



บทความวิจัย

ผลของการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

ปิ่นฉัตร รัตนิล* และจิราพร เกศพิชญวัฒนา**

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษชั้น 12 พระราม 1 เขตปทุมวัน กทม. 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

แบบแผนงานวิจัย: การวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิดกลุ่มเดียววัดแบบอนุกรมเวลา

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้ายทุกชนิด เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชน ระดับตติยภูมิ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ การดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธตามคู่มือในการดำเนินกิจกรรม โดยดำเนินกิจกรรมทุก 2 วัน ครั้งละ 20-30 นาที รวม 7 ครั้ง เป็นเวลาทั้งหมด 2 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .87 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำและการเปรียบเทียบรายคู่

ผลการวิจัย: ค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณระหว่างดำเนินโปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธและหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุป: โปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายมีความผาสุกทางจิตวิญญาณมากขึ้น โดยมีความผาสุกทางจิตวิญญาณมากขึ้นตั้งแต่อยู่ระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

คำสำคัญ: การดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธ / ความผาสุกทางจิตวิญญาณ / ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย



บทนำ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของโลก เป็นสาเหตุการเสียชีวิตประมาณร้อยละ 13 ของผู้เสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก ซึ่งเป็นจำนวนมากกว่า 6 ล้านคน (World Health Organization, 2010) องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ไว้ว่าในปี พ.ศ. 2563 ทั่วโลกจะมีคนตายด้วยโรคมะเร็งมากกว่า 11 ล้านคน และจะเกิดขึ้นในประเทศที่กำลังพัฒนามากกว่า 7 ล้านคน (WHO, 2010) สำหรับในประเทศไทย จากสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติในปี 2553 มีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาทั้งหมด 3,136 ราย เป็นผู้สูงอายุ 1,253 ราย คิดเป็นร้อยละ 39.96 (National Cancer Institute, 2010)

การรักษาโรคมะเร็งในผู้สูงอายุมีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน (Guthrie & Mazance, 2004) และมีความทุกข์ทรมานจากอาการของโรค เนื่องจากผู้สูงอายุมีความเสื่อมของอวัยวะในร่างกาย และข้อจำกัดในการทำหัตถการต่างๆ ที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง (วิจิตรา กุสุมภ์, 2551) จากการศึกษาของ Pasetto, Falci, Compostella et al. (2007) พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง คือ การคงไว้ซึ่งหน้าที่การทำงานในร่างกายและการควบคุมอาการต่างๆ ที่เกิดจากโรค ครอบคลุมถึงการคงไว้ซึ่งความสุขทางจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (Albers, Echteld, Vet et al., 2010) มีการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย นอกจากถูกรบกวนจากอาการต่างๆ ทางกายที่เกิดจากภาวะของโรคแล้ว (Jocham, Dassen, Widdershoven et al., 2006) ยังส่งผลในด้านจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ ได้แก่ สับสน วิดกกังวล ซึมเศร้า (Higginson & Costantini, 2008) รู้สึกผิด โกรธกลัวความตาย หนีไม่ได้กับความทุกข์ที่เกิดขึ้นกับตน (Yao, Hu, Lai et al., 2007) มีสภาพจิตใจที่แย่งลงและสิ้นหวัง (McClement & Chochinov, 2008)

ซึ่ง สมภพ เรื่องตระกูล (2544) กล่าวว่า “หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งทุกระยะ ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกกลัวหลายๆ อย่างตามมา เช่น กลัวรักษาไม่หาย กลัวความเจ็บปวด กลัวรูปร่างผิดปกติหรือพิการ และกลัวความตาย ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการวิตกกังวล เครียด และนอนไม่หลับ ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทางจิตวิญญาณขึ้น”

การรักษาพยาบาลในปัจจุบันเน้นการดูแลรักษาทางกายโดยไม่ได้ให้ความสำคัญกับเรื่องของจิตใจและจิตวิญญาณ (ไพศาล วิสาโล, 2552) ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งในระยะสุดท้ายของชีวิต รู้สึกหวาดกลัวต่อความตายและไม่มีความสุขทางจิตวิญญาณ (Tsai et al., 2005) ซึ่งการศึกษาของ Duggleby, Degner, Williams et al. (2007) พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายส่วนใหญ่ต้องการใช้ชีวิตในระยะสุดท้ายและเสียชีวิตที่บ้าน ในสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย แต่ในความเป็นจริงแล้วส่วนใหญ่เสียชีวิตในโรงพยาบาล ภายใต้เครื่องมือช่วยชีวิตทางการแพทย์ต่างๆ อุปกรณ์และสภาพแวดล้อมเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมาน ว่าแห้วขาดที่พึ่งทางจิตใจและจิตวิญญาณ (สุมาลี นิมนานันต์, 2552; จินต์จุฑา รอดพาล, 2549)

ความสุขทางจิตวิญญาณ (Spiritual well-being) เป็นสิ่งที่เกี่ยวกับความเป็นองค์รวมในบุคคลที่ประกอบด้วยความศรัทธาในศาสนา และความเข้าใจในศักยภาพของตน มองตนเองด้วยความไว้วางใจ เป็นความรู้สึกรับรู้ที่อยู่ภายในตัวตนทั้งหมด รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์และยอมรับ (O' Brien, 2008) และยังเป็นความรู้สึกของบุคคลว่าตนสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ โดยมีเป้าหมายของชีวิตและความสำเร็จตามความประสงค์ เป็นสิ่งที่ชี้ให้เห็นถึงความเข้มแข็งของจิตวิญญาณที่เป็นอยู่ในปัจจุบันของบุคคล (Paloutzian & Ellison, 1982) ในบริบททางพุทธศาสนา ความสุขทางจิตวิญญาณในระยะสุดท้ายของชีวิต คือ การนำไปสู่การตายดี ซึ่งหมายถึงการตายที่ปลอดจากการทุกข์ทรมานที่สามารถหลีกเลี่ยง



ได้ของผู้ป่วย ญาติ และผู้ให้การรักษา (ไพศาล วิสาโล, 2552) โดยทั่วไปควรเป็นไปตามความประสงค์ของผู้ป่วยและญาติบนพื้นฐานของการรักษาทางการแพทย์ วัฒนธรรม และจริยธรรมที่ได้มาตรฐานและดีงาม (สุมาลี นิมนานินิตย์, 2550) การดูแลทางจิตวิญญาณจึงเป็นประเด็นสำคัญที่มีผลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญหน้ากับปัญหาต่างๆ ที่เกิดจากความเจ็บป่วยที่มีผลคุกคามชีวิตได้ (Duggleby et al. 2007)

ดังนั้น การดูแลด้านจิตวิญญาณจึงมีความสำคัญเพราะจิตวิญญาณเป็นแหล่งของความหมาย ความหวัง กำลังใจ หรือเครื่องยึดเหนี่ยวของจิตใจ ทำให้สามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วย ก้าวผ่านปัญหาอุปสรรค ความลำบากในชีวิตได้ (พินิจ รัตตกุล, 2547) แม้ว่าจิตวิญญาณจะมีความสำคัญต่อบุคคลหรือผู้เจ็บป่วย แต่พยาบาลส่วนใหญ่ให้การดูแลด้านจิตวิญญาณน้อย เหตุผลจากข้อจำกัดทางข้อมูลความรู้ที่เป็นรูปธรรมเชิงวิชาการ และมีความสับสนในบทบาทที่เกี่ยวกับการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ (Sellers & Haag, 1998) นอกจากนี้ ยังพบว่าบุคลากรทางสุขภาพเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีความกลัวที่จะกล่าวถึงกระบวนการตายกับผู้ป่วย และญาติ มีความลำบากใจเมื่อทราบว่าผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้าย และพยายามหลีกเลี่ยงที่จะพูดคุยกับผู้ป่วยเกี่ยวกับการดำเนินของโรค (Scherwiz, Pullman, McHenry et al., 2006) เหล่านี้แสดงถึงความจำเป็นของการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลที่สามารถให้การดูแลด้านจิตวิญญาณได้อย่างเหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุและผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ผ่านมา พบว่ามีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณไว้เป็นจำนวนมาก ซึ่งเป็นองค์ความรู้ที่สามารถนำมาพัฒนาการดูแลทางจิตวิญญาณได้ และมีการศึกษาวิธีการปฏิบัติเพื่อคงไว้ซึ่งความผาสุก

ทางจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นการศึกษาของต่างประเทศเป็นส่วนใหญ่ แม้องค์ความรู้ดังกล่าวสามารถนำมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติได้ แต่ในบริบทของคนไทยมีความแตกต่างกันในด้านของความเชื่อ ความศรัทธาทางศาสนา ขนบธรรมเนียม วัฒนธรรม รวมถึงมีความแตกต่างกันไปตามช่วงวัยและประสบการณ์ชีวิต ซึ่งเป็นเรื่องที่จะละเอียดอ่อน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายขึ้น เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณที่สอดคล้องกับความเชื่อ ความศรัทธาทางศาสนา ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมภายใต้บริบทของผู้สูงอายุไทยพุทธ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วย มีจิตน้อมนำให้เกิดความสุข ไม่หวาดหวั่นต่อความตาย และจากไปอย่างสงบได้หรือที่เรียกว่า “ตายดี” (Good death) (จินต์จุฑา รอดพาล, 2549)

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายก่อน ระหว่าง และหลังได้รับโปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดศึกษากลุ่มเดี่ยววัดแบบอนุกรมเวลา (One-Group time series design)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล เอกชนระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร จำนวน 30 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามสะดวก โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้ คือ



1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งในระยะที่มีการแพร่กระจายของโรคไปยังต่อมน้ำเหลือง และ/หรือระบบต่างๆ ของร่างกาย และได้รับการรักษาเพื่อประคับประคองและบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ

2) มีระดับความรู้สึกตัวดี มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีอาการแทรกซ้อนจากโรคที่อยู่ในระยะลุกลามจนทำให้เกิดอาการที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษ

3) ระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองไม่น้อยกว่าร้อยละ 50

4) นับถือศาสนาพุทธ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย และแบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ ตั้งแต่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) จนถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) มีค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.0 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .87

2. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง ได้แก่ คู่มือการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสำหรับพยาบาล คู่มือการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย แบบประเมินจิตวิญญาณเชิงพุทธ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ ตั้งแต่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) จนถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) มีค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .86 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .85 และแบบบันทึกการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยตามโปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธ

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

โครงร่างวิทยานิพนธ์ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และผู้อำนวยการโรงพยาบาล เมื่อวันที่ 11 ตุลาคม พ.ศ. 2554

การดำเนินการทดลอง

ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยเริ่มดำเนินโปรแกรมในวันที่ 1 หรือ 2 ที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการ ดำเนินกิจกรรมทุก 2 วัน รวมทั้งหมดจำนวน 7 ครั้ง ครั้งละ 20-30 นาที เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ ในระยะที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลก่อนครบกำหนดตามโปรแกรมฯ ได้ดำเนินการต่อโดยการเยี่ยมบ้านจนครบตามโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธ ซึ่งมีขั้นตอนดำเนินการ ดังนี้

ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ โดยผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยและครอบครัว แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย โดยใช้คู่มือการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธ บันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณก่อนดำเนินกิจกรรม

ครั้งที่ 2 ประเมินด้านจิตวิญญาณ โดยผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วย ประเมินด้านจิตวิญญาณ โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลทางด้านจิตวิญญาณ และแบบประเมินจิตวิญญาณเชิงพุทธ เพื่อเป็นพื้นฐานในการให้คำแนะนำผู้ป่วยในเรื่องของจิตวิญญาณ จากนั้นสรุปชี้แจงผลการประเมินที่ได้

ครั้งที่ 3 เตรียมใจให้พร้อมก่อนเดินทางไกล โดยผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วย อธิบายทำความเข้าใจเกี่ยวกับสถานะของโรค อาการที่เป็นอยู่ในขณะนี้ ร่วมกับแพทย์ผู้รักษาและครอบครัว จากนั้นประชุมร่วมกันกับทีมแพทย์และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเพื่อวางแผนในการดูแลรักษาพยาบาลร่วมกัน

ครั้งที่ 4 ส่งเสริมความเชื่อ ความศรัทธา และความพึงพอใจในสิ่งที่นับถือ ช่วยให้จิตใจจดจ่อกับสิ่งดีงาม โดยผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม



แนวทางตามหลักศาสนาของตนเอง จากนั้นส่งเสริมความพึงพอใจในสิ่งที่นับถือ ความรู้สึกได้รับการคุ้มครองจากสิ่งที่เคารพ ช่วยให้จิตใจจดจ่อกับสิ่งที่ตั้งงาม น้อมจิตให้ระลึกถึงและมีศรัทธามั่นในพระรัตนตรัย ยกย่องคุณความดี ความภูมิใจในความดีที่กระทำมา และนัดหมายกับครอบครัวของผู้ป่วยในการรวบรวมสมาชิกในครอบครัวให้ได้มากที่สุดในการครั้งต่อไป

ครั้งที่ 5 ช่วยปลดเปลื้องสิ่งที่ค้างคาใจ และการปล่อยวางสิ่งต่างๆ โดยผู้วิจัยนัดหมายกับครอบครัวของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเป็นส่วนตัวในการเขียนความในใจ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเปิดใจ กล่าวคำให้อภัย ขออโหสิกรรมต่อกัน รวมทั้งการหาทางช่วยเหลือในการทำภารกิจที่ค้างคาของผู้ป่วยให้สำเร็จร่วมกับครอบครัว

ครั้งที่ 6 ส่งเสริมการปฏิบัติตามหลักความเชื่อทางศาสนา เอื้อให้ประกอบพิธีตามความเหมาะสม จัดห้องสร้างบรรยากาศแห่งความสงบ โดยใช้น้ำมันหอมระเหยกลิ่นที่ผู้ป่วยชอบ เปิดเพลงบรรเลงหรือบทสวดมนต์เบาๆ และน้อมจิตให้สงบ รวมทั้งการกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติสมาธิโดยให้จิตยึดเหนี่ยวกับลมหายใจ และอาจนินต์พระสงฆ์มาประกอบพิธีกรรมทางศาสนา ทำบุญ ตามแต่ที่ผู้ป่วยต้องการ

ครั้งที่ 7 สนับสนุนให้ครอบครัววางแผนร่วมกับผู้ป่วยในเรื่องการจัดการเมื่ออยู่ในวาระสุดท้าย โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัววางแผนร่วมกันในเรื่องการจัดการเมื่อป่วยหนักและการจัดการเมื่อเสียชีวิต ให้คำแนะนำในเรื่องเกี่ยวกับการทำหนังสือแสดงเจตนา (Living will)

ประเมินผลการทดลอง โดยประเมินความผูกพันทางจิตวิญญาณภายหลังการดำเนินโปรแกรมในครั้งที่ 4 และ 7 โดยใช้แบบประเมินความผูกพันทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อเป็นข้อมูลเปรียบเทียบกับความผูกพันทางจิตวิญญาณก่อนดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมฯ และประเมินการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างโดยการ

สัมภาษณ์และ / หรือเขียนบรรยายในคู่มือโปรแกรมฯ ในแต่ละครั้งที่เสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรมในเรื่องความรู้สึกหลังเข้าร่วมกิจกรรม และข้อเสนอแนะรวมทั้งสอบถามครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างในเรื่องของความรู้สึก ประโยชน์ที่ได้รับและข้อเสนอแนะ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยการหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความผูกพันทางจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่าง ก่อน ระหว่าง และหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA) และเปรียบเทียบความแปรปรวนระหว่างคะแนนความผูกพันทางจิตวิญญาณเป็นรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย 16 คน และเพศหญิง 14 คน อายุอยู่ระหว่าง 61-86 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี / สูงกว่า และมีอาชีพธุรกิจส่วนตัว / ค้าขาย มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน มากกว่า 500,000 บาท ในการรักษาพยาบาลมีการชำระค่าใช้จ่ายเอง และส่วนใหญ่มีบุตรหลานช่วยเหลือดูแล การวินิจฉัยโรคร่วมใหญ่เป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ รองลงมาเป็นมะเร็งปอด ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งประมาณ 1-8 ปี และระยะความรุนแรงของโรคร่วมใหญ่อยู่ในระยะที่ 3 ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวอื่นๆ นอกเหนือจากโรคมะเร็งอีก 1-2 โรค มีระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองร้อยละ 50-90 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยได้รับการรักษาโรคมะเร็งโดยการผ่าตัดและเคมีบำบัด และยังรับการรักษาต่อเนื่องโดยการรับประทานยาเคมีบำบัดเพื่อควบคุมการลุกลาม



ควบคู่ไปกับการรักษาแบบประคับประคอง ในด้านจิตวิญญาณกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความต้องการและเป้าหมายในชีวิตที่จะไม่ต้องทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บป่วย โดยมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ คือ ศาสนามีบุตรหลานและคู่สมรสเป็นแหล่งสร้างขวัญกำลังใจและส่วนใหญ่มีการปฏิบัติศาสนกิจโดยการทำบุญ

2. ความผาสุกทางจิตวิญญาณ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ เท่ากับ 2.31 ค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมฯ เท่ากับ 4.11 และหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมฯ เท่ากับ 4.47 เมื่อนำค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณทั้ง 3 ครั้ง มาเปรียบเทียบกันโดยใช้สถิติทดสอบการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตาราง

3. วิเคราะห์ข้อมูลโดยการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่าง ก่อน ระหว่าง และหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธ โดยการทดสอบค่าเฉลี่ยรายคู่ (Pairwise comparison) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมฯ (Mean difference = 1.79) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุก

ทางจิตวิญญาณก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมฯ (Mean difference = 2.16) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผล

ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธ มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผลการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Spiritual well-being) ในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นความรู้สึกส่วนลึกภายในจิตใจของผู้สูงอายุที่แสดงถึงสภาวะจิตใจที่สงบ เป็นสุข ยอมรับความจริง มีความเข้มแข็งในจิตใจ ฟังพอใจในสิ่งที่เป็นอย่างอยู่ และมีความรู้สึกมั่นใจถึงความสัมพันธ์กับสิ่งที่ตนศรัทธา ซึ่งผลจากการศึกษา พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ค่าเฉลี่ยของคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมเท่ากับ 2.31 นั่นคือ มีความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง เป็นความผาสุกทางจิตวิญญาณที่มีอยู่เดิมในตนเอง เป็นสิ่งที่เกิดจากการมีศาสนาเป็นที่ศรัทธา ยึดมั่น รวมถึงความเชื่อในการปฏิบัติตามหลักพุทธศาสนา ทั้งนี้ อาจ

ตาราง เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ก่อน ระหว่าง และหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธ (n = 30)

คะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณ	Mean	S.D.	F-test	p-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	2.31	.261		
ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมฯ	4.11	.266	833.363	.00
หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมฯ	4.47	.117		



เนื่องจากหลักคำสอนทางพุทธศาสนาสอนให้รู้จักกระทำแต่ความดี ละเว้นต่อการกระทำความผิดบาป รวมถึงพุทธศาสนิกชนส่วนใหญ่ได้รับการปลูกฝังตั้งแต่วัยเยาว์ให้มีความเชื่อในเรื่องของบุญ-ผลกรรมที่เกิดจากการกระทำ จึงทำให้มีความผาสุกทางจิตวิญญาณแค่ในระดับหนึ่ง แต่ในด้านของความผาสุกทางจิตวิญญาณในสิ่งที่เป็นอย่างนั้น เมื่อพิจารณาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งอาจเป็นเพราะมีความทุกข์ทรมานจากอาการทางกายที่เกิดจากการลุกลามของโรค ทำให้รู้สึกว่าการประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาเป็นสิ่งที่เลวร้ายทุกข์ทรมาน และทำให้ไม่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณ รวมถึงรู้สึกท้อแท้ หมดหวังในการมีชีวิตอยู่ และกลัวกับความทุกข์ทรมานหรือสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตข้างหน้า ผลการศึกษาที่สอดคล้องกับการศึกษาของ วิลลิสซัน ดันติตระกูล (2552) พบว่า ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย นั่นคือ เมื่อความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยมากขึ้น จะยังมีผลกระทบต่อจิตวิญญาณของผู้ป่วยมากขึ้น ความผาสุกทางจิตวิญญาณจึงอยู่ในระดับต่ำ และจากการศึกษาของ Highfield (1992) และ Taylor (2006) พบว่า ระยะเวลาของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็ง นั่นคือเมื่อระยะเวลาของการเจ็บป่วยมากขึ้น จะมีความต้องการด้านจิตวิญญาณมากขึ้น

ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมฯ ค่าเฉลี่ยของคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่างโดยรวม เท่ากับ 4.11 นั่นคือ มีความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูงมาก ซึ่งจะเห็นได้ว่าการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธทั้ง 4 ครั้งนั้น รูปแบบของกิจกรรมเน้นที่ตัวผู้ป่วยเป็นหลัก เมื่อดำเนินกิจกรรมต่อโดยให้ครอบครัวของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมจนเสร็จสิ้นโปรแกรมฯ จะเห็นได้ว่าค่าเฉลี่ย

ของคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่างโดยรวม เท่ากับ 4.47 ซึ่งเพิ่มขึ้น โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมฯ และหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมฯ มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อธิบายได้ว่า การดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธ มีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความผาสุกทางจิตวิญญาณเพิ่มขึ้น ซึ่งเกิดขึ้นได้จากการค้นพบความหมายของจิตวิญญาณจากประสบการณ์ความเจ็บป่วย (Finding spiritual meaning in the experience of illness) การที่จะค้นพบความหมายของจิตวิญญาณในตนเองของผู้ที่เจ็บป่วยระยะสุดท้ายได้นั้น สามารถทำได้โดยการจัดการกับปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบสำคัญของความผาสุกทางจิตวิญญาณประกอบด้วย

1. ความเชื่อส่วนบุคคล (Personal faith) ได้แก่ ความเชื่อในการดำรงอยู่ของศาสนา ความเชื่อมั่นในพลังที่ได้รับจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ความศรัทธาในความเชื่อของตน การได้รับการชี้แนะแนวทางตามหลักศาสนา และความสงบจากการเชื่อและยึดมั่นในสิ่งที่เชื่อ สิ่งที่ศรัทธา บุคคลที่มีความเชื่อ ความศรัทธาทางศาสนาจะยึดศาสนาเป็นที่พึ่งทางจิตใจ มีแรงจูงใจในการเจริญทางจิตวิญญาณ แสดงออกถึงความพอใจ ความเชื่อ ความศรัทธาที่สามารถส่งเสริมให้เกิดได้โดยการสร้างสัมพันธภาพ ให้ความเห็นอกเห็นใจ เป็นกิจกรรมหนึ่งที่มีส่วนทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความไว้วางใจซึ่งสามารถช่วยลดความกลัวที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้และทำให้เกิดความรักและความสัมพันธ์ (O' Brien, 2008) ซึ่งเป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ทุกคน มนุษย์จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัว ความสัมพันธ์ดังกล่าวมีอิทธิพลต่อพัฒนาการของบุคคลในหลายๆ ด้าน ทั้งด้านความคิดและความรู้สึก (Hall, 1997 อ้างถึงในทัศนีย์ ทองประทีป, 2552) สอดคล้องกับการศึกษาของ O' Brien (2006) พบว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับกำลังใจหรือความเอาใจใส่ในสภาวะที่ผู้ป่วย



ประสบอยู่ ไม่รู้สึกถูกทอดทิ้งหรือเป็นภาระก็จะนำไปสู่ความผาสุกทางจิตวิญญาณ รวมถึงบุคลากรทางสาธารณสุข เช่น แพทย์ พยาบาล และทีมสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยอย่างมากที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจต่อสู้กับโรคต่อไป (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544)

เมื่อเกิดความไม่ไว้วางใจและสัมพันธภาพที่ดีแล้ว จะทำให้สามารถประเมินด้านจิตวิญญาณ ความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรม การรับรู้ในเรื่องความเจ็บป่วยของแต่ละบุคคลนั้นได้ ซึ่งจะเป็นแนวทางในการค้นหาความหมายของชีวิตและการเจ็บป่วยได้ (meaning of life and illness) (O' Brien, 2006) เนื่องจากทำให้ทราบถึงความต้องการทางจิตวิญญาณของแต่ละบุคคล เมื่อพิจารณาจากข้อมูลด้านจิตวิญญาณ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความต้องการและเป้าหมายในชีวิตที่จะไม่ทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บป่วย และยังมีหวังที่จะรักษาให้หายจากโรคและอาการที่เป็นอยู่ โดยมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจที่แตกต่างกันออกไป ได้แก่ ศาสนา เครื่องราง วัตถุมงคล และครอบครัว รวมถึงมีบุตร/หลาน คู่สมรส และญาติพี่น้องเป็นแหล่งสร้างขวัญกำลังใจ รวมถึงมีการปฏิบัติศาสนกิจที่แตกต่างกันออกไปตามความเชื่อและความสะดวกในการปฏิบัติ ได้แก่ การทำบุญใส่บาตร/ทำสังฆทาน การสวดมนต์/ไหว้พระ จากข้อมูลที่ได้ พบว่า แต่ละบุคคลมีความต้องการทางจิตวิญญาณที่แตกต่างกันออกไป การให้ความสำคัญกับจิตวิญญาณ ประสบการณ์ การเจ็บป่วยในชีวิต จะช่วยโยงให้เห็นถึงปัญหาทางด้านจิตวิญญาณ ซึ่งจากการศึกษาของ ทิวาริณณ์ วัฒนาวัตถุ (2551) พบว่า การรับรู้ความรู้แรงของอาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณในระดับปานกลาง และการเข้าร่วมในการปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนาที่มากขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความต้องการด้านจิตวิญญาณมากขึ้น

นอกจากนี้ การให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงการดำเนินของโรคในปัจจุบันจากแพทย์หรือทีมสุขภาพ

เมื่อแพทย์บอกความจริงเกี่ยวกับโรคและการดำเนินของโรคแล้ว ส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกตกใจและวิตกกังวล แต่เป็นการเปิดโอกาสให้มีการเตรียมตัวและยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้นในอนาคต นอกจากนั้น การให้กลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้เกี่ยวกับเรื่องของการตาย กระบวนการเข้าสู่ภาวะสุดท้าย และชีวิตภายหลัง จากที่ร่างดับลงแล้ว เป็นสิ่งที่จะช่วยลดความวิตกกังวลและความกลัวลงได้ เพียงแต่ต้องให้เวลากับผู้สูงอายุในการคิดและไตร่ตรอง รวมทั้งต้องให้กำลังใจควบคู่ไปด้วย นอกเหนือจากการให้กำลังใจแล้วอาจใช้สิ่งที่ผู้สูงอายุใช้เป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ เช่น ศาสนา ความเชื่อ และการช่วยเหลือจากสังคมหรือครอบครัว จะเห็นได้ว่าการเตรียมตัวเพื่อเผชิญกับความตายนั้น มีความสำคัญต่อบุคคลในทุกวัฒนธรรม ตามความเชื่อของชาวพุทธ ต้องการมีสติหรือรู้ตัวก่อนตาย เพื่อจะได้รำลึกถึงคุณความดี กุศล หรือสวดมนต์ภาวนาเพื่อให้จิตสงบ ขณะที่จิตสงบจะมีสภาพจิตใจสะอาดปราศจากกิเลสหรือเครื่องเศร้าหมองต่างๆ สภาพจิตใจที่ติงามจะส่งผลให้ชีวิตที่จะไปเกิดใหม่นั้นได้เกิดในภพภูมิที่ดี (สุมานี นิยมมานนิตย์, 2552)

การส่งเสริมให้มีความศรัทธาในสิ่งที่ยึดถือ ความเชื่อมั่นในศาสนา และการสนับสนุนให้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนานั้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เมื่อต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลจะสวดมนต์ทุกวัน บางรายสวดบทสั้นๆ ขึ้นอยู่กับสภาพร่างกายและอาการเจ็บป่วยในขณะนั้น การส่งเสริมให้มีความศรัทธา ความเชื่อมั่น และสนับสนุนให้ปฏิบัตินั้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจที่เข้มแข็งกล้าที่จะเผชิญกับการพลัดพรากที่กำลังจะเกิดขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ นงเยาว์ กันทะมูล (2548) พบว่า ผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดมีคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณโดยรวมอยู่ในระดับสูง และผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดมีวิธีการปฏิบัติเพื่อช่วยให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ คือ ปฏิบัติตามหลักธรรมทางพุทธศาสนา

2. ความอึดเอิบใจในจิตวิญญาณ (Spiritual



contentment) ได้แก่ ความพึงพอใจในสิ่งที่นับถือ ความรู้สึกได้ใกล้ชิดกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ การปราศจากความกลัวในสิ่งที่เคารพ ความปรองดอง ความซื่อสัตย์ และความรู้สึกได้รับความคุ้มครองจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ สิ่งเหล่านี้สามารถส่งเสริมให้เกิดได้ ดังนี้

การส่งเสริมความพึงพอใจในสิ่งที่นับถือ ความรู้สึกได้รับการคุ้มครองจากสิ่งที่เคารพ ระลึกถึงศีลที่ปฏิบัติมา ยกย่องคุณความดีที่กระทำมา การทวนระลึกถึงความหลังหรือความทรงจำต่างๆ เนื่องจากการระลึกถึงศีล คุณความดีที่กระทำและความทรงจำที่ดีงามที่ผ่านเข้ามาในชีวิต นอกจากจะทำให้ทราบถึงสิ่งที่ยังไม่ได้ทำและต้องการจะทำแล้วยังทำให้เกิดความเป็นสุขทางใจ (O' Brien, 2008) สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดความหวัง เป็นความคาดหวังหรือเป้าหมายที่สำคัญในทางบวกของชีวิต การมีความหวังทำให้ชีวิตมีความสุข หรือเป็นพลังที่ทำให้บุคคลมีความพยายามที่จะก้าวไปสู่ความคาดหวัง เมื่อพิจารณาจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างอาจมีความหวังหลายอย่าง เช่น ความหวังเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตที่จะต้องปรับตัวหรือเตรียมตัวอย่างไร เพื่อให้อาการทุเลาลงหรือมีอาการดีขึ้น รวมทั้งความหวังเกี่ยวกับอนาคตเพื่อการเตรียมตัวตาย ทั้งนี้ การมีความหวังและกำลังใจในการดำเนินชีวิตจะส่งผลให้เกิดความเข้มแข็งอดทน ซึ่งเป็นปัจจัยภายในที่จะช่วยให้บุคคลสามารถป้องกันเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ตนรับรู้ว่ามีผลคุกคามต่อภาวะสุขภาพ และช่วยให้สามารถทนต่อความเครียดอันเนื่องมาจากการเผชิญกับภาวะเจ็บป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีภายใต้การเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยที่มากกระทบและสามารถใช้แหล่งประโยชน์ทางสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Pollock, 1989) ความเข้มแข็งอดทนไม่เพียงแต่ช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเท่านั้น แต่ยังพบว่ามีผลทำให้การดำเนินของโรคช้าลงด้วย (Nicholas & Webster, 1993) สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิวาริณณ์ วัฒนาวัตถุ (2551) พบว่าความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะ

สุดท้ายเป็นรายด้าน มีความต้องการสูงสุดในด้านการทบทวนความเชื่อ เนื่องจากเป็นความต้องการส่วนลึกที่เกี่ยวข้องกับตัวตนของตนเอง

การช่วยปลดปล่อยสิ่งที่ค้างคาใจ และการปล่อยวางสิ่งต่างๆ โดยนัยหมายกับครอบครัวของผู้ป่วยในเวลาที่ยาติ ลูกหลาน สามารถพร้อมกันได้มากที่สุด รวมถึงการเปิดโอกาสให้ขอโศกกรรมหรือให้อภัยต่อกัน อธิบายได้ว่า สิ่งเหล่านี้อาจทำให้ผู้ป่วยสามารถพิจารณาประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาทั้งเรื่องราวที่เป็นความสุข ความสมหวัง ความทุกข์ และ/หรือความผิดพลาดที่เกิดขึ้น ซึ่งสิ่งที่สำคัญคือ ความผิดพลาดที่เป็นความขัดแย้งระหว่างบุคคล บางครั้งบุคคลผู้ถูกกระทำอาจลืมหรือให้อภัยแล้วแต่ผู้กระทำยังคงเก็บไว้ในความทรงจำ ซึ่งเป็นสิ่งที่ยังก่อให้เกิดความทุกข์ทางจิตวิญญาณและทำให้ไม่อาจตายอย่างสงบได้ (ไพศาล วิสาโล, 2552) เมื่อผู้ป่วยได้มีโอกาสปล่อยวาง ยอมรับในสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นและได้อโหสิกรรมหรือให้อภัยต่อกัน รวมถึงการรับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกถูกทอดทิ้งหรือเป็นภาระก็จะนำไปสู่ความผาสุกทางจิตวิญญาณได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Walton & Sullivan (2004) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากมีการเยียวยาจิตวิญญาณโดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคมทำให้มีจิตใจที่เข้มแข็ง เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ

3. การปฏิบัติตามหลักศาสนา (Religious practice) ได้แก่ การสนับสนุนให้ปฏิบัติตามความเชื่อของชุมชน สนับสนุนให้มีเพื่อนที่มีจิตวิญญาณเดียวกัน ปฏิญาณตนในการปฏิบัติ และปฏิบัติตามคำสอนของศาสนา สิ่งเหล่านี้สามารถส่งเสริมได้ด้วยการส่งเสริมการปฏิบัติตามหลักความเชื่อทางศาสนา เอื้อให้ประกอบพิธีตามความเหมาะสม และสร้างบรรยากาศแห่งความสงบ เมื่อพิจารณาจากข้อมูลจะพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความศรัทธาเลื่อมใสในพระพุทธศาสนา มีความเชื่อในเรื่องการปฏิบัติตามหลักศาสนา เชื่อว่าการกระทำดีย่อมได้รับผลดี



ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า การทำบุญ (making merit) การประกอบพิธีกรรม (rite) และการสวดมนต์ (chanting) อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจที่เข้มแข็ง กล้าที่จะเผชิญกับความเจ็บปวด การพลัดพรากที่ กำลังจะเกิดขึ้น รวมถึงการเปิดเทพสวดมนต์ให้ผู้ป่วยฟัง การทำสมาธิ (meditation) หรือการปฏิบัติสมาธิ เป็นการทำให้จิตสงบจากกิเลสหรืออกุศล นับว่ามีความสำคัญมากในการปฏิบัติตามคำสอนของพุทธศาสนา เพราะถือว่าเป็นการสร้างกุศลจิตหรือการทำความดีขั้นสูง จิตที่สงบจะทำให้ผู้ป่วยได้รับพลังถึงกุศลความดีหรือประสบการณ์ชีวิตที่งดงาม การได้มีโอกาสทำบุญ ทำสมาธิ และปฏิบัติตามคำสอนของศาสนาจะช่วยทำให้จิตใจสบาย สงบ อาการของโรคเบาบางลง และทุกข์ทรมานน้อยลง สอดคล้องกับแนวคิดของ O' Brien (2008) กล่าวถึงปัจจัยหลักในการนำไปสู่ความผาสุกทางจิตวิญญาณ คือ การปฏิบัติกิจทางศาสนา เช่น การสักการบูชาพระ ศาสดา การสวดมนต์ การได้เข้าถึงสิ่งสูงสุดทางจิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิลสันลักษณะตันติตระกูล (2552) พบว่า การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

จากหลักฐานและเหตุผลสนับสนุนที่กล่าวมา จึงกล่าวได้ว่า การดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธ

สำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นการจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย มีความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยใช้แนวคิดความผาสุกทางจิตวิญญาณของ O' Brien (2008) ร่วมกับแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธของพระไพศาล วิสาโล (2552) มาประยุกต์ใช้ในการดูแล ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสงบ คลายความทุกข์และเกิดความสุขในจิตใจ มีกำลังใจ และสามารถเพิ่มความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

องค์ความรู้ดังกล่าวสามารถนำไปใช้ในการจัดระบบ ออกแบบกระบวนการที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยระยะสุดท้ายในสถานพยาบาลระดับตติยภูมิ รวมถึงการจัดการเพื่อสนับสนุนบุคลากรทางการแพทย์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติ เครื่องมือ หรือโปรแกรมต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีในวาระสุดท้ายของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย มีความทุกข์ทรมานน้อยลง พร้อมทั้งจะยอมรับความเป็นจริงของชีวิต ดังนั้น พยาบาลควรมีบทบาทในเชิงรุกมากขึ้นในด้านการดูแลทางจิตวิญญาณให้กับผู้ป่วยระยะสุดท้าย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- จินต์จุฑา รอดพาล. (2549). *การตายดี: มุมมองผู้สูงอายุไทยพุทธ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศาสตร สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ณฤดี กิจทวี. (2552). *ประสบการณ์ด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา

จิตวิทยาการปรึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2552). *พยาบาล: เพื่อนร่วมทุกข์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: วี พรินท์.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2552). *จิตวิญญาณ: มิติหนึ่งของการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: วี พรินท์.
- นงเยาว์ กันทะมูล. (2546). *ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศาสตร สาขาวิชาการ



- พยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุปผา ซอบใช้. (2536). *ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พินิจ รัตนกุล. (2547). จริยธรรมและการดูแลในผู้ป่วยมะเร็ง. *วารสารเกื้อการุณย์*, 11(2), 12-15.
- ไพศาล วิสาโล. (2552). การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธ. ในไพศาล ลี้มสถิต และอภิราชย์ ชันธิเสน (บรรณาธิการ), *ก่อนวันพลัดใบ หนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวาระสุดท้าย*. พิมพ์ครั้งที่ 2. หน้า 27-48. กรุงเทพฯ: เอมี่ เอนเตอร์ไพรส์.
- วิจิตรา กุสุมภ์. (2551). *การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต: แบบองค์รวม*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สหประชาพานิชย์.
- สุมานี นิมนานนิตย์. (2552). ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะใกล้ตาย. ในไพศาล ลี้มสถิต และอภิราชย์ ชันธิเสน (บรรณาธิการ), *ก่อนวันพลัดใบ หนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวาระสุดท้าย*. พิมพ์ครั้งที่ 2. หน้า 14-25. กรุงเทพฯ: เอมี่ เอนเตอร์ไพรส์.
- ภาษาอังกฤษ**
- Albers, G., Echteld, M.A., Vet, H.C. et al. (2010). Content and spiritual items of quality-of-life instruments appropriate for use in palliative care: Review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 40(2), 290-300.
- Duggleby, W.D., Degner, L., Williams, A. et al. (2007). Living with hope: Initial evaluation of a psychosocial hope intervention for older palliative home care patient. *Journal of Pain and Symptom Management*, 33(3), 247-257.
- Guthrie, A.E. & Mazanec, P. (2004). Cancer. In M.L. Sherman & D.W. Matzo (Eds.), *Gerontologic palliative care nursing*, pp. 190-211. St. Louis: Mosby.
- Higginson, I.J., & Costantini, M. (2008). Dying with cancer, living well with advance cancer. *European Journal of Cancer*, 44, 1414- 1424.
- Jocham, H.R., Dassen, T., Widdershoven, G., Halfens, R.J. et.al. (2009). Quality of life assessment in a palliative care setting in Germany: An outcome evaluation. *International Journal of Palliative Care Nursing*, 15 (7), 338-345.
- National Cancer Institute. (2010). *Hospital-based cancer registry 2009*. National Cancer Institute, Department of medical services ministry of public health. Bangkok: National Cancer Institute.
- Nicolas, P.K., & Webster, A. (1993) Hardiness and social support in human immunodeficiency virus. *Applied Nursing Research*, 6(3), 132-136.
- O' Brien, M.E. (2006). Parish nursing: Meeting spiritual needs of elders near the end of life. *Journal of Christian Nursing*, 23(1), 28-33.
- O' Brien, M.E. (2008). *Spiritual in nursing: Standing on holy ground*, (3rd ed.). Massa-



- chusetts: Jones and Bartlett publishers.
- Paloutzian, R.F., & Ellison, C.W. (1982). Loneliness, spiritual well being and quality of life. In L. A Peplau, D. Perlmen (Eds.), *Loneliness, a source book of current therapy, research and therapy*. New York: Wiley Interscience.
- Pasetto, L.M., Falci, C., Compostella, A. et al. (2007). Quality of life in elderly cancer patients. *European Journal of Cancer*, 43, 1508-1513.
- Pollock, S.E. (1989). The hardiness characteristic: A motivating factor in adaptation. *Advance in Nursing Science*, 11(2), 53-62.
- Sellers, S.C., & Haag, B.A. (1998). Spiritual nursing interventions. *Journal of Holistic in Nursing*, 16(3), 338-354.
- Taylor, E.J. (2006). Prevalence and associated factors of spiritual needs among patients with cancer and family caregivers. *Oncology Nursing Forum*, 33(4), 729-735.
- Tsai, J., Wu, C., Chiu, T. et al. (2005). Fear of death and good death among the young and elderly with terminal cancers in Taiwan. *Journal of Pain and Symptom Management*, 29(4), 344-351.
- World Health Organization. (2010). *World cancer day 2010*. WHO: Cancer. Retrieved From <http://www.who.int/cancer/en/>[July 2010].
- Yao, C.A., Hu, W.Y., Lai, Y.F. et al. (2007). Dose dying at home influence the good death of terminal cancer patient. *Journal of Pain and Symptom Management*, 34(5), 497-504.



The Effect of Buddhist Spiritual Care on Spiritual Well-being of End Stage Cancer Elderly Patients

Punnatorn Rattaniil*, and Jiraporn Kespichayawattana**

Abstract

Purpose: To examine the effect of Buddhist spiritual care on spiritual well-being of end stage cancer elderly patients.

Design: Quasi-experimental research using a one-group time series design.

Methods: The subjects were 30 elderly patients with end stage cancer admitted in a private hospital in Bangkok who met the inclusion criteria. The intervention was the Buddhist spiritual care guideline. It was held every 2 days, 20-30 min/sessions over a period of 2 weeks. Data were collected using the spiritual well-being assessment scale. Its Cronbach's alpha coefficient was .87. Analysis of variance (ANOVA) with repeated measures and pairwise comparison were used for data analysis.

Findings: The mean scores of spiritual well-being after completing the Buddhist spiritual care and during participating in the intervention were significantly higher than before participating in the intervention ($p < .05$).

Keywords: Buddhist spiritual care /Spiritual well being /End stage cancer elderly patients

* Student in master of nursing science program faculty of nursing Chulalongkorn University.

**Corresponding author, Faculty of nursing Chulalongkorn University, Borommaratchachonnani Srisataphat Building, Rama1 Road, Pathumwan, Bangkok 10330, Thailand. Email: Jiraporn.Ke@Chula.ac.th