่มีความหมายต่อผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งท่อน้ำดี การศึกษาของ สิดารัตน์ สมัครสมาน (2550) พบว่า ศาสนาพุทธเป็นแหล่งของจิตวิญญาณในการเผชิญปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการพึ่งพาศาสนาของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ส่วนการศึกษา อนุ อิศระพานิช (2550) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีใช้ศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางจิตใจ และจากศึกษาของ บุบผา ขอบไช้ (2536) พบว่าสิ่งที่ให้ความหมายแก่ชีวิตมากที่สุด คือ ศาสนา นั้นแสดงว่าศาสนาหรือสิ่งยึดเหนี่ยวอื่นที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งนับถือเป็นสิ่งช่วยทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจเผชิญกับการเจ็บป่วยได้

ในด้านการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนานั้น กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 51.0 มีความต้องการด้านจิตวิญญาณนี้อยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 26.6 มีความต้องการด้านจิตวิญญาณนี้อยู่ในระดับสูง (ตารางที่ 5) อภิปรายได้ว่า ศาสนาเป็นข้อผูกพันระหว่างชีวิตมนุษย์กับความจริงสูงสุดที่มนุษย์เชื่อและศรัทธา ความศรัทธา คือ การยอมรับในความเชื่อของบุคคลที่มีต่อบุคคลหรือสิ่งต่างๆ ที่

อาจเป็นสิ่งที่พิสูจน์ไม่ได้ อาจเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับด้านจิตวิญญาณ รวมถึงเป็นแนวทางในการดำรงชีวิตของบุคคล (Kozier et al., 2000) ดังนั้นความต้องการได้กระทำกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนา หมายถึง การที่บุคคลมีความต้องการกระทำกิจกรรมตามหลักความเชื่อในศาสนาที่ตนเองนับถือ ซึ่งศาสนาทุกศาสนามีหลักคำสอนอันเป็นแนวทางในการปฏิบัติและเป็นหลักในการดำเนินชีวิตอย่างเป็นสุขของบุคคลและเป็นแบบอย่าง กฎเกณฑ์ รวมทั้งเป็นต้นกำเนิดของขนบธรรมเนียม ประเพณี ค่านิยมและวัฒนธรรมการอยู่ร่วมกันอย่างสงบสุข การได้กระทำกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาจึงเป็นการส่งเสริม การพัฒนาจิตใจให้มีความสงบ มีความสุข สามารถแก้ไขปัญหาวิตและอุปสรรคด้วยปัญญา และเหตุผล คลายความเครียด และความทุกข์ทางใจได้ (พรพรหม รุจิไพโรจน์, 2550) สอดคล้องกับการศึกษาของ พรทิพย์ ปุกหุด และ ทิตยา พุฒิกามิน (2555) ที่พบว่า การสวดมนต์เป็นกิจกรรมหนึ่งทางศาสนาในผู้ป่วยมะเร็งที่ทำให้ผู้ป่วยมีความผาสุกทางจิตวิญญาณเพิ่มขึ้น การศึกษาของ วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล และ สุริพร ธนศิลป์ (2552) พบว่า การที่ผู้ป่วยมะเร็งปฏิบัติกิจกรรมที่สัมพันธ์กับศาสนาสูงจะทำให้มีความผาสุกทางจิตวิญญาณสูง และการศึกษาของ ทิวารินฉฉ วัฒนาวัตถุ (2551) พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีมากขึ้นเนื่องจาก การเข้าร่วมในกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้จิตวิญญาณของบุคคลมีความสมบูรณ์ขึ้น

ด้านการทบทวนเรื่องความเชื่อ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 44.9 มีความต้องการด้านจิตวิญญาณในด้านนี้อยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 43.2 ความต้องการด้านจิตวิญญาณในด้านนี้อยู่ในระดับน้อย อภิปรายได้ว่า การที่กลุ่มตัวอย่างมีการทบทวนเรื่องความเชื่อในสิ่งต่าง ๆ ที่ตนเองเชื่อหรือสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองว่ามีความถูกต้องหรือไม่ในระดับปานกลางถึงน้อยนั้น เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารุ่นนี้ ร้อยละ 95.57 นับถือศาสนาพุทธ (ตารางที่ 1) และสิ่งที่มีความหมายในชีวิตและทำให้ชีวิตของกลุ่มตัวอย่างมีคุณค่า คือ คำสั่งสอนทางศาสนา ร้อยละ 52.9 และ บุญกรรมที่ได้ทำ ร้อยละ 47.9 (ตารางที่ 6) นั้นแสดงให้เห็นถึงความเชื่อในฐานะพุทธศาสนิกชนที่มีการยึดถือพระรัตนตรัยเป็นที่พึ่ง และมีความเชื่อเรื่องกฎแห่งกรรม (พระธรรมปิฎก, 2542) สอดคล้องกับการศึกษาของ ชูศรี คุชยสิทธิ์, ศิริพร มงคลถาวรชัย, นवलจันทร์ ธานินทร์สุรรัตน์, และสลักจิต ศรีมงคล (2548) และ ชนุกร แก้วมณี และคณะ (2557) ที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีให้คุณค่าหรือมีความเชื่อในบุญกรรมที่ตนเองได้ทำมา และรับรู้เกี่ยวกับการเกิดโรคว่าเป็นเรื่องของการกระทำหรือบุญกรรมในอดีต

ส่วนด้านการเตรียมพร้อมในการเข้าสู่ความตาย ร้อยละ 50.7 ความต้องการด้านจิตวิญญาณในด้านนี้อยู่ในระดับน้อย อภิปรายได้ว่า การเตรียมตัวเพื่อเผชิญกับความตาย ถึงแม้ว่ามีความสำคัญกับบุคคลทุกศาสนาและทุกวัฒนธรรมก็ตาม แต่ส่วนใหญ่จะกระทำในบุคคลที่เกิดการเจ็บป่วยอยู่ในระยะ

สุดท้ายหรือผู้ที่กำลังจะเสียชีวิต จากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 52.08 มีอยู่ในช่วงอายุ 40-59 ปี และส่วนใหญ่ร้อยละ 63.16 ไม่มีโรคประจำตัว (ตารางที่ 1) อีกทั้งยังมีความหวังในระดับสูง ถึงร้อยละ 54.9 (ตารางที่ 5) ซึ่งอายุถือเป็นปัจจัยพื้นฐานของบุคคลที่บ่งบอกถึงระดับพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ และความสมบูรณ์ของวุฒิภาวะ วัยผู้ใหญ่ถือเป็นวัยที่มีสุขภาพดี (Orem, 2001) ประกอบกับการที่ไม่มีโรคประจำตัวมาก่อน กลุ่มตัวอย่างจึงมีความหวังที่จะหายจากโรคในระดับสูง กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้จึงมีความต้องการด้านจิตวิญญาณในด้านนี้อยู่ในระดับน้อย ต่างจากการศึกษาของ ชนุกร แก้วมณี และคณะ (2557) และทิวารินฉณ์ วัฒนาวัดอุ (2551) ที่ศึกษาในผู้ที่เป็นมะเร็งท่อน้ำดี และผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งมีการรับรู้ถึงการเจ็บป่วยที่รักษาไม่หายและเป็นระยะสุดท้าย จึงมีความต้องการด้านจิตวิญญาณด้านการเตรียมพร้อมในการเข้าสู่ความตายในระดับปานกลาง แต่ทั้งนี้ในสังคมไทยการพูดเรื่องความตายยังถือเป็นประเด็นที่ละเอียดอ่อนยากที่จะกล่าวถึง เพราะยังถือว่าเป็นเรื่องอับมงคลหรือเป็นเรื่องที่ไม่ดี ดังนั้นการประเมินหรือการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณในมิติของการเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่ความตายอาจต้องทำในสถานการณ์หรือในช่วงเวลาที่เหมาะสมตามสภาพความพร้อมของผู้ป่วยแต่ละราย



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved