

ความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวช  
ระยะลุกลาม ในโรงพยาบาล

Spiritual Well-Being of Family Caregivers of Hospitalized  
Patients with Advanced Gynecological Cancer

สมพร ปานผดุง<sup>1\*</sup>, กิตติกร นิลมานัต<sup>2</sup> และลัพณา กิจรุ่งโรจน์<sup>3</sup>

Somporn Panphadung<sup>1\*</sup>, Kittikorn Nilmanut<sup>2</sup> and Luppana Kitrungrrote<sup>3</sup>

<sup>1</sup> นักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

<sup>2</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

<sup>3</sup> อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Abstract

This descriptive cross-sectional study aimed to describe spiritual well-being of family caregivers of hospitalized patients with advanced gynecological cancer. The eastern-spiritual well-being concept was used to guide the study. A total of 45 family caregivers of hospitalized patients with advanced gynecological cancer were recruited from a tertiary hospital, southern Thailand. Participants completed a set of questionnaires, including Patient and Caregiver Demographic Data Form and the Spiritual Well-Being Questionnaire, which was developed by the researcher based on the eastern spiritual well-being concept. The content validity of all instruments was examined by three experts. The reliability of Spiritual Well-being Questionnaire was tested yielding (Cronbach's alpha coefficient) of .90. The data were analyzed using frequency, mean and standard deviation. The results found that the mean total score on family caregiver's spiritual well-being were at a moderate level (M = 120.53, SD = 13.71)

The study indicated that family caregivers of hospitalized patients with advanced gynecological cancer need spiritual well-being enhancement for family caregiver spiritual well-being and capability in patient care for quality of patient's life.

**Keyword:** *Spiritual well-being, Family caregiver, Advanced gynecologic cancer*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามในโรงพยาบาล ตามแนวคิดความผาสุกทางจิตวิญญาณด้านตะวันออก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับ ตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ จำนวน 45 ราย ซึ่งได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและผู้ป่วย 2) แบบ

ประเมินความผาสูกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลาม โดยผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวคิดความผาสูกทางจิตวิญญาณด้านตะวันออก เครื่องมือทั้งหมดได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความผาสูกทางจิตวิญญาณด้วยวิธีการทดสอบความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) และได้ระดับ ความเชื่อมั่นเท่ากับ .90 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการทดสอบข้อมูลทั่วไปและคะแนนความผาสูกทางจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามในโรงพยาบาลมีระดับคะแนนเฉลี่ยความผาสูกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 120.53, SD = 13.71$ )

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามมีความต้องการการส่งเสริมความผาสูกทางจิตวิญญาณ เพื่อความผาสูกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแล และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

### บทนำ

โรคมะเร็งทางนรีเวชพบได้บ่อยในสตรีทั่วโลกและในประเทศไทย (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2551) จากรายงานสถิติประจำปีของหน่วยมะเร็ง โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 - 2551 มีอัตราการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชรายใหม่ประมาณร้อยละ 8 - 12 ของทุกปี (Tasanapitak, 2009) โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มักเข้ารับบริการสุขภาพเมื่อเข้าสู่ระยะลุกลาม (นภนิศ รัตนภาสุ, 2550; Tasanapitak, 2009) ส่งผลให้โอกาสของการเสียชีวิตในระยะ 5 ปี สูงขึ้น (พวงแก้ว พรหมรส, 2549) การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลาม นอกจากคุกคามชีวิตของผู้ป่วยแล้ว ยังส่งผลให้เกิดความไม่สมดุลภายในครอบครัวของผู้ป่วย (Kim, 2007) และมีผลกระทบอย่างมากต่อญาติผู้ดูแล (รวี เตื่อนดาว, 2547;) เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามโดยบุคคลในครอบครัว ถือเป็นภาระที่หนักสำหรับญาติผู้ดูแล เนื่องจากญาติผู้ดูแลเกือบทั้งหมดไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งมาก่อน ทำให้ญาติผู้ดูแลต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี (ศิริวรรณ วรรณศิริ, 2548) ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของญาติผู้ดูแลทั้งปัญหาด้านสุขภาพร่างกาย (ชูชื่น ชิวพูนผล, 2541) ด้านจิตใจ (สิริรัตน์ สมัครสมาน, 2550) เศรษฐกิจ สังคม และจิตวิญญาณ (Boston & Mount, 2006) ซึ่งเป็นความทุกข์ทรมานในทุกข์มิตยิ่งกว่าผู้ป่วย (Lorraine, 2005) สถานการณ์ดังกล่าวส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีความต้องการความช่วยเหลือในการประคับประคองจิตใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ (รวี เตื่อนดาว, 2547; ศิริวรรณ วรรณศิริ, 2548)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับญาติผู้ดูแล พบว่า การช่วยเหลือญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่เป็นการให้คำปรึกษาและฝึกทักษะ เพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระ และให้ความมั่นใจแก่ญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย (Caress, 2009) ส่วนการดูแลด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งยังอยู่ในระดับต่ำ (วรรณวรรณ ผาโคตร, 2548) ในขณะที่ญาติผู้ดูแลมีความต้องการประคับประคองในการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง (ศิริวรรณ วรรณศิริ, 2548) เนื่องจากพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามและระยะสุดท้ายส่วนใหญ่ ยังขาดความเข้าใจถึงความต้องการและการดูแลด้านจิตวิญญาณสำหรับญาติผู้ดูแล (Hsieh, 2007; Tiew, Creedy, & Chan, 2012)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงความผาสูกทางจิตวิญญาณ ในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลาม เพื่อสามารถนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนให้การช่วยเหลือญาติผู้ดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ดำเนิน

ชีวิตต่อไปอย่างมีความหมายและมีเป้าหมายในชีวิต ด้วยความผาสุกทางจิตวิญญาณและคงความสามารถในการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามในโรงพยาบาล

### แนวคิด ทฤษฎี กรอบแนวคิด

#### กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาถึงความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามในโรงพยาบาล ตามแนวคิดความผาสุกทางจิตวิญญาณด้านตะวันออก (ตันสนีย์ เสถียรสุด, 2543; ประเวศ วัฒนา, 2543) ซึ่งเป็นลักษณะภายในของบุคคลที่แสดงออกเมื่อมีประสบการณ์ที่สมบูรณ์ในตนเอง เป็นพลังและแรงขับสูงสุดของชีวิต ทำให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้เป็นอย่างดี ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ 1) ความสุขสงบ จากการทำความดี เป็นความรู้สึกเป็นบุญ อิ่มบุญ เป็นภาวะลื่นไหลของความทุกข์ ที่บิบบันทางกาย จิต สังคม 2) ความเบิกบานในการทำหน้าที่และการใช้ชีวิต เป็นการเรียนรู้ตื่นและเบิกบานใน ทุกอย่างก้าวและทุกขณะที่ทำหน้าที่รู้เท่าทัน ไม่ประมาทหรือขาดสติมีสติปัญญาในการเข้าใจและแก้ปัญหาได้ดี และ 3) การมีสมาธิ สติ และปัญญา เป็นความตื่นตัวต่อหน้าที่ มีความพร้อมอยู่เสมอในการรับรู้ต่อสิ่งต่างๆ ที่เข้ามาเกี่ยวข้องและตระหนักได้ว่าควรปฏิบัติต่อสิ่งนั้นๆ อย่างไร

#### วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวช กลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติผู้ดูแลผู้หลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยนรีเวชในโรงพยาบาลจำนวน 45 ราย โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้ คือ 1) เป็นสมาชิกในครอบครัว และทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามอย่างน้อย 1 เดือน 2) นับถือศาสนาพุทธ และมีอายุ 17 ปีขึ้นไป 3) สติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และ 4) รับทราบถึงข้อวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย และญาติผู้ดูแล 2) แบบประเมินความความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแล ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณของนงเยาว์ กันทะมุล (2546) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง โดยผู้วิจัยดัดแปลงภาษาให้สอดคล้องกับญาติผู้ดูแล ซึ่งมีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .86 และมีการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง เท่ากับ .87 แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ ซึ่งครอบคลุมแนวคิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความสุข ความสงบที่เกิดจากความดี ประกอบด้วยคำถาม 9 ข้อ 2) ความเบิกบานกับการทำหน้าที่และการใช้ชีวิต ประกอบด้วยคำถาม 15 ข้อ และ 3) การมีสติ สมาธิ ปัญญา ประกอบด้วยคำถาม 12 ข้อ ตามลำดับลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มากปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด เครื่องมือได้ถูกตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามในโรงพยาบาล การตรวจสอบหาความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .90

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยการทำหนังสือขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรมจาก คณะกรรมการจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตร์ และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เมื่อได้รับการอนุมัติ จึงทำเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษา ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาดำเนินการศึกษาให้กับ กลุ่มตัวอย่างทราบ พร้อมชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษา โดยไม่มีผลกระทบต่อ การได้รับการบริการใดๆ ทั้งสิ้น ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอใน ภาพรวม ของผลการศึกษาเท่านั้น ผู้ศึกษา จึงให้ลงชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

### ผลการวิจัย

1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนิเวศระยะ กลุ่ลตามจำนวน 45 ราย ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงถึง ร้อยละ 80 มีอายุระหว่าง 17-73 ปี มีอายุเฉลี่ย 49.44 ปี ( $SD = 12$ ) และมีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 64.4 มีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีร้อยละ 28.8 ระดับมัธยมศึกษา และ ประถมศึกษาร้อยละ 26.6 ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอและมีเงินเก็บร้อยละ 75.5 และมีสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยอยู่ในระดับ ดีร้อยละ 95.5 มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็นบุตรที่ดูแลมารดาร้อยละ 53.3 เป็นพี่น้องร้อยละ 15.6 และเป็นมารดาที่ดูแล บุตรร้อยละ 13.3 ตามลำดับกลุ่มตัวอย่างรับรู้การวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยจากแพทย์ผู้ดูแลทั้งหมดร้อยละ 100 กลุ่มตัวอย่าง มีการปฏิบัติกิจทางศาสนาอยู่ในระดับปานกลางไปทำบุญที่วัดในวันสำคัญทางศาสนา ไปวัดเพื่อทำบุญในวันพระเป็น บางครั้ง ร้อยละ 77.7

#### 2) ผลการวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยรวมอยู่ในระดับปาน กลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 120.53 ( $SD = 13.71$ ) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณ ด้านความสุข สงบ จากการทำความดีมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 33.47 ( $SD = 4.25$ ) รองลงมา คือ ความผาสุกทางจิตวิญญาณด้านความเบิกบานในการทำหน้าที่และการใช้ชีวิต โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 48.89 ( $SD = 5.63$ ) และพบว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณด้านการมีสมาธิ สติและปัญญา มีคะแนนต่ำสุด โดยมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 38.18 ( $SD = 5.39$ ) ซึ่งคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณทั้งสามด้านของกลุ่มตัวอย่างเป็นคะแนนที่อยู่ใน ระดับปานกลาง (ตาราง 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับ คะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่างแต่ละด้าน และโดยรวม

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ	range	min	max	M	SD	ระดับ
1) ด้านความสุขสงบ จากการทำความดี มีพรหมวิหารสี่	9-45	27	42	33.47	4.25	ปานกลาง
2) ด้านการเบิกบานในการทำหน้าที่ และการใช้ชีวิต	15-75	39	61	48.89	5.63	ปานกลาง
3) ด้านการมีสมาธิ สติ และปัญญา	12-60	29	52	38.18	5.39	ปานกลาง
ความผาสุกทางจิตวิญญาณโดยรวม	36-180	98	155	120.53	13.71	ปานกลาง

### การอภิปรายผล

ผลการศึกษาวิจัยนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังทางนรีเวชระยะลุกลามได้รับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยในทุกมิติ ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณ ดังกล่าวข้างต้น ส่งผลให้มีความสุขสงบที่เกิดจากการทำดี ซึ่งถือเป็นความผาสุกทางจิตวิญญาณด้านที่หนึ่งถูกกระทบเนื่องจากการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังส่วนใหญ่พบว่า ญาติผู้ดูแลมักไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยและใช้เวลาเกือบ 24 ชม.ต่อวันในการดูแล (ชูชื่น ชิวพูนผล, 2541) ถือเป็นบทบาทภาระหน้าที่เกิน ซึ่งภาระในการดูแลส่งผลให้ญาติผู้ดูแลเริ่มเหนื่อยล้า ท้อแท้ เริ่มมีคำถามเกี่ยวกับตนเอง ด้านสุขภาพ หน้าที่การงาน และความเป็นส่วนตัว เป็นต้น ส่งผลให้เกิดความเครียด วิตกกังวล นอกจากนี้ ญาติผู้ดูแลเป็นผู้ที่รับรู้ปฏิกิริยาของผู้ป่วยและต้องเผชิญกับสภาพอารมณ์ของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงได้ง่าย อีกทั้งญาติผู้ดูแลยังถูกคาดหวังจากญาติในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย และต้องรองรับอารมณ์ความไม่เข้าใจถึงสถานการณ์ที่ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้จากญาติในครอบครัว อีกทั้งการแสดงออกถึงความรู้สึกที่แท้จริงของญาติผู้ดูแล ยังไม่สามารถระบายความรู้สึกได้ (Stajduhar, 2008) เนื่องจากกลัวผู้ป่วยเสียใจ ทำให้ญาติผู้ดูแลต้องเก็บกดความรู้สึกที่แท้จริงของตนไว้ ทำให้ต้องใช้ความพยายามและความอดทนอย่างมากในการดูแลผู้ป่วย มักเป็นความยากลำบากในการจัดการความรู้สึกที่เกิดขึ้น (Lorraine, 2005) ในบางครั้งเมื่อความอดทนถึงที่สุด ญาติผู้ดูแลมักมีการแสดงอารมณ์ที่รุนแรง ขัดแย้งกับผู้ป่วยและผู้อื่นได้ง่ายขึ้น ส่งผลให้มีความสุข ความสงบในจิตใจมีคะแนนอยู่ในระดับต่ำเท่ากับ 2.60 (SD= 1.28) ดังตารางที่ 2 สอดคล้องกับการศึกษาของชนัญญา กาสินพิลา (2550) ซึ่งพบว่าภาระการดูแลที่ผู้ดูแลรับรู้ว่าเป็นภาระและมีความยากลำบากมากที่สุดในการดูแลคือ การจัดการกับปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วย และจากงานวิจัยของชูชื่น ชิวพูนผล (2541) พบว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ใช้ความอดทนด้วยความเห็นใจในความไม่สุขสบายหรือความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและพยายามประคับประคองต่อปัญหาอารมณ์ และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วย จนบางครั้งแทบทนไม่ไหว

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามของกลุ่มตัวอย่างจำแนกเป็นรายข้อ ในด้านที่ 1 (N=45)

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ	M	SD	ระดับ
ท่านรู้สึกจิตใจว้าวุ่น ไม่มีความสงบในจิตใจตั้งแต่เริ่มให้การดูแลผู้ป่วย	2.60	1.28	ต่ำ
ท่านรู้สึกทำจิตใจให้มันคงได้เมื่อเห็นผู้ป่วยมีความทุกข์ถึงแม้ท่านไม่สามารถช่วยเหลือได้	2.75	1.15	ต่ำ
ท่านมีความสุขเมื่อได้ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยพ้นทุกข์	4.26	0.57	สูง
ท่านรู้สึกพร้อมที่จะอภัยให้ผู้ป่วยถึงแม้มีเหตุการณ์ที่ทำให้ท่านเสียใจ	4.13	0.62	สูง

อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างยังมีความสุขเมื่อได้ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยพ้นทุกข์และพร้อมที่จะอภัยให้ผู้ป่วยถึงแม้มีเหตุการณ์ที่ทำให้ญาติผู้ดูแลเสียใจ ซึ่งมีคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูงมีคะแนนเท่ากับ 4.26 ( $SD = .57$ ) และ 4.13 ( $SD = .62$ ) ดังตารางที่ 2 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของวิภา วิเสโส (2545) พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งมีวิถีจัดการกับการเปลี่ยนแปลงจากการดูแลผู้ป่วยด้วยการระลึกถึงความดี ประสบการณ์ที่ดีที่เคยทำร่วมกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล และการให้กำลังใจกันและกันทำให้เกิดความเข้าใจ การให้อภัย และมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยต่อไป และจากการศึกษาเชิงวิเคราะห์พรหมวิหารสี่ ของพระมหาสุทธีชัย (2546) พบว่า พรหมวิหารสี่เป็นหลักธรรมที่เป็นคุณความดี ที่มนุษย์พึงยึดไว้ปฏิบัติต่อกันและกัน เพื่อความสงบ มีจิตใจที่เบิกบาน แจ่มใส และเป็นสุขและจากการศึกษาของ เนตรลาวัณย์ (2548) พบว่าสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวส่งผลให้ผู้ป่วยและคนในครอบครัวมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและมีความสุขทางจิตวิญญาณ

ความผาสุกทางจิตวิญญาณด้านที่สอง ความรู้สึกเบิกบานกับการทำหน้าที่และการใช้ชีวิต เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรงขึ้นถึงแม้ได้รับการรักษาอย่างเต็มที่แล้วก็ตาม สถานการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้ ญาติผู้ดูแลมักรู้สึกถึงการพลัดพราก สูญเสียบุคคลที่ตนรัก สูญเสียเป้าหมายในชีวิต รู้สึกท้อแท้และสิ้นหวัง จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างรู้สึกทุกข์ทรมานใจเมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรงขึ้นถึงแม้ได้รับการรักษาแล้ว รู้สึกล้มเหลวและผิดหวัง มีระดับคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับต่ำเท่ากับ 1.86 ( $SD = .91$ ), 2.71 ( $SD = 1.12$ ) ตามลำดับ ดังตาราง 3 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุนิสา สุขตระกูล (2544) พบว่าการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักหรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อตนเองจากการเจ็บป่วย การจากกันหรือการตาย เป็นการสูญเสียอย่างสมบูรณ์และถาวร ก่อให้เกิดความเศร้าโศกในสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย และการตอบสนองต่อการสูญเสีย จะแสดงออกด้วยความเงิบเหงา สิ้นหวัง ความรู้สึกผิด หรือความโกรธ เป็นต้น และสอดคล้องกับการศึกษาของวิภา วิเสโส (2545) พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งใช้เวลาดูแลผู้ป่วยจนลืมนอนใจตนเอง ไม่มีเวลาเป็นส่วนตัว ลืมนอนหลับ และวิตกกังวล กลัวการสูญเสียผู้ป่วย จนต้องหยุดทบทวนสถานการณ์และกำหนดเป้าหมายของชีวิต อย่างไรก็ตามญาติผู้ดูแลก็ยังมีความตั้งใจที่จะไม่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานไปมากกว่านี้ สอดคล้องกับพิรเทพ รุ่งคุณากร (2547) ได้กล่าวไว้ว่า การค้นพบความหมายของชีวิต สามารถยกระดับชีวิตมนุษย์ออกจากด้านลบของชีวิตได้ด้วยการค้นหาจากคุณค่าการสร้างสรรค์ คุณค่าประสบการณ์ และคุณค่าโลกทัศน์ซึ่งถือเป็นกุญแจสำคัญในการค้นพบความหมายของชีวิต โดยทัศนะทางบวก

ความหมายของชีวิตจะส่งผลให้ญาติผู้ดูแลสามารถเผชิญหน้ากับความทุกข์ ได้ถึงแม้จะไม่สามารถเปลี่ยนแปลงสถานการณ์นั้นได้ก็ตาม

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังทางนรีเวชระยะลุกลามของกลุ่มตัวอย่างจำแนกเป็นรายข้อคำถามที่ 2 (N=45)

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ท่านรู้สึกทุกข์ทรมานใจเมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรงขึ้นถึงแม้ได้รับการรักษาแล้ว	1.86	0.91	ต่ำมาก
ท่านรู้สึกว่าชีวิตนี้มีแต่ความทุกข์ ล้มเหลวและผิดหวังหลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษา	2.71	1.12	ต่ำ
ท่านรู้สึกอยากดูแลผู้ป่วยด้วยตั้งใจไม่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานมากกว่านี้	4.24	0.48	สูง

ความผาสุกทางจิตวิญญาณด้านที่ 3 การมี สมาธิ สติ และปัญญา จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างรู้สึกเกิดความกลัวมากทุกครั้งเมื่อนึกถึงการต้องพลัดพรากจากผู้ป่วย และความรู้สึกพร้อมที่จะเผชิญกับความทุกข์สูญเสียมีคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับต่ำเท่ากับ 2.02 (SD= .91) และ 2.82 (SD=.93) ตามลำดับ ดังตารางที่ 4 เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเรื้อรังทางนรีเวชระยะลุกลามเป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วยและความไม่แน่นอนจากภาวะของโรคและผลของการรักษา ทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกกลัวการสูญเสียสิ่งที่มีคุณค่า หรือการสูญเสียบุคคลที่ตนรัก มักรู้สึกสับสน ทำอะไรไม่ถูก (Boston & Mount, 2006) ทำให้ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ของตนเองของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลางเท่ากับ 3.33 (SD= .89) ดังตารางที่ 4 สอดคล้องกับงานวิจัยของซูซัน ชิวพูนผล (2541) ซึ่งพบว่า ญาติผู้ดูแลใช้ความอดทนต่อปัญหา อารมณ์ พฤติกรรมของผู้ป่วย และความไม่เข้าใจของญาติในครอบครัวต่อผลการรักษาดูแลผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลถูกกดดันจนแทบควบคุมสติไม่ได้ แต่อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกว่ามีจิตใจที่เข้มแข็ง มีกำลังใจ หลังการฝึกสมาธิ และรู้สึกมีความสุขเมื่อสวดมนต์ ไหว้พระ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของกาญจนา สังข์สิงห์ (2547) พบว่า การสวดมนต์ ทำสมาธิ ช่วยปรับสมดุลของร่างกายและจิตใจ ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเกิดปัญญารับรู้ตามความเป็นจริงไม่ปรุงแต่ง รู้เท่าทันเหตุการณ์ และทำให้การดำเนินชีวิตดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเกษตะวัน นาคคี (2544) พบว่า การปฏิบัติธรรมทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงด้านจิตวิญญาณ มีจิตใจที่เป็นสุข มีความรู้สึกดีกับชีวิตมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของอรรถสิทธิ์ สุนาโท (2548) พบว่า การฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ เป็นการเพิ่มเข่าวารมณ์ เป็นการบริหารจัดการอารมณ์ในการติดต่อสัมพันธ์ระหว่างตนกับคนอื่น ทำให้ผู้ฝึกมีคุณภาพชีวิตที่ดี และเพิ่มระดับสติได้ และการศึกษาของ ณรงค์ชัย ปัญญานนทชัย (2540) พบว่าการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ ส่งผลให้ผู้ฝึกสามารถพัฒนาประสิทธิภาพในการแก้ปัญหาได้ดี

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามของกลุ่มตัวอย่างจำแนกเป็นรายด้านที่ 3 (N=45)

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ท่านรู้สึกกลัวมากทุกครั้งที่นึกถึงการต้องพลัดพรากจากผู้ป่วย	2.02	0.91	ต่ำ
ท่านรู้สึกพร้อมที่จะเผชิญกับความรู้สึกสูญเสียได้ทุกขณะ	2.82	0.93	ต่ำ
ท่านรู้สึกสามารถควบคุมอารมณ์ได้และรู้ตัวว่าจะคิดพูดและทำอะไร	3.33	0.89	ปานกลาง
ท่านรู้สึกว่าจิตใจที่เข้มแข็ง มีกำลังใจหลังการฝึกสมาธิ	3.31	0.63	ปานกลาง
ท่านยอมรับและเข้าใจว่าเกิดแก่เจ็บตายเป็นเรื่องธรรมดาของชีวิต	3.33	0.67	ปานกลาง

### ข้อเสนอแนะ

ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามส่งผลให้ญาติผู้ดูแลเปรียบเสมือนผู้ป่วยซ่อนเร้น (Lorraine, 2005) ซึ่งอาจนำไปสู่การเจ็บป่วยที่รุนแรงมากขึ้นหากไม่ได้รับการดูแลที่ดีในการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแล พยาบาลควรให้การดูแลโดย 1) พยาบาลควรสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับญาติผู้ดูแล สร้างความไว้วางใจ ความเชื่อมั่นในการให้ความช่วยเหลือ และให้การช่วยเหลือด้วยความเอื้ออาทรอย่างจริงใจ เปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบ พยาบาลรับฟังอย่างตั้งใจ เข้าอกเข้าใจและยอมรับญาติผู้ดูแลทั้งทางบวกและทางลบ ค้นหาความต้องการจากการบอกเล่าประสบการณ์ที่มีคุณค่าในใจจากสิ่งที่คุณค่าที่สุดในชีวิต และสะท้อนคิดความหมายและเป้าหมายของชีวิตของญาติผู้ดูแล เพื่อความเบิกบานในการทำหน้าที่และการใช้ชีวิต 2) ส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย ให้การดูแลผู้ป่วยยึดมั่นในหลักการทำความดีด้วยหลักของศีล การคิดดี พูดดี และกระทำดีต่อผู้ป่วย ด้วยความรัก ความปรารถนาดีต่อกัน ช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นทุกข์ และวางใจเป็นกลางเมื่อมีเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยทำให้เสียใจ หรือเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้ถึงแม้ผู้ป่วยจะได้รับการช่วยเหลืออย่างเต็มที่แล้วก็ตาม ด้วยหลักของพรหมวิหารสี่ คือ เมตตา กรุณา มุทิตาและอุเบกขา เป็นหลักธรรมและคุณธรรมอันดีงาม ที่ทำให้จิตใจเป็นกุศล มีความเบิกบาน แจ่มใส และเป็นสุขเพื่อความสงบจากการทำความดี 3) จัดให้ญาติผู้ดูแลได้มีการสวดมนต์ไหว้พระ ฝึกการทำสมาธิโดยเฉพาะอย่างยิ่งสมาธิแบบอานาปานสติซึ่งถือว่าสะดวกและง่ายต่อการปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีอารมณ์ที่เยือกเย็น มั่นคง มีสติที่จะใช้ความคิดอย่างมีเหตุ มีผล และมีวิจารณ์ญาณ เพื่อการมีสมาธิ สติ ปัญญา และ 4) ส่งเสริมการอภิปรายและสะท้อนคิดให้เกิดปัญญาในการเข้าใจธรรมชาติของชีวิตในเรื่องการเกิด แก่ เจ็บป่วยและตาย มองเห็นหนทางในการดับทุกข์ตามหลักอริยสัจสี่ และมองเห็นสภาวะธรรมตามกฎแห่งไตรลักษณ์ ของการเกิดขึ้นตั้งอยู่ และดับไป ตามธรรมชาติของชีวิต เพื่อให้ญาติผู้ดูแลมีความเข้มแข็งพร้อมที่จะเผชิญกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ และสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมีความผาสุกทางจิตวิญญาณ และคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่มอบทุนในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้



## เอกสารอ้างอิง

- กาญจนา สังข์สิงห์. 2548. ประสบการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งในการบำบัดเยียวยาด้วยสมาธิ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- เกษะวัน นาคดี. 2544. ผลการปฏิบัติธรรมต่อการเปลี่ยนแปลงด้านจิตวิญญาณของผู้ติดเชื่อ และผู้ป่วยเอดส์จังหวัดสุรินทร์. รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตมหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ชนัญญา กาสินพิลา. 2550. ภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิตบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ชูชื่น ชิวพูนผล. 2541. อิทธิพลของภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติผู้ดูแล และความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม. วิทยานิพนธ์ปริญญาคุณุภบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- ณรงค์ชัย ปัญญา นทชัย. 2540. การพัฒนาประสิทธิภาพในการแก้ปัญหาโดยการฝึกสมาธิ. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.
- นงเยาว์ กันทะมูล. 2546. ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เนตรลาวัณย์ เกิดหอม. 2548. ผลของโปรแกรมการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัวมหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- ประเวศ วะสี. 2543. สุขภาวะทางจิตวิญญาณ. หมอชาวบ้าน, 22(261): 41-45.
- พวงแก้ว พรหมรส. 2549. ปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่มารับการรักษาที่หน่วยรังสีรักษาโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พระมหาสุทธิชัย ฐิตชโย. (2546). ศึกษาเชิงวิเคราะห์พระมหาวีร 4 ในคัมภีร์ทางพระพุทธศาสนา. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพุทธศาสนศึกษา มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- พีรเทพ รุ่งคุณากร. (2547). ชีวิตนี้มีความหมาย. วารสารครุศาสตร์. 3(2), 61-76.
- รวี เดือนดาว. 2547. ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย: การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- วิภา วิเสโส. 2545. การให้ความหมายการเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตเมื่อรับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วรุณวรรณ ผาโคตร. (2548). การนำกระบวนการพยาบาลด้านจิตวิญญาณไปใช้อย่างเป็นรูปธรรม.

กรุงเทพมหานคร: เค.เอส.พี. การพิมพ์.

คันสนีย์ เสถียรสุด.2543. การมีสติในทุกขณะคือ?. วารสารหมอชาวบ้าน, 22(161), 14-16.

ศิริวรรณ วรรณศิริ. 2548. การศึกษาความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง.

วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,  
กรุงเทพมหานคร.

สิดารัตน์ สมภักสมาน.2550. ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะ สุดท้าย. วิทยานิพนธ์ปริญญา  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สุนิสา สุขตระกูล. (2544). ความต้องการในภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะ ใกล้เคียงตาย.

วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข.2551. สถิติสาธารณสุข 2551.

อรรถสิทธิ์ สุนาโท. (2548). การเพิ่มเขี้ยวอารมณ์ ด้วยการฝึกสมาธิ: บทพิสูจน์การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ยั่งยืน.

วารสาร มฉก. วิชาการ, 8(16), 100-112.

Boston, P.H. & Mount, B.M.2006. The caregiver's perspective on existential and spiritual distress in palliative  
care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 32(1): 13-26.

Caress, A. L. (2009). A narrative review of intervention to support family carers who provide physical care to  
family members with cancer. *Internal Journal of Nursing Studies*, 46(1), 1516-1527.

Tasanapitak, C.2009. Hospital-based cancer registry annual report 2008.Songkla: Songklanagarind Tumor  
Registry, Songklanagarind hospital, faculty of medicine

Hsieh, M. C.2007. Grief reactions in family caregivers of advanced cancer patients in Taiwan. *Cancer Nursing*,  
30(4), 278-284.

Lorraine, M.W.2005. Spirituality suffering and illness: Ideas for healing. Canada: F.A. Davis.

Stajduhar, K. I. (2008). Factors influencing family caregivers' ability to cope with providing end of life cancer  
care at home. *Cancer Nursing*, 31(1), 77-85.

Tiew, L. H., Creedy, D. K., & Chan, M. F. (2012). Student nurses' perspectives of spirituality and spiritual care,  
*Nurse Education*. Retrieved from [www.elsevier.com/nedtArticlehistory1-6](http://www.elsevier.com/nedtArticlehistory1-6).