ผลของการสวดมนต์แบบพุทธต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยา ที่ได้รับเคมีบำบัด

The Effect of Buddhist Chanting on Anxiety Among Patients With Hematological Malignancy Receiving Chemotherapy

อุไรวรรณ พลจร

Uraiwan Ponjorn

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Nursing Science (Adult Nursing)
Prince of Songkla University
2558

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

วิทยานิพนธ์	ผลของการสวดมนต์แบบพุทธต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด
ผู้เขียน	นางอุไรวรรณ พลจร
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

……....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพมาส ชิณวงศ์)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

…….
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา แซ่เซี้ย)

คณะกรรมการสอบ

…...…….ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. ประณีต ส่งวัฒนา)

……กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพมาส ชิณวงศ์)

……..……กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา แซ่เซี้ย)

……..……กรรมการ
(ดร. รจนา วิริยะสมบัติ)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระพล ศรีชนะ)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และขอแสดงความขอบคุณบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

ลงชื่อ .....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพมาส ชิณวงศ์)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ ….....
(นางอุไรวรรณ พลจร)
นักศึกษา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน และไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ .....
(นางอุไรวรรณ พลจร)
นักศึกษา

วิทยานิพนธ์ ผลของการสวดมนต์แบบพุทธต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ผู้เขียน นางอุไรวรรณ พลจร

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)

ปีการศึกษา 2557

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัดระหว่างกลุ่มที่มีการสวดมนต์แบบพุทธ และกลุ่มที่ไม่มีการสวดมนต์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด ที่เข้ารักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 64 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยจัดเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 34 ราย ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลอง จำนวน 30 ราย ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการสวดมนต์แบบพุทธด้วยตนเอง ครั้งละประมาณ 30 นาที วันละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 28 วัน ประเมินความวิตกกังวล จำนวน 3 ครั้ง คือ ก่อนการรับยาเคมีบำบัด (ก่อนทดลอง) หลังรับยาเคมีบำบัดครั้งแรก (หลังทดลอง ครั้งที่ 1) และก่อนรับยาเคมีบำบัดครั้งต่อไป (หลังทดลอง ครั้งที่ 2)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล และแบบประเมินความวิตกกังวล เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ บทสวดมนต์ธรรมฆราวาสบ้าน ทดสอบความเที่ยงของแบบประเมินความวิตกกังวล โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ เท่ากับ .87 และค่าความเที่ยงของแบบประเมินความวิตกกังวลแบบแฝง เท่ากับ .87

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล โดยใช้ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะเผชิญระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ และเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยสถิติทีอิสระ

ผลการศึกษาพบว่า ค่าความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะเผชิญระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และเมื่อเปรียบเทียบเป็นรายคู่ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญของกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลอง

ครั้งที่ 2 ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญในระยะก่อนการทดลอง ($p > .05$) และหลังการทดลองครั้งที่ 1 ($p > .01$) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการสวดมนต์แบบพุทธช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มารับเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งโลหิตวิทยา ซึ่งควรส่งเสริมให้มีการนำการสวดมนต์แบบพุทธมาใช้ในการบรรเทาความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มารับเคมีบำบัดเพื่อรักษาโรคมะเร็งต่างๆ

Thesis Title	The Effect of Buddhist Chanting on Anxiety Among Patients With Hematological Malignancy Receiving Chemotherapy
Author	Mrs. Uraiwan Ponjorn
Major Program	Nursing Science (Adult Nursing)
Academic Year	2014

ABSTRACT

This quasi-experimental study aimed to examine the effect of Buddhist chanting on anxiety among patients with hematological malignancy receiving chemotherapy. The samples consisted of 64 patients undergoing chemotherapy for hematological cancer, in the medical ward Songklanagarind Hospital. Subjects were purposively selected following the inclusion criteria; 34 patients were assigned to the control group which received conventional care and 30 patients were assigned to the experimental group which received conventional care and Buddhist chanting 30 min daily for 28 days. The anxiety assessment was collected 3-time points: before start of chemotherapy (pre-test), immediately after completion of the first course of chemotherapy (post-test 1), and before the next course of chemotherapy (post-test 2).

The instruments for data collection were questionnaires including demographic data, illness and treatment information, and the anxiety assessment tool. The experimental instruments were the prayer for lay persons. The reliability of anxiety assessment was tested using Cronbach's alpha coefficient, the state anxiety yielding a value of .87 and the trait anxiety yielding a value of .87

Demographic data, diagnosis, treatment and chemotherapy side effects were analyzed using frequency, percentage, mean and standard deviation. The differences mean total score of state anxiety between two groups were analyzed using repeated measures ANOVA and Independent t-test for post – hoc analysis.

The result revealed that the overall mean scores of state anxiety between the control and experimental group were significantly different ($p < .001$). The pairwise comparison showed that the mean total score of state anxiety in the experimental group was significantly lower than that in the control

group ($p < .001$). But the mean total score of state anxiety in the experimental group at pre-test ($p > .05$), and post-test 1 ($p > .01$) were not different from those of the control group.

The finding shows that the Buddhist chanting could help decrease state anxiety among patients undergoing chemotherapy for hematological cancer. Buddhist chanting can be applied for patients undergoing chemotherapy.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ซึ่งสำเร็จได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพมาส ชิณวงศ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา แซ่เซี้ย อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่ได้ให้คำปรึกษา ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ ติดตามผลการศึกษาอย่างต่อเนื่องรวมทั้งตรวจสอบและแก้ไขข้อบกพร่องทุกขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์ ให้การสนับสนุน ช่วยเหลือ และคอยให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาและขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นิลมานัต และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เยาวรัตน์ มัชฌิม ที่คอยกระตุ้น ติดตาม และให้กำลังใจในการทำวิจัย ขอขอบพระคุณคณะกรรมการสอบโครงร่าง และสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ที่ได้ให้ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะเพื่อนำมาปรับปรุงงานวิจัยฉบับนี้ให้มีความสมบูรณ์ ขอขอบคุณคุณดรุณี บุญหนู ที่คอยช่วยเหลือในการติดต่อประสานงาน และขอขอบพระคุณ ดร. นายแพทย์พงษ์เทพ วิบูลย์จันทร์ ที่ให้แนวทางที่เป็นประโยชน์ต่อการทำวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ รวมทั้งเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 ทุกท่านที่คอยสนับสนุน ให้กำลังใจ และอำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัย ขอขอบคุณผู้ช่วยวิจัยที่สละเวลาในการช่วยเก็บข้อมูล ตลอดจนขอขอบคุณผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยา และญาติผู้ป่วยทุกท่านที่ไว้วางใจ และให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลการวิจัย

ขอขอบคุณอาจารย์พิชิต เอ้งฉ้วน ที่ได้ให้ความรู้เกี่ยวกับการสวดมนต์ จนสามารถนำมาใช้ในชีวิตประจำวัน และนำมาประยุกต์ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณบิดา มารดาผู้มีพระคุณทุกท่าน และโดยเฉพาะอย่างยิ่ง นายจิราวัฒน์ พลจร ที่สนับสนุน ให้กำลังใจ รวมทั้งเสียสละช่วยเลี้ยงดูบุตรในระหว่างการทำวิจัยเป็นอย่างดีและขอขอบคุณเพื่อนๆ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตทุกท่านให้คอยให้ความช่วยเหลือ จนทำให้การศึกษาสำเร็จลุล่วงด้วยดี

คุณค่าหรือประโยชน์อันใดที่เกิดจากวิทยานิพนธ์นี้ ขอมอบแด่บุพการี ครูบาอาจารย์ ครอบครัว ผู้มีพระคุณ และผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาและครอบครัวทุกท่าน

อุไรวรรณ พลจร

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อ (ภาษาไทย) ..... (5)
บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ) ..... (7)
กิตติกรรมประกาศ ..... (9)
สารบัญ ..... (10)
รายการตาราง ..... (13)
รายการภาพประกอบ ..... (14)
บทที่ 1 บทนำ 1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 1
วัตถุประสงค์การวิจัย 8
คำถามการวิจัย 8
สมมติฐานการวิจัย 8
กรอบแนวคิด/ทฤษฎี 8
นิยามศัพท์ 11
ขอบเขตของการวิจัย 12
ความสำคัญของการวิจัย 12
บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง 13
โรคมะเร็งโลหิตวิทยาและผลกระทบจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด 14
ชนิดของมะเร็งโลหิตวิทยา 14
อาการและอาการแสดงของมะเร็งโลหิตวิทยา 16
การรักษามะเร็งโลหิตวิทยาด้วยเคมีบาบัด 16
ผลกระทบจากการรักษาด้วยเคมีบำบัดต่อผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยา 22
แนวคิดความวิตกกังวล 24
ความหมาย 24
ประเภทของความวิตกกังวล 25
กลไกการเกิดความวิตกกังวล 26

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

แนวคิดความวิตกกังวล (ต่อ)

ระดับของความวิตกกังวล 28

ความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยา 30

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดความวิตกกังวล 31

ผลของความวิตกกังวลต่อผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยา 33

การประเมินความวิตกกังวล 35

การเผชิญกับความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยา 37

ปรัชญาเกี่ยวกับการสวดมนต์แบบพุทธ 39

ความหมายของการสวดมนต์แบบพุทธ 39

ผลของการสวดมนต์ต่อสุขภาพ 39

วิธีการสวดมนต์ 41

บทสวดมนต์ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย 41

การสวดมนต์เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยตามหลักฐานเชิงประจักษ์ 43

การพยาบาลที่ส่งเสริมการสวดมนต์แบบพุทธเพื่อลดความวิตกกังวล
ของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยา..... 45

สรุปการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง 47

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย 48

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 48

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง 49

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 51

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ 53

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง 54

การเก็บรวบรวมข้อมูล 55

การวิเคราะห์ข้อมูล 60

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล 61
ผลการวิจัย 61
อภิปรายผล 71
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ 78
สรุปผลการวิจัย..... 78
ข้อจำกัดในการวิจัย 79
ข้อเสนอแนะ 80
เอกสารอ้างอิง 81
ภาคผนวก 95
ก การคำนวณขนาดตัวอย่าง 96
ข เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 97
ค คู่มือสวดมนต์ธรรมฆราวาสบ้าน..... 105
ง คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง 112
จ ข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ 115
หนังสือรับรอง 117
ประวัติผู้เขียน 118

รายการตาราง

ตาราง **หน้า**

1 สูตรยาเคมีชนิดต่าง ๆ ที่ใช้รักษามะเร็งต่อมน้ำเหลืองโดยการบริหารยาเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก 19

2 สูตรยาเคมีชนิดต่าง ๆ ที่ใช้รักษามะเร็งต่อมน้ำเหลือง โดยการบริหารยาเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยใน 20

3 จำนวน ร้อยละ ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคลและเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างข้อมูลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง 62

4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ของอายุ และระยะห่างของการประเมินความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง 64

5 จำนวน ร้อยละ ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาพยาบาลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง 65

6 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลแฝงของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง 67

7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลแบบเผชิญโดยรวม ก่อนการทดลอง หลังการทดลองครั้งที่ 1 และ 2 ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง 68

8 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Two Way Repeated - Measures ANOVA) 69

9 เปรียบเทียบรายคู่ความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองครั้งที่ 1 และ 2 ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติทีอิสระ (Independent t-test) 70

จ1 ทดสอบการกระจายของข้อมูลค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะเผชิญในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง ครั้งที่ 1 และ 2 ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง 115

จ2 ทดสอบความแปรปรวนของค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะเผชิญภายในและระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง 116

รายการภาพประกอบ

ภาพ **หน้า**

1 กรอบแนวคิดการวิจัย ……..... 11

2 กลไกการเกิดความวิตกกังวลของสปิลเบอร์เกอร์ (ดัดแปลงจาก Spielberger, 1988) … 27

3 ขั้นตอนการทดลอง …… 59

4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะเผชิญในระยะทดลอง หลังการทดลอง ครั้งที่ 1 และหลังการทดลองครั้งที่ 2 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม …… 70

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งโลหิตวิทยาเป็นกลุ่มโรคที่เกิดจากความผิดปกติของไขกระดูกและต่อมน้ำเหลืองทั่วร่างกาย และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในปัจจุบัน จากสถิติทั่วโลกพบผู้ป่วยได้ร้อยละ 5-8 ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด ส่วนประเทศไทยพบประมาณร้อยละ 4-5 พบบ่อยเป็นอันดับที่ 5-8 ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2552) ผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยามีความแตกต่างจากมะเร็งชนิดอื่นทั้งจากพยาธิสภาพของโรค อาการของมะเร็งโลหิตวิทยาสามารถพบได้ในหลายภาวะ ทำให้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งไม่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาที่ถูกต้อง ผู้ป่วยมักมาพบแพทย์เมื่ออาการของโรครุนแรงไปมาก ทำให้โรคไม่ตอบสนองต่อการรักษา มีการลุกลามไปยังอวัยวะอื่น ๆ (พรรณดีและอุดมศักดิ์, 2553; ธานินทร์, 2553) และวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพที่สุดคือการใช้ยาเคมีบำบัดขนาดสูง (ถนอมศรี, วิเชียร, และต้นคนัย, 2550; ธานินทร์, 2553) อย่างไรก็ตามผลของเคมีบำบัดไม่เพียงแต่ทำลายเซลล์มะเร็งเท่านั้น แต่ยังทำลายเซลล์ต่าง ๆ ของร่างกายอีกด้วย ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและผลข้างเคียงจากการรักษาที่รุนแรงกว่าการรักษามะเร็งชนิดอื่น ๆ (นรินทร์, 2548) ผู้ป่วยส่วนมากมีความวิตกกังวลจากการกลัวผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด ความไม่แน่นอนของผลการรักษา และการมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้สูง (Hall, Lynagh, Bryant, & Sanson-Fisher, 2013; Montgomery, Pocock, Titley, & Lloyd, 2003)

การรักษามะเร็งโลหิตวิทยาด้วยยาเคมีบำบัดในขนาดสูง ส่งผลให้เกิดผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง อาการข้างเคียงที่พบบ่อยคือ อาการที่เกิดจากไขกระดูกถูกกดการทำงาน ได้แก่ ไข้สูงจากการติดเชื้อในร่างกายจากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ เลือดออกตามอวัยวะต่าง ๆ จากภาวะเกล็ดเลือดต่ำ และมีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่ายหรือหายใจลำบากจากภาวะโลหิตจาง (จงจิต, 2553; Johnsen, Tholstrup, Petersen, Pedersen, & Groenvold, 2009) และในระยะนี้ผู้ป่วยจะต้องดูแลตนเองตามคำแนะนำจากทีมดูแลรักษาพยาบาลอย่างเคร่งครัด ได้แก่ การล้างมืออย่างถูกวิธี การใส่ผ้าปิดปากจมูก การรับประทานอาหารเฉพาะที่โรงพยาบาลจัดมาให้เท่านั้น เพื่อป้องกันการติดเชื้อรุนแรงที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่พบบ่อย ในขณะที่ผู้ป่วยหลายรายมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน มีแผลในปาก การรับรสอาหารเปลี่ยนแปลง ทำให้ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย (บุษกร, 2549) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะเกล็ดเลือดต่ำมาก ในบางครั้งไม่สามารถหาเกล็ดเลือด

ทดแทนได้ในเวลาที่รวดเร็ว เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาต้องใช้เกล็ดเลือดปริมาณมาก และการใช้เกล็ดเลือด 1 ครั้ง ต้องใช้ผู้บริจาคถึง 6 คน และผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลต่อเนื่องเพื่อรับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดขนาดสูง โดยผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาจะได้รับเคมีบำบัด 6 - 8 ครั้ง ครั้งละ 5 - 10 วัน ทุก 21 - 28 วัน (Division of Hematology Prince of Songla University, 2003) ซึ่งในขณะเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ป่วยต้องห่างไกลจากบ้านและญาติพี่น้อง และผู้ป่วยมักถูกจำกัดการเยี่ยมจากญาติเพื่อป้องกันการติดเชื้อในภาวะที่ร่างกายมีภูมิต้านทานต่ำ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว้าเหว่เดียวดาย ขาดบุคคลที่จะปลอบโยนให้กำลังใจในการต่อสู้กับโรค (สิดารัตน์, 2550) รวมทั้งการไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ ทำให้รายได้ลดลง (จารุวรรณ, 2544) ส่วนผู้ป่วยที่อยู่ในวัยเรียนไม่สามารถเรียนหนังสือได้ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง และขาดเป้าหมายในชีวิต (ศิริกาญจน์, 2549; Abrams, Hazen, & Penson, 2006) นอกจากนี้เคมีบำบัดยังทำให้สภาพร่างกายและภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงไป สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ส่งผลกระทบอย่างมากต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วย (ยุพินและณัฐวรรณ, 2551) โดยพบว่าความวิตกกังวลเป็นปัญหาทางด้านจิตใจที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยา (Brunetti et al., 2011; Hall et al., 2013; Lee et al., 2005; Montgomery et al., 2003; Santos, Kozasa, Chauffaille, Colleoni, & Leite, 2006; Thompson et al., 2010)

จากสถานการณ์การรักษาโรคมะเร็งที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน พบว่า ยังไม่สามารถควบคุมโรคได้ทั้งหมด และผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตได้ ทำให้การประเมินสถานการณ์ของโรค และศักยภาพของตนเองในการเผชิญกับโรคแตกต่างกัน ประกอบกับการรักษามะเร็งโลหิตวิทยาที่มีประสิทธิภาพที่สุด คือ การใช้ยาเคมีบำบัดขนาดสูง ส่งผลให้เกิดผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนที่มากกว่าการใช้ยาเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งชนิดอื่น (นรินทร์, 2546) ผู้ป่วยจึงมักประเมินว่าการได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งโลหิตวิทยาเป็นสถานการณ์ที่คุกคามต่อชีวิต และไม่สามารถควบคุมหรือแก้ไขสถานการณ์นั้นได้ จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกตึงเครียด และวิตกกังวล โดยพบว่าความวิตกกังวลเป็นปัญหาทางด้านจิตใจที่พบบ่อย โดยพบได้ถึงร้อยละ 50 - 70% (Brunetti et al., 2011; Hall et al., 2013; Lee et al., 2005; Montgomery et al., 2003; Santos, Kozasa, Chauffaille, Colleoni, & Leite, 2006; Thompson et al., 2010) และผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยามีความวิตกกังวลสูงกว่ามะเร็งชนิดอื่น (Linden, Vodermaier, MacKenzie, & Greig, 2012) มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล และพบได้ในทุกระยะของความเจ็บป่วย โดยผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาที่มีอาการของโรคและผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดที่รุนแรง จะมีความวิตกกังวลสูง (Hall et al., 2013; Linden et al., 2012; Santos et al., 2006)

ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นส่งผลให้ร่างกายมีการหลั่งฮอร์โมนอะดรีโนคอร์ติโคโทรปิค (adrenocorticotrophic hormone: ACTH) กระตุ้นให้มีการสร้างสารสื่อประสาทที่ทำหน้าที่กระตุ้น

ระบบประสาทอัตโนมัติมากขึ้น ได้แก่ นอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine), ซีโรโทนิน (serotonin), กาบ้า (gamma amino butyric acid: GABA) ทำให้เกิดการตอบสนองทางด้านสรีรวิทยาและเพิ่มการเผาผลาญน้ำตาลและไกลโคเจน (glycogen) เกิดกรดแลคติค (lactic acid) ทำให้ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และยังส่งผลต่อการทำงานของต่อมไทมัส (Thymus) ทำให้การสร้างที - ลิมโฟซัยต์ (T- lymphocyte) ชนิดต่าง ๆ ลดลง ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง มีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย และมีการตอบสนองทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความตึงเครียด ความหวาดหวั่น ความไม่สุขสบาย เป็นต้น (บพิตร, 2542; วิไลวรรณ, 2552; Sadock, & Sadock, 2007) นอกจากนั้นพบว่าผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลในระดับสูง จะทำให้ความสามารถในการรับรู้และการเรียนรู้ลดลง บุคลิกภาพและความคิดผิดปกติไป (อำไพวรรณ, 2543) เกิดภาวะซึมเศร้า เหนื่อยล้า (Brown & Kroenke, 2009) คุณภาพชีวิตลดลง (ประทุมและชวพรพรรณ, 2549; Braames et al., 2010; Johnson et al., 2009; Pamuk et al., 2008; Pandey et al., 2007; Stark, Kiely, Smith, Velikova, House, & Selby, 2002) ส่งผลให้ระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น และสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก

ถึงแม้ว่าความวิตกกังวลเป็นอาการที่พบได้บ่อย จากการที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากทั้งจากอาการของโรคและอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด ผู้ป่วยจึงต้องการการดูแลที่ตอบสนองความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ อย่างไรก็ตาม พบว่าการแพทย์ในปัจจุบันมุ่งรักษาความเจ็บป่วยทางร่างกายของผู้ป่วยเป็นหลัก โดยผู้ป่วยที่มารับเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งโลหิตวิทยาจะได้รับการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนการรับยาเคมีบำบัด ส่วนใหญ่เป็นการตรวจสอบให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการให้ครบถ้วน การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดตามสูตรยา การป้องกันและบรรเทาผลข้างเคียงจากเคมีบำบัด และการแนะนำวิธีการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับโรค เป็นต้น ส่วนการให้ความสนใจต่อปัญหาความวิตกกังวลของผู้ป่วยยังมีน้อย (Ernstmann et al., 2009; Fritzsche, Struss, Hammel, Bertz, & Stein, 2004; Lobb, et al., 2009) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการแสวงหาวิธีการต่าง ๆ ในการบรรเทาความวิตกกังวล โดยพบว่า ปัจจุบันได้มีผู้นำการบำบัดทางเลือก (alternative medicine) ที่หลากหลาย มาใช้ในการบรรเทาความวิตกกังวลของผู้ป่วย ได้แก่ การใช้ดนตรีบำบัด (Burns et al., 2008; Lin et al., 2010) การสร้างจินตภาพ (บำเพ็ญจิตและคณะ, 2545; สุนีย์, 2547; อุบลรัตน์, 2545; Lin et al., 2010) การออกกำลังกาย (Dimeo et al., 2008) การทำจิตบำบัด (เพ็ญศรี, 2548; Ferguson et al., 2007; Powell et al., 2008) และการสวดมนต์ (ขวัญตา, 2543; พรทิพย์, 2555; วันชนะ, 2549; สินีนาฏ, 2546; อรทัย, 2552) และการสวดมนต์ยังเป็นการบำบัดทางเลือกที่ผู้ป่วยมะเร็งนำมาใช้ร่วมกับการรักษาทางการแพทย์มากที่สุด (Dy et al., 2005; Wells et al., 2007; Wong et al., 2010; Yates et al., 2005; Zaza et al., 2005) ผู้ป่วยใช้การสวดมนต์ เพื่อให้เกิดสติ ความสงบ ผ่อนคลายจากความวิตกกังวล

และอาการเจ็บปวดทางร่างกาย ช่วยในการปรับตัวและการเผชิญปัญหาต่าง ๆ ทำให้ประสบกับความผาสุกในชีวิต (จันทิรา, 2543; Gall, Guirguis - Younger, Charbonneau, & Florack, 2009; Ross et al, 2008)

อย่างไรก็ตาม แม้มีการนำวิธีการบำบัดทางเลือกต่าง ๆ มาใช้ในการบรรเทาความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยมะเร็ง แต่ด้วยมะเร็งโลหิตวิทยามีความแตกต่างจากโรคมะเร็งชนิดอื่นทั้งอาการของโรคและผลข้างเคียงจากเคมีบำบัดที่รุนแรงดังที่กล่าวมา จึงมีข้อจำกัดในการเลือกใช้วิธีการบำบัดทางเลือกต่าง ๆ เช่น ดนตรีบำบัด และการสร้างจินตภาพ จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์เพิ่มเติม คือ เครื่องเล่นซีดีพร้อมซีดีบันทึกเสียง และหูฟัง ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาเป็นผู้ป่วยที่มีภูมิต้านทานต่ำ ไม่สามารถใช้ของใช้ร่วมกับผู้ป่วยอื่นได้ ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการจัดหาอุปกรณ์ดังกล่าว การออกกำลังกายจะมีความเสี่ยงแก่ผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาที่มีภาวะเลือดออกง่ายจากภาวะเกล็ดเลือดต่ำ ส่วนการทำจิตบำบัดเป็นวิธีการที่ผู้ให้การบำบัดจะต้องผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรเฉพาะมาก่อน เป็นต้น การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเลือกใช้การสวดมนต์เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ไม่ต้องลงทุนใด ๆ อาศัยเพียงความตั้งใจ ความศรัทธา สามารถทำได้ทุกที่ ทุกเวลา และการสวดมนต์ยังเป็นวิธีการที่ผู้ป่วยนำมาใช้ร่วมกับการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบันมากที่สุด (Dy et al., 2005; Wells et al., 2007; Wong et al., 010; Yates et al., 2005; Zaza et al., 2005) แต่มีผู้ป่วยจำนวนน้อยที่มีการปรึกษากับบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการสวดมนต์ (Balboni et al., 2007; Yates et al., 2005; Zaza et al., 2005) ในขณะที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการให้บุคลากรทางการแพทย์ให้ความสนใจในความต้องการทำกิจกรรมทางศาสนา (MacLean et al., 2003)

การสวดมนต์มีวิธีการและบทสวดที่แตกต่างกันในแต่ละศาสนา การสวดมนต์แบบพุทธเป็นการกล่าวคำสอนของพระพุทธเจ้า ทำให้เกิดการยึดเหนี่ยวกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรือสิ่งที่อยู่เหนือธรรมชาติ (วิศิษฐ์, 2553) หัวใจสำคัญในการสวดมนต์ให้เกิดพลังฤทธานุภาพ มี 5 ประการ เรียกว่า พละ 5 คือ (1) ผู้สวดต้องมีความศรัทธา มีความเชื่อมั่นในอานุภาพของบทสวด เชื่อมั่นว่าการสวดมนต์เป็นการทำความดี และความดีจักคุ้มครองตนให้ปลอดภัย (2) วิริยะ มีความเพียรสวดมนต์อย่างต่อเนื่อง โดยเป็นเวลาอย่างน้อย 15 นาที ทำให้ผู้สวดเกิดความสงบ ผ่อนคลายจากความเครียดและความวิตกกังวล (จันทิรา, 2543) เมื่อจิตใจสงบผ่อนคลายจะส่งผลให้สมองมีการสังเคราะห์สารเอนดอร์ฟิน (endorphine) ซึ่งจะลดการสร้างสารสื่อประสาทที่มีผลกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติคให้ทำงานน้อยลง มีผลต่อความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลง (3) สติ ขณะสวดมนต์ผู้สวดต้องสำรวมกาย สำรวมใจ ให้มีสติจดจ่ออยู่กับบทสวด ไม่ปล่อยใจลอยคิดฟุ้งซ่าน ทำให้จิตเป็นอิสระจากความเจ็บป่วย (4) สมาธิ หากผู้สวดสามารถรักษาสติให้จดจ่ออยู่บทสวดมนต์ได้อย่างต่อเนื่อง ไม่วอกแวกออกไปคิดเรื่องอื่นเป็นการเจริญสติจนเกิดสมาธิ เกิดความรู้สึกสดชื่น เบา

สบาย 5) ปัญญา ในภาวะที่จิตเป็นสมาธิจะทำให้บุคคลรู้ตัวตามความเป็นจริง หยุดคิดหรือจินตนาการเรื่องความเจ็บป่วยในเชิงลบซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความทุกข์และความวิตกกังวล และหากผู้สวดมีการพิจารณาหลักคำสอนให้เข้าใจหลักธรรม จะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจชีวิตตามสภาพความเป็นจริง (กฤษดา, 2558; พุทธทาสภิกขุ, 2549) สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันและการแสวงหาวิธีการดูแลรักษาสุขภาพที่เหมาะสม (กอบกาญจน์, 2550; สำนักพิมพ์เลี่ยงเซียง, 2551) โดยการสวดมนต์เป็นภาษาบาลี มีฐานเสียงที่แตกต่างกัน การออกเสียงแต่ละคำจะสร้างความสะเทือนไม่เท่ากันตามฐานที่เกิดของเสียงหรือตามวิธีเปล่งเสียง ส่งผลไปกระตุ้นอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย ทำให้เกิดพลังสั่นสะเทือน (vibrational therapy) เพื่อเข้าไปกระตุ้นร่างกายให้เกิดการเยียวยา หากสวดมนต์ด้วยความสำรวมจิตใจให้สงบ มีสติจดจ่ออยู่กับบทสวดมนต์นั้นอย่างต่อเนื่อง (วิศิษฐ์, 2553)

จากการทบทวนการศึกษาเกี่ยวกับผลของการสวดมนต์ต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งที่ผ่านมาตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2545 จนถึงปัจจุบัน ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ ส่วนการศึกษาเชิงทดลองเกี่ยวกับผลของการสวดมนต์ในการรักษาสุขภาพยังมีน้อยที่พบ ได้แก่ พรทิพย์ (2555) ทำการศึกษาผลของการสวดมนต์บำบัดต่อความวิตกกังวลและความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะรับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับยาเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างเป็นแบบกลุ่มเดียว ทดสอบก่อนและหลังการทดลอง จำนวน 10 คน ประเมินความวิตกกังวลและความผาสุกทางจิตวิญญาณก่อนการทดลอง หลังจากนั้นผู้วิจัยให้โปรแกรมการสวดมนต์บำบัด โดยกลุ่มตัวอย่างสวดมนต์ที่บ้านต่อเนื่อง วันละ 20 นาที เป็นเวลา 6 สัปดาห์ บทสวดมนต์ที่ใช้คือ คาถาชินบัญชร เป็นบทสวดสมเด็จพระพุฒาจารย์ (โต พรหมรังสี) ค้นพบในคัมภีร์โบราณ ได้ดัดแปลงแก้ไขแต่งเติมให้ได้เนื้อถ้อยความสมบูรณ์ มีความหมายที่เป็นสิริมงคลแก่ผู้สวด ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าโปรแกรมสวดมนต์บำบัดต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าโปรแกรมสวดมนต์บำบัดอย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นว่าได้ว่าการสวดมนต์มีผลช่วยลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับยาเคมีบำบัด และการศึกษาของสินีนาฏ (2546) ทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ระยะที่ 1 และ 2 ที่มารับการรักษาด้วยการผ่าตัด แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 5 คน คือ (1) กลุ่มที่ได้รับการรักษาตามปกติ (2) กลุ่มที่ได้รับคำปรึกษาแบบกระชับเป็นรายบุคคล จำนวน 6 ครั้ง ครั้งละ 45 นาที และ (3) กลุ่มที่ได้รับการฝึกเจริญสมาธิด้วยการสวดมนต์เป็นรายบุคคล จำนวน 6 ครั้ง ครั้งละ 45 นาที และผู้ป่วยสวดมนต์ที่บ้านด้วยตนเองเป็นเวลา 6 สัปดาห์ โดยใช้บทสวดคาถาชินบัญชร การศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างหลังที่ได้รับการฝึกเจริญสมาธิด้วยการสวดมนต์ต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการรักษาตามปกติ แสดงให้เห็นว่าได้ว่าการสวดมนต์

มีผลช่วยลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่มารับการผ่าตัด อย่างไรก็ตามการศึกษาดังกล่าวใช้กลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก และผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและผู้ป่วยมะเร็งรังไข่มีลักษณะที่แตกต่างจากผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาทั้งด้านอาการของโรค และวิธีการรักษา และผลข้างเคียงจากการรักษา จึงไม่สามารถอธิบายผลของการสวดมนต์ต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาได้

การศึกษาอื่น ๆ ที่มีการใช้บทสวดมนต์ในการดูแลผู้ป่วยได้แก่ การศึกษาของวันชนะ (2549) โดยใช้บทสวดชัยมงคลคาถาหรือบทพาหุง ที่เป็นเพลงบรรเลงให้ผู้สูงอายุฟัง สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง เป็นเวลา 3 สัปดาห์ พบว่าการ ฟังบทสวดชัยมงคลคาถาทำให้คุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุสูงกว่าผู้สูงอายุที่ฟังดนตรีแบบนิวเอจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของอรทัย (2552) โดยให้ผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้าที่มีการสวดมนต์บทโพชฌังคปริตรด้วยตนเอง ครั้งละ 15 นาที เป็นเวลา 10 วัน พบว่าผู้ป่วยมีระดับความซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีการสวดมนต์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของขวัญตา (2543) โดยให้ผู้ป่วยโรครูมาตอยด์ที่มีการฝึกสมาธิด้วยบทสวดแผ่เมตตาแบบพิสดาร ซึ่งเป็นการสวดมนต์ที่กำหนดให้มีสติจดจ่ออยู่กับบทสวดร่วมกับการเคลื่อนไหวของร่างกายไปตามทิศต่าง ๆ ตามบทสวด พบว่ามีระดับความวิตกกังวลและความปวดต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีการสวดมนต์

จะเห็นได้ว่า บทสวดมนต์ในพุทธศาสนามีมากมาย บางบทเป็นคำภาษาบาลีที่เป็นคำสอนของพระพุทธเจ้าโดยตรง มีที่มาจากพระไตรปิฎก และบางบทเป็นคำบาลีที่มีการแต่งขึ้นเพื่อใช้เป็นบทสวดสรรเสริญคุณพระรัตนตรัย เสริมสร้างความเลื่อมใสศรัทธาแก่ผู้สวด (สำนักพิมพ์เลี่ยงเซียง, 2551) ซึ่งบทสวดมนต์ต่าง ๆ สามารถนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้ อย่างไรก็ตาม บทสวดมนต์แต่ละบทมีข้อจำกัดในการนำมาใช้กับผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัด เช่น คาถาชินบัญชรและบทชัยมงคลคาถา เป็นบทสวดที่มีความยาวมาก จึงใช้เวลาในการสวดนาน อาจทำให้ผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาที่มีอาการอ่อนเพลียจากผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดมีความเหนื่อยล้าได้ ส่วนบทสวดโพชฌังคปริตร เป็นบทสวดที่พระอานนท์ได้สาธยายบทสวดนี้เมื่อครั้งพระพุทธเจ้าทรงประชวร จึงเชื่อว่าเป็นบทสวดที่มีอานุภาพในการรักษาความเจ็บป่วย แต่เป็นบทสวดที่ประชาชนทั่วไปไม่คุ้นเคย ต้องใช้เวลาในการฝึกสวดนาน และจากการศึกษาของอรทัย (2552) ได้ให้ข้อเสนอแนะว่าควรเพิ่มบทสวดแผ่เมตตา เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้สวดเกิดความรู้สึกเชิงบวกซึ่งจะมีประโยชน์ในการลดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ส่วนบทสวดแผ่เมตตาแบบพิสดาร ต้องมีการเคลื่อนไหวของร่างกายไปตามทิศต่าง ๆ ตามบทสวด อาจทำให้ผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยามีความเหนื่อยล้า และเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกได้ และจากประสบการณ์การสัมภาษณ์ผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาที่มารับยาเคมีบำบัด พบว่า มีผู้ป่วย 1 รายบอกว่า สวดมนต์ด้วยบทอิติปิโส เท่าอายุเป็นประจำ ในขณะผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการสวดมนต์แต่ไม่รู้จะสวดบทไหนดี เมื่อผู้วิจัยแนะนำบทสวดมนต์ธรรมฆราวาสบ้าน ผู้ป่วยบอกว่าสวดได้ง่าย

และมีขั้นตอนวิธีการสวดที่ชัดเจน ทำให้สามารถสวดมนต์ได้อย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจจะศึกษาเกี่ยวกับการใช้บทสวดมนต์ธรรมฆราวาสบ้าน (พิชิต, 2545) ในการศึกษาครั้งนี้

บทสวดมนต์ธรรมฆราวาสบ้าน (พิชิต, 2545) เป็นบทสวดมนต์ที่ประชาชนมีความคุ้นเคย เป็นบทสวดที่นำมาใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาของประชาชนในภาคใต้ มีจำนวน 9 บท ใช้เวลาในการสวดประมาณ 30 นาที ซึ่งไม่นานเกินไป จึงเป็นบทสวดที่มีความเหมาะสมที่จะมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งโลหิตวิทยา ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีอาการของโรคและ ผลข้างเคียงที่รุนแรงจากยาเคมีบำบัดขนาดสูง ทำให้เกิดความวิตกกังวลในขนาดสูง (Ahles et al., 2005; Hall et al., 2013; Montgomery et al., 2003) โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการสวดมนต์แบบพุทธ คือ ก่อนทำการสวดมนต์มีการประเมินความวิตกกังวล ความต้องการสวดมนต์ และความเชื่อความศรัทธาของผู้ป่วย ร่วมอภิปรายเกี่ยวกับประโยชน์ของการสวดมนต์ การศึกษาที่มาของตนเอง โดยศึกษาเกี่ยวกับองค์พระประธานประจำวันเกิด เดือนเกิด และปีนักกษัตรเกิด ซึ่งเปรียบเสมือนสิ่งศักดิ์สิทธิ์ประจำตัวที่คุ้มครองอยู่ (พิชิต, ม.ป.ป.) แนะนำวิธีการสวดมนต์ที่ถูกวิธี แนะนำให้สำรวจความรู้สึกขณะสวดมนต์ ให้จิตใจจดจ่อกับบทสวด หากรู้ตัวว่ามีความคิดฟุ้งซ่าน ให้กลับมาจดจ่อกับบทสวดมนต์ทันที ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีสติจดจ่อกับบทสวด ไม่คิดถึงความเจ็บป่วยซึ่งเป็นต้นเหตุของความกังวล หากผู้ป่วยสวดมนต์ด้วยความมีสติจดจ่อกับบทสวด จะทำให้เกิดสมาธิ และเกิดปัญญาพิจารณาความหมายของบทสวด และนำไปใช้ในชีวิตประประจำวัน และเข้าใจชีวิตและความเจ็บป่วยตามความเป็นจริง จะช่วยให้เกิดความสงบ ผ่อนคลาย และความวิตกกังวลลดลง

แม้มีการศึกษาเกี่ยวกับการใช้บทสวดมนต์ในผู้ป่วยมะเร็งต่าง ๆ แต่ผู้ป่วยโรคมะเร็งโลหิตวิทยามีความแตกต่างจากมะเร็งชนิดอื่น ๆ ทั้งพยาธิสภาพและการดำเนินโรค ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ขนาดของเคมีบำบัดที่ใช้ ผลข้างเคียงจากการรักษา การตอบสนองของการรักษา และการพยากรณ์โรค (Ahles et al., 2005) ทำให้ผลการศึกษาที่ผ่านมาไม่สามารถอธิบายให้เห็นถึงผลของการสวดมนต์ต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มารับยาเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งโลหิตวิทยาได้ชัดเจน และการสวดมนต์เป็นกิจกรรมที่ไม่มีต้นทุน ไม่ต้องใช้สถานที่หรืออุปกรณ์พิเศษใด ๆ เพียงแต่ผู้สวดมนต์มีความตั้งใจ ความศรัทธาก็สามารถสวดมนต์ได้ทุกที่ เป็นกิจกรรมที่ใช้พลังงานน้อย ไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเหนื่อย หรือความเสี่ยงอื่น ๆ การสวดมนต์จึงเป็นกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาที่มารับเคมีบำบัด ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของการสวดมนต์ต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาที่มารับยาเคมีบำบัด เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการนำการสวดมนต์ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบกิจกรรมการพยาบาลอย่างเป็น

องค์รวมตามความเชื่อและความศรัทธาของผู้ป่วย และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเผชิญกับโรคและการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญหลังการทดลองของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัดระหว่างกลุ่มทดลองที่มีการสวดมนต์แบบพุทธและกลุ่มควบคุมที่ไม่มีการสวดมนต์

คำถามการวิจัย

ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญหลังการทดลองของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัดระหว่างกลุ่มทดลองที่มีการสวดมนต์แบบพุทธต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่มีการสวดมนต์หรือไม่

สมมติฐานการวิจัย

ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญหลังการทดลองของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัดของกลุ่มทดลองที่มีการสวดมนต์แบบพุทธต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่มีการสวดมนต์

กรอบแนวคิด

ความวิตกกังวลเป็นการแสดงออกทางอารมณ์ที่บ่งบอกว่าบุคคลเกิดความเครียดขึ้นโดยการใช้กระบวนการทางสติปัญญาในการประเมินสิ่งเร้าที่เข้ามากระตุ้นว่าเป็นสิ่งที่คุกคาม และประเมินศักยภาพของตนเองว่าไม่สามารถเผชิญกับปัญหานั้นได้ อาจทำให้เป็นอันตรายต่อร่างกาย (Spilberger, 1988 อ้างตาม ดาราวรรณ, 2538) จากการที่ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับความเครียดในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงใช้ทฤษฎีความเครียด การประเมิน และการเผชิญความเครียดของลาซารัสและโฟล์ค

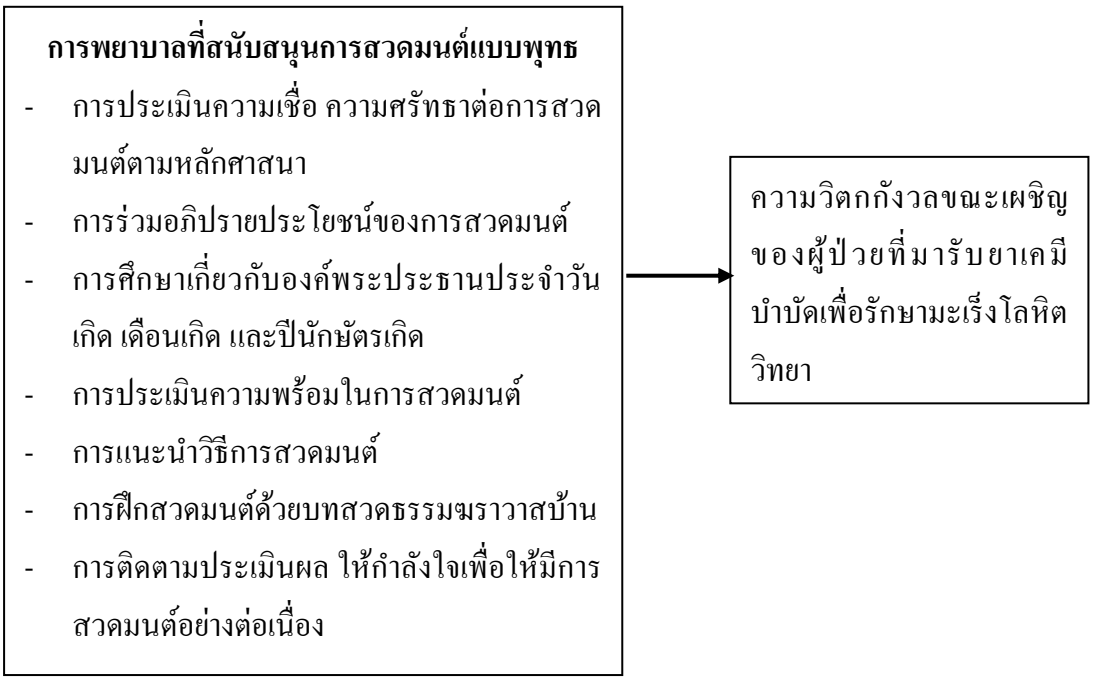
แมน (Lazarus, & Folkman, 1984) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการสวดมนต์และการเจริญสติ เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้

ทฤษฎีความเครียด การประเมิน และการเผชิญความเครียดของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus, & Folkman, 1984) กล่าวว่า ความเครียดเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม เกิดจากการที่ผู้ป่วยใช้สติปัญญา ความรู้และประสบการณ์ในอดีตมาประเมินสถานการณ์ที่กำลังเผชิญว่าเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดอันตราย คุกคามต่อชีวิต และประเมินว่าศักยภาพของตนเองอาจไม่เพียงพอที่จะเผชิญกับสถานการณ์ดังกล่าว จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ คือ ความรู้สึกวิตกกังวล ซึ่งสถานการณ์ที่ผู้ป่วยประเมินนั้นอาจจะเกิดขึ้นจริง หรือเป็นเพียงการคาดคะเนก็ได้ เมื่อบุคคลมี ความวิตกกังวลจะส่งผลให้บุคคลหาวิธีการเผชิญกับปัญหานั้น ๆ โดยใช้ 2 แนวทาง คือ 1) การเผชิญความเครียดโดยมุ่งแก้ปัญหา (problem - focused coping) ได้แก่ การแสวงหาข้อมูล การหาวิธีการแก้ปัญหา รวมทั้งการเรียนรู้ทักษะและวิธีการใหม่ ๆ ในการแก้ไขปัญหา เป็นต้น 2) การเผชิญความเครียดโดยการโดยมุ่งแก้ไขอารมณ์ (emotional - focused coping) เป็นการเผชิญความเครียดที่มุ่งลดอารมณ์ หรือความรู้สึกเพื่อช่วยบรรเทาความเครียด ได้แก่ การมองโลกในแง่ดี การใช้อารมณ์ขัน การสวดมนต์ การรับประทานอาหารมากขึ้น รวมทั้งการใช้แอลกอฮอล์ และสารเสพติด เป็นต้น โดยพบว่าเมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นบุคคลจะพยายามหาทางแก้ไขปัญหา หากไม่สามารถแก้ไขปัญหานั้นได้ บุคคลจะหันกลับมาแก้ไขอารมณ์ของตนเอง เพื่อปรับตัวรักษาสมดุลของร่างกาย จิตใจ และเตรียมรับสถานการณ์อื่น ๆ ที่เข้ามาต่อไป

ผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานทั้งจากอาการของโรคและผลข้างเคียงของการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่รุนแรง ทำให้ผู้ป่วยประเมินว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้ เป็นสิ่งคุกคาม เป็นภาวะวิกฤตที่อาจทำให้เกิดอันตรายรุนแรงต่อตนเอง ทำให้เกิดความเครียด และผู้ป่วยจะประเมินศักยภาพของตนเองว่ามีเพียงพอที่จะเผชิญกับสถานการณ์ดังกล่าวหรือไม่ โดยใช้ความสามารถทางสติปัญญา ความรู้ และประสบการณ์ที่มีอยู่ในการแก้ไขปัญหา ได้แก่ การแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา การเข้ารับการรักษาเพื่อบรรเทาอาการของโรค แต่จากสถานการณ์ที่ผ่านมาการรักษาผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยายังไม่ได้ผลที่ดีนัก มีโอกาสเสียชีวิตจากอาการของโรคที่รุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของยาเคมีบำบัดขนาดสูง และมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้บ่อย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกวิตกกังวลจากการไม่สามารถควบคุมอาการต่าง ๆ (Hall et al., 2013; Montgomery et al., 2003) ส่งผลให้ผู้ป่วยหันกลับมาแก้ไขอารมณ์ของตนเอง เพื่อปรับตัวรักษาสมดุลของร่างกาย จิตใจ โดยพบว่าวิธีการที่ผู้ป่วยใช้มากที่สุด คือ การสวดมนต์ (จันทิรา, 2543; Dy et al., 2005; Wells et al., 2007; Wong et al., 2010; Yates et al., 2005; Zaza et al., 2005)

การสวดมนต์แบบพุทธเป็นการท่องคำสอนของพระพุทธเจ้า และการระลึกถึงคุณของพระพุทธ พระธรรม และพระสงฆ์ ด้วยความศรัทธา มีความเชื่อมั่นในอานุภาพของบทสวด เชื่อมั่นว่าเมื่อตนทำความดีด้วยการสวดมนต์แล้ว ความดีจักคุ้มครองตนให้ปลอดภัย มีความเพียรสวดมนต์อย่างต่อเนื่อง มีสติจดจ่ออยู่กับบทสวด เป็นการเจริญสติจนเกิดสมาธิ จะทำให้เกิดปัญญาในการพิจารณาหลักคำสอนให้เข้าใจชีวิตตามสภาพความเป็นจริง นำไปใช้เป็นหลักในการแสวงหาวิธีการดูแลรักษาสุขภาพที่เหมาะสม (กอบกาญจน์, 2550; กฤษดา, 2558) โดยการสวดมนต์ด้วยความสำรวมจิตใจให้สงบ มีสติจดจ่ออยู่กับบทสวดมนต์นั้นอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 15 นาที ทำให้ผู้สวดเกิดความสงบ ผ่อนคลาย เมื่อจิตใจสงบผ่อนคลายจะส่งผลให้สมองมีการสังเคราะห์สารเอนดอร์ฟิน (endorphine) ไปกระตุ้นระบบประสาทให้ลดการสร้างสารสื่อประสาทที่มีผลกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ ได้แก่ นอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine), ซีโรโทนิน (serotonin), กาบ้า (gamma amino butyric acid: GABA) ส่งผลให้ระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติคทำงานน้อยลง ความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลง เกิดความผ่อนคลายทั่วร่างกาย (จันทิรา, 2543; สมพร, 2552; Tolson, & Koenig, 2003) การเปล่งเสียงสวดมนต์ยังทำให้เกิดความสั่นสะเทือนไปตามจุดสำคัญของร่างกาย ช่วยกระตุ้นอวัยวะส่วนนั้น ๆ ให้กลับมาทำงานได้อย่างปกติ และมีประสิทธิภาพสูงกว่าเดิม (สิงห์ทน, 2544) การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อสนับสนุนการสวดมนต์แบบพุทธ โดยใช้บทสวดมนต์ธรรมฆราวาสบ้าน (พิชิต, 2545) ประกอบด้วยบทสวด 9 บท ประกอบด้วย บทที่ 1 บทนอบน้อมพระพุทธเจ้า บทที่ 2 บทสรรเสริญพระรัตนตรัย บทที่ 3 บทบูชาพระรัตนตรัย บทที่ 4 บทพระพุทธคุณ พระธรรมคุณ พระสังฆคุณ บทที่ 5 บทคาถามงกุฎพระพุทธเจ้า บทที่ 6 บทนอบน้อมพระรัตนตรัย บทที่ 7 บทนอบน้อมพระพุทธเจ้า บทที่ 8 บทกรวดน้ำ และบทที่ 9 บทแผ่เมตตา ก่อนการสวดมนต์ผู้วิจัยทำการประเมินความเชื่อ ความศรัทธาต่อการสวดมนต์ตามหลักศาสนา ร่วมอภิปรายประโยชน์ของการสวดมนต์ การศึกษาเกี่ยวกับองค์พระประธานประจำวันเกิด เดือนเกิด และปีนักษัตรเกิด ซึ่งเป็นสิ่งศักดิ์สิทธิ์ประจำตัวบุคคล และอัญเชิญมาร่วมการสวดมนต์เพื่อให้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ประจำตัวมีพลังที่จะคุ้มครองผู้สวดมนต์ให้พบเจอแต่สิ่งที่ดี การประเมินความพร้อมในการสวดมนต์ แนะนำวิธีการสวดมนต์ การฝึกสวดมนต์และร่วมสวดมนต์กับผู้ป่วย 3 วัน ให้ผู้ป่วยเพื่อให้สามารถสวดมนต์ได้อย่างถูกต้อง หลังจากนั้นแนะนำให้ผู้ป่วยสวดมนต์ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง มีการติดตามประเมินผล และให้กำลังใจเพื่อให้มีการสวดมนต์อย่างต่อเนื่อง โดยการสวดมนต์ผู้สวดต้องสำรวมกาย ใจ ให้มีสติจดจ่อกับบทสวดมนต์นั้น จะช่วยให้ผู้สวดเกิดความสงบ และผ่อนคลายจากความวิตกกังวล และเกิดปัญญาในการพิจารณาบทสวดมนต์จนเกิดความเข้าใจ และนำมาใช้เป็นหลักในการดำเนินชีวิต จะช่วยให้เข้าใจชีวิตตามความเป็นจริง จะช่วยให้บุคคลประเมินสถานการณ์ความเจ็บป่วยที่กำลังเผชิญอยู่

ว่าเป็นธรรมดาของชีวิต ไม่คาดคะเนเหตุการณ์ในทางที่ไม่ดี ทำให้ไม่เกิดความวิตกกังวล เมื่อต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยที่รุนแรงก็สามารถปรับตัวได้ ไม่เกิดความวิตกกังวล (Gall et al., 2009; Meisenhelder et al., 2011; Meraviglia, 2006; Shreve – Neiger, & Edelstein, 2003) กรอบแนวคิดการวิจัยแสดงในภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

นิยามศัพท์

ความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกไม่สบายใจ หงุดหงิด ตึงเครียดของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งเกิดจากการประเมินสถานการณ์ที่กำลังเผชิญว่าเป็นอันตราย คุกคามต่อชีวิต หรืออาจเป็นการคาดคะเนเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ประเมินโดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (The State Anxiety Inventory) ของสปิลเบอร์เกอร์ (Spielberger, 1983) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย นิตยา, สายฤดี, และมาลี (2526) (อ้างตาม ขนิษฐา, 2534) มีจำนวน 20 ข้อ คะแนนอยู่ระหว่าง 20-80 คะแนน ค่าคะแนนสูงแสดงว่ามีความวิตกกังวลสูง คะแนนต่ำแสดงว่ามีความวิตกกังวลต่ำ

การสวดมนต์แบบพุทธ หมายถึง การใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อสนับสนุนการสวดมนต์แบบพุทธด้วยตนเอง โดยใช้บทสวดมนต์ธรรมฆราวาสบ้าน (พิชิต, 2545) โดยผู้วิจัยประเมินความเชื่อ ความศรัทธาตามหลักศาสนา ความพร้อมในการสวดมนต์ ร่วมอภิปรายประโยชน์ของการสวด

มนต์แนะนำวิธีการสวดมนต์ แจกบทสวดมนต์และฝึกให้ผู้ป่วยสวดมนต์ด้วยตนเอง ผู้วิจัยร่วมสวดมนต์กับผู้ป่วยทุกคืนก่อนนอน ครั้งละประมาณ 30 นาที เป็นเวลา 3 วัน ในช่วงที่ผู้ป่วยรักษาตัวในโรงพยาบาล หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยสวดมนต์ด้วยตนเองทุกคืนก่อนนอน ครั้งละประมาณ 30 นาที ติดต่อกันเป็นเวลา 28 วัน มีการติดตามประเมินผล และให้กำลังใจเพื่อให้มีการสวดมนต์อย่างต่อเนื่องโดยการโทรศัพท์ติดตามความต่อเนื่องของการสวดมนต์ ในวันแรกที่ผู้ป่วยกลับจากโรงพยาบาล และหลังจากนั้นทุก 7 วัน

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัด ประกอบด้วย การประเมินความพร้อมก่อนการรับยาเคมีบำบัด การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ และยาป้องกันและบรรเทาผลข้างเคียงของเคมีบำบัด การให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคมะเร็งโลหิตวิทยา การรักษาด้วยเคมีบำบัด ผลข้างเคียงของการรักษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และวิธีปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรค การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาเคมีตามสูตรยาแต่ละสูตร การบรรเทาอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด และการดูแลให้หยุดยาเคมีบำบัดเมื่อได้รับการรักษาครบตามแผนการรักษา

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการสวดมนต์แบบพุทธในการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมของโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง โดยผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนผู้ป่วยในกลุ่มทดลองจะมีการสวดมนต์แบบพุทธเพิ่มจากการพยาบาลตามปกติ

ความสำคัญของการวิจัย

เป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพโดยใช้การบำบัดทางเลือกตามแนวภูมิปัญญาตะวันออก โดยช่วยให้พยาบาลสามารถนำการสวดมนต์ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบกิจกรรมการพยาบาลอย่างเป็นองค์รวมตามความเชื่อ และความศรัทธาของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยา

บทที่ 2
วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการสวดมนต์แบบพุทธต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัด ผู้วิจัยได้ศึกษาและทบทวนตำรา บทความวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในหัวข้อต่าง ๆ ดังนี้

1. โรคมะเร็งโลหิตวิทยาและผลกระทบจากการรักษาด้วยเคมีบำบัด
    1.1 ชนิดของมะเร็งโลหิตวิทยา
    1.2 อาการและอาการแสดงของมะเร็งโลหิตวิทยา
    1.3 การรักษามะเร็งโลหิตวิทยาด้วยเคมีบำบัด
    1.4 ผลกระทบจากการรักษาด้วยเคมีบำบัดต่อผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยา
2. แนวคิดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยา
    2.1 ความหมายของความวิตกกังวล
    2.2 ประเภทของความวิตกกังวล
    2.3 กลไกการเกิดความวิตกกังวล
    2.4 ระดับของความวิตกกังวล
    2.5 ความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยา
    2.6 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยา
    2.7 ผลของความวิตกกังวลต่อผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยา
    2.8 การประเมินความวิตกกังวล
    2.9 การเผชิญกับความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยา
3. ปรัชญาเกี่ยวกับการสวดมนต์แบบพุทธ
    3.1 ความหมายของการสวดมนต์แบบพุทธ
    3.2 ผลของการสวดมนต์ต่อสุขภาพ
    3.3 วิธีการสวดมนต์
    3.4 บทสวดมนต์ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย
    3.5 การสวดมนต์เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยตามหลักฐานเชิงประจักษ์

3.6 การพยาบาลที่ส่งเสริมการสวดมนต์เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยา

4. สรุปการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

โรคมะเร็งโลหิตวิทยาและผลกระทบจากการรักษาด้วยเคมีบำบัด

โรคมะเร็งระบบโลหิตวิทยา เป็นกลุ่มโรคมะเร็งที่เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดในไขกระดูกหรือต่อมน้ำเหลืองมีความผิดปกติ โรคจะกระจายไปในระบบเลือด น้ำเหลือง และเนื้อเยื่ออื่นๆ อย่างรวดเร็ว ก่อให้เกิดอาการและอาการแสดงในระยะเวลาอันสั้น (Cao & Coutre, 2004; Turgeon, 2005) โรคมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่สำคัญ ได้แก่ มะเร็งต่อมน้ำเหลือง และมะเร็งเม็ดเลือดขาว และมะเร็งของพลาสม่าเซลล์ และต้องได้รับการดูแลรักษาในระยะเวลาที่รวดเร็ว (วิชัย และอ้อยทิพย์, 2547; อภิชัย, 2547) การวินิจฉัยโรคทำได้โดยเจาะเลือด และการเจาะไขกระดูกเพื่อดูลักษณะและชนิดของเม็ดเลือด

ชนิดของมะเร็งโลหิตวิทยา

มะเร็งโลหิตวิทยาที่พบได้บ่อยได้แก่ มะเร็งต่อมน้ำเหลือง มะเร็งเม็ดเลือดขาว และมะเร็งของพลาสม่าเซลล์ โดยแต่ละชนิดมีพยาธิสภาพ การวินิจฉัย อาการและอาการแสดง การรักษา ผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาที่แตกต่างกันดังนี้

1. มะเร็งเม็ดเลือดขาว (Acute leukemia) เป็นกลุ่มโรคมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่เกิดจากความผิดปกติของเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดในไขกระดูก (hemopoietic stem and progenitor cells) แบ่งได้เป็น 2 ชนิด คือ

1.1 มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน เกิดจากไขกระดูกมีการสร้างเซลล์เม็ดเลือดขาวอย่างรวดเร็ว เซลล์ตัวอ่อนมีการแบ่งตัวมากขึ้น (proliferation) จึงมีจำนวนของเซลล์ตัวอ่อนเพิ่มขึ้นในไขกระดูก แต่เซลล์เม็ดเลือดตัวอ่อนไม่สามารถเจริญเติบโต (differentiation block) เป็นเซลล์ตัวแก่ได้ ส่งผลให้การสร้างเม็ดเลือดปกติลดลง เซลล์ตัวอ่อนจะมีการแพร่กระจายเข้าสู่กระแสเลือด ไปสะสมในเนื้อเยื่ออื่น ๆ เช่น ต่อมน้ำเหลือง ตับ ม้าม กระบวนการนี้จะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการและอาการแสดงในระยะเวลาอันสั้น (ธัญญพงษ์และธานินทร์, 2553; วิเชียรและถนอมศรี, 2550; วีระศักดิ์, 2550) มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันแบ่งเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ ชนิดมัยอิลอยด์ (Acute Myeloid Leukemia: AML) และ ชนิดลิมฟอยด์ (acute lymphoblastic leukemia: ALL)

1.2 มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรัง เกิดจากความผิดปกติของมัยอีโลโปรลิเฟอเรทีพ (myeloproliferative) ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อ (neoplastic transformation) ของเซลล์ต้นกำเนิดชนิดพลูริโพเตน (pluripotent stem cells) ส่งผลให้เกิดการเพิ่มขึ้นของเม็ดเลือดชนิดต่าง ๆ โดยเฉพาะเม็ดเลือดขาว และเกล็ดเลือด (อุดมศักดิ์, 2553) การดำเนินโรคจะเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป ผู้ป่วยมักมาพบแพทย์ด้วยอาการเพลีย เหนื่อยง่าย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด หรือคลำได้ก้อนในท้อง หรือตรวจพบโดยบังเอิญจากการตรวจเลือดโดยไม่มีอาการแสดง มะเร็งเม็ดเลือดขาวเรื้อรังที่พบบ่อยมี 2 ชนิด คือ ชนิดมัยอิลอยด์ (chronic myeloid leukemia: CML) และชนิดลิมฟอยด์ (chronic lymphocytic leukemia: CLL)

2. มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Lymphoma) เกิดจากต่อมน้ำเหลืองมีการแบ่งตัวแบบควบคุมไม่ได้ มีการทำลายโครงสร้างของต่อมน้ำเหลือง ทำให้มีขนาดโตขึ้นและลุกลามไปยังอวัยวะอื่น และทำให้ความสามารถในการป้องกันเชื้อโรคต่าง ๆ ไม่ให้เข้าสู่ร่างกายได้ลดลง มะเร็งต่อมน้ำเหลืองสามารถแบ่งได้เป็น 2 ชนิดใหญ่ ๆ คือ ชนิดไม่ใช่ฮอดกินส์ (non- Hodgin's disease: NHL) และชนิดฮอดกินส์ (Hodgin's disease: HD) ซึ่งมีลักษณะพยาธิสภาพ การแพร่กระจายเข้าสู่ระบบน้ำเหลือง และระบบการสร้างเม็ดเลือด ที่แตกต่างกัน คือมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดไม่ใช่ฮอดกินส์ มีการแพร่กระจายอย่างรวดเร็วตั้งแต่ระยะเริ่มต้น เป็นเหตุให้มักตรวจพบโรคในระยะลุกลามมากกว่าระยะเริ่มต้น และมักพบพยาธิสภาพของอวัยวะอื่นๆ มากกว่า (ถนอมศรีและคณะ, 2550) โดยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดไม่ใช่ฮอดกินส์ เป็นมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่พบบ่อยที่สุดในประเทศไทย (Prechawittayakul, 2015)

3. มะเร็งของพลาสม่าเซลล์ (Multiple myeloma) เป็นโรคมะเร็งทางโลหิตวิทยาที่เกิดจากความผิดปกติในการแบ่งตัวของพลาสมาเซลล์ ซึ่งมีต้นกำเนิดจากไขกระดูก มีการสร้างโปรตีนที่ผิดปกติในเลือด โดยปกติพลาสมาเซลล์ทำหน้าที่สร้างภูมิคุ้มกันให้แก่ร่างกาย แต่เมื่อป่วยเป็นโรคพลาสม่าเซลล์จะถูกเปลี่ยนให้เป็นเซลล์มะเร็งและไม่สามารถสร้างภูมิคุ้มกันได้ตามปกติ แต่จะสร้างเอ็มโปรตีนขึ้นมา พร้อมกับหลั่งสารเคมีที่ผิดปกติออกมาสู่ร่างกาย ซึ่งจะทำให้เกิดความผิดปกติต่อไขกระดูก ตลอดจนอวัยวะอื่นๆ ของร่างกายด้วย

อาการและอาการแสดงของมะเร็งโลหิตวิทยา

ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวเกิดจากความผิดปกติของเม็ดเลือดชนิดต่างๆ อาการและอาการแสดงที่พบบ่อย ได้แก่ เลือดออกง่ายหยุดยาก มีจุดเลือดออกตามผิวหนัง เลือดกำเดาไหล มีไข้ ซีด อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ปวดเมื่อยทั่วตัว ตาพร่ามัว อาจมีความผิดปกติของระบบประสาท สมอง และอาจลุกลามไปที่ไขสันหลัง อาจมีการปวดกระดูกและข้อต่างๆ อาจมีต่อมน้ำเหลืองโต ตับโต ม้ามโต อาการเหล่านี้อาจเกิดจากพยาธิสภาพของโรคเองหรือจากการติดเชื้อ (ธานินทร์, 2547)

ผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองมักพบต่อมน้ำเหลืองโต มีไข้ตอนกลางคืน อาจมีอาการที่เกิดจากเซลล์มะเร็งอยู่ตามอวัยวะต่างๆ ได้แก่ หอบเหนื่อยจากมีก้อนที่ปอด ท้องโตแน่นท้อง บางรายอาจมีถ่ายเป็นเลือดจากการมีก้อนในระบบทางเดินอาหาร การวินิจฉัยแยกโรคโดยพิจารณาจากลักษณะสำคัญทางคลินิก ได้แก่ การแพร่กระจายของมะเร็งชนิดไม่ใช่ฮอดกินส์ เกิดขึ้นได้โดยการแพร่กระจายเข้าระบบน้ำเหลือง และ ระบบการสร้างเม็ดเลือด ซึ่งมะเร็งชนิดไม่ใช่ฮอดกินส์ มีลักษณะแตกต่างจากมะเร็งชนิดฮอดกินส์ คือ มีการแพร่กระจายอย่างรวดเร็วตั้งแต่ระยะเริ่มต้น เป็นเหตุให้มักตรวจพบโรคในระยะลุกลามมากกว่าระยะเริ่มต้น มากกว่าที่ตรวจพบในมะเร็งชนิดฮอดกินส์ (ถนอมศรีและคณะ, 2550) และอาศัยการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษต่าง ๆ ได้แก่ การตรวจพยาธิสภาพของชิ้นเนื้อจากต่อมน้ำเหลือง การตรวจเลือด การเจาะไขกระดูก การตรวจเอ็กซเรย์ปอด

ส่วนในผู้ป่วยมะเร็งของพลาสม่าเซลล์ในระยะแรกผู้ป่วยจะไม่มีอาการผิดปกติแต่อย่างใด บางคนอาจมีอาการซีดเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ซึ่งเป็นการยากที่จะวินิจฉัยโรคในระยะแรก ส่วนใหญ่จะตรวจพบเมื่อโรคมีการลุกลามเข้าระยะที่ 2 หรือ 3 ที่มีอาการโลหิตจาง ปวดกระดูก กระดูกพรุน กระดูกหัก แคลเซียมในเลือดสูง ซึ่งก็เป็นระยะที่ถือว่าการรักษาให้หายขาดทำได้ยาก

การรักษามะเร็งโลหิตวิทยาด้วยยาเคมีบำบัด

การรักษาผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยามีความแตกต่างจากมะเร็งชนิดอื่นๆ คือ ไม่สามารถผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออกได้ การรักษามะเร็งโลหิตวิทยาที่ใช้บ่อยและมีประสิทธิภาพสูงสุดคือ การใช้ยาเคมีบำบัดขนาดสูง โดยมีวัตถุประสงค์ คือ (1) เพื่อหวังผลให้ผู้ป่วยหายขาดจากโรค (curative) ใช้ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ที่อาการของโรคไม่ลุกลามรุนแรง และ (2) เพื่อหวังผลการควบคุมไม่ให้โรคลุกลาม สำหรับผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อยาเคมีบำบัดที่ให้ในระยะแรก และสภาพผู้ป่วยไม่พร้อมต่อการรับยาเคมีบำบัดขนาดสูง เช่น มีการติดเชื้อรุนแรง ซึ่งหาก

ให้ยาเคมีบำบัดในขนาดสูง อาจเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ แต่การให้ยาเคมีบำบัดที่ลดขนาดลง จะทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวขึ้น อาการจากโรคลดลง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (นรินทร์, 2546)

การใช้ยาเคมีบำบัดในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาอาจใช้ร่วมกับการรักษาอื่น ๆ ได้แก่ การฉายแสง มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสงบ และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Lewis, 2002) การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดจะกระทำอย่างต่อเนื่อง ประมาณ 4 - 8 ครั้ง และต่อเนื่องยาวนานเป็นระยะเวลา 3 - 5 ปี โดยการรักษาด้วยการใช้เคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาเป็นการรักษาโดยใช้ยาเคมีบำบัดหลายชนิดร่วมกัน (combination chemotherapy) เพื่อลดจำนวนเซลล์มะเร็งให้มากที่สุด ในเวลาที่เร็วที่สุด และทำอันตรายต่อเซลล์ปกติน้อยที่สุด เพื่อให้ระบบการสร้างเม็ดเลือดปกติฟื้นตัวขึ้นอย่างรวดเร็ว ชนิดของยาเคมีบำบัดที่ใช้ขึ้นอยู่กับลักษณะทางพยาธิวิทยา และการพยากรณ์โรค มีความแตกต่างกัน ทั้งชนิดของยา ระยะเวลาที่ให้ยา และขึ้นอยู่กับการพิจารณาของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโลหิตวิทยาในแต่ละสถานพยาบาล (ถนอมศรี และคณะ, 2550; ธานินทร์, 2553; Division of Hematology Prince of Songkla University, 2003) ปัจจุบันผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยามีจำนวนเพิ่มมากขึ้น พร้อม ๆ กับการพัฒนายาเคมีบำบัดที่ใช้ในการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด ยาเคมีบำบัดที่ใช้บ่อยในการรักษามะเร็งโลหิตวิทยาและวิธีการบริหารยาเคมีบำบัด (Division of Hematology Prince of Songkla University, 2003) มีดังนี้

1. การบริหารยาเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยจะมารับเคมีบำบัดที่ศูนย์ให้ยาเคมีบำบัด ใช้เวลาในการรับยาเคมีบำบัดประมาณ 4 - 6 ชั่วโมง ผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้ เมื่อได้รับยาครบ สูตรยาเคมีบำบัดที่ใช้การบริหารยาแบบผู้ป่วยนอก ได้แก่

CVP regimen ประกอบด้วยยา Cyclophosphamide,Vincristine, และ Prednisolone ใช้ในการรักษา มะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดไม่รุนแรง (low grade NHL)

CHOP regimen ประกอบด้วยยา Cyclophosphamide, Doxorubicin, Vincristine, และ Prednisolone เป็นสูตรยามาตรฐานที่ใช้ได้ผลดีสำหรับการรักษาผู้ป่วย NHL

COPP/ABV regimen ประกอบด้วยยา Cyclophosphamide, Vincristine, Procabazine, Adraimycin, Bleomycin, และ Vinblastine ใช้ในการรักษาผู้ป่วย HD

2. การบริหารยาเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยใน โดยผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเพื่อรับยาเคมีบำบัดอย่างต่อเนื่อง ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลมีความแตกต่างกันขึ้นกับสูตรยาเคมีบำบัดที่ได้รับ สูตรยาเคมีบำบัดที่ใช้การบริหารยาแบบผู้ป่วยใน ได้แก่

Induction regimens ประกอบด้วยการให้ยา cytarabine จำนวน 7 วัน และ Zavedos จำนวน 3 วัน จึงมักเรียกสูตรนี้ว่า "7+3" regimen ยาเคมีบำบัดในสูตรนี้จะมีผลกดการทำงานของ

ไขกระดูกรุนแรง ผู้ป่วยจำเป็นต้องนอนในโรงพยาบาลจนกระทั่งไขกระดูกกลับมาทำงานได้ตามปกติ ประมาณ 20 – 30 วัน

HiDAC คือการให้ยา Cytarabine ขนาดสูง จำนวน 3 วัน โดยรับยาเคมีบำบัดวันเว้นวัน ผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนของยาเช่นเดียวกับ สูตร "7+3" regimen

R-CHOP regimen ยาที่ใช้จะเหมือนสูตร CHOP แต่จะเพิ่ม Rituximab เป็นสูตรยาที่ใช้ได้ผลดี ลดโอกาสการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง (ธานินทร์, 2553) ผู้ป่วยจะได้รับยาเคมีบำบัดต่อเนื่อง 24 ชั่วโมงโดยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลา 2 วัน

HyperCVAD regimen ใช้ในการรักษามะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดรุนแรง (advance NHL) ประกอบด้วยยา 2 ชุด ให้สลับกัน คือ สูตร A ประกอบด้วยยา Cyclophosphamide,Vincristine, Doxorubicin, Ara –C, Dexa methasone, Methotrexate, และ Methylprednisolone ผู้ป่วยจะได้รับยาเคมีบำบัดต่อเนื่อง 3 วัน หลังจากนั้นให้ยาเป็นครั้ง ๆ ในวันที่ 4, 7, และ 11 และสูตร B ประกอบด้วย Methotrexate, Leucovorin, และ Cytarabine โดยผู้ป่วยจะได้รับยาเคมีบำบัดต่อเนื่องเป็นเวลา 3 วัน ยาเคมีบำบัดในสูตรนี้จะมีผลกดไขกระดูกรุนแรง ผู้ป่วยจำเป็นต้องรับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานานประมาณ 20 วัน และหากผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจากเคมีบำบัดที่สำคัญ คือ การติดเชื้อ ผู้ป่วยจะต้องรับการรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น

ESHAP regimen ประกอบด้วยยา Etoposide, methylprednisolone, high dose Cytarabine, และ Cisplatin ใช้ในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดสูตรมาตรฐาน หรือผู้ป่วยที่มีการกลับเป็นซ้ำของโรค (relapse) ผู้ป่วยจะได้รับยาเคมีบำบัดต่อเนื่องเป็นเวลา 5 วัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลประมาณ 6 วัน

EPOCH regimen ประกอบด้วยยา Etoposide, Vincristine, Doxorubicin, และ Cyclo- phosphamide ใช้ในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา หรือผู้ป่วยที่มีการกลับเป็นซ้ำของโรค (relapse) ผู้ป่วยจะได้รับยาเคมีบำบัดต่อเนื่องเป็นเวลา 5 วัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลประมาณ 6 วัน เช่นเดียวกับสูตร ESHAP

ASHAP regimen ประกอบด้วยยา Adriamycin, methylprednisolone, high dose Cytarabine, และ Cisplatin ใช้ในการรักษา HD ที่กลับเป็นซ้ำ ผู้ป่วยจะได้รับยาเคมีบำบัดต่อเนื่องเป็นเวลา 5 วัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลประมาณ 6 วัน

DHAP ประกอบด้วยยา Dexamethasone, Cytarabine, and Cisplatin ใช้ในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ผู้ป่วยจะได้รับยาเคมีบำบัดต่อเนื่องเป็นเวลา 4 วัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลประมาณ 5 วัน

DCEP ประกอบด้วยยา Dexamethasone, Cyclophosphamide, Etoposide, and Cisplatin ใช้ในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งของพลาสม่าเซลล์ ผู้ป่วยจะได้รับยาเคมีบำบัดต่อเนื่องเป็นเวลา 4 วัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลประมาณ 5 วัน

ชนิดของยาเคมีบำบัดที่ใช้ในการรักษามะเร็งต่อมน้ำเหลือง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตาราง 1

สูตรยาเคมีที่ใช้รักษามะเร็งโลหิตวิทยา โดยการบริหารยาเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก (Division of Hematology Prince of Songkla University, 2003)

สูตร	ขนาดยาและวิธีให้	วันที่	ระยะห่าง
CVP			
Cyclophosphamide	750 มก/ม^2 IV	1	ทุก 21 – 28 วัน
Vincristine	1.4 มก/ม^2 IV	1	จำนวน 4 - 6 ครั้ง
Prednisolone	100 มก	1-5	
CHOP			
Cyclophosphamide	750 มก/ม^2 IV	1	ทุก 21 – 28 วัน
Doxorubicin	50 มก/ม^2 IV	1	จำนวน 6-8 ครั้ง
Vincristine	1.4 มก/ม^2 IV	1	
Prednisolone	100 มก	1 – 5	
COPP/ABV			
Cyclophosphamide	650 มก/ม^{2}IV	1	ทุก 21 – 28 วัน
Vincristine	1.4 มก/ม^2 IV	1	จำนวน 6 -8 ครั้ง
Procabazine	100 มก/ม^{2}PO	1-7	
Prednisolone	40 มก/ม^{2}PO	1-14	
Adraimycin	35 มก/ม^2 IV	8	
Bleomycin	10 มก/ม^2 IV	8	
Vinblastine	6 มก/ม^2 IV	8	

ตาราง 2

สูตรยาเคมีที่ใช้รักษามะเร็งต่อมน้ำเหลือง โดยการบริหารยาเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยใน (Division of Hematology Prince of Songkla University, 2003)

สูตร	ขนาดยาและวิธีให้	วันที่	ระยะห่าง
7 + 3 regimen			จนกว่าโรคจะสงบ
Cytarabine	100 มก/ม^2 IV ทุก 12 ชม.	1 – 7	ทุก 28 วัน
Idarubicin	12 มก/ม^2 IV	1 - 3	
HiDAC			หลังโรคจะสงบ
Cytarabine	3 กรัม/ม^2	1, 3, 5	ทุก 28 วัน จำนวน 2 – 3 ครั้ง
R – CHOP			ทุก 21 – 28 วัน
Rituximab	375 มก/ม^2 IV	1	จำนวน 6 - 8 ครั้ง
Cyclophosphamide	750 มก/ม^2 IV	1	
Doxorubicin	50 มก/ม^2 IV	1	
Vincristine	1.4 มก/ม^2 IV	1	
Prednisolone	100 มก	1 - 5	
HyperCVAD สูตร A			ทุก 21 – 28 วัน สลับกับ
Cyclophosphamide mg/m2	300 มก/ม^2 IV ทุก 12 ชม.	1, 2, 3	สูตร B จำนวน 6 - 8 ครั้ง
Vincristine	2 มก IV	4, 11	
Doxorubicin (Adriamycin)	50 มก/ม^2 IV	4	
Dexamethasone	40 มก/ม^2 IV หรือ PO	1 – 4	
Cytarabine	70 มก IT	7	
Mesna	300 มก/ม^2 IV ทุก 12 ชม.	1, 2, 3	ให้พร้อม Cyclophosphamide
Methotrexate	12 มก IT	2	
HyperCVAD สูตร B			
Methotrexate	1000 มก/ม^2 IV ต่อเนื่อง	1	
Leucovorin	25 มก/ม^2 IV	1	หลังให้ Methotrexate
Cytarabine	3000 มก/ม^2 IV ต่อเนื่อง		

ตาราง 2 *(ต่อ)*

สูตร	ขนาดยาและวิธีให้	วันที่	ระยะห่าง
EPOCH			
Etoposide	50 มก/ม^2 CI	1-4	ทุก 21-28 วัน
Vincristine	0.4 มก/ม^2 CI	1-4	จำนวน 4-6 ครั้ง
Doxorubicin	10 มก/ม^2 CI	1-4	
Cyclophosphamide	750 มก/ม^2 IV	5	
Prednisolone	60 มก/ม^2 PO	1-5	
ESHAP			
Etoposide	40 มก/ม2 IV	1-4	ทุก 21 – 28 วัน
Methylprednisolone	500 มก/ม2 IV	1-4	จำนวน 6-8 ครั้ง
Ara – C	2 มก/ม2 IV	5	
Cisplatin	2.5 มก/ม2 CI	1 – 4	
DHAP			
Dexamethasone	40 มก PO	1 – 4	ทุก 21 – 28 วัน
Cytarabine	2 กรัม/ม2 ทุก 12 ชม.	Day 2	จำนวน 4- 6 ครั้ง
Cisplatin	100 400 มก/ม2 CI	Day 1	
DCEP			
Dexamethasone	40 mg PO	1 – 4	ทุก 21 – 28 วัน
Cyclophosphamide	400 มก/ม^2 CI	1 – 4	จำนวน 4- 6 ครั้ง
Etoposide	40 มก/ม^2 CI	1 – 4	
Cisplatin	10 มก/ม^2 CI	1 - 4	

IV หมายถึง การให้ยาทางเส้นเลือดดำ (intravenous)

PO หมายถึง การรับประทานยาทางปาก (per oral)

CI หมายถึง การให้ยาทางเส้นเลือดดำอย่างต่อเนื่อง (continuous infusion)

IT หมายถึง การให้ยาทางไขสันหลัง (intrathecal)

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาที่ได้รับการรักษาเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยใน ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่รุนแรง ต้องได้รับยาเคมีบำบัดในขนาดสูงกว่าการใช้เคมีบำบัดในการรักษามะเร็งชนิดอื่นๆ จึงทำให้เกิดผลข้างเคียงมากกว่ายาเคมีบำบัดที่รักษามะเร็ง

ชนิดอื่น ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานมากมาย ซึ่งจะกระทบต่อตัวทั้งผู้ป่วยเองและครอบครัว

ผลกระทบจากการรักษาด้วยเคมีบำบัดต่อผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยา

แม้จะมีการศึกษาเพื่อพัฒนายาเคมีบำบัดที่ใช้ในการรักษามะเร็งให้ออกฤทธิ์ทำลายเซลล์มะเร็งโดยการขัดขวางการสร้าง DNA โดยตรง แต่ยาเคมีบำบัดเหล่านั้นยังมีผลทำลายเซลล์ปกติโดยเฉพาะเซลล์ที่มีการแบ่งตัวสร้าง DNA ตลอดเวลา ประกอบกับการที่ต้องใช้ยาเคมีบำบัดในขนาดสูงกว่าการรักษามะเร็งชนิดอื่นเพื่อหวังทำลายเซลล์มะเร็งที่กระจายอยู่ทั่วร่างกาย จึงส่งผลเกิดอาการข้างเคียงที่สร้างความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยหลายประการ และผู้ป่วยต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางแพทย์อย่างเคร่งครัด เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิต ตลอดจนการต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนของผลการรักษาและการดำเนินโรค สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ส่งผลกระทบอย่างมากมายต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ

ผลกระทบด้านร่างกาย เกิดได้ทั้งจากอาการของโรค และอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด อาการที่พบบ่อย คือ อาการที่เกิดจากไขกระดูกถูกกดการทำงาน ส่งผลให้เกิดภาวะเม็ดเลือดทุกชนิดลดต่ำลงกว่าปกติ ผู้ป่วยมักมีเลือดออกตามอวัยวะต่าง ๆ ได้ง่ายเนื่องจากภาวะเกล็ดเลือดต่ำ มีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่ายจากภาวะโลหิตจาง และมีไข้สูงจากการติดเชื้อในร่างกายจากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (จงจิต, 2553; Johnsen et al., 2009) นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วยเกิดแผลในปาก ภาวะเยื่อบุปากอักเสบ (อมรรัตน์, 2550) ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดประสิทธิภาพในการดูแลตนเอง ส่งผลให้เกิดอาการข้างเคียงต่าง ๆ มีความรุนแรงมากขึ้น

ผลกระทบด้านจิตสังคม อาจมีความแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละคน ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค การรักษา การพยากรณ์โรค และพื้นฐานทางจิตใจ อารมณ์ วัฒนธรรมและความเชื่อของผู้ป่วยแต่ละคน ปัญหาทางจิตสังคมของผู้ป่วยที่มารับเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งโลหิตวิทยาที่พบบ่อย ได้แก่ ความวิตกกังวล ซึมเศร้า ท้อแท้ สิ้นหวัง (Anderson et al., 2008; Brunetti et al., 2011; Santos et al., 2006; Thompson et., 2010) ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการถูกรบกวนอาการต่าง ๆ ไม่สามารถควบคุมอาการเหล่านั้นได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ด้วยตนเอง ต้องมีบุคคลในครอบครัวมาดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ส่งผลต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว และต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับโรคและแผนการรักษาเพื่อป้องกันและชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ นอกจากนั้นเคมีบำบัดยังทำให้ผมร่วง ผิวหนังแตก

แห้ง ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงต่อภาพลักษณ์ จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองเป็นผู้น่ารังเกียจ เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยปฏิเสธการเข้าสังคม เป็นต้น (ยุพินและณัฐวรรณ, 2551; ศิริกาญจน์, 2549)

ผลกระทบด้านจิตวิญญาณ จากสถานการณ์โรคมะเร็งที่ผ่านมาผู้ป่วยมักจบลงด้วยการเสียชีวิต การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งโลหิตวิทยาจึงเปรียบเสมือนคำพิพากษาว่าจะตาย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกลัวตาย ท้อแท้สิ้นหวัง หมดพลังที่จะดำเนินชีวิตต่อไป รู้สึกว่าความตายรออยู่แค่เอื้อม ต้องอยู่อย่างทุกข์ทรมาน ชีวิตไม่มีความหมาย ไม่รู้จะดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างไร (ทัศนีย์, 2552; สุรศักดิ์, 2547) ผู้ป่วยบางรายอาจมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย (Valente, 2004) ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการที่บุคคลไม่สามารถปรับตัวยอมรับความเจ็บป่วย ผู้ป่วยบางรายรู้สึกว่าไม่ได้รับความเป็นธรรมจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่อยู่เหนือธรรมชาติ หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทางศาสนา (Hills, Paice, Cameron, & Shott, 2005) นอกจากนั้นการที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน ทำให้ผู้ป่วยต้องห่างไกลจากลูกหลานอันเป็นที่รัก ซึ่งเป็นแหล่งของความหวังและกำลังใจของผู้ป่วย (สิดารัตน์, 2550) และความอ่อนเพลียจากความเจ็บป่วยและผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา (สุพิศ, 2550; อังสุมาและกานดาวศรี, 2547)

จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาต้องเผชิญกับอาการของโรคที่รุนแรง ผลข้างเคียงที่รุนแรงจากยาเคมีบำบัด และต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพอย่างเคร่งครัดเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ รวมทั้งมีโอกาสกลับเป็นซ้ำของโรคได้สูง สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม อย่างไรก็ตามการแพทย์ในปัจจุบัน มุ่งให้การดูแลรักษาความเจ็บป่วยทางร่างกาย ทำให้มองข้ามปัญหาทางจิตใจผู้ป่วย (Ernstmann et al., 2009; Fritzsche et al., 2004) ซึ่งปัญหาทางจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่พบบ่อย คือ ความวิตกกังวล (Anderson et al., 2008; Brunetti et al., 2011; Lee et al., 2005; Santos et al., 2006; Thompson et., 2010) การไม่ได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสมทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูง ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และทำให้ความเจ็บป่วยรุนแรงขึ้นได้

แนวคิดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยา

ความหมายของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลเป็นการแสดงออกทางอารมณ์ที่บ่งบอกว่าบุคคลเกิดความเครียดขึ้น โดยการใช้กระบวนการทางสติปัญญา ในการประเมินสิ่งเร้าที่เข้ามากระตุ้นว่าเป็นสิ่งที่คุกคาม และประเมินศักยภาพของตนเองว่าไม่สามารถเผชิญกับปัญหานั้นได้ อาจทำให้เป็นอันตรายต่อร่างกาย (Spilberger,

1988 อ้างตาม ดาราวรรณ, 2538) จากการที่ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับความเครียดในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงใช้ทฤษฎีความเครียด การประเมิน และการเผชิญความเครียดของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus, & Folkman, 1984) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการสวดมนต์และการเจริญสติ เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้

ทฤษฎีความเครียด การประเมิน และการเผชิญความเครียดของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus, & Folkman, 1984) กล่าวว่า ความเครียดเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม เกิดจากการที่ผู้ป่วยใช้สติปัญญา ความรู้และประสบการณ์ในอดีตมาประเมินสถานการณ์ที่กำลังเผชิญว่าเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดอันตราย คุกคามต่อชีวิต และประเมินว่าศักยภาพของตนเองอาจไม่เพียงพอที่จะเผชิญกับสถานการณ์ดังกล่าว จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ คือ ความรู้สึกวิตกกังวล ซึ่งสถานการณ์ที่ผู้ป่วยประเมินนั้นอาจจะเกิดขึ้นจริง หรือเป็นเพียงการคาดคะเนก็ได้ เมื่อบุคคลมีความวิตกกังวลจะส่งผลให้บุคคลหาวิธีการเผชิญกับปัญหานั้น ๆ โดยใช้ 2 แนวทาง คือ (1) การเผชิญความเครียดโดยมุ่งแก้ปัญหา (problem - focused coping) ได้แก่ การแสวงหาข้อมูล การหาวิธีการแก้ปัญหา รวมทั้งการเรียนรู้ทักษะและวิธีการใหม่ ๆ ในการแก้ไขปัญหา เป็นต้น (2) การเผชิญความเครียดโดยการโดยมุ่งแก้ไขอารมณ์ (emotional - focused coping) เป็นการเผชิญความเครียดที่มุ่งลดอารมณ์ หรือความรู้สึกเพื่อช่วยบรรเทาความเครียด ได้แก่ การมองโลกในแง่ดี การใช้อารมณ์ขัน การสวดมนต์ การรับประทานอาหารมากขึ้น รวมทั้งการใช้แอลกอฮอล์ และสารเสพติด เป็นต้น โดยพบว่าเมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นบุคคลจะพยายามหาทางแก้ไขปัญหา หากไม่สามารถแก้ไขปัญหานั้นได้ บุคคลจะหันกลับมาแก้ไขอารมณ์ของตนเอง เพื่อปรับตัวรักษาสมดุลของร่างกาย จิตใจ และเตรียมรับสถานการณ์อื่น ๆ ที่เข้ามาต่อไป

ความวิตกกังวล หมายถึง เป็นสภาวะทางอารมณ์เชิงลบที่เกิดจากการเผชิญความเครียดไม่เหมาะสม โดยมีใช้กระบวนการทางสติปัญญา ในการประเมินสิ่งเร้าที่เข้ามากระตุ้นว่าเป็นสิ่งที่คุกคาม และประเมินศักยภาพของตนเองว่าไม่สามารถเผชิญกับปัญหานั้นได้ อาจทำให้เป็นอันตรายต่อร่างกาย (Spilberger, 1988 อ้างตาม ดาราวรรณ, 2538) เป็นสิ่งที่บุคคลมักประสบอยู่เสมอเมื่อต้องเผชิญปัญหาต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันที่เปลี่ยนแปลง ไม่แน่นอน สภาพการณ์เหล่านี้ทำให้บุคคลรู้สึกไม่สบายใจ หงุดหงิด ตึงเครียด หวาดหวั่นและกลัวล่วงหน้าในสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง โดยไม่รู้หรือไม่สามารถระบุสาเหตุที่แน่นอนได้ เกิดร่วมกับการตอบสนองของระบบประสาทอัตโนมัติ ส่งผลให้มีอาการแสดงออกทางร่างกายและจิตใจ ได้แก่ มือสั่น ใจสั่น หงุดหงิด โมโหง่าย เป็นต้น ส่งผลต่อกระบวนการทางสติปัญญา ได้แก่ การรับรู้ การคิด การตัดสินใจ และการเรียนรู้เปลี่ยนแปลงไป (Miller, 2011; Sadock & Sadock, 2007)

ประเภทของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลแบ่งเป็น 2 ประเภท (Spielberger, 1988 อ้างตาม ดาราวรรณ, 2538) คือ

1. ความวิตกกังวลประจำตัวบุคคลหรือความวิตกกังวลแฝง (trait anxiety, A – trait) เป็นความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะเฉพาะของตัวบุคคล มีลักษณะที่ค่อนข้างคงที่และจะปรากฏออกมาในลักษณะบุคลิกภาพของแต่ละบุคคล และจะเป็นตัวเสริมของความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ที่ต้องเผชิญในแต่ละครั้ง เช่น เมื่อมีสิ่งเร้าที่ไม่พึงพอใจหรือที่เป็นอันตรายมากระตุ้น บุคคลที่มีความวิตกกังวลประจำตัวบุคคลสูง จะรับรู้สิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจหรือจะเกิดอันตรายได้เร็วกว่าผู้ที่มีความวิตกกังวลประจำตัวบุคคลต่ำกว่า โดยทั่วไปความวิตกกังวลประจำตัวบุคคลจะเปลี่ยนแปลงได้ช้ากว่าความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ เป็นความโน้มเอียงของบุคคลในการตอบสนองต่อสถานการณ์ที่เข้ามากระทบ เป็นบุคลิกของบุคคลที่สั่งสมประสบการณ์มา

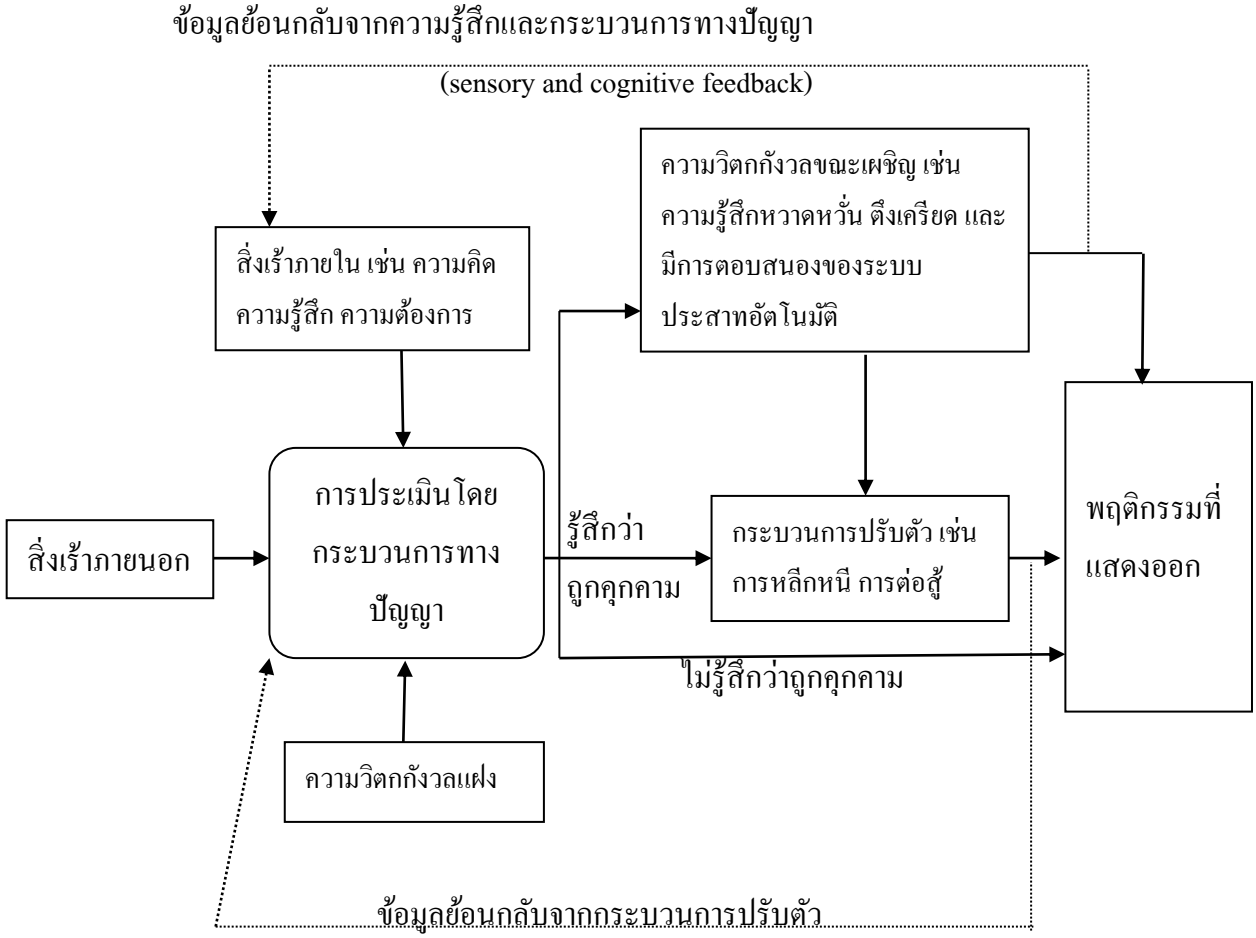
2. ความวิตกกังวลขณะเผชิญสถานการณ์ (state anxiety, A- state) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นชั่วคราวเมื่อมีสถานการณ์เฉพาะหรือสิ่งใดสิ่งหนึ่งมากระทบ บุคคลจะแสดงพฤติกรรมโต้ตอบที่สามารถสังเกตได้ เป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกไม่สบายใจ อารมณ์ตึงเครียด หวาดหวั่น กระวนกระวาย กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยา และการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติเพิ่มขึ้น ความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดความวิตกกังวลจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพ การเรียนรู้ ประสบการณ์ในอดีตของแต่ละบุคคล และหากความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นบ่อยๆ แม้ไม่มีความรุนแรงก็อาจเป็นตัวเสริมให้เกิดความวิตกกังวลประจำตัวบุคคลได้

จากความสัมพันธ์ของความวิตกกังวลทั้ง 2 ประเภทนี้ เมื่อผู้ป่วยได้รับสิ่งกระตุ้นหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล คือ การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งโลหิตวิทยาและต้องเข้ารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรง และเป็นสาเหตุให้เสียชีวิตได้ ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลประจำตัวบุคคลสูง มักจะมีแนวโน้มที่จะประเมินสิ่งเร้าหรือสิ่งที่มาคุกคามนั้นว่าเป็นอันตรายและมีความรุนแรงมาก ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากอาการของโรค อาจนึกถึงความทุกข์ทรมานที่เกิดจากผลข้างเคียงของเคมีบำบัด ผู้ป่วยบางรายอาจนึกถึงความตายโดยเฉพาะรายที่มีคนรู้จักเคยได้รับเคมีบำบัด และมีอาการข้างเคียงที่รุนแรง หรือรู้จักผู้ที่เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ที่มาคุกคามสูง ซึ่งถ้าผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสมแล้วความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ลดลง ความวิตกกังวลประจำตัวบุคคลก็มีโอกาสลดลงด้วย อย่างไรก็ตามในการลดความวิตกกังวลประจำตัวอาจต้องใช้เวลานาน เนื่องจากเป็นบุคลิกประจำตัวของผู้ป่วยที่มีมานาน ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะทำการประเมิน

การเปลี่ยนแปลงของระดับความวิตกกังวลภายหลังได้รับการสวดมนต์แบบพุทธ และทำการประเมินความวิตกกังวลแฝงเพื่อนำมาเป็นตัวแปรที่ควบคุมเพื่อไม่ให้เกิดความอคติของการวิจัย

กลไกการเกิดความวิตกกังวล

สปิลเบอร์เกอร์ (Spielberger, 1988) เป็นผู้ที่ศึกษาความวิตกกังวลอย่างต่อเนื่อง และเป็นผู้ที่สร้างแบบวัดความวิตกกังวลที่มาใช้กันแพร่หลายในปัจจุบัน ได้อธิบายกลไกการเกิดความวิตกกังวลว่า เมื่อมีสิ่งเร้าเข้ามากระทบบุคคล ไม่ว่าจะเป็นสิ่งเร้าจากภายนอก หรือสิ่งเร้าภายใน สิ่งเร้าเหล่านั้นจะถูกกระบวนการทางปัญญารับรู้และประเมินว่ามีลักษณะอย่างไร จะส่งผลทางบวกหรือทางลบ รวมทั้งประเมินศักยภาพของตนเองว่ามีเพียงพอที่จะเผชิญหรือรับมือกับสิ่งเร้านั้นหรือไม่อย่างไร โดยการใช้ประสบการณ์ที่ตนเองได้เรียนรู้และเผชิญกับสถานการณ์ที่ผ่านมา โดยลักษณะประจำตัวของบุคคลจะมีผลต่อกระบวนการประเมินนี้ บุคคลที่มีลักษณะความวิตกกังวลประจำตัวสูง มักมีแนวโน้มที่จะประเมินสิ่งเร้าหรือสิ่งที่มาคุกคามนั้นว่าเป็นอันตรายและมีความรุนแรงมากกว่าผู้ที่มีลักษณะความวิตกกังวลประจำตัวต่ำ แต่การประเมินศักยภาพในการเผชิญภาวะคุกคาม ผู้ที่มีลักษณะความวิตกกังวลประจำตัวสูงมักมีการประเมินศักยภาพของตนเองต่ำกว่าผู้ที่มีลักษณะความวิตกกังวลประจำตัวต่ำ การประเมินทั้งหมดนี้จะทำให้เกิดความวิตกกังวลต่อสถานการณ์นั้น ๆ และทำให้บุคคลใช้กลไกการปรับตัวโดยการตัดสินใจที่จะหลีกหนีหรือเข้าหาปัญหา ผลการเผชิญความวิตกกังวลก็จะเป็นข้อมูลย้อนกลับไปที่กระบวนการทางปัญญาเพื่อเรียนรู้ที่จะประเมินสิ่งเร้าที่เข้ามาใหม่ต่อไป กลไกการเกิดความวิตกกังวลของสปิลเบอร์เกอร์ ดังแสดงในภาพ 2



ภาพ 2. กลไกการเกิดความวิตกกังวลของสปิลเบอร์เกอร์ (ดัดแปลงจาก Spielberger, 1988)

นอกจากนั้นลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus, & Folkman, 1984) ได้อธิบายว่าความวิตกกังวลเป็นการแสดงออกทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีความเครียด โดยบุคคลและสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อกัน เมื่อสิ่งแวดล้อมของบุคคลมีการเปลี่ยนแปลงหรือมีสถานการณ์เร้าความเครียด บุคคลจะมีการประเมินว่าสถานการณ์นั้นมีผลอย่างไรต่อสวัสดิภาพของตน และมีการประเมินแหล่งประโยชน์ที่ต้องใช้ในการเผชิญ โดยการประเมินอาศัยกระบวนการทางสติปัญญา มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ในการพิจารณาตัดสินความสำคัญและความหมายของสถานการณ์นั้น ๆ ต่อสวัสดิภาพของตนเอง ซึ่งการประเมินตัดสินมี 2 แบบ คือ

1. การประเมินชนิดปฐมภูมิ (primary appraisal) เป็นการประเมินตัดสินความสำคัญและความรุนแรงของสถานการณ์นั้นต่อสวัสดิภาพของตนเอง ซึ่งสามารถประเมินได้เป็น 3 ทาง คือ

1.1 ไม่มีความสำคัญต่อตนเอง (irrelevant) คือการที่บุคคลพิจารณาและประเมินว่าเหตุการณ์นั้นไม่ส่งผลใด ๆ ต่อสวัสดิภาพของตนเอง

1.2 มีผลในทางที่ดีต่อตนเอง (benign positive) คือ การที่บุคคลพิจารณาและประเมินว่าเหตุการณ์นั้นมีผลในทางที่ดีกับสวัสดิภาพของตนเอง จึงไม่ต้องจัดการณ์กับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น

1.3 เกิดความเครียด (stressful) คือ การที่บุคคลพิจารณาและประเมินว่าเหตุการณ์นั้นต้องใช้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัว ซึ่งการประเมินว่าทำให้เกิดความเครียด มี 3 ลักษณะ คือ

1.3.1 ลักษณะที่เป็นอันตรายหรือต้องสูญเสีย (harm and loss) หมายถึง การที่บุคคลประเมินว่าเกิดความเสียหายขึ้นกับตนแล้ว เช่น การที่ผู้ป่วยมีไข้ ต่อมน้ำเหลืองโต ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะประเมินว่าไม่สามารถปฏิบัติบทบาทหน้าที่ได้ตามปกติ ต้องสูญเสียรายได้

1.3.2 คุกคาม (threat) หมายถึง การที่บุคคลประเมินว่าอาจเกิดอันตรายหรือการสูญเสียในอนาคตได้ เช่น ผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาที่ต้องเข้ารับการรักษาด้วยเคมีบำบัดอย่างต่อเนื่อง เป็นเวลานาน นอกจากต้องเผชิญกับผลข้างเคียงของเคมีบำบัดแล้ว อาจประเมินว่ามีความไม่แน่นอนของผลการรักษา อาจไม่ตอบสนองต่อการรักษา หรือมีการกลับเป็นซ้ำ ทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมาน และอาจต้องถูกออกจากงานจากการที่ไม่สามารถทำงานได้เป็นเวลานาน ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทั้งของตนเองและครอบครัว

1.3.3 ท้าทาย (challenge) หมายถึง การที่บุคคลประเมินว่าเหตุการณ์นั้นอาจเป็นอันตราย แต่มีทางที่จะควบคุมได้ หรืออาจจะเกิดประโยชน์กับตนเอง ทำให้มีขวัญและกำลังใจดีขึ้น เช่น การที่ผู้ป่วยประเมินว่าการเจ็บป่วยเป็นมะเร็งโลหิตวิทยาเป็นโรคที่แพทย์สามารถรักษาได้ และผู้ป่วยร่วมมือในการดูแลตนเอง และประเมินว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้ทำให้ผู้ป่วยได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีขึ้น

ระดับของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นได้กับมนุษย์ทุกคน มีระดับความรุนแรงที่แตกต่างกัน โดยทั่วไปนิยมแบ่งระดับความวิตกกังวลเป็น 4 ระดับ (Stuart, & Sundeen, 1987) จากการศึกษาความวิตกกังวลของสปิลเบอร์เกอร์, กอร์ซูซ, และลูซีน (Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1970) (อ้างตามขนิษฐา, 2534) ได้กำหนดคะแนนระดับความวิตกกังวลอยู่ระหว่าง 20 – 80 คะแนน ถ้าคะแนนมากแสดงว่ามีความวิตกกังวลสูง แต่ไม่ได้แบ่งช่วงคะแนนของระดับความวิตกกังวลไว้ จากการศึกษาของขนิษฐา (2534) ได้ทบทวนผลการศึกษาของสปิลเบอร์เกอร์และคณะ (Spielberger et al., 1970) และนำคะแนนความวิตกกังวลมาจัดแบ่งระดับความวิตกกังวลให้

สอดคล้องกับการแบ่งระดับความวิตกกังวลของสตอร์ทและซันดีน (Stuart, & Sundeen, 1987) ดังนี้

1. ความวิตกกังวลระดับน้อย มีคะแนนระหว่าง 20 - 40 คะแนน เป็นความวิตกกังวลที่พบได้ทั่วไปในชีวิตประจำวัน ช่วยให้บุคคลมีความตื่นตัว กระตือรือร้นที่จะเผชิญหรือแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีผลต่อการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ จึงอาจพบการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายอารมณ์ และพฤติกรรมบ้างเล็กน้อย และจะหายไปอย่างรวดเร็ว ซึ่งบุคคลสามารถควบคุมและจัดการได้ด้วยตนเอง หรือต้องการได้รับการช่วยเหลือเพียงเล็กน้อยก็สามารถควบคุมสถานการณ์ได้

2. ความวิตกกังวลระดับปานกลาง มีคะแนนระหว่าง 41 - 60 คะแนน เป็นความวิตกกังวลที่สูงขึ้น แต่ความสามารถของบุคคลในการเรียนรู้และการแก้ไขปัญหายังเหมือนเดิม อาจกระทบต่อประสิทธิภาพในการคิดและการตัดสินใจเล็กน้อย การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายอารมณ์ และพฤติกรรมที่พบได้ คือ ความรู้สึกตึงเครียด ใจสั่น สัญญาณชีพเพิ่มขึ้น อาจมีอาการปวดศีรษะ เสียงสั่น กระวนกระวาย และบุคคลจะมีการตื่นตัวมากขึ้นจากมีการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเธติก (sympathetic nervous system) บุคคลที่มีความวิตกกังวลระดับปานกลางควรได้รับการช่วยเหลือหรือรักษาเพื่อป้องกันการพัฒนาไปสู่ความวิตกกังวลระดับรุนแรง

3. ความวิตกกังวลระดับสูง มีคะแนนระหว่าง 61 - 70 คะแนน เป็นความวิตกกังวลระดับที่ทำให้บุคคลมีการรับรู้ที่ลดลงมาก มีอาการหมกมุ่นครุ่นคิดเรื่องใดเรื่องหนึ่งมากเกินไป ความสามารถในการเรียนรู้และแก้ไขปัญหาจึงเป็นไปได้ยาก อาจมีอาการสับสนงุนงง ควบคุมตัวเองไม่ได้ กระสับกระส่าย เนื้อตัวและเสียงสั่น อาจมีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ สัญญาณชีพเพิ่มขึ้น ท้องเสียหรือท้องผูกได้ มีอารมณ์หงุดหงิด โมโหง่าย ซึ่งบุคคลจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือหรือรักษา

4. ความวิตกกังวลระดับรุนแรง มีคะแนนระหว่าง 71 - 80 คะแนน เป็นความวิตกกังวลระดับที่ทำให้บุคคลไม่สามารถควบคุมหรือช่วยเหลือตนเองได้ สูญเสียการเรียนรู้และไม่สามารถแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้ มีความคิดที่ผิดแปลกไป ทำให้มีอาการหลงผิดหรือปราสาทหลอนเกิดขึ้นชั่วขณะได้ ความสามารถในการสื่อสารเสียไป มีอารมณ์หวาดกลัว โกรธ ก้าวร้าวอย่างรุนแรงเป็นอันตรายแก่ตัวเองและผู้อื่น และอาจมีการแสดงพฤติกรรมแปลก ๆ เช่น กรีดร้อง ต่อสู้หรือถอยหนี และหลังจากอาการสงบจะรู้สึกอ่อนเพลีย สูญเสียกำลังอย่างมาก หรืออาจตกอยู่ในภาวะซึมเศร้า จนคิดทำร้ายตัวเอง จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือหรือรักษาจากผู้เชี่ยวชาญ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจะทำการศึกษาในผู้ป่วยที่มีระดับความกังวลในระดับปานกลางถึงระดับรุนแรงเพื่อให้การช่วยเหลือหรือรักษาเพื่อป้องกันการพัฒนาไปสู่ความวิตกกังวลระดับที่สูงขึ้น

ความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยา

การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งโลหิตวิทยาทำให้ผู้ป่วยมีการประเมินสถานการณ์ที่กำลังเผชิญว่าจะกระทบต่อตนเองอย่างไร รวมทั้งประเมินว่าศักยภาพของตนเองมีเพียงพอที่จะเผชิญกับสถานการณ์ดังกล่าวหรือไม่ แต่จากสถานการณ์การรักษาโรคมะเร็งที่ผ่านมายังไม่สามารถควบคุมโรคได้ทั้งหมด มีโอกาสเสียชีวิตได้ ผู้ป่วยจึงมักประเมินว่าการได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเป็นสถานการณ์ที่คุกคามต่อชีวิต และไม่สามารถควบคุมหรือแก้ไขสถานการณ์นั้นได้ จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกตึงเครียด และวิตกกังวล โดยพบว่าความวิตกกังวลเป็นปัญหาทางด้านจิตใจที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยา พบได้ถึงร้อยละ 50 - 70% (Brunetti et al., 2011; Hall et al., 2013; Lee et al., 2005; Montgomery et al., 2003; Santos et al.,2006; Thompson et al., 2010) และผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยามีความวิตกกังวลสูงกว่ามะเร็งชนิดอื่น (Linden et al., 2012) มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล และพบได้ในทุกระยะของความเจ็บป่วย ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาจะมีความวิตกกังวลสูงจากการมีอาการของโรคและผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดที่รุนแรง (Hall et al., 2013; Linden et al., 2012; Santos et al., 2006) อาการของโรคและอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดที่พบบ่อยคือ อาการที่เกิดจากไขกระดูกถูกกดการทำงาน ได้แก่ ไข้สูงจากการติดเชื้อในร่างกายจากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ เลือดออกตามอวัยวะต่าง ๆ จากภาวะเกล็ดเลือดต่ำ และมีอาการอ่อนเพลียเหนื่อยง่ายหรือหายใจลำบากจากภาวะโลหิตจาง (จงจิต, 2553; Johnsen, et al., 2009) ซึ่งในระยะนี้ผู้ป่วยจะต้องดูแลตนเองตามคำแนะนำจากทีมดูแลรักษาพยาบาลอย่างเคร่งครัด ได้แก่ การล้างมืออย่างถูกวิธี การใส่ผ้าปิดปากจมูก การจำกัดการเยี่ยมจากญาติ การรับประทานอาหารเฉพาะที่โรงพยาบาลจัดมาให้เท่านั้น เพื่อป้องกันการติดเชื้อรุนแรงที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่พบบ่อย ในขณะที่ผู้ป่วยหลายรายมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน มีแผลในปาก การรับรสอาหารเปลี่ยนแปลง ทำให้ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย (บุษกร, 2549) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะเกล็ดเลือดต่ำมาก ในบางครั้งไม่สามารถหาเกล็ดเลือดทดแทนได้ในเวลาที่รวดเร็ว เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาต้องใช้เกล็ดเลือดปริมาณมาก และการใช้เกล็ดเลือด 1 ครั้ง ต้องใช้ผู้บริจาคถึง 6 คน ผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดส่วนใหญ่ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลต่อเนื่อง โดยผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาจะได้รับเคมีบำบัด 6 - 8 ครั้ง ครั้งละ 5 - 10 วัน ทุก 21 - 28 วัน (Division of Hematology Prince of Songla University, 2003) และจากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งโลหิต

วิทยาที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัดรุนแรงต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนานหลายเดือน ส่งผลให้การรักษาไม่ต่อเนื่อง โรคกำเริบลุกลามรุนแรงในระยะเวลาที่รวดเร็ว และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญ (พรรณดีและอุดม ศักดิ์, 2553; ธานินทร์, 2553) ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยา และพบได้ในทุกระยะของความเจ็บป่วย (Hall et al., 2013; Linden et al., 2012; Santos et al., 2006) นอกจากนั้นในขณะเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ป่วยต้องห่างไกลจากบ้านและญาติพี่น้อง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว้าเหว่เดียวดาย ขาดบุคคลที่จะปลอบโยนให้กำลังใจในการต่อสู้กับโรค (สิดารัตน์, 2550)

ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นส่งผลให้ร่างกายมีการหลั่งฮอร์โมนอะดรีโนคอร์ติโคโทรปิค (adrenocorticotrophic hormone: ACTH) กระตุ้นให้มีการสร้างสารสื่อประสาทที่ทำหน้าที่กระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติมากขึ้น ได้แก่ นอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine), ซีโรโทนิน (serotonin), กาบ้า (gamma amino butyric acid : GABA) ทำให้เกิดการตอบสนองทางด้านสรีรวิทยาและเพิ่มการเผาผลาญน้ำตาลและไกลโคเจน (glycogen) เกิดกรดแลคติค (lactic acid) ทำให้ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และยังส่งผลต่อการทำงานของต่อมไทมัส (Thymus) ทำให้การสร้างที - ลิมโฟซัยต์ (T- lymphocyte) ชนิดต่าง ๆ ลดลง ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง มีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย และมีการตอบสนองทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความตึงเครียด ความหวาดหวั่น ความไม่สุขสบาย เป็นต้น (บพิตร, 2542; วิไลวรรณ, 2552; Sadock, & Sadock, 2007) นอกจากนั้นพบว่าผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลในระดับสูง จะทำให้ความสามารถในการรับรู้และการเรียนรู้ลดลง บุคลิกภาพและความคิดผิดปกติไป (อำไพวรรณ, 2543) เกิดภาวะซึมเศร้า เหนื่อยล้า (Brown & Kroenke, 2009) คุณภาพชีวิตลดลง (ประทุมและชวพรพรรณ, 2549; Braames et al., 2010; Johnson et al., 2009; Pamuk et al., 2008; Pandey et al., 2007; Stark et al., 2002) ส่งผลให้ระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น และสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยา

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัดเกิดความวิตกกังวล มีหลายประการ ดังนี้

1. เพศ เพศชายและเพศหญิงจะมีความแตกต่างกันในการหลั่งฮอร์โมนจากต่อมหมวกไต โดยเพศหญิงจะมีอารมณ์หงุดหงิด วิตกกังวล เมื่อฮอร์โมนเอสโตรเจนลดต่ำลงมาก ส่วนเพศชายจะมีฮอร์โมนแอนโดรเจน ซึ่งมีผลทำให้เพศชายมีลักษณะแข็งแรง มีพฤติกรรมก้าวร้าว และมีโอกาสแสดงออกได้มากกว่า จึงทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเพศหญิงมีความวิตกกังวลสูงกว่าเพศชาย

(Elisabet, Ingalill, Ingrid, & Díanna, 2007; Linden et al., 2012; Pandey et al., 2006; Strong et al., 2007) ส่วนการศึกษาของมิเชลล์ (Mitchell et al., 2011) และจาดูน (Jadoon, 2010) พบว่าเพศไม่มีผลต่อความวิตกกังวล ดังนั้นจึงยังไม่สามารถสรุปได้ว่าเพศมีผลต่อความวิตกกังวล

2. อายุ เป็นส่วนหนึ่งของการเจริญเติบโตและพัฒนาการ มีผลต่อความวิตกกังวล ผู้ที่มีอายุมากกว่าจะมีความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ที่มีอายุน้อย (Linden et al., 2012; Tomer, Li, Riskind, & Rai, 2007) และผู้ป่วยมะเร็งที่มีอายุน้อยกว่า 65 ปี จะมีความวิตกกังวลสูง (Strong et al., 2007) ส่วนการศึกษาของอลิซาเบทและคณะ (Elisabet et al., 2007) พบว่าผู้ป่วยที่อายุ 20 - 45 ปีจะมีความวิตกกังวลสูง ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองส่วนใหญ่จะพบในผู้ป่วยที่มีอายุน้อยเมื่อเทียบกับมะเร็งชนิดอื่น ทำให้มีความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ป่วยอื่นได้

3. ระดับการศึกษา การศึกษาช่วยให้บุคคลได้เรียนรู้ ช่วยให้สามารถหาแหล่งสนับสนุน การหาข้อมูลและแนวทางการรักษา ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความวิตกกังวลต่ำกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า แต่อย่างไรก็ตามมีหลายการศึกษาพบว่าระดับการศึกษาไม่มีผลต่อความวิตกกังวล (จีรวรรณ, 2551; Jadoon, 2010)

4. รายได้ รายได้มีผลต่อการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล แม้ว่าปัจจุบันจะมีสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลสำหรับทุกคน แต่การเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลจำเป็นต้องใช้จ่ายในการเดินทาง การจ่ายค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินจากสิทธิที่ได้รับ ผู้ที่มีรายได้ไม่เพียงพอจะทำให้เพิ่มความวิตกกังวลได้ (Santos et al., 2006) แต่อย่างไรก็ตามมีการศึกษาที่พบว่ารายได้ไม่มีผลต่อความวิตกกังวล (จีรวรรณ, 2551; Jadoon, 2010)

5. การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย เป็นส่วนหนึ่งของเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ แสดงถึงความรุนแรงของการถูกคุกคาม ส่งผลถึงความมั่นคงปลอดภัยของบุคคล พบว่าผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรค ผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ร่วมกับมีอาการอื่นๆ ร่วม เช่น อาการปวด คลื่นไส้อาเจียน นอนไม่หลับ จะมีความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคต่ำ (จีรวรรณ, 2551; Breen et al., 2009; Iconomou et al., 2008; Strong et al., 2007) ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะที่มีอาการของโรครุนแรงหรือมีการกลับเป็นซ้ำของโรคจะมีความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ป่วยที่อยู่ในระยะโรคสงบ (Pettengell et al., 2008)

6. ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรค โดยพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นครั้งแรก การรักษาด้วยเคมีบำบัด และผู้ป่วยที่มีอาการของโรครุนแรงจากการกลับเป็นซ้ำ จะมีความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ป่วยในระยะอื่น (Fritzsche et al., 2004; Pettengell et al., 2007; Santos et al., 2006)

7. การสนับสนุนทางสังคม เป็นแหล่งของกำลังใจ เป็นที่ปรึกษา ช่วยเพิ่มความมั่นใจแก่บุคคลในการเผชิญปัญหาและการปรับตัวของบุคคลภาวะวิกฤติ จากการทบทวนวรรณกรรม

พบว่าผู้ป่วยที่ไม่มีคู่ชีวิตหรือไม่ได้รับการดูแลจากญาติผู้ใกล้ชิดจะมีระดับความวิตกกังวลสูง (พีรพนธ์, 2550; Iconomou et al., 2008) ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว และสัมพันธภาพระหว่างทีมผู้รักษาที่ไม่ดีส่งผลให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมากขึ้นได้ (Santos et al., 2006; Shanafelt et al., 2008; Thompson et al., 2010)

8. การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา ผู้ป่วยจะวิตกกังวลในสิ่งที่ตนเองไม่รู้ การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคแลการรักษาช่วยให้เข้าใจเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น จะช่วยลดความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วย (Lobb et al., 2009; Powell et al., 2008) อย่างไรก็ตามพบว่าการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค การคาดการณ์เกี่ยวกับการดำเนินการ การรักษาและผลข้างเคียงที่น่ากลัวทำให้เพิ่มความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยได้ (จำลอง, 2547)

9. ประสบการณ์ในอดีต เป็นส่วนหนึ่งของการควบคุมด้วยสติปัญญา ขึ้นอยู่กับทักษะวิธีการแก้ปัญหาและความขัดแย้งในอดีต หากผู้ป่วยเคยเผชิญกับปัญหาที่คล้ายคลึงกันและเคยใช้ทักษะวิธีการแก้ปัญหาและความขัดแย้งที่เหมาะสม จะทำให้ความวิตกกังวลต่ำ (พีรพนธ์, 2550)

10. การปฏิบัติกิจกรรมตามหลักทางศาสนา ความเชื่อความศรัทธาทางศาสนาเป็นแหล่งประโยชน์สำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งมีการปรับตัวยอมรับความเจ็บป่วย (Meisenhelder et al., 2011) คำสอนในศาสนาต่างๆ ให้แนวคิดในการดำเนินชีวิต ช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้และเข้าใจชีวิตตามความเป็นจริง มีความสงบ เยือกเย็น และผู้ป่วยมีความเชื่อว่าสิ่งศักดิ์สิทธิ์พระผู้เป็นเจ้า หรืออำนาจต่างๆ ที่อยู่เหนือการทำนายจะคุ้มครองให้หายจากความเจ็บป่วย (Breslin, & Lewis, 2008; Tolson, & Koenig, 2003) โดยพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งจะปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาในระยะแรกที่ได้รับการวินิจฉัย และระยะเข้ารับการรักษา หลังสิ้นสุดการรักษาผู้ป่วยจะปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาน้อยลง แต่จะใช้หลักธรรมทางศาสนาในการดำเนินชีวิตช่วยให้สามารถปรับตัวต่อความเจ็บป่วย และความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา (Gall et al., 2009; Harris, Schonemann, & Carrera, 2005) อย่างไรก็ตามการแนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาโดยที่ผู้ป่วยไม่มีความเชื่อความศรัทธาอาจเพิ่มความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วยได้ (Shreve – Neiger, & Edelstein, 2003)

ผลของความวิตกกังวลต่อผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยา

ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้เกิดจากการกระตุ้นสมองไฮโปทาลามัส ต่อมพิทูอิทารี (pituitary gland) บริเวณใต้

สมองส่วนหน้า ระบบลิมบิก (limbic system) ซึ่งเป็นสมองส่วนที่เป็นศูนย์ทำหน้าที่รับความรู้สึก อารมณ์ การคิด และระบบเรติคิวรา แอคทิเวทติ้ง ซิสเท็ม (reticular activating system: RAS) ทำให้เกิดการตอบสนองร่วมกันระหว่างระบบประสาท ระบบต่อมไร้ท่อ และระบบภูมิคุ้มกัน เรียกว่า จิตประสาทภูมิคุ้มกันวิทยา (psychoneuroimmunology) ส่งผลให้มีการแสดงออกมาทางพฤติกรรม ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย เมื่อมีสิ่งเร้ามากระตุ้นที่ตัวรับสิ่งเร้าบริเวณเปลือกสมอง จะถูกส่งสัญญาณเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลาง คือไฮโปทาลามัส (hypothalamus) จะส่งสัญญาณไปกระตุ้นต่อมพิทูอิทารี (pituitary gland) ให้มีการหลั่งฮอร์โมนอะดรีโนคอร์ติโคโทรปิค (adrenocortico-trophic hormone: ACTH) ไปกระตุ้นต่อมหมวกไตชั้นนอก (adenal cortex) ให้หลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอล (cortisol hormone) และสารสื่อประสาทต่างๆ ได้แก่ นอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine), ซีโรโทนิน (serotonin), กาบ้า (gamma amino butyric acid : GABA) มากขึ้น โดยสารสื่อประสาทเหล่านี้ทำหน้าที่กระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้เกิดการตอบสนองทางด้านสรีรวิทยา ได้แก่ ทำให้มีการหดและขยายของเส้นเลือด ส่งผลให้ชีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น และเพิ่มการเผาผลาญน้ำตาลและไกลโคเจน (glycogen) เกิดกรดแลคติค (lactic acid) ทำให้ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และผลของ ACTH และคอร์ติซอลจะส่งผลต่อการทำงานของต่อมไทมัส (Thymus) ทำให้การสร้างที - ลิมโฟซัยต์ (T-lymphocyte) ชนิดต่าง ๆ ลดลง ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง มีโอกาสติดเชื้อได้ง่ายขึ้น (บพิตร, 2542; วิไลวรรณ, 2552) ในขณะเดียวกันแรงกระตุ้นนี้จะถูกส่งไปยังระบบลิมบิก (limbic system) ซึ่งเป็นสมองส่วนที่เป็นศูนย์ทำหน้าที่รับความรู้สึก อารมณ์ การคิด จะทำหน้าที่คิดประมวลผล แยกแยะข้อมูลที่ได้รับเปรียบเทียบกับประสบการณ์ในอดีตที่เก็บไว้ในฮิปโปแคมปัส (hippocampus) หากประเมินว่าสิ่งเร้านั้น มีอันตรายหรือเป็นสิ่งคุกคาม จะกระตุ้นและส่งต่อข้อมูลไปยัง RAS ซึ่งจะทำหน้าที่ปรับสมดุลให้มีการแสดงออกที่เหมาะสม หากมีการกระตุ้นการทำงานของสมองส่วนต่าง ๆ มากเกินไป จะทำให้กลไกการควบคุมเสียสมดุลเกิดเป็นความวิตกกังวลที่รุนแรง และอาจจำเป็นต้องได้รับการรักษา (Sadock, & Sadock, 2007) โรคมะเร็งโลหิตวิทยาเป็นโรคมะเร็งที่เกิดจากความผิดปกติของการทำงานของไขกระดูกและต่อมน้ำเหลือง ซึ่งทำหน้าที่เป็นระบบภูมิคุ้มกันที่สำคัญที่สุดในร่างกาย ดังนั้นหากผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยามีความวิตกกังวลอาจส่งผลให้ประสิทธิภาพของการสร้างเม็ดเลือดและภูมิคุ้มกันลดลงอีกได้

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้ที่มีความวิตกกังวลจะมีการแสดงออกทางด้านความรู้สึกนึกคิดและอารมณ์ ได้แก่ ความรู้สึกเครียด ไม่สบายใจ อึดอัด หงุดหงิด โกรธฉุนเฉียว ตกใจง่าย ขาดสมาธิ หมกมุ่นครุ่นคิด นอนไม่หลับ รับประทานอาหารไม่ได้ ทำให้อ่อนเพลีย การตอบสนองต่อการรักษาไม่ดี ส่งผลให้อาการของโรคมีความรุนแรงขึ้น (Pandey et al., 2007)

3. การเปลี่ยนแปลงด้านสติปัญญาและการเรียนรู้ ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลจะมีการตื่นตัวกระสับกระส่าย ทำให้ความสามารถในการเรียนรู้และการรับรู้ลดลง บุคลิกภาพและความคิดผิดปกติไปการตัดสินใจผิดพลาด (Pandey et al., 2007) มีการคาดการณ์ถึงอันตรายที่ยังไม่เกิดขึ้น ทำให้รู้สึกกลัว ท้อแท้ สิ้นหวัง กลัวตาย ทำให้ความสามารถในการปรับตัวยอมรับและเผชิญกับความเจ็บป่วยไม่ดี (จำลอง, 2547)

การประเมินความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลเป็นภาวะทางจิตอารมณ์ที่มีความแตกต่างกันไป การจะทราบถึงความวิตกกังวลในแต่ละบุคคลจึงต้องมีการวัดระดับความวิตกกังวล ซึ่งสามารถสรุปได้ 3 วิธี ดังนี้

1. การวัดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (physiological measurement) เป็นการวัดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันโลหิต การขยายของรูม่านตา เหงื่อออก เป็นต้น เครื่องมือที่ใช้ในการวัด เช่น เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เครื่องตรวจวัดชีพจร เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องตรวจการขยายของรูม่านตา (pupillography) และเครื่องวัดเหงื่อ (perspiration meter) แต่การวัดวิธีนี้อาจได้ผลไม่แน่นอน และอาจแปลผลผิดพลาดเนื่องจากการเปลี่ยน แปลงทางสรีรวิทยาอาจเกิดจากสาเหตุอื่นด้วย (ดาราวรรณ, 2538)

2. การสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก การแสดงพฤติกรรม เช่น กระวนกระวาย หงุดหงิด ขาดสมาธิ พูดรัวเร็ว ถอนหายใจ ลุกลี้ลุกลน นอนไม่หลับ กระสับกระส่าย เบื่ออาหาร เป็นต้น สามารถบ่งบอกถึงความวิตกกังวลของบุคคลในสถานการณ์ต่างๆ ได้ใกล้เคียงความเป็นจริง อย่างไรก็ตามหากบุคคลสามารถควบคุมตัวเองไม่ให้แสดงออกถึงความวิตกกังวลจะทำให้ประเมินได้ยาก (ดาราวรรณ, 2538)

3. การใช้แบบประเมินตัวเอง (self - report measure of anxiety) เป็นการประเมินความรู้สึกของตนเองโดยใช้แบบสอบถามให้ผู้ป่วยหรือผู้ถูกประเมินตอบตามความรู้สึกของตนเอง แล้วนำมาประเมินระดับความวิตกกังวล ซึ่งแบบประเมินความวิตกกังวลที่มีการพัฒนาจนมีความเชื่อถือได้ มีดังนี้

3.1 แบบประเมินความวิตกกังวล State - Trait Anxiety Inventory (STAI) ซึ่งพัฒนาสปิลเบอร์เกอร์ (Spielberger, 1983) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญต่อสถานการณ์หนึ่ง ๆ (The State Anxiety Inventory) มีคำถาม 20 ข้อ และแบบประเมินความวิตกกังวลแบบแฝง (The Trait Anxiety Inventory) ซึ่งเป็นความกังวลที่มีคงที่ ติดตัวอยู่ในบุคคลนั้นๆ มีคำถาม 20 ข้อ รวม 40 ข้อ โดยมีข้อความที่แสดงทั้งความรู้สึกทางบวก และข้อความที่แสดงความรู้สึกทางลบ การให้คะแนนแต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มีคะแนนข้อ

ละ 1 - 4 คะแนน คะแนนรวมตั้งแต่ 20 - 80 คะแนน คะแนนต่ำหมายถึงมีความวิตกกังวลน้อย คะแนนสูงหมายถึงมีความวิตกกังวลมาก แบบประเมินนี้มีการแปลเป็นภาษาไทย โดย นิตยา คชภักดี, สายฤดี วรกิจโภคาธร, และมาลี นิสัยสุข (2526) และธาตรี นนทศักดิ์ และสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต (2534) และต่อมามีการนำมาใช้กับกลุ่มผู้ป่วยหลายกลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็ง (สินีนาฏ, 2546; สุนีย์, 2547; อุบลรัตน์, 2545) ผู้ป่วยผ่าตัด (สิริวรรณ, 2552) หาความเที่ยงโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของความวิตกกังวลขณะเผชิญ ได้เท่ากับ 0.84, 0.82, 0.89, และ 0.84 ตามลำดับ

3.2 แบบประเมินความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า (Hospital Anxiety and Depression Scale) ของ Sigmond & Snaith (1983) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ข้อคำถามสำหรับอาการวิตกกังวล 7 ข้อ คือ ข้อคำถามที่เป็นข้อคี่ทั้งหมด และคำถามสำหรับอาการซึมเศร้า 7 ข้อ คือข้อคำถามที่เป็นข้อคู่ทั้งหมดรวม 14 คำถาม การให้คะแนนคำตอบแต่ละข้อเป็น Likert scale มีคะแนนข้อละ 0 - 3 คะแนน การคิดคะแนนแยกเป็นส่วนของอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า คะแนนรวมในแต่ละส่วนตั้งแต่ 0 - 21 คะแนน คะแนนต่ำหมายถึงมีความวิตกกังวลและซึมเศร้าน้อย คะแนนสูงหมายถึงมีความวิตกกังวลและซึมเศร้ามากมาก แบบประเมินนี้มีการแปลเป็นภาษาไทยโดยธนา, มาโนช, และ อุมาภรณ์ (2539) ต่อมามีการนำมาใช้กับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งโดยเพ็ญศรี (2548) หาความเที่ยงโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของคำถามสำหรับอาการวิตกกังวลได้เท่ากับ 0.73 และคำถามสำหรับอาการซึมเศร้าเท่ากับ .84

3.3 แบบประเมินความวิตกกังวลของซุง (Zung, 1971) โดยแบบประเมินนี้ประกอบด้วย ข้อความแสดงความรู้สึกกังวล หรือพฤติกรรมที่แสดงออกเมื่อมีความวิตกกังวล จำนวน 20 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ตัวเลือก เป็นข้อความที่แสดงถึงอารมณ์หรือการกระทำทางบวก 5 ข้อ และข้อความที่แสดงอารมณ์หรือการกระทำทางลบ 15 ข้อ การให้คะแนนแต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มีคะแนนข้อละ 1 - 4 คะแนน คะแนนรวมตั้งแต่ 20 - 80 คะแนน คะแนนต่ำหมายถึงมีความวิตกกังวลน้อย คะแนนสูงหมายถึงมีความวิตกกังวลมาก แบบประเมินนี้มีการแปลเป็นภาษาไทย โดย ศันสนีย์ สมิตะเกษตริน (2528) และต่อมามีการนำมาใช้กับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งชนิดต่าง ๆ ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก (สมทรง, 2528; นงลักษณ์, 2540) และผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (บำเพ็ญจิตและคณะ, 2545) โดยมีการหาความเที่ยงโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของความวิตกกังวลขณะเผชิญ ได้เท่ากับ 0.80, 0.79, และ 0.75 ตามลำดับ

3.4 มาตรวัดความวิตกกังวลด้วยสายตา (visual analogue scale) เป็นมาตรวัดความวิตกกังวลด้วยสายตา ประกอบด้วยเส้นตรงที่มีความยาว 10 เซนติเมตร โดยปลายด้านซ้ายสุด

แสดงถึงไม่มีความวิตกกังวล และปลายด้านขวาสุดแสดงถึงความวิตกกังวลมากที่สุด ผู้รับการประเมินความวิตกกังวลจะทำเครื่องหมายบนเส้นตรงตำแหน่งที่แสดงระดับความวิตกกังวลของตนเองในขณะนั้น กาเบอร์สัน (Gaberson, 1991) (อ้างตามสุนีย์และนันทา, 2538) ได้นำไปประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยหญิงที่มารับการผ่าตัด จำนวน 40 ราย ได้มีการนำมาตรวัดนี้ไปตรวจสอบหาความตรงและความเชื่อมั่นพบว่ามาตรวัดนี้มีความสัมพันธ์อย่างมากกับแบบวัดความวิตกกังวลของสปิลเบอร์เกอร์ (r = 0.84) และมีการนำไปใช้ในการประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยหญิงที่มารับการตรวจเต้านม จำนวน 497 ราย ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น r = 0.78 (Davey, Barrat, Batow, & Deek, 2007) และการศึกษาของสุนีย์และนันทา (2538) ได้นำมาตรวัดความวิตกกังวลด้วยสายตา (visual analogue scale) และแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (The State Anxiety Inventory) ไปใช้ประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับการผ่าตัด 40 ราย หาความสัมพันธ์ได้ 0.84

การเลือกใช้แบบประเมินให้เหมาะสมกับผู้ป่วยที่ศึกษามีความสำคัญ การประเมินโดยการวัดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา และการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก ไม่เหมาะสมในการนำมาประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและพฤติกรรมของผู้ป่วยอาจจะเกิดจากพยาธิสภาพของโรค และผลข้างเคียงของการรักษา ไม่ได้เกิดจากความวิตกกังวลอย่างเดียว ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินความวิตกกังวลของสปิลเบอร์เกอร์ (Spielberger, 1983) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทย โดย นิตยา คชภักดี, สายฤดี วรกิจโภคาธร, และมาลี นิสัยสุข (2526) เพราะใช้ภาษาเข้าใจง่าย ข้อคำถามจำนวนไม่มาก และมีการนำมาใช้กับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งต่าง ๆ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับผู้ป่วยที่ทำการศึกษาในครั้งนี้

การเผชิญกับความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยา

จากการที่ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับความเครียด คือ ความวิตกกังวลเป็นการแสดงออกทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีความเครียด หรือเผชิญกับสถานการณ์ความเครียด ผู้วิจัยจึงอธิบายการจัดการกับความวิตกกังวลด้วยแนวคิดการเผชิญและการจัดการความเครียดของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus, & Folkman, 1984) ดังนี้

1. การเผชิญความเครียดโดยมุ่งการแก้ปัญหา (problem - focused coping) เป็นการมุ่งจัดการกับสาเหตุที่มากระตุ้นให้เกิดความเครียด โดยมีการใช้กระบวนการทางปัญญาในการศึกษาและทำความเข้าใจกับสภาพปัญหา ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของปัญหา การกำหนดปัญหา การหาวิธีการแก้ไขปัญหา โดยพิจารณาถึงผลดีผลเสียของแต่ละวิธี แล้วจึงเลือกวิธีการที่เหมาะสมใน

การแก้ไขปัญหา เช่น การแสวงหาข้อมูล การหาแหล่งประโยชน์ การเรียนรู้ทักษะและวิธีการใหม่ ๆ ในการเผชิญปัญหา เป็นต้น

2. การเผชิญความเครียดโดยการมุ่งปรับอารมณ์ (emotion - focused coping) เป็นการแก้ไขปัญหาโดยการควบคุมอารมณ์และความรู้สึก รวมทั้งการใช้กระบวนการทางจิตเพื่อลดหรือบรรเทาความเครียด เช่น การมองโลกในแง่ดี การโทษคนอื่น การร้องไห้ การปลง การสวดมนต์ เป็นต้น หากบุคคลใช้การแก้ไขปัญหาโดยการควบคุมอารมณ์ด้วยวิธีการที่ไม่เหมาะสมบ่อย ๆ โดยไม่พิจารณาความเป็นจริงของสถานการณ์ ทำให้ไม่สามารถแก้ปัญหาอย่างแท้จริง และส่งผลกระทบที่รุนแรงต่อบุคคลได้

นอกจากนี้ลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus, & Folkman, 1984) ยังกล่าวว่าการประเมินสถานการณ์มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเผชิญความเครียด คือ สถานการณ์ใดที่บุคคลประเมินว่าตนเองไม่สามารถจะเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขสถานการณ์ได้ บุคคลจะใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดแบบแก้ไขอารมณ์มากว่าสถานการณ์ที่บุคคลประเมินว่าสามารถเปลี่ยนแปลงแก้ไขได้ จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการเผชิญกับความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัดพบว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงสำรวจโดยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาต้องการการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค แผนการรักษา ผลข้างเคียงจากการรักษา และต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา (Gansler et al,. 2010) ส่วนการศึกษาเชิงทดลองส่วนใหญ่เป็นการศึกษาวิธีการที่ช่วยบรรเทาความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งอื่น ๆ ที่ได้รับยาเคมีบำบัด ได้แก่ การใช้ดนตรีบำบัด (Lin et al., 2010) การสร้างจินตภาพ (บำเพ็ญจิตและคณะ, 2545; สุนีย์, 2547; อุบลรัตน์, 2545; Lin et al., 2010) การออกกำลังกาย (Dimeo et al., 2008) การทำจิตบำบัด (เพ็ญศรี, 2548; Ferguson et al., 2007; Powell et al., 2008) และการสวดมนต์ (สินีนาฏ, 2546) ส่วนการศึกษาเกี่ยวกับการเผชิญความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีน้อย ได้แก่ การศึกษาของเบิร์นและคณะ (Burns et al., 2008) ทำการศึกษาผลของการใช้ดนตรีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัดขนาดสูง โดยให้ผู้ป่วยได้ฟังดนตรี สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ทั้งหมด 8 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้ฟังดนตรีบำบัดมีความวิตกกังวลต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ฟังดนตรี

อย่างไรก็ตามวิธีการต่าง ๆ ที่กล่าวมาล้วนมีข้อจำกัดในการนำไปใช้กับผู้ป่วยที่มารับเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งโลหิตวิทยา เช่น ดนตรีบำบัด และการสร้างจินตภาพจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์เพิ่มเติม ได้แก่ เครื่องเล่นซีดีพร้อมซีดีบันทึกเสียง เป็นต้นซึ่งผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาเป็นผู้ป่วยที่มีภูมิต้านทานต่ำ จึงไม่สามารถใช้สิ่งของร่วมกับผู้อื่นได้ หากต้องใช้วิธีการดังกล่าว จะต้องจัดหาอุปกรณ์เหล่านี้ ซึ่งอาจมีราคาแพง การออกกำลังกาย จะมีความเสี่ยงแก่ผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยอาจมีภาวะเลือดออกง่ายจากภาวะเกล็ดเลือดต่ำ ส่วนการทำจิตบำบัดเป็นวิธีการที่ผู้ให้การบำบัด

จะต้องผ่านการฝึกอบรมมาก่อน การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเลือกใช้การสวดมนต์เนื่องจากเป็นวิธีการที่ผู้ป่วยนำมาใช้ร่วมกับการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบันมากที่สุด (Dy et al., 2005; Wells et al., 2007; Wong et al., 010; Yates et al., 2005; Zaza et al., 2005) แต่มีผู้ป่วยจำนวนน้อยที่มีการปรึกษากับบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการสวดมนต์ (Balboni et al., 2007; Yates et al., 2005; Zaza et al., 2005) ในขณะที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการให้บุคลากรทางการแพทย์ให้ความสนใจในความต้องการทำกิจกรรมทางศาสนา (MacLean et al., 2003) นอกจากนั้นการสวดมนต์เป็นกิจกรรมที่ไม่ต้องลงทุนใด อาศัยเพียงความตั้งใจ ความศรัทธา สามารถทำได้ทุกที่ ทุกเวลา ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจเลือกใช้การสวดมนต์เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและเป็นการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม

ปรัชญาเกี่ยวกับการสวดมนต์แบบพุทธ

ความหมายของการสวดมนต์แบบพุทธ

การสวดมนต์แบบพุทธ หมายถึง การเปล่งวาจากล่าวคำสรรเสริญพระพุทธคุณ พระธรรมคุณ พระสังฆคุณ ซึ่งชาวพุทธถือว่าเป็นคำศักดิ์สิทธิ์ มีพลังอำนาจเหนือจิตใจของมนุษย์ ช่วยให้ประสบความสำเร็จตามที่ต้องการ และเป็นกิจกรรมที่พุทธศาสนิกชนทั่วไปพึงปฏิบัติ (เมตตานันโท, 2548) ในสมัยโบราณการสวดมนต์ในพุทธศาสนามีวัตถุประสงค์เพื่อจดจำคำสอนของพระพุทธเจ้าให้ขึ้นใจด้วยตนเอง และเพื่อเป็นการเผยแพร่พระธรรมคำสอน ต่อมาการสวดมนต์เป็นพิธีกรรมที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อการป้องกัน รักษาให้บุคคลพ้นจากภัยอันตราย และให้ประสบความสำเร็จความดีงามในชีวิต (สำนักพิมพ์เลี่ยงเซียง, 2551)

ผลของการสวดมนต์ต่อสุขภาพ

ปัจจุบันได้มีการนำการสวดมนต์มาใช้ในการดูแลสุขภาพกันอย่างแพร่หลาย แต่กลไกที่แท้จริงของการสวดมนต์ในการรักษาสุขภาพนั้น ยังเป็นที่ถกเถียงกัน เนื่องจากยังไม่มีรายงานการศึกษาที่สามารถพิสูจน์ผลของการสวดมนต์ได้ด้วยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผลของการสวดมนต์ต่อภาวะสุขภาพ มีดังนี้

1. แนวคิดจิตประสาทภูมิคุ้มกันวิทยา (psychoneuroimmunology) การสวดมนต์เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการของกาย - จิตและประสาทอัตโนมัติ (autonomic) ระบบภูมิต้านทาน (Immune) ระบบประสาท (nervous system) โดยพบว่าการสวดมนต์ด้วยความสำรวมกาย

สำรวมใจ จดจ่ออยู่กับบทสวดอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 15 นาที จะทำให้เกิดสติ (mindfulness) ไม่ฟุ้งซ่าน จิตสงบ เยือกเย็น ช่วยกระตุ้นให้สมองมีการสังเคราะห์สารเอนดอร์ฟิน (endorphine) ซึ่งเป็นสารที่ทำให้รู้สึกมีความสุข ผ่อนคลาย และทำให้ลดการสร้างสารสื่อประสาทที่มีผลกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ ได้แก่ นอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine), ซีโรโทนิน (serotonin), กาบ้า (gamma amino butyric acid : GABA) ส่งผลให้ระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติคทำงานน้อยลง การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายมีประสิทธิภาพมากขึ้น และยังมีอิทธิพลต่อระบบลิมบิกซึ่งเป็นศูนย์ควบคุมอารมณ์ความรู้สึก ทำให้เกิดความสงบ เยือกเย็น ช่วยให้ร่างกายและจิตใจเข้าสู่ภาวะสมดุล ร่างกายจึงรู้สึกผ่อนคลาย ปลอดโปร่ง ความวิตกกังวลลดลง (สมพร, 2552; Breslin, & Lewis, 2008; Maier-Lorentz, 2004; Tolson, & Koenig, 2003)

2. การสั่นสะเทือน (vibration therapy) การเปล่งเสียงสวดมนต์ก่อให้เกิดความสั่นสะเทือนไม่เท่ากันตามฐานที่เกิดของเสียงหรือตามวิธีเปล่งเสียง เสียงบางเสียงออกมาจากริมฝีปาก บางเสียงออกมาจากปุ่มเหงือก บางเสียงออกมาจากไรฟัน บางเสียงออกมาจากคอ ผู้สวดจะรู้สึกถึงพลังสั่นสะเทือนไปตามจุดสำคัญของร่างกาย ตั้งแต่ก้นกบจนถึงลำคอมีผลต่อระบบในร่างกายของคนเรา และช่วยกระตุ้นอวัยวะส่วนนั้น ๆให้กลับมาทำงานได้อย่างปกติ และมีประสิทธิภาพสูงกว่าเดิม (สิงห์ทน, 2544)

3. ผลจากการปฏิบัติตามหลักคำสอนจากบทสวดมนต์ บทสวดมนต์ส่วนใหญ่เป็นหลักคำสอนทางศาสนา ซึ่งกล่าวถึงการดำเนินชีวิตอย่างมีสติ หากผู้สวดมนต์มีความตั้งใจพิจารณาความหมายของการสวดมนต์จนเข้าใจ นำมาเป็นหลักปฏิบัติในการดำเนินชีวิต จะทำให้ผู้ที่สวดมนต์มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เช่น รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ เป็นต้น จึงทำให้ผู้สวดมนต์รู้สึกว่าสุขภาพดีขึ้น (Breslin, & Lewis, 2008) นอกจากนี้การสวดมนต์ยังช่วยให้บุคคลเข้าใจชีวิตตามความเป็นจริง สามารถปรับตัวยอมรับและเผชิญกับความเจ็บป่วยอย่างเหมาะสม

4. การส่งเสริมสุขภาพจากพระเจ้าหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทางศาสนา เป็นความเชื่อความศรัทธาของบุคคลที่มีต่อพระเจ้า สิ่งศักดิ์สิทธิ์ทางศาสนา หรืออำนาจที่อยู่นอกเหนือธรรมชาติ เชื่อว่าการสวดมนต์เป็นการสื่อสารระหว่างผู้สวดมนต์หรือผู้ที่มีผู้อื่นสวดมนต์ให้ ทำให้พระเจ้าหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์เมตตาแก่ผู้สวดและให้การดูแลคุ้มครอง (Breslin, & Lewis, 2008; Tolson, & Koenig, 2003) เป็นสิ่งที่ยากจะอธิบายได้ด้วยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ แต่มีผู้พยายามอธิบายด้วยกฎของการสั่นสะเทือน (law of vibration) กล่าวว่าการสวดมนต์อย่างมีสมาธิ ก่อให้เกิดพลังสั่นสะเทือนออกไปเชื่อมโยงกับกับพลังที่มีความถี่เดียวกันและดึงดูดความถี่นั้นเข้าหาตัว ส่งผลให้การอธิษฐาน วิงวอนขอพรนั้นเป็นจริง (วิศิษฐ์, 2553)

วิธีการสวดมนต์

จากการทบทวนงานวิจัย สามารถแบ่งวิธีการสวดมนต์ได้ดังนี้

1. การสวดมนต์ด้วยตัวเอง (สินีนาฏ, 2546; อรทัย, 2552; Bormann & Carrico, 2009; Bormann et al., 2006) เป็นวิธีการที่ดีที่สุด เป็นการเหนี่ยวนำตัวเองที่สะท้อนถึงการมีความปรารถนาดีต่อตนเอง และการสวดมนต์ด้วยตนเองทำให้เกิดพลังการสั่นสะเทือนที่จะช่วยรักษาความเจ็บป่วยได้ (สิงห์ทน, 2544)

2. การฟังผู้อื่นสวดมนต์ เป็นการเหนี่ยวนำโดยคลื่นเสียงจากผู้อื่น เช่น การฟังเสียงพระสวดมนต์ เสียงผู้นำสวดในศาสนาต่างๆ หากผู้สวดมีสมาธิ เสียงสวดนั้นจะนุ่ม ทุ้ม ทำให้เกิดคลื่นที่ช่วยเยียวยา (healing) แก่ผู้ฟัง (Boelens et al, 2009) รวมถึงการฟังบทสวดมนต์จากสื่อเสียง ปัจจุบันได้มีการพัฒนาสื่อเสียงที่เป็นการผสมผสานระหว่างบทสวดมนต์และดนตรีเป็นเพลงธรรมะเผยแพร่แก่ประชาชนอย่างกว้างขวาง (นันทวัน, 2552; วันชนะ, 2549)

3. การสวดมนต์ให้ผู้อื่น (Aviles et al., 2001; Krucoff et al., 2005) เป็นการสวดเพื่ออ้อนวอนสิ่งศักดิ์สิทธิ์ การขอพรให้กับผู้อื่น โดยผู้รับการสวดมนต์ไม่จำเป็นต้องได้ยินเสียงสวดมนต์ อาศัยคลื่นสวดมนต์ เป็นคลื่นบวก เพราะเกิดจากจิตใจที่ดีงาม ปรารถนาดีต่อผู้ป่วย และเมื่อเราคิดจะส่งสัญญาณนี้ออกไปสู่ที่ไกลๆ สัญญาณนี้จะเดินทางไปในรูปของคลื่นไฟฟ้า ซึ่งมนุษย์มีเซลล์สมองที่สามารถส่งสัญญาณคลื่นไฟฟ้าและสารเคมีได้ถึง สิบยกกำลังสิบ คลื่นนี้จึงเดินทางไปได้ไกลๆ (สมพร, 2552) ดังนั้นการสวดมนต์และส่งความปรารถนาดีไปให้ผู้อื่น แม้อยู่ไกลกันก็สามารถกระทำได้

4. การสวดมนต์เป็นกลุ่ม เป็นการเข้าร่วมกลุ่มการสวดมนต์ตามความสนใจของบุคคล อาจจะเป็นการร่วมกันสวดตามสถานที่สำคัญทางศาสนา เช่น โบสถ์ วัด มัสยิด หรือการทำพิธีกรรมทางศาสนา (Krucoff et al., 2005)

บทสวดมนต์ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย

บทสวดมนต์ในแต่ละศาสนามีความแตกต่างกันไป ศาสนาพุทธมีบทสวดมากมายหลายบทให้เลือกสวดตามความชอบ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าบทสวดมนต์ที่มีการนำมาใช้ร่วมกับการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบันที่พบบ่อย ได้แก่

1. ชัยมงคลคาถาหรือบทพาหุง เป็นบทสรรเสริญพระอรหันต์สาวกทั้งหลาย หรือมงคลสูตร กล่าวถึงข้อควรปฏิบัติของมนุษย์เพื่อความเป็นมงคลแก่ตนเอง เป็นบทสวดที่ประชาชน

ทั่วไปนิยมสวดกัน และมีการนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพ ดังการศึกษาของวันชนะ (2549) พบว่าการฟังบทสวดชัยมงคลคาถาทำให้คุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุสูงกว่าผู้สูงอายุที่ฟังดนตรีแบบนิวเอจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. คาถาชินบัญชร เป็นการอัญเชิญพระพุทธานุภาพแห่งของพระพุทธเจ้า และอัญเชิญพระสูตรต่างๆที่ถือว่าเป็นพระพุทธมนต์อันวิเศษแต่ละสูตรมารวมกันเพื่อเป็นกำแพงแก้วคุ้มครอง ป้องกันให้รอดพ้นจากภยันตราย และมีการนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพ ดังการศึกษาของนันทวัน (2552) พบว่าการฟังบทสวดคาถาชินบัญชรทำให้คุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีการฟังบทสวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของสินีนาฏ (2546) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่มีการสวดมนต์บทคาถาชินบัญชรด้วยตนเองมีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีการสวดมนต์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. บทโพชฌังคปริตร เป็นบทสวดที่นิยมใช้สวดเมื่อเจ็บป่วยหรือสวดให้ผู้ป่วยฟัง แม้ว่าสาระของบทสวดไม่เกี่ยวกับการรักษาความเจ็บป่วย แต่เชื่อกันว่าในสมัยพุทธกาลบทสวดนี้เป็นบทสวดที่พระพุทธเจ้าทรงแสดงให้ผู้เจ็บป่วยฟัง เช่น เมื่อพระมหากัสสปะเถระอาพาธ พระพุทธเจ้าเสด็จมาและทรงสวดโพชฌังคปริตร พอทรงสวดจบ พระมหากัสสปะก็หายอาพาธ ปัจจุบันจึงนิยมนำบทสวดนี้มาใช้ในการดูแลสุขภาพ ดังการศึกษาของอรทัย (2552) พบว่าผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้าที่มีการสวดมนต์บทโพชฌังคปริตรด้วยตนเองมีระดับความซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีการสวดมนต์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. บทสวดแผ่เมตตาแบบพิสดาร เป็นการสวดมนต์ที่กำหนดให้มีสติจดจ่ออยู่กับบทสวดร่วมกับการเคลื่อนไหวของร่างกายไปตามทิศต่าง ๆ ตามบทสวด การแผ่เมตตาทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง ต่อผู้อื่น และต่อทุกคนที่อยู่รอบข้าง ผู้ที่ปฏิบัติบ่อย ๆ จะเป็นผู้ที่มีอารมณ์มั่นคง ไม่หงุดหงิด โกรธง่าย และให้อภัยแก่ผู้อื่นได้ง่าย (เมตตานันโท, 2548) โดยการศึกษาของขวัญตา (2543) พบว่าผู้ป่วยโรครูมาตอยด์ที่มีการฝึกสมาธิด้วยบทสวดแผ่เมตตาแบบพิสดารมีระดับความวิตกกังวลและความปวดต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จะเห็นว่าบทสวดมนต์ต่าง ๆ สามารถนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพร่วมกับการแพทย์ปัจจุบันได้ และการสวดมนต์เป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา โดยบทสวดพื้นฐานที่ประชาชนชาวไทยนำมาใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา คือ บทสวดมนต์ธรรมฆราวาสบ้าน (พิชิต, 2546) ซึ่งประกอบด้วย บทนอบน้อมพระพุทธเจ้า บทบูชาพระรัตนตรัย บทสรรเสริญพระพุทธคุณ พระธรรมคุณ และพระสังฆคุณ บทบูชามงกุฎพระพุทธเจ้า บทกราบพระรัตนตรัย บทกรวดน้ำ และบทแผ่เมตตา (พิชิต, 2545) และจากประสบการณ์ของผู้วิจัยในการนำบทสวดมนต์ธรรมฆราวาสบ้านไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยประมาณ 10 ราย พบว่า อัตราการเต้นของหัวใจ

อัตราการหายใจ ความเจ็บปวดลดลง ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย สามารถนอนหลับได้ และผู้ป่วยรายหนึ่งบอกว่าบทสวดมนต์นี้ช่วยให้ตนเองนึกถึงความดี การทำบุญกุศลในอดีตของตน เนื่องจากเวลาที่ผู้ป่วยไปทำบุญที่วัดก็ใช้บทสวดมนต์นี้ ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงใช้บทสวดธรรมฆราวาสบ้านจึงเป็นบทสวดที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่คุ้นเคย แต่ไม่ได้นำมาใช้อย่างสม่ำเสมอในชีวิตประจำวัน การพยาบาลที่ส่งเสริมการใช้บทสวดมนต์ธรรมฆราวาสบ้านเป็นการช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้นำวิถีชีวิตปกติมาใช้เพื่อการเยียวยา โดยผู้วิจัยมีการประเมินความเชื่อ ความศรัทธาตามหลักศาสนา ความพร้อมในการสวดมนต์ ร่วมอภิปรายประโยชน์ของการสวดมนต์ แนะนำวิธีการสวดมนต์ที่ถูกวิธี แนะนำการศึกษาองค์พระประธานประจำวันเกิด เดือนเกิด และปีนักษัตรเกิดซึ่งเปรียบเสมือนสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่คุ้มครองตนเอง และอัญเชิญองค์พระประธานมาร่วมในการสวดมนต์เป็นการสร้างบุญกุศลทั้งต่อตนเองและสิ่งศักดิ์ที่คุ้มครองอยู่ ให้มีพลังความศักดิ์สิทธิ์ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สวดได้รับการคุ้มครองจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ มีการจัดทำคู่มือการสวดมนต์ และฝึกให้ผู้ป่วยสวดมนต์ด้วยตนเอง ผู้วิจัยร่วมสวดมนต์กับผู้ป่วยในเวลาก่อนนอนเป็นเวลา 3 วัน พร้อมทั้งประเมินว่าผู้ป่วยสวดมนต์ได้ถูกต้องหรือไม่ รวมทั้งการฝึกให้ผู้ป่วยสำรวจความรู้สึกในระหว่างสวดมนต์ โดยให้สวดมนต์ด้วยความสำรวมกาย สำรวมใจ มีสติจดจ่ออยู่กับการสวดมนต์ ไม่คิดฟุ้งซ่าน ไม่คิดถึงความเจ็บป่วยในทางลบ หากรู้สึกว่าวอกแวกไม่มีสติอยู่กับบทสวด ให้มีสติกลับมาอยู่กับบทสวดมนต์ทันที การสวดมนต์ด้วยบทสวดนี้มีการสวดด้วยเสียงสูง เสียงต่ำ เกิดเป็นคลื่นเสียงแห่งการเยียวยาได้ (สิงห์ทน, 2544)

การสวดมนต์เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยตามหลักฐานเชิงประจักษ์

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสวดมนต์ในการดูแลสุขภาพย้อนหลังตั้งแต่ปี ค.ศ. 1999 – 2015 จากฐานข้อมูลทั้งในประเทศและต่างประเทศ ได้แก่ ThaiLis, PubMed, Proquest, Science Direct, CINAHL, Cochrane วิทยานิพนธ์ฉบับเต็มในประเทศไทย วารสารทางการพยาบาล และบทความวิชาการ พบว่ามีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสวดมนต์ในการดูแลสุขภาพจำนวนมาก ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจ และมีงานวิจัยเชิงทดลองจำนวนน้อย ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาคริสต์ ซึ่งมีวิธีการสวดมนต์ที่แตกต่างกับวิธีการสวดมนต์ในศาสนาพุทธ และเป็นการศึกษาในผู้ป่วยเรื้อรังเป็นส่วนใหญ่ ได้แก่ ผู้ป่วยเอดส์ (Bormann & Carrico, 2009; Bormann et al., 2006) ผู้ป่วยโรคหัวใจ (Aviles et al., 2001; Harris et al., 1999; Krucoff et al., 2005) และผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Boelens et al, 2009) ส่วนการศึกษาเกี่ยวกับการใช้การสวดมนต์ในประเทศไทยมีน้อย ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ได้แก่ ผู้สูงอายุ (นันทวัน, 2552; วันชนะ, 2549) และผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (อรทัย, 2552) โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (ขวัญตา, 2543) ส่วนการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งมีน้อยมากได้แก่ การศึกษาของสินีนาฏ (2546) ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยในประเทศไทยที่เกี่ยวกับการใช้การสวดมนต์แบบพุทธในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ได้แนวทางการสวดมนต์ในการนำมาประยุกต์ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ ดังนี้

ขวัญตา (2543) ทำการศึกษาผลของการฝึกสมาธิแบบพุทธวิธีต่อการลดความวิตกกังวลและความเจ็บปวดของผู้ป่วยโรคข้อรูมาตอยด์ เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง แบบ 2 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 15 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการปฏิบัติสมาธิโดยการสวดมนต์ด้วยตนเอง ใช้บทสวดพระคาถาเมตตาหลวง (แผ่เมตตาแบบพิสดาร) โดยผู้วิจัยอธิบายวิธีการปฏิบัติสมาธิด้วยสวดมนต์ 1 ครั้ง ผู้วิจัยร่วมปฏิบัติกับผู้ป่วย วันละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 3 วัน และให้ผู้ป่วยกลับไปปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้าน วันละ 2 ครั้ง ครั้งละ30 นาที เป็นเวลา 6 สัปดาห์ และผู้วิจัยเดินทางไปพบผู้ป่วยที่บ้านเพื่อให้กำลังใจ ช่วยเหลือและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย ทุก 7 วัน ทำการประเมินระดับความวิตกกังวลก่อนการทดลองในวันที่ 1 และประเมินระดับความวิตกกังวลหลังการทดลองในวันสุดท้ายของสัปดาห์ที่ 6 โดยผู้วิจัยจะเดินทางไปเก็บข้อมูลที่บ้านของผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่าความวิตกกังวลและความปวดของผู้ป่วยกลุ่มที่มีการปฏิบัติสมาธิด้วยการสวดมนต์ภายหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีการปฏิบัติสมาธิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามบทสวดมนต์ที่ใช้ในการศึกษานี้ ผู้ป่วยต้องยืนและหันหน้าไปตามทิศต่าง ๆ ตามคำสวด จึงไม่เหมาะจะนำมาใช้ในผู้ป่วยที่รับยาเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งโลหิตวิทยา เนื่องจากผู้ป่วยต้องคาสายให้ยาเคมีบำบัด การเคลื่อนไหวร่างกายมากทำให้สายให้ยาเคมีบำบัดเลื่อนหลุด และเคมีบำบัดฟุ้งกระจายเป็นอันตรายต่อสุขภาพได้

สินีนาฏ (2546) ทำการศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบกระชับกับการเจริญสมาธิด้วยการสวดมนต์ต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยในระยะก่อนการผ่าตัด เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง แบบ 3 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 5 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษา และกลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติสมาธิโดยการสวดมนต์ด้วยตนเอง ใช้บทสวดพระคาถาชินบัญชร โดยผู้วิจัยร่วมอภิปรายเกี่ยวกับประโยชน์ของการสวดมนต์ หลังจากนั้นทำการฝึกให้ผู้ป่วยสวดมนต์ และให้ผู้ป่วยกลับไปสวดมนต์ด้วยตนเองที่บ้าน ครั้งละ 45 นาที วันละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 6 สัปดาห์ และผู้วิจัยพบผู้ป่วยเพื่อสอบถามอาการและติดตามการสวดมนต์ทุก 3 วัน ทำการประเมินระดับความวิตกกังวลก่อนการทดลองในวันที่ 1 และประเมินระดับความวิตกกังวลหลังการทดลองภายหลังการทดลองสิ้นสุดในวันที่ผู้ป่วยนัดมาผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่าความวิตกกังวลของผู้ป่วยกลุ่มที่มีการเจริญสมาธิด้วย

การสวดมนต์ภายหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีการเจริญสมาธิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มีขนาดเล็กร่วมกับลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่เป็นมะเร็งในระยะที่มีโอกาสรักษาให้หายขาดได้ จึงไม่สามารถอธิบายผลของการสวดมนต์ต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มารับเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งโลหิตวิทยาได้

อรทัย (2553) ทำการศึกษาผลของการสวดมนต์ต่อระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุหญิงที่เป็นโรคซึมเศร้า เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง แบบ 2 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการสวดมนต์ด้วยตนเอง ใช้บทสวดบทโพชฌังคปริตร ผู้วิจัยอภิปรายเกี่ยวกับประโยชน์ของการสวดมนต์ หลังจากนั้นฝึกให้ผู้ป่วยสวดมนต์ และให้ผู้ป่วยกลับไปสวดมนต์ด้วยตนเองที่บ้าน ครั้งละ 30 นาที วันละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 10 วัน และผู้วิจัยทำการโทรศัพท์ประเมินความสม่ำเสมอของการสวดมนต์ทุก 3 วัน ทำการประเมินระดับภาวะซึมเศร้าก่อนการทดลองในวันที่ 1 และประเมินระดับภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองในวันที่ 10 โดยผู้วิจัยจะเดินทางไปเก็บข้อมูลที่บ้านของผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่าระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยกลุ่มที่มีการสวดมนต์ภายหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีการสวดมนต์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ งานวิจัยนี้ไม่ได้ทดสอบผลการสวดมนต์ในผู้ป่วยมะเร็งที่มารับยาเคมีบำบัด แต่เป็นงานวิจัยที่มีการออกแบบการทดลองดี มีขนาดกลุ่มตัวอย่างเหมาะสม ผู้วิจัยจึงนำมาวิเคราะห์วิธีการสวดมนต์เพื่อนำไปประยุกต์เป็นวิธีการสวดมนต์ในครั้งนี้

การพยาบาลที่ส่งเสริมการสวดมนต์แบบพุทธเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยา

จากการทบทวนงานวิจัยพบว่า การสวดมนต์ช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้ วิธีการสวดมนต์ที่ใช้มากที่สุด คือ การสวดมนต์ด้วยตนเอง ระยะเวลาที่ใช้มีความแตกต่างกัน โดยพบว่าระยะเวลาที่น้อยที่สุดที่ใช้ในการสวดมนต์ คือ การสวดมนต์ครั้งละ 20 นาที วันละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 10 วัน โดยผู้วิจัยทำการฝึกการสวดมนต์แก่ผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยสวดมนต์ด้วยตนเองต่อที่บ้าน และผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามความต่อเนื่องในการสวดมนต์ ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำผลการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์มาประยุกต์ใช้ในการออกแบบการวิจัยให้เหมาะสมกับผู้ป่วยที่มารับยาเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งโลหิตวิทยา โดยวันที่ 1 ก่อนการรับยาเคมีบำบัด เป็นการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการรับยาเคมีบำบัด ได้แก่ การตรวจเลือด การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เป็นต้น และผู้ป่วยจะได้รับยาเคมีบำบัดเป็นเวลา 5 วัน ในวันที่ 2 – 4 ของการรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพ เป็นการสร้างบรรยากาศให้มีความคุ้นเคยและไว้วางใจระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัย (ขวัญตา, 2543; สินีนาฏ, 2546; อรทัย, 2552)

2. การให้ความรู้กับผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยซักถามข้อมูลต่าง ๆ ที่ต้องการ และให้ความรู้ครอบคลุมเกี่ยวกับโรคมะเร็งโลหิตวิทยา การรักษาด้วยเคมีบำบัด ผลข้างเคียงของการรักษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และวิธีปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรค

3. การเหนี่ยวนำผู้ป่วย โดยผู้วิจัยร่วมอภิปรายเกี่ยวกับความเชื่อ ความศรัทธาต่อการสวดมนต์ตามหลักคำสอนของพุทธศาสนา ประโยชน์ของการสวดมนต์ และการนำการสวดมนต์ไปใช้ในชีวิตประจำวันเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความเชื่อความศรัทธาต่อศาสนา/พระเจ้า ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การสวดมนต์มีประสิทธิภาพ (สินีนาฏ, 2546; อรทัย, 2552) รวมทั้งการแนะนำให้ผู้สวดมนต์ศึกษาเกี่ยวกับองค์พระประธานประจำวันเกิด เดือนเกิด และปีนักษัตรเกิด ซึ่งเปรียบเสมือนเป็นสิ่งศักดิ์สิทธิ์ประจำตัวของบุคคล โดยก่อนการสวดมนต์จะมีการอัญเชิญองค์พระประธานมาร่วมฟังการสวดมนต์ เมื่อบุคคลทำความดีด้วยการสวดมนต์ ความดีเหล่านั้นจะส่งเสริมให้สิ่งศักดิ์สิทธิ์มีพลังฤทธานุภาพมากขึ้น ทำให้สามารถคุ้มครองผู้สวดมนต์ให้ประสบแต่สิ่งที่ดี ช่วยขจัดปัดเป่าความเจ็บป่วย ความทุกข์ที่กำลังเผชิญอยู่ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความศรัทธาต่อการสวดมนต์ และช่วยให้มีการสวดมนต์อย่างต่อเนื่อง (พิชิต, มปป.)

4. การเตรียมตัวก่อนการสวดมนต์ ให้ผู้ป่วยสำรวจความรู้สึกของตนเอง และฝึกผ่อนคลาย ขณะสวดมนต์ให้มีจิตจดจ่ออยู่กับบทสวดนั้น หากรู้สึกว่ามีความคิดฟุ้งซ่านให้พยายามหยุดความคิดนั้น และกลับมาสนใจกับบทสวดมนต์ (ขวัญตา, 2543; สินีนาฏ, 2546; อรทัย, 2552)

5. การฝึกให้ผู้ป่วยสวดมนต์ด้วยตนเอง ผู้วิจัยแจกบทสวดมนต์ธรรมฆราวาสบ้านพร้อมคำแปล อธิบายวิธีการสวดมนต์ และทำการฝึกให้ผู้ป่วยสวดมนต์ด้วยตนเอง โดยให้ผู้ป่วยสวดช้า ๆ เสียงดังพอที่ตนเองจะได้ยิน เพื่อให้ได้ฟังบทสวดและแปลความหมายของบทสวดตามไปด้วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจหลักคำสอนทางพุทธศาสนา (ขวัญตา, 2543; สินีนาฏ, 2546; อรทัย, 2552)

6. การส่งเสริมการสวดมนต์ด้วยตนเอง ผู้วิจัยร่วมสวดมนต์กับผู้ป่วยเป็นเวลา 3 วัน (ขวัญตา, 2543) แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 30 นาที (อรทัย, 2552) เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการสวดมนต์ด้วยตนเองที่บ้าน ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และแนะนำให้ผู้ป่วยสวดมนต์ต่อเนื่องกันเป็นเวลา 21 วัน ซึ่งเป็นเวลาที่ผู้ป่วยจะมารับเคมีบำบัดครั้งต่อไป

7. การติดตามการสวดมนต์ (ขวัญตา, 2543; สินีนาฏ, 2546; อรทัย, 2552) ผู้วิจัยติดตามการสวดมนต์ของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยการโทรศัพท์กลับไปหาผู้ป่วยที่บ้าน สอบถาม

เกี่ยวกับอาการต่าง ๆ ของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามปัญหาต่าง ๆ รวมทั้งผู้วิจัยสอบถามเกี่ยวกับความต่อเนื่องของการสวดมนต์ ทุก 7 วัน (ขวัญตา, 2543)

สรุปการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

โดยสรุปจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยที่มารับเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งโลหิตวิทยาต้องเผชิญกับพยาธิสภาพของโรคที่รุนแรง ผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนของเคมีบำบัดที่มากมาย และความไม่แน่นอนของชีวิตตลอดเวลาของการรักษา เหตุการณ์เหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยประเมินสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ว่าเป็นอันตราย และไม่สามารถแก้ไขหรือควบคุมสถานการณ์นั้นได้ตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกวิตกกังวล ผู้ป่วยจึงมีการแสวงหาการรักษาทางเลือกอื่นร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบัน โดยพบว่าการสวดมนต์เป็นการรักษาทางเลือกที่ผู้ป่วยนำมาใช้กันมาก ผู้ป่วยใช้การสวดมนต์ภาวนาอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีการหลั่งสารสื่อประสาทเอนดอร์ฟิน ซึ่งจะไปกระตุ้นระบบประสาทให้ลดการสร้างสารสื่อประสาทที่มีผลกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ ช่วยให้การทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติคลดลง ส่งผลให้อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ และความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลง และส่งผลต่อการทำงานของระบบลิมบิกซึ่งเป็นศูนย์ควบคุมอารมณ์และความรู้สึก ช่วยให้เกิดความสงบ ผ่อนคลาย ความวิตกกังวลลดลง นอกจากนั้นยังส่งผลต่อการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ช่วยให้ความเจ็บป่วยทางกายลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าภาวะสุขภาพคืนสู่สมดุล และหากผู้สวดมนต์มีความตั้งใจพิจารณาความหมายของการสวดมนต์จนเข้าใจ นำมาเป็นหลักปฏิบัติในการดำเนินชีวิตจะช่วยให้บุคคลเข้าใจชีวิตตามความเป็นจริง สามารถปรับตัวยอมรับและเผชิญกับความเจ็บป่วยอย่างเหมาะสม

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental design research) แบบสองกลุ่มวัด ผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งโลหิตวิทยาระหว่างกลุ่มที่มีการสวดมนต์แบบพุทธ และกลุ่มที่ไม่มีการสวดมนต์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งโลหิตวิทยาที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งโลหิตวิทยา ที่เข้ารักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

1. ผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาที่นัดมาเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพื่อรับยาเคมีบำบัดชนิดหวังผลให้หายจากโรค (curative chemotherapy)
2. มีอายุ 20 ปี ขึ้นไป
3. มีระดับความวิตกกังวลที่ได้จากแบบวัดความวิตกกังวล ซึ่งพัฒนาโดยสปิลเบอร์เกอร์ (Spielberger, 1983) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย นิตยาและคณะ (2526) อยู่ในระดับความวิตกกังวลปานกลางหรือมีค่าคะแนน 41 คะแนนขึ้นไป (ขนิษฐา นาคะ, 2534)
4. รู้สึกตัวดี สามารถสื่อสารด้วยการพูด อ่าน เขียน และฟังได้ตามปกติ
5. นับถือศาสนาพุทธ มีความสนใจที่จะสวดมนต์ด้วยตนเอง และยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ โดยมีการบันทึกไว้เป็นลายลักษณ์อักษร

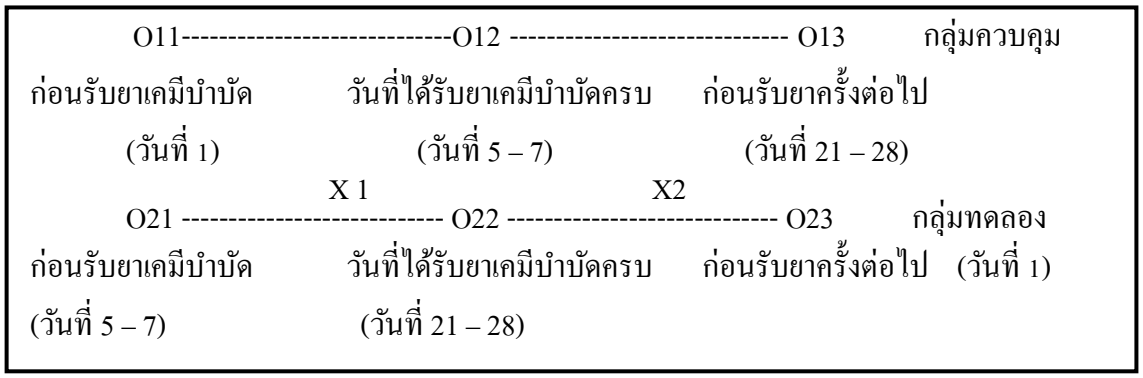
เกณฑ์การคัดออก คือ เกิดภาวะวิกฤตในระหว่างการรับยาเคมีบำบัด เช่น มีภาวะช็อค มีไข้สูงจากการติดเชื้อรุนแรง มีเลือดออกจากอวัยวะต่าง ๆ

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ โดยการหาขนาดอิทธิพลของตัวแปรที่ศึกษาจากงานวิจัยที่มีความคล้ายคลึงกัน คือ การศึกษาของสินีนาฎ (2546) เกี่ยวกับผลของการเจริญสมาธิด้วยบทสวดมนต์ต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่มารับการผ่าตัด มีขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 5 คน ได้ค่าขนาดอิทธิพลได้เท่ากับ 3.29 (ภาคผนวก ก) ซึ่งเป็นค่าขนาดอิทธิพลที่ใหญ่ และการศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะแตกต่างกัน เพื่อให้ผลการวิจัยมี ความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดอิทธิพล ที่ .80 ค่าแอลฟาที่ 0.5 ค่าอำนาจการทดสอบ (power of test) ที่ .80 ซึ่งเป็นค่ามาตรฐานที่ใช้กันทั่วไปที่มีอำนาจเพียงพอในการทดสอบทางสถิติ ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 52 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 26 ราย และกลุ่มทดลอง 26 ราย แต่เนื่องจากมีความเสี่ยงต่อการสูญหายระหว่างการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลเพิ่ม จำนวน 30 % การศึกษาครั้งนี้ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุม จำนวน 34 ราย และกลุ่มทดลอง จำนวน 34 ราย โดยระหว่างการเก็บข้อมูลมีผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่คัดออกเนื่องจากไม่มาตรวจตามนัด 1 ราย เกิดผลข้างเคียงรุนแรงจำนวน 2 ราย และผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีการดำเนินโรคที่รุนแรงไม่สามารถรับยาเคมีบำบัดได้ต่อเนื่อง จำนวน 1 ราย เหลือกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง จำนวน 30 ราย

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

เมื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดแล้ว ผู้วิจัยวางแผนเก็บข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีลักษณะใกล้เคียงกันด้วยการจับคู่ (matched pair) ตามคุณสมบัติที่สำคัญ คือ การวินิจฉัยโรค ชนิดของเคมีบำบัดที่ได้รับ ระยะห่างของการเก็บข้อมูล เพื่อป้องกันการเกิดอคติในการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มจะได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองจะได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับมีการสวดมนต์บทธรรมฆราวาสบ้าน ดังนี้



O11 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุม ทำแบบประเมินความวิตกกังวลครั้งที่ 1 ก่อนทดลอง ในวันแรกก่อนการรับยาเคมีบำบัด (วันที่ 1)

O12 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุม ทำแบบประเมินความวิตกกังวลครั้งที่ 2 ระหว่างการทดลอง หลังรับยาเคมีบำบัดครบ (วันที่ 5 - 7)

O13 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุม ทำแบบประเมินความวิตกกังวลครั้งที่ 3 หลังการทดลอง ก่อนรับยาเคมีบำบัดครั้งต่อไป (วันที่ 21 - 28)

O21 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง ทำแบบประเมินความวิตกกังวลครั้งที่ 1 ก่อนทดลอง ในวันแรกก่อนการรับยาเคมีบำบัด (วันที่ 1)

O22 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง ประเมินความวิตกกังวลครั้งที่ 2 ระหว่างการทดลอง หลังรับยาเคมีบำบัดครบ (วันที่ 5 - 7)

O23 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง ทำแบบประเมินความวิตกกังวลครั้งที่ 3 หลังการทดลอง ก่อนรับยาเคมีบำบัดครั้งต่อไป (วันที่ 21 - 28)

X1 หมายถึง การสวดมนต์ด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยสอนการสวดมนต์และร่วมสวดมนต์กับผู้ป่วยที่โรงพยาบาล วันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที ในวันที่ 1 – 3 และหลังจากนั้นผู้ป่วยสวดมนต์ด้วยตนเองในระหว่างอยู่โรงพยาบาล วันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที ในวันที่ 4 – 7

X2 หมายถึง การสวดมนต์ด้วยตนเองที่บ้าน วันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที จนกว่าจะเข้ารับยาเคมีบำบัดครั้งต่อไป

…. หมายถึง การพยาบาลตามปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย

1.1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วยเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการเจ็บป่วยเป็นโรคมะเร็งในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด การจ่ายค่ารักษาพยาบาล ความเพียงพอของรายได้ บุคคลที่มาดูแลในขณะรักษาตัว บุคคลที่ให้การช่วยเหลือด้านอื่นๆ ประสบการณ์การสวดมนต์ (ภาคผนวก ข)

1.1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วยการวินิจฉัยโรค ระยะเวลาที่เป็นโรค ระยะของโรค ชนิดของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ ผลข้างเคียง/ภาวะแทรกซ้อนจากเคมีบำบัด การรักษาอื่นที่ได้รับ (ภาคผนวก ข)

1.2 แบบประเมินความวิตกกังวล โดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวล State – Trait Anxiety Inventory (STAI) ซึ่งพัฒนาโดยสปิลเบอร์เกอร์ (Spielberger, 1983) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย นิตยาและคณะ (2526) (อ้างตามขนิษฐา, 2534) (ภาคผนวก ข) โดยแบบประเมินนี้ประกอบด้วยแบบประเมินความวิตกกังวล 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (The State Anxiety Inventory) เป็นการวัดระดับความวิตกกังวลขณะเผชิญที่เกิดขึ้นต่อสถานการณ์ ประกอบด้วยข้อความแสดงความรู้สึกกังวล หรือพฤติกรรมที่แสดงออกเมื่อมีความวิตกกังวล จำนวน 20 ข้อ เป็นข้อความที่แสดงถึงอารมณ์หรือการกระทำทางบวก 10 ข้อ และข้อความที่แสดงอารมณ์หรือการกระทำทางลบ 10 ข้อ คำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ ดังต่อไปนี้

หมายเลข 1ไม่มีเลยหรือน้อยครั้ง หมายถึงในขณะนี้ผู้ตอบไม่มีความรู้สึกหรือพฤติกรรมตามข้อความนั้นเลย ถ้ามีความรู้สึกหรือพฤติกรรมนั้นเกิดขึ้นน้อยมาก

หมายเลข 2 มีบางครั้ง หมายถึง ในขณะนี้ผู้ตอบมีความรู้สึกหรือพฤติกรรมตามข้อความนั้นเกิดขึ้นเป็นบางครั้งแต่ไม่บ่อย

หมายเลข 3 มีค่อนข้างบ่อย หมายถึง ในขณะนี้ผู้ตอบมีความรู้สึกหรือพฤติกรรมตามข้อความนั้นเกิดขึ้นบ่อยครั้งแต่ไม่ตลอดเวลา

หมายเลข 4 มีมากที่สุด หมายถึง ในขณะนี้ผู้ตอบมีความรู้สึกหรือพฤติกรรมตามข้อความนั้นเกิดขึ้นเกือบตลอดเวลาหรือเป็นตลอดเวลา

ข้อคำถามที่บอกถึงการแสดงความรู้สึกหรือการกระทำทางด้านลบ มีจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, และ 18 โดยมีหลักในการให้คะแนน ดังนี้

ถ้าเลือกหมายเลข 1 ได้คะแนน 1 คะแนน

ถ้าเลือกหมายเลข 2 ได้คะแนน 2 คะแนน

ถ้าเลือกหมายเลข 3 ได้คะแนน 3 คะแนน

ถ้าเลือกหมายเลข 4 ได้คะแนน 4 คะแนน

ข้อคำถามที่บอกถึงการแสดงความรู้สึกหรือการกระทำทางด้านบวก มีจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, และ 20 ผู้วิจัยจะกลับค่าคะแนน โดยมีหลักในการให้คะแนน ดังนี้

ถ้าเลือกหมายเลข 1 ได้คะแนน 4 คะแนน

ถ้าเลือกหมายเลข 2 ได้คะแนน 3 คะแนน

ถ้าเลือกหมายเลข 3 ได้คะแนน 2 คะแนน

ถ้าเลือกหมายเลข 4 ได้คะแนน 1 คะแนน

คะแนนความวิตกกังวลจากแบบประเมินนี้จะมีค่าต่ำสุด 20 คะแนน ค่าสูงสุด 80 คะแนน แปลผลโดยนำคะแนนที่ได้ในแต่ละข้อมารวมกัน ค่าคะแนนสูงแสดงว่ามีความวิตกกังวลสูง คะแนนต่ำแสดงว่ามีความวิตกกังวลต่ำ และแบ่งระดับความวิตกกังวล ตามการศึกษาของขนิษฐา (2534) ดังนี้

คะแนน 20 – 40 หมายถึง ไม่มีความวิตกกังวลหรืออยู่ในภาวะปกติ

คะแนน 41 – 60 หมายถึง มีความวิตกกังวลเล็กน้อย ถึง ปานกลาง

คะแนน 61 - 70 หมายถึง มีความวิตกกังวลสูง

คะแนน 71 – 80 หมายถึง มีความวิตกกังวลสูงมาก

ตอนที่ 2 แบบประเมินความวิตกกังวลแฝง (The Trait Anxiety Inventory) เป็นการวัดระดับความวิตกกังวลแบบแฝง ซึ่งมีอยู่ประจำตัวบุคคลเพื่อนำมาเป็นตัวแปรที่ควบคุมเพื่อไม่ให้เกิดอคติของการวิจัย โดยผู้วิจัยทำการประเมินในวันแรกก่อนการรับยาเคมีบำบัดเพียงครั้งเดียว ประกอบด้วยข้อความแสดงความรู้สึกกังวล หรือพฤติกรรมที่แสดงออกเมื่อมีความวิตกกังวล จำนวน 20 ข้อ เป็นข้อความที่แสดงถึงอารมณ์หรือการกระทำทางบวก 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 6, 7, 10, 13, 16, และ 19 และข้อความที่แสดงอารมณ์หรือการกระทำทางลบ 13 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 5, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 17, 18, และ 20 คำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ มี

หลักการให้คะแนนและการจัดระดับความวิตกกังวลเช่นเดียวกับแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง (ภาคผนวก ค) ประกอบด้วย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลที่สนับสนุนการสวดมนต์แบบพุธด้วยบทสวดธรรมฆราวาสบ้าน โดยผู้วิจัยมีการประเมินความเชื่อ ความศรัทธาตามหลักศาสนา ความพร้อมในการสวดมนต์ ร่วมอภิปรายประโยชน์ของการสวดมนต์ แนะนำวิธีการสวดมนต์ที่ถูกวิธี แนะนำการศึกษาองค์พระประธานประจำวันเกิด เดือนเกิด และปีนักษัตรเกิดซึ่งเปรียบเสมือนสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่คุ้มครองตนเอง และอัญเชิญองค์พระประธานมาร่วมในการสวดมนต์เป็นการสร้างบุญกุศลทั้งต่อตนเองและสิ่งศักดิ์ที่คุ้มครองอยู่ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สวดได้รับการคุ้มครองจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ จัดทำเป็นคู่มือการสวดมนต์ธรรมฆราวาสบ้าน (ภาคผนวก ค) แจกให้กลุ่มตัวอย่าง และฝึกให้กลุ่มตัวอย่างสวดมนต์ด้วยตนเอง ผู้วิจัยร่วมสวดมนต์กับผู้ป่วยในวันที่ 1 – 3 ในขณะอยู่โรงพยาบาล พร้อมทั้งประเมินว่าผู้ป่วยสวดมนต์ได้ถูกต้องหรือไม่ รวมทั้งการฝึกให้ผู้ป่วยสำรวจความรู้สึกในระหว่างสวดมนต์ หลังจากนั้นผู้ป่วยสวดมนต์ด้วยตนเองทุกวัน วันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที ในวันที่ 4 – 7 ระหว่างอยู่โรงพยาบาล ผู้วิจัยติดตามการสวดมนต์ในวันที่ 5 ของการนอนโรงพยาบาล และเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้วิจัยแนะนำให้ผู้ป่วยสวดมนต์ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง วันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที จนกว่าจะมารับยาเคมีบำบัดครั้งต่อไป โดยผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามความต่อเนื่องในการสวดมนต์ ทุก 7 วัน รวมทั้งสอบถามปัญหาอุปสรรคในการสวดมนต์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ แบบประเมินความวิตกกังวล State – Trait Anxiety Inventory (STAI) ซึ่งพัฒนาโดยสปิลเบอร์เกอร์ (Spielberger, 1983) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยนิตยาและคณะ (2526) (อ้างตามขนิษฐา, 2534) ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและมีการนำมาใช้ในงานวิจัยอื่น ๆ และบทสวดมนต์ฆราวาสบ้านซึ่งเป็นบทสวดที่ใช้ในการทำพิธีกรรมทางศาสนาโดยทั่วไป และมีรูปแบบวิธีการสวดมนต์ที่ชัดเจน ผู้วิจัยได้นำไปทำการศึกษานำร่อง เพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้ของการใช้บทสวดมนต์ โดยผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูลในผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 2 ราย โดยผู้ป่วยสามารถสวดมนต์อย่างต่อเนื่องและบันทึกการสวดมนต์ได้ตามแผนการทดลอง

การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความวิตกกังวลไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 30 ราย และนำค่าคะแนนที่ได้มาหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ เท่ากับ .87 และค่าความเที่ยงของแบบประเมินความวิตกกังวลแบบแฝง เท่ากับ .87

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัย โดยเสนอโครงร่างงานวิจัยเพื่อรับการตรวจสอบจากคณะกรรมการจริยธรรมในงานวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ และโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ รวมทั้งมีแนวทางในการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแนะนำตัวแก่กลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัยด้วยวาจา ประกอบกับหนังสืออนุมัติในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในการวิจัยโดยความสมัครใจ และภายหลังการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยในระหว่างการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่เกิดผลเสียใดๆ และยังได้รับการดูแลตามปกติจากทีมสุขภาพในหอผู้ป่วย อย่างไรก็ตามหากผู้ป่วยมีอาการทางด้านร่างกายในขณะสวดมนต์ด้วยตนเอง เช่น อาการปวด หายใจเหนื่อยหอบ มีเลือดออก ก็สามารถยุติการสวดมนต์ได้ และผู้วิจัยจะรายงานพยาบาลประจำหอผู้ป่วยที่ดูแลเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยตามความเหมาะสม สำหรับข้อมูลที่ได้รับจากการวิจัย จะได้รับการปกปิดเป็นความลับ โดยผู้วิจัยจะจัดเก็บข้อมูลในตู้ล็อคกุญแจ ข้อมูลดิบจะถูกทำลายภายหลังรายงานการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ และจะนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น (ภาคผนวก ง)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาผลของการสวดมนต์แบบพุทธต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มารับเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งโลหิตวิทยา ผู้วิจัยวางแผนดำเนินการเป็นขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

1.1 หลังจากนำเสนอโครงร่างการวิจัย และผ่านการตรวจสอบจากคณะกรรมการประเมินจริยธรรมในงานวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์แล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ ถึงคณบดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 ภายหลังได้รับอนุมัติจากคณบดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัย

1.3 ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยเพื่อทำหน้าที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย โดยมีขั้นตอนดังนี้ คือ (1) คัดเลือกผู้ช่วยวิจัยตามคุณสมบัติที่ต้องการ คือ เป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด อย่างน้อย 1 ปี จำนวน 2 คน (2) ผู้วิจัยอธิบายขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ พร้อมทั้งอธิบายวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้ช่วยวิจัยเกี่ยวกับการประเมินความวิตกกังวล โดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวล ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยซักถามและตอบข้อสงสัย (3) ผู้ช่วยวิจัยจะมีหน้าที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยทุกราย โดยไม่ทราบว่าผู้ป่วยรายใดเป็นกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลอง เพื่อตัดอคติ (bias) ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.4 ผู้วิจัยศึกษารายงานประวัติผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาที่มารับเคมีบำบัดที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ โดยทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองโดยการจับคู่ให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความคล้ายคลึงกันตามคุณสมบัติที่สำคัญ คือ การวินิจฉัยโรค สูตรยาเคมีบำบัดที่ได้รับ และระยะเวลาเก็บข้อมูล

1.5 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่หอผู้ป่วยเพื่อสร้างสัมพันธภาพ โดยการแนะนำตัว พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ขั้นตอนการทดลอง และขอความร่วมมือในการคัดกรองเข้ากลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยอธิบายการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง (ภาคผนวก ง) โดยในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ผู้ป่วยสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่กระทบต่อการรักษา เมื่อผู้ป่วยยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงนามยินยอมไว้เป็นหลักฐาน และดำเนินการวิจัยต่อไป

2. ขั้นดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

2.1 กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (กลุ่มควบคุม) จะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลและบุคลากรอื่นๆ มีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

2.1.1 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีความไว้วางใจ

2.1.2 ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดกับผู้ป่วยเกี่ยวกับการเก็บข้อมูลการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง และแนะนำผู้ช่วยวิจัย

2.1.3 ผู้ช่วยวิจัยทำการเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง ในวันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือก่อนรับยาเคมีบำบัด 1 วันโดยให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ และแบบประเมินความวิตกกังวลแบบแฝง และสัมภาษณ์ข้อมูลเกี่ยวการเจ็บป่วยและการดูแลรักษา โดยผู้วิจัยมอบหมายให้ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลทุกครั้งเพื่อไม่ให้เกิดอคติในการเก็บข้อมูล

2.1.4 ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามปกติ ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

1) ประเมินความพร้อมก่อนการรับยาเคมีบำบัด ได้แก่ การตรวจร่างกาย การตรวจเลือด และการประเมินด้านจิตสังคม

2) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ และยาป้องกันและบรรเทาผลข้างเคียงของเคมีบำบัด (pre – chemotherapy) ได้แก่ ondansetron และ dexamethasone

3) ให้คำแนะนำผู้ป่วยโดยให้ผู้ป่วยซักถามข้อมูลต่างๆ ที่ต้องการและให้ความรู้ครอบคลุมเกี่ยวกับโรคมะเร็งโลหิตวิทยา การรักษาด้วยเคมีบำบัด ผลข้างเคียงของการรักษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และวิธีปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรค โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที

4) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดตามสูตรยา โดยผู้ป่วยได้รับเคมีบำบัดต่อเนื่องตามแผนการรักษา

5) สังเกตอาการข้างเคียงขณะได้รับเคมีบำบัด และให้การพยาบาล เพื่อบรรเทาอาการที่เกิดขึ้น รวมทั้งการประสานงานกับแพทย์เพื่อให้การรักษาอาการข้างเคียงที่ เหมาะสม

6) วางแผนจำหน่ายเมื่อผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดครบตามแผนการรักษา

2.1.5 ผู้ช่วยวิจัยไปพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินระดับความวิตกกังวลหลังการทดลองครั้งที่ 1 ในวันที่ได้รับยาเคมีบำบัดครบ (วันที่ 5 – 7)

2.1.6 ผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลหลังการทดลองครั้งที่ 2 ในวันที่มารับยาเคมีบำบัดครั้งต่อไป (วันที่ 21 – 28) และสัมภาษณ์ข้อมูลเกี่ยวการเจ็บป่วยและการดูแลรักษาเพิ่มเติม และ

สอบถามความต้องการสวดมนต์ หากผู้ป่วยต้องการสวดมนต์ผู้วิจัยแจกบทสวดมนต์และทำการฝึกการสวดมนต์แก่ผู้ป่วย โดยนัดหมายวันเวลาที่ผู้ป่วยจะมารับยาเคมีบำบัดครั้งต่อไป

2.2 กลุ่มที่มีการสวดมนต์ด้วยตนเอง (กลุ่มทดลอง) เป็นกลุ่มที่ได้รับการสวดมนต์ด้วยตนเองร่วมกับการพยาบาลตามปกติ โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

2.2.1 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยพร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียดกับผู้ป่วยเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูล และวิธีการทดลอง การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วย และแนะนำผู้ช่วยวิจัย

2.2.2 ผู้ช่วยวิจัยทำการเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง ในวันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือก่อนรับยาเคมีบำบัด 1 วัน โดยให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ แบบประเมินความวิตกกังวลแบบแฝง และสัมภาษณ์ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดูแลรักษา ผู้วิจัยมอบหมายให้ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลทุกครั้งเพื่อไม่ให้เกิดอคติในการเก็บข้อมูล

2.2.3 ผู้วิจัยประเมิน และร่วมอภิปรายเกี่ยวกับความเชื่อความศรัทธาต่อการสวดมนต์ตามหลักคำสอนของพุทธศาสนา ประโยชน์ของการสวดมนต์ และการนำการสวดมนต์ไปใช้ในชีวิตประจำวันและอธิบายเกี่ยวกับบทสวดมนต์ธรรมฆราวาสบ้าน วิธีการสวดมนต์ ผู้วิจัยแจกบทสวดมนต์ให้กลุ่มตัวอย่าง และทำการฝึกการสวดมนต์และร่วมสวดมนต์กับกลุ่มตัวอย่าง วันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที ในวันที่ 1 - 3 ของการรับยาเคมีบำบัด โดยมีขั้นตอนดังนี้

1) ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในเวลาก่อนนอน แนะนำให้กลุ่มตัวอย่างทำกิจธุระส่วนตัวให้เรียบร้อย ก่อนการสวดมนต์ พร้อมทั้งจัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นสัดส่วน ให้ผู้ป่วยนั่งหรือนอนในท่าที่สบาย แนะนำให้ผู้ป่วยจดจ่ออยู่กับบทสวดมนต์ และฝึกสำรวจความรู้สึกในขณะสวดมนต์ หากผู้ป่วยรู้สึกว่ามีความคิดฟุ้งซ่าน ให้พยายามหยุดความคิดนั้น และกลับมาสนใจกับบทสวดมนต์

2) ผู้วิจัยร่วมสวดมนต์กับกลุ่มตัวอย่างเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความพร้อม เริ่มต้นด้วยการอัญเชิญองค์พระประธานประจำวันเกิด เดือนเกิด และปีนักษัตรเกิดมาร่วมการสวดมนต์ ซึ่งเปรียบเสมือนสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่คุ้มครองตนอยู่ การสวดมนต์เป็นการทำความดี และสิ่งศักดิ์สิทธิ์จะคุ้มครองผู้ที่ทำความดี

3) การกราบพระรัตนตรัย ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ผู้สวดทำจิตใจให้สงบเพื่อน้อมนำให้จิตใจระลึกในพระคุณของพระพุทธ น้อมนำจิตในให้สงบนิ่งเพื่อตั้งใจศึกษาพระธรรมคำสอนของพระพุทธเจ้า และระลึกถึงคุณของพระสงฆ์ที่ได้สืบทอดพระพุทธศาสนาให้สืบต่อไป

4) สวดมนต์ด้วยบทสวดฆราวาสบ้านตั้งแต่บทที่ 1 - บทที่ 9 ด้วยจิตใจที่สงบ มีสติจดจ่ออยู่กับบทสวดมนต์ โดยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างสำรวจความรู้สึกในขณะสวด

มนต์เพื่อฝึกการทำจิตใจให้มีสติ จิตเป็นอิสระจากความคิดฟุ้งซ่าน และการจินตนาการเกี่ยวกับความเจ็บป่วยในเชิงลบ

5) ผู้วิจัยร่วมสวดมนต์กับกลุ่มตัวอย่าง ในเวลาก่อนนอน ติดต่อกัน 3 วัน ในวันที่ 1 - 3 ของการรับยาเคมีบำบัด หลังจากนั้นในวันที่ 4 - 7 ผู้วิจัยแนะนำให้ผู้ป่วยสวดมนต์ด้วยตนเองทุกวัน ในช่วงที่อยู่โรงพยาบาล อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที

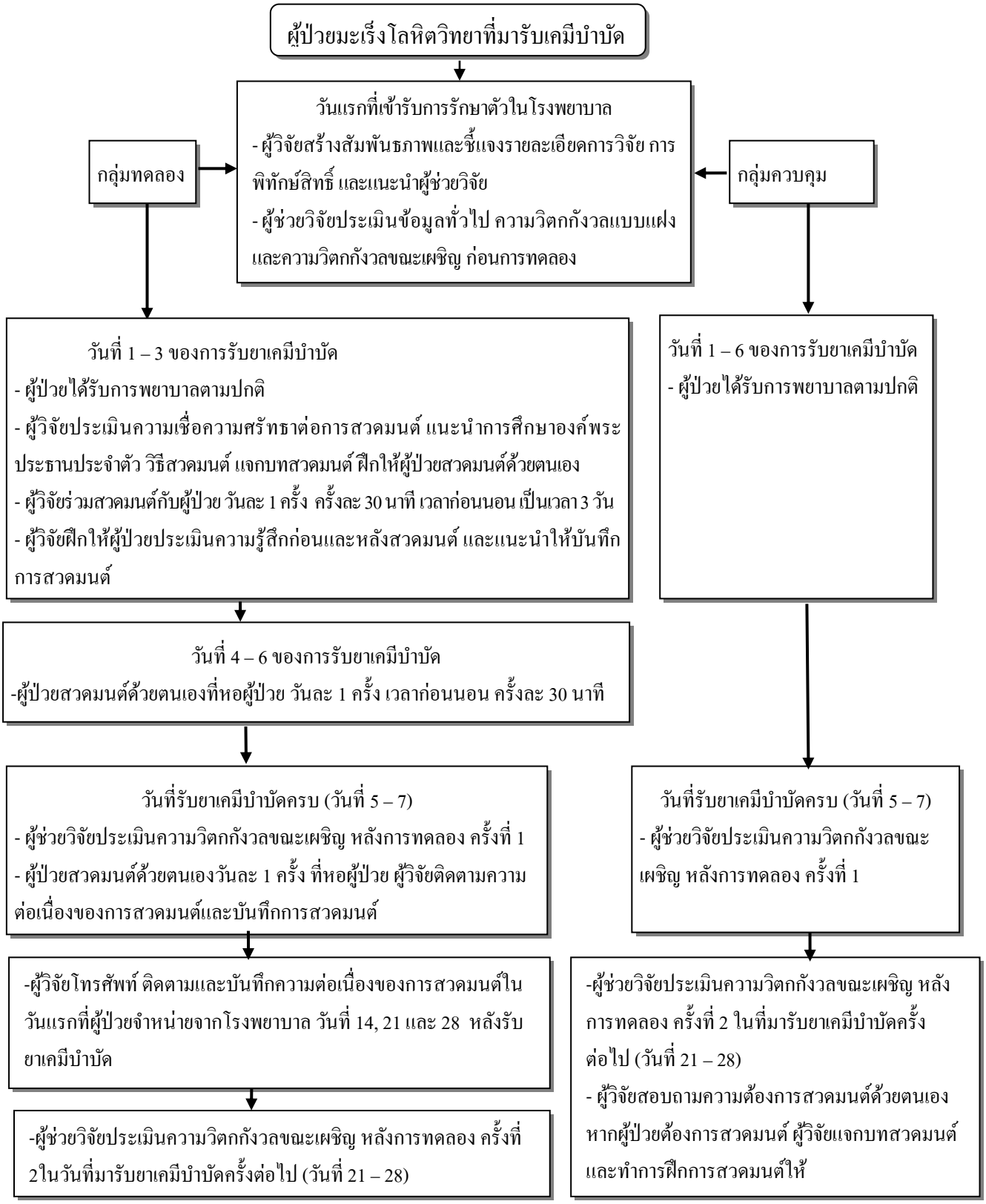
2.2.4 ผู้ช่วยวิจัยไปพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินระดับความวิตกกังวลหลังการทดลองครั้งที่ 1 ในวันที่รับยาเคมีบำบัดครบ (วันที่ 5 – 7)

2.2.5 จำหน่ายผู้ป่วยเมื่อได้รับยาเคมีบำบัดครบ และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัด ผู้วิจัยแนะนำให้ผู้ป่วยสวดมนต์ด้วยตนเองที่บ้านทุกวัน อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที จนกว่าจะมารับยาเคมีบำบัดครั้งต่อไป โดยผู้ป่วยจะสวดมนต์ด้วยตนเองเป็นเวลาประมาณ 28 วัน

2.2.6 ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามความต่อเนื่องของการสวดมนต์ในวันแรกที่ผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาล หลังจากนั้นโทรศัพท์ติดตามทุก 7 วัน ในวันที่ 14, 21 และ 28 ของการทดลอง

2.2.7 ผู้ช่วยวิจัยประเมินความวิตกกังวลหลังการทดลองครั้งที่ 2 ในวันที่มารับยาเคมีบำบัดครั้งต่อไป หลังได้รับเคมีบำบัด (วันที่ 21 -28) และสัมภาษณ์ข้อมูลเกี่ยวการเจ็บป่วยและการดูแลรักษาเพิ่มเติม

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังแสดงในภาพ 3



ภาพ 3. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และประมวลผลข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาพยาบาล ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติการทดสอบทีอิสระ (Independent t – test) และไคว์สแควร์ (Chi – Square) สถิติไลลิฮูด เรโช (Likelihood Ratio) ตามเงื่อนไขของข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติแต่ละชนิด

2. วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญภายในกลุ่มทดลองของกลุ่มตัวอย่าง ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองครั้งที่ 1 และหลังการทดลองครั้งที่ 2 โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะเผชิญของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับการกระจายตัวของคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญ พบว่า การกระจายตัวของชุดข้อมูลคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีการแจกแจงข้อมูลเป็นโค้งปกติ และความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม (homogeneity of variance) ของแต่ละช่วงเวลาของชุดข้อมูลไม่แตกต่างกัน (ภาคผนวก จ) ผู้วิจัยใช้สถิติในการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะเผชิญ ดังนี้

3.1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองครั้งที่ 1 และ 2 โดยใช้สถิติความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (Two - Way Repeated Measures ANOVA)

3.2 เปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองครั้งที่ 1 และ 2 โดยใช้ด้วยสถิติทีอิสระ (Independent t – test)

การศึกษาครั้งนี้กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 สำหรับการทดสอบความแตกต่างของตัวแปรที่ศึกษาระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง แต่กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรเป็นรายคู่ (post hoc analysis) ด้วยสถิติทีอิสระ (Independent t- test) เพื่อป้องกันการแปรผลผิดพลาดชนิดที่ 1 (type I error)

บทที่ 4
ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัดระหว่างกลุ่มที่มีการสวดมนต์แบบพุทธ และกลุ่มที่ไม่มีการสวดมนต์ ที่มารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ผลการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำเสนอด้วยตารางประกอบคำบรรยาย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 3 ผลการทดสอบสมมุติฐานการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งโลหิตวิทยา จำนวน 64 ราย โดยกลุ่มควบคุม จำนวน 34 ราย และกลุ่มทดลอง จำนวน 30 ราย ทำการเก็บข้อมูลทั้งหมด 3 ครั้ง คือ ก่อนการทดลอง (ก่อนการรับยาเคมีบำบัด) หลังการทดลองครั้งที่ 1 (หลังรับยาเคมีบำบัด) และหลังการทดลองครั้งที่ 2 (ก่อนการรับยาเคมีบำบัดครั้งต่อไป) ในส่วนของข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาพยาบาลทั้งในกลุ่มควบคุมและในกลุ่มทดลอง แสดงในตาราง 3 -5 มีรายละเอียดตามลำดับ ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายเท่ากับเพศหญิง ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ และมีคู่สมรสเป็นผู้ดูแลด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ และใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล กลุ่มควบคุมมีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคมะเร็งร้อยละ 23.5 กลุ่มทดลองมีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคมะเร็งร้อยละ 26.7 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์การสวดมนต์แต่ไม่สม่ำเสมอ โดยกลุ่มควบคุมที่เคยสวดมนต์แต่ไม่สม่ำเสมอร้อยละ 61.8 ไม่เคยสวดมนต์ร้อยละ 32.3 และสวดมนต์เป็นประจำ ร้อยละ 5.9 ส่วนกลุ่มทดลองมี

ประสบการณ์สวดมนต์แต่ไม่สม่ำเสมอร้อยละ 83.3 ไม่เคยสวดมนต์ร้อยละ 10 และสวดมนต์เป็นประจำ ร้อยละ 6.7 ดังตาราง 3

กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีอายุเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน ($t = 1.04, p = .30$) โดยกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 43.4 ปี ($SD = 15.5$) กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 39.8 ปี ($SD = 11.6$) ระยะห่างของการเก็บข้อมูลทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มตัวอย่างไม่มีความแตกต่างกัน คือ ระยะห่างของการเก็บข้อมูลเฉลี่ยในระยะก่อนการทดลองจนถึงหลังการทดลองครั้งที่ 1 ของกลุ่มควบคุม เท่ากับ 6.15 วัน ($SD = .61$) กลุ่มทดลอง เท่ากับ 6.13 วัน ($SD = .63$) ($t = .09, p = .83$) และระยะห่างของการเก็บข้อมูลเฉลี่ยในระยะหลังการทดลองครั้งที่ 1 ถึงหลังการทดลองครั้งที่ 2 ของกลุ่มควบคุม เท่ากับ 28.85 วัน ($SD = 2.18$) ($t = .22$, $p = .83$) กลุ่มทดลอง เท่ากับ 28.93 วัน ($SD = 2.39$) ดังตาราง 4

ตาราง 3

จำนวน ร้อยละช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของข้อมูลส่วนบุคคล และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างข้อมูลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (N = 64)

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม ($n = 34$)		กลุ่มทดลอง ($n = 30$)		Statistic	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	value	*p*-value
เพศ					.25[a]	.62
ชาย	16	47.1	16	53.3		
หญิง	18	52.9	14	46.7		
ระดับการศึกษา					6.84[b]	.08
ประถมศึกษา	19	55.9	8	26.7		
มัธยมศึกษา	8	23.5	15	50		
อนุปริญญา/อาชีวศึกษา	2	5.9	3	10		
ปริญญาตรี	5	14.7	4	13.3		
สถานภาพสมรส					3.61[b]	.17
โสด	15	44.1	7	23.3		
คู่	16	47.1	21	70		
หม้าย/หย่า/แยก	3	8.8	2	6.7		

a = Pearson Chi-Square b = Likelihood Ratio

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม (n = 34)		กลุ่มทดลอง (n = 30)		Statistic	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	value	p-value
อาชีพ					3.64[b]	.60
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	12	35.3	10	33.3		
รับจ้าง	7	20.6	3	10		
เกษตรกร	8	23.5	8	26.7		
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	5	14.7	7	23.4		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2	5.9	1	3.3		
อื่นๆ	0	0	1	3.3		
ความเพียงพอของรายได้					7.05[b]	.03
ไม่เพียงพอ	9	26.5	3	10		
เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ	24	70.6	21	70		
เพียงพอและเหลือเก็บ	1	2.9	6	20		
การจ่ายค่ารักษาพยาบาล					1.95[b]	.38
เบิกได้/ จ่ายตรง	2	5.9	3	10		
ประกันสุขภาพ	28	82.4	26	86.7		
ประกันสังคม	4	11.7	1	3.3		
ประวัติโรคประจำตัว					.23[a]	.63
ไม่มี	28	82.4	26	86.7		
มี	6	17.6	4	13.3		
ประวัติโรคมะเร็งในครอบครัว					.08[a]	.77
ไม่มี	26	76.5	22	73.3		
มี	8	23.5	8	26.7		
ผู้ดูแลด้านสุขภาพ					5.65[b]	.06
คู่สมรส	14	41.2	21	70.0		
บิดา / มารดา/ บุตร	9	26.5	6	20.0		
ญาติพี่น้อง	11	32.3	3	10.0		

a = Pearson Chi-Square b = Likelihood Ratio

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม (n = 34)		กลุ่มทดลอง (n = 30)		Statistic	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	value	*p*-value
ผู้ให้การช่วยเหลือด้านอื่นๆ					1.42[b]	.49
คู่สมรส	14	41.2	16	53.3		
บิดา / มารดา/ บุตร	9	26.5	8	26.7		
ญาติพี่น้อง	11	32.3	6	20.0		
ประสบการณ์สวดมนต์					4.96[b]	.08
ไม่เคยสวดมนต์	11	32.4	3	10		
สวดมนต์แต่ไม่สม่ำเสมอ	21	61.8	25	83.3		
สวดมนต์เป็นประจำ	2	5.9	2	6.7		

a = Pearson Chi-Square b = Likelihood Ratio

ตาราง 4

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ของอายุและระยะห่างของการประเมินความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Independent t - test

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n = 34)				กลุ่มทดลอง (n = 30)				*t*	*p*
	M	*SD*	*Min*	*Max*	*M*	*SD*	*Min*	*Max*		
อายุ	43.4	15.5	21	75	39.8	11.6	21	64	1.04	.30
ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นโรค (เดือน)	3.94	5.40	1	23	3.70	3.12	1	23	.22	.83
ระยะห่างการเก็บข้อมูล(วัน)										
T0 – T1	6.15	.61	5	7	6.13	.63	5	7	.09	.93
T1 – T2	28.85	2.26	21	30	28.93	2.39	21	30	.22	.83

T0 – T1 = ระยะห่างของการประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญก่อนการทดลองจนถึงหลังรับยาเคมีบำบัด

T1 - T2 = ระยะห่างของการประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญหลังรับยาเคมีบำบัดจนถึงก่อนรับยาเคมีบำบัดครั้งต่อไป

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาพยาบาล

ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่มีลักษณะคล้ายคลึงกันในด้านการวินิจฉัยโรค สูตรยาเคมีที่ได้รับ คือ ในกลุ่มควบคุมเป็นมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ร้อยละ 67.6 กลุ่มทดลองร้อยละ 69.3 รองลงมาเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาว โดยผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมมีอาการและอาการแสดงของโรค คือ มีต่อมน้ำเหลืองโต ร้อยละ 55.9 รองลงมาคือ มีไข้/ มีเลือดออก และมีไข้/ ต่อมน้ำเหลืองโต ร้อยละ 11.7 ในกลุ่มทดลองมีอาการและอาการแสดงของโรค คือ มีต่อมน้ำเหลืองโต ร้อยละ 40.0 รองลงมาคือ มีไข้ และมีเลือดออก ร้อยละ 10.0 สูตรยาเคมีบำบัดที่ได้รับในกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นสูตร ESHAP/ EPOCH ร้อยละ 41.2 รองลงมา คือ 7+3 regimen ร้อยละ 20.6 และ HyperCVAD ร้อยละ 14.7 ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร ESHAP/EPOCH ร้อยละ 41.9 รองลงมา คือ 7+3 regimen ร้อยละ 22.6 และ HyperCVAD ร้อยละ 12.9 ด้านผลข้างเคียง/ภาวะแทรกซ้อนจากเคมีบำบัดกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอาการอ่อนเพลีย/ เบื่ออาหาร/ คลื่นไส้/ อาเจียน ร้อยละ 55.9 รองลงมาคือ มีไข้ ร้อยละ 32.4 ส่วนกลุ่มทดลองมีอาการคลื่นไส้/ อาเจียน/ เบื่ออาหาร ร้อยละ 46.7 รองลงมาคือ มีไข้ ร้อยละ 36.6 กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้รับการรักษาด้วยการให้น้ำเกลือร่วมกับการรักษาด้วยยา เคมีบำบัดทุกราย รองลงมา ในกลุ่มควบคุมได้รับเลือด ร้อยละ 8.9 กลุ่มทดลองได้รับเลือด ร้อยละ 23.3 ดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5

จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ช่วงคะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาพยาบาลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (N = 64)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n = 34)		กลุ่มทดลอง (n = 30)		Statistic	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	value	p-value
การวินิจฉัยโรค					.84 [b]	.84
มะเร็งต่อมน้ำเหลือง	24	70.6	22	73.3		
มะเร็งพลาสม่าเซลล์	2	5.9	1	3.3		
มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิด AML	7	20.6	5	16.7		
มะเร็งเม็ดเลือดขาว ชนิด ALL	1	2.9	2	6.6		

a = Pearson Chi-Square b = Likelihood Ratio

ตาราง 5 (ต่อ)

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม (n = 34)		กลุ่มทดลอง (n = 30)		statistic	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	value	*p*-value
สูตรยาเคมีบำบัดที่ได้รับ					3.30[b]	.65
CHOP/MTX IT	2	5.88	0	0		
HyperCVAD	5	14.71	6	20		
7 + 3 regimen	7	20.59	5	16.67		
ASHAP/ ESHAP/ EPOCH	14	41.18	12	40		
DHAP/ DCEP	4	11.76	4	13.33		
HD MTX	2	5.88	3	10		
บริเวณที่ให้ยาเคมีบำบัด					.96[b]	.62
เส้นเลือดดำส่วนปลาย	21	61.8	20	71.0		
เส้นเลือดดำส่วนกลาง	12	35.3	10	29.0		
ไขสันหลัง	1	2.9	0	0		
ผลข้างเคียง/ภาวะ แทรกซ้อนจากเคมีบำบัด					.44[b]	.66
อ่อนเพลีย/ เบื่ออาหาร/ คลื่นไส้/	19	55.9	14	46.7		
อาเจียน	1	2.9	2	6.7		
ปวดตามตัว	1	2.9	0	0		
เลือดออก	11	32.4	11	36.6		
มีไข้	2	5.9	3	10.0		
ไม่มีอาการ						

a = Pearson Chi-Square, b = Likelihood Ratio

ตาราง 5 (ต่อ)

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม (n = 34)		กลุ่มทดลอง (n = 30)		statistic	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	value	p-value
การรักษาอื่นๆ ที่ได้รับ					1.38 [b]	.71
การให้น้ำเกลือ + การฉายแสง	2	5.9	3	10.0		
การให้น้ำเกลือ + การให้เลือด	3	8.9	7	23.3		
การให้น้ำเกลือ + การบรรเทาปวด	2	5.9	1	3.3		
การให้น้ำเกลือ + การเจาะน้ำใน ช่องท้อง/ ปอด	1	2.9	0	0		
การให้น้ำเกลือ	26	76.4	19	63.4		

a = Pearson Chi-Square, b = Likelihood Ratio

จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบคุณลักษณะของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติทีอิสระ (Independent t-test) ไคสแคว์ (Chi-Square) ดังแสดงในตาราง 3 - 5 ไม่พบความแตกต่างของคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาพยาบาลผู้วิจัยได้มีการประเมินความวิตกกังวลแบบแฝงในระยะก่อนการทดลอง เพื่อนำมาเป็นตัวแปรที่ควบคุมเพื่อไม่ให้เกิดอคติของการวิจัย โดยพบว่า กลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลแฝงเท่ากับ 43.32 (SD = 7.33) ส่วนกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลแฝงเท่ากับ 43.20 (SD = 5.90) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลแฝงระหว่างกลุ่ม พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = .07, p = .94) ดังตาราง 6

ตาราง 6

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลแฝงของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (N = 64)

กลุ่มตัวอย่าง	n	ระดับความวิตกกังวลแฝง		t-test	p-value
		M	SD		
กลุ่มควบคุม	34	43.32	7.33	.07	.94
กลุ่มทดลอง	30	43.20	5.90		

การศึกษาครั้งนี้มีการประเมินระดับความวิตกกังวลขณะเผชิญของกลุ่มตัวอย่าง 3 ครั้ง คือ ก่อนการทดลอง (ก่อนการรับยาเคมีบำบัด) หลังการทดลองครั้งที่ 1 (หลังสิ้นสุดการรับยาเคมีบำบัดครั้งแรก) และหลังการทดลองครั้งที่ 2 (ก่อนการรับยาเคมีบำบัดครั้งต่อไป) ค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะเผชิญในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีรายละเอียด คือ ในระยะก่อนการทดลองกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญเท่ากับ 51.50 (*SD* = 7.46) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลเท่ากับ 53.83 (*SD* = 8.22) ในระยะหลังการทดลองครั้งที่ 1 กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญเท่ากับ 53.76 (*SD* = 8.24) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญเท่ากับ 49.10 (*SD* = 8.71) ในระยะหลังการทดลองครั้งที่ 2 กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญเท่ากับ 52.55 (*SD* = 7.44) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญเท่ากับ 39.83 (*SD* = 7.04) ดังตาราง 7

ตาราง 7

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะเผชิญ โดยรวม ก่อนการทดลอง หลังการทดลองครั้งที่ 1 และหลังการทดลองครั้งที่ 2 ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (N = 64)

ความวิตกกังวลขณะเผชิญ	กลุ่มควบคุม (*n* = 34)		กลุ่มทดลอง (*n* = 30)	
	M	*SD*	*M*	*SD*
ก่อนการทดลอง	51.50	7.46	53.83	8.22
หลังการทดลอง ครั้งที่ 1	53.76	8.24	49.10	8.71
หลังการทดลอง ครั้งที่ 2	52.55	7.44	39.83	7.04

ส่วนที่ 3 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีสมมติฐาน คือ ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญหลังการทดลองของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัดของกลุ่มทดลองที่มีการสวดมนต์แบบพุทธต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่มีการสวดมนต์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษาพบว่า เมื่อเปรียบเทียบค่าความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญ หลังการทดลองครั้งที่ 1 และหลังการทดลองครั้งที่ 2 ของกลุ่มทดลองและกลุ่ม

ควบคุม ด้วยสถิติความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (Two way repeated-measures ANOVA) พบว่า ค่าความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 35.67, p = .000$) และมีความแตกต่างกันในแต่ละช่วงเวลา ($F = 8.93, p = .04$) ดังตาราง 8 และภาพ 4

หลังจากนั้นทำการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญรายคู่ด้วยสถิติทีอิสระ (Independent t-test) พบว่า คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะเผชิญในระยะหลังการทดลองครั้งที่ 2 ของกลุ่มทดลอง ($M = 39.83, SD = 7.04$) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 52.55, SD = 7.44$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.00, p = .000$) แต่ไม่มีความแตกต่างในระยะหลังการทดลองครั้งที่ 1 ($t = 2.20, p = .03$) ดังแสดงในตาราง 9

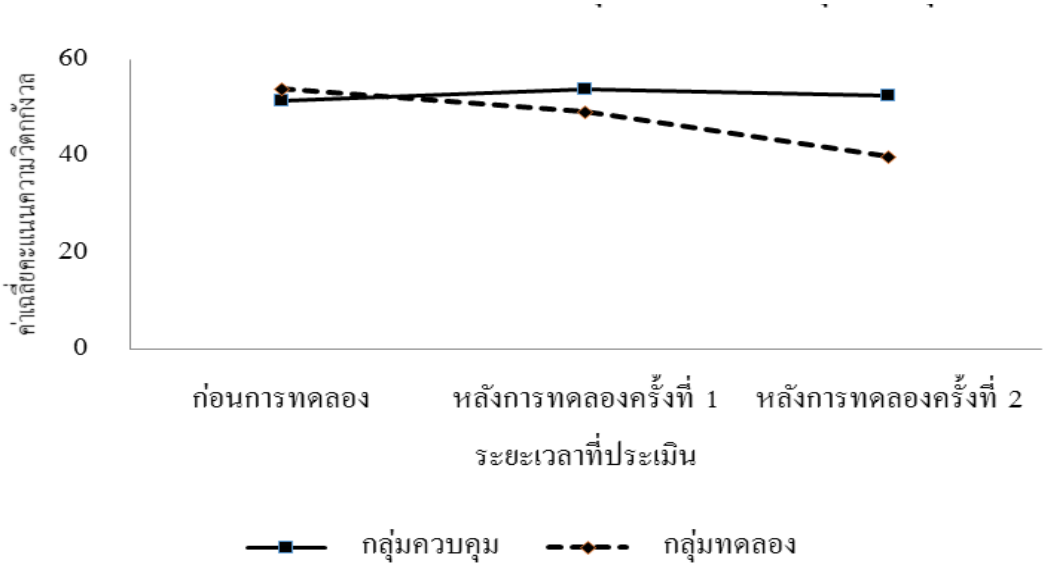
ตาราง 8

เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (Two way repeated-measures ANOVA) (N = 64)

แหล่งความแปรปรวน	*SS*	*df*	*MS*	*F*	*p*-value
ระหว่างกลุ่ม	480008.10	1	480008.10	35.67	.000
กลุ่ม*เวลา	1807.05	1	1807.05	8.93	.04
ความคลาดเคลื่อน	8360.10	62	134.84		

SS = Sum of Square, df = degree of freedom, MS = Mean Square

กำหนดระดับนัยสำคัญของสถิติที่ $p < .05$



ภาพ 4. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะเผชิญในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองครั้งที่ 1 และหลังการทดลอง ครั้งที่ 2 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตาราง 9

เปรียบเทียบรายคู่ความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองครั้งที่ 1 และ 2 ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติทีอิสระ (Independent t-test) (N = 64)

ความวิตกกังวลขณะเผชิญ	*n*	*M*	*SD*	*t*	*p* - value
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มควบคุม	34	51.50	7.46	1.19	.24
กลุ่มทดลอง	30	53.83	8.22		
หลังการทดลองครั้งที่ 1					
กลุ่มควบคุม	34	53.76	8.24	2.20	.03
กลุ่มทดลอง	30	49.10	8.71		
หลังการทดลองครั้งที่ 2					
กลุ่มควบคุม	34	52.56	7.45	7.00	.000
กลุ่มทดลอง	30	39.83	7.05		

กำหนดระดับนัยสำคัญของสถิติที่ $p < .01$

อภิปรายผล

การศึกษาผลของการสวดมนต์แบบพุทธต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งโลหิตวิทยาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองที่มีการสวดมนต์แบบพุทธและกลุ่มควบคุมที่ไม่มีการสวดมนต์แบบพุทธสามารถอภิปรายผลการศึกษาได้ ดังนี้

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาครั้งนี้เป็นเพศชายเท่ากับเพศหญิง กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 41.6 ซึ่งโรคมะเร็งโลหิตวิทยามักพบในผู้ป่วยที่มีอายุน้อย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ถูกส่งตัวมาจากจังหวัดต่างๆ ของภาคใต้ และมีภูมิลำเนาอยู่ในชนบท ซึ่งส่วนใหญ่จะเรียนในระดับการศึกษาภาคบังคับที่รัฐบาลจัดให้ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ รองลงมาคืออาชีพเกษตรกร ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเจ็บป่วยเป็นระยะเวลานาน ทำให้ไม่ได้ประกอบอาชีพ โดยเฉพาะผู้ที่มีอาชีพเกษตรกร ซึ่งผู้ป่วยโลหิตวิทยาจะมีภูมิต้านทานต่ำ และผู้ป่วยบางรายมีการคาสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางฮิคแมน เพื่อใช้ในระหว่างการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยเหล่านี้จะได้รับคำแนะนำจากบุคลากรที่ดูแลให้รักษาความสะอาดของร่างกาย เพื่อป้องกันการติดเชื้อสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง และการติดเชื้อในร่างกาย ด้านประสบการณ์การสวดมนต์ ในกลุ่มควบคุมมีการสวดมนต์เป็นประจำร้อยละ 5.9 เคยสวดมนต์แต่ไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 61.8 และไม่เคยสวดมนต์ ร้อยละ 32.4 ส่วนกลุ่มทดลองมีการสวดมนต์เป็นประจำ ร้อยละ 6.7 เคยสวดมนต์แต่ไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 83.3 และไม่เคยสวดมนต์ ร้อยละ 10 การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยสวดมนต์แต่ไม่สม่ำเสมอ อาจเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุน้อย ส่วนใหญ่ยังเรียนหนังสือและวัยทำงาน ซึ่งกลุ่มคนในวัยนี้มักใช้เวลาส่วนใหญ่ในการทำมาหาเลี้ยงชีพ ประกอบกับวัฒนธรรมของคนไทยจะปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การสวดมนต์ไหว้พระ ทำบุญเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ และผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งส่วนใหญ่มักใช้การสวดมนต์ร่วมกับการรักษาทางการแพทย์

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ซึ่งสอดคล้องกับการรายงานสถิติการเกิดโรคมะเร็งของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ปี 2556 พบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ร้อยละ 4.37 มะเร็งพลาสม่าเซลล์ ร้อยละ 1.02 มะเร็งเม็ดเลือดขาวร้อยละ 0.99 (Prechawittayakul, 2015) สูตรยาเคมีบำบัดที่ใช้ในการรักษา คือ สูตร ESHAP, EPOCH ซึ่งเป็นสูตรยาเคมีบำบัด พื้นฐานที่ใช้

รักษามะเร็งต่อมน้ำเหลืองได้ผลดี (Division of Hematology, Prince of Songkla University, 2003) อาการและอาการแสดงซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมารับการรักษา คือ มีก้อนต่อมน้ำเหลืองโต ซึ่งเป็นอาการและอาการแสดงที่สำคัญของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ซึ่งก้อนมะเร็งเหล่านี้อาจไปกดเบียดอวัยวะสำคัญส่งผลให้อวัยวะนั้นไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ และมีไข้และเลือดออก ซึ่งเป็นอาการแสดงที่สำคัญของมะเร็งเม็ดเลือดขาว และจัดเป็นผู้ป่วยที่มีอาการของโรคที่รุนแรง นอกจากนั้นยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาเคมีบำบัดขนาดสูง คือ คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร อาการอ่อนเพลีย และ มีไข้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอภิญญาและคณะ (2556) พบว่าอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็ง ที่ได้รับยาเคมีบำบัด คือ อาการอ่อนเพลีย อาการมีแผลในปาก และอาการคลื่นไส้อาเจียน และการศึกษาของพิจิตรา, คนึงนิจ, ชูชื่น, และนภดล (2552) พบว่าการเกิดไข้เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำจากการได้รับยาเคมีบำบัดขนาดสูงเพื่อรักษามะเร็งเม็ดเลือดขาว โดยมีการเกิดไข้ในภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำในครั้งแรกของการได้รับยาเคมีบำบัดสูงถึง ร้อยละ 92 ซึ่งอาการของโรคและผลแทรกซ้อนที่รุนแรงเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล (Hall, et al., 2013; Montgomery, et al., 2003) ซึ่งพบว่าในระยะก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง

อภิปรายผลตามสมมติฐาน

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญของกลุ่มทดลองหลังการสวดมนต์ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ ดังนี้

การพยาบาลที่ส่งเสริมการสวดมนต์แบบพุทธประกอบด้วยการประเมิน และร่วมอภิปรายเกี่ยวกับความเชื่อ ความศรัทธา ต่อการสวดมนต์ตามหลักคำสอนของพุทธศาสนา ประโยชน์ของการสวดมนต์ เป็นขั้นตอนที่ช่วยเหนี่ยวนำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อความศรัทธาต่อศาสนา ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การสวดมนต์มีประสิทธิภาพสามารถสวดมนต์ได้อย่างต่อเนื่อง (สิงห์ทน, 2544; Breslin, & Lewis, 2008) ผู้วิจัยทำการแนะนำวิธีการสวดมนต์ การศึกษาเกี่ยวกับองค์พระประธานประจำวันเกิด เดือนเกิด และปีนักษัตรเกิด และการอัญเชิญองค์พระมาร่วมในการสวดมนต์ซึ่งเปรียบเสมือนเป็นสิ่งศักดิ์สิทธิ์ประจำตัว เป็นการสื่อสารระหว่างผู้สวดมนต์กับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทางศาสนา หรืออำนาจที่อยู่นอกเหนือธรรมชาติ ทำให้เชื่อมั่นว่าการสวดมนต์เป็นการทำความดี ทำให้

พระเจ้าหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์เมตตาแก่ผู้สวดและให้การดูแลคุ้มครองให้ผู้สวดมนต์พบเจอสิ่งที่ดีในชีวิต (Breslin, & Lewis, 2008; Tolson, & Koenig, 2003) การสวดมนต์อย่างมีสมาธิ ก่อให้เกิดพลังสั่นสะเทือนออกไปเชื่อมโยงกับกับพลังที่มีความถี่เดียวกันและดึงดูดความถี่นั้นเข้าหาตัว ส่งผลให้การอธิษฐาน วิงวอนขอพรนั้นเป็นจริง (วิศิษฐ์, 2553) และผู้วิจัยทำการฝึกให้ผู้ป่วยสวดมนต์อย่างถูกวิธี รวมทั้งการแนะนำให้ฝึกการสำรวจความรู้สึกในขณะสวดมนต์ เพื่อให้ผู้สวดมีสติจดจ่ออยู่กับการสวดมนต์ และ ซึ่งหากผู้สวดมีความเพียรในการสวดมนต์อย่างต่อเนื่อง และมีสติจดจ่ออยู่กับการสวดมนต์สวดมนต์จนเกิดสมาธิ จะก่อให้เกิดพลังสั่นสะเทือนออกไปเชื่อมโยงกับกับพลังที่มีความถี่เดียวกันและดึงดูดความถี่นั้นเข้าหาตัว ส่งผลให้การอธิษฐาน วิงวอนขอพรนั้นเป็นจริง (วิศิษฐ์, 2553) และในขั้นตอนของการร่วมอภิปรายเกี่ยวกับประโยชน์ของการสวดมนต์ จะทำให้ผู้สวดเข้าใจประโยชน์และหลักการสวดมนต์ หากผู้สวดมีการนำการสวดมนต์ไปใช้ในชีวิตประจำวันจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดปัญญาเข้าใจชีวิตตามความเป็นจริง ช่วยให้เกิดความสงบ ผ่อนคลาย และในการฝึกสำรวจความรู้สึก หากผู้สวดรู้สึกวอกแวก คิดถึงความเจ็บป่วยในทางลบ ให้ผู้สวดพยายามหยุดคิดในทันทีที่รู้สึกตัว และกลับมามีสติจดจ่อกับบทสวดมนต์หากมีการฝึกเป็นประจำจะทำให้ผู้สวดมนต์มีความสงบ ผ่อนคลาย สามารถพิจารณาสถานการณ์ความเจ็บป่วยตามความเป็นจริง ไม่คิดหรือจินตนาการในแง่ลบ ก็จะช่วยให้ลดความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยได้

การสวดมนต์เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการของกาย - จิตและประสาทอัตโนมัติ (autonomic) ระบบภูมิต้านทาน (Immune) ระบบประสาท (nervous system) โดยพบว่าการสวดมนต์ด้วยความสำรวมกาย สำรวมใจ ไม่ฟุ้งซ่าน มีสติจดจ่ออยู่กับบทสวดอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 15 นาที จะช่วยกระตุ้นให้สมองมีการสังเคราะห์สารเอนดอร์ฟิน (endorphine) ซึ่งเป็นสารที่ทำให้รู้สึกมีความสุข ผ่อนคลาย ลดการเร้าทางอารมณ์ ซึ่งความรู้สึกมีความสุข ผ่อนคลายนี้จะมีผลช่วยลดการสร้างสารสื่อประสาทที่มีผลกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ ได้แก่ นอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine), ซีโรโทนิน (serotonin), กาบ้า (gamma amino butyric acid: GABA) ส่งผลให้ระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติคทำงานน้อยลง ความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลง และยังมีอิทธิพลต่อระบบลิมบิกซึ่งเป็นศูนย์ควบคุมอารมณ์ความรู้สึก ทำให้เกิดความสงบ เยือกเย็น ช่วยให้ร่างกายและจิตใจเข้าสู่ภาวะสมดุล ร่างกายจึงรู้สึกผ่อนคลาย ปลอดโปร่ง ความวิตกกังวลลดลง (สมพร, 2552; Breslin, & Lewis, 2008; Maier-Lorentz, 2004; Tolson, & Koenig, 2003) และเสียงสวดมนต์จะทำให้เกิดพลังเข้าไปถึงศูนย์จักระซึ่งเป็นศูนย์รวมพลังของชีวิต ก่อให้เกิดการปรับสมดุลของร่างกาย (ยรวัฒน์, 2550) ทำให้ผู้สวดเกิดความสบายใจ สงบ ผ่อนคลาย ทำให้มีสติ มีสมาธิ จิตเป็นอิสระจากความคิดเชิงลบเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่กำลังเผชิญอยู่ ความคิดในอดีตและอนาคตไม่สามารถเข้ามาแทนที่ได้ และเกิดปัญญาพิจารณาความหมายของการสวดมนต์จนเข้าใจ นำมาเป็นหลักปฏิบัติในการดำเนินชีวิต จะช่วยให้

บุคคลประเมินสถานการณ์ความเจ็บป่วยที่กำลังเผชิญอยู่ว่าเป็นธรรมดาของชีวิต ไม่คาดคะเนเหตุการณ์ในทางที่ไม่ดี เมื่อต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยที่รุนแรงก็สามารถปรับตัวได้ (กอบกาญจน์, 2550) ทำให้ความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดลดลง สอดคล้องกับการศึกษาผลของการสวดมนต์ต่อความวิตกกังวลและความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะรับการรักษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังการทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (พรทิพย์, 2555) และการศึกษาของสินีนาฎ (2546) พบว่าการเจริญสมาธิด้วยการสวดมนต์ช่วยลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่มารับการผ่าตัด

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้บทสวดมนต์ฆราวาสบ้าน (พิชิต, 2545) ประกอบด้วยบทสวด 9 บท คือ บทที่1 บทนอบน้อมพระพุทธเจ้า บทที่ 2 บทสรรเสริญพระรัตนตรัย บทที่ 3 บทบูชาพระรัตนตรัย บทที่ 4 บทพระพุทธคุณ พระธรรมคุณ พระสังฆคุณ บทที่ 5 บทมงกุฎพระพุทธเจ้า บทที่ 6 บทนอบน้อมพระรัตนตรัย บทที่ 7 บทนอบน้อมพระพุทธเจ้า บทที่ 8 บทกรวดน้ำ และบทที่ 9 บทแผ่เมตตา ซึ่งเป็นบทสวดที่ประชาชนทั่วไปโดยเฉพาะประชาชนในภาคใต้ใช้การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาในวันสำคัญต่าง ๆ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความคุ้นเคย การสวดมนต์โดยใช้เวลาครั้งละประมาณ 30 นาที วันละ 1 ครั้ง เป็นเวลาที่ไม่นานเกินไป ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัดซึ่งมีอาการอ่อนเพลียสามารถสวดมนต์ได้อย่างต่อเนื่อง และการสวดมนต์เป็นเวลา 28 วันหากผู้ป่วยสวดมนต์ด้วยความต่อเนื่องจะทำให้ผู้ป่วยมีความสงบ ผ่อนคลาย สามารถพิจารณาสถานการณ์ความเจ็บป่วยตามความเป็นจริง ไม่คิดหรือจินตนาการในแง่ลบ ก็จะช่วยให้ลดความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยได้ บทสวดมนต์ประกอบด้วยบทสวดที่เป็นการกล่าวถ้อยคำสรรเสริญถึงพระคุณอันประเสริฐของพระพุทธเจ้า พระธรรม และพระสงฆ์ พร้อมเป็นการขอขมา ในการผิดพลาดหากมีและกล่าวสักการะเทิดทูนศักดิ์สิทธิ์ จึงนับเป็นสิ่งมงคลสูงสุดของชีวิต เป็นการสร้างบุญกุศล (บทที่ 1 - 6) ซึ่งข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยบอกว่าบทสวดมนต์นี้ทำให้นึกถึงความดีของตนเองในอดีต เวลาที่ไปทำบุญที่วัดในวันสำคัญทางศาสนาต่าง ๆ หลังจากนั้นเป็นการสวดบทนอบน้อมพระพุทธเจ้า (บทที่ 7) ซึ่งประกอบด้วยคำสั้น ๆ คือ นะโมตัสสะ ภะคะวะโต อะระหะโต สัมมาสัมพุทธัสสะ โดยกล่าวทั้งหมด 3 ครั้ง เป็นการทำใจตนให้สงบ มีสติ เป็นสมาธิ ให้จิตเป็นกุศลเพื่อตั้งใจที่จะ กรวดน้ำ (บทที่ 8) เพื่ออุทิศบุญกุศลที่ได้ทำมาแก่สิ่งศักดิ์สิทธิ์ ผู้มีพระคุณ และสรรพสัตว์ทั้งหลาย และมีการแผ่เมตตา (บทที่ 9) โดยการแผ่เมตตาหลังจากสวดมนต์ เป็นการส่งความปรารถนาดีไปยังสรรพสัตว์ทั้งหลาย โดยเฉพาะสรรพสัตว์ที่ก่อตัวเป็นมะเร็งในร่างกาย เพื่อให้สรรพสัตว์เหล่านั้นได้รับอานิสงส์บุญ ซึ่งจะช่วยให้สรรพสัตว์เหล่านั้นที่ถูกทำลายจากการใช้ยาเคมีบำบัดในการรักษาได้ไปเกิดใหม่ ไม่กลับมาเกิดเป็น

มะเร็งในร่างกายของผู้ป่วยอีก และเป็นอุบายกำจัดความโกรธ ความแค้นต่อสรรพสัตว์เหล่านั้นที่ก่อตัวเป็นมะเร็ง ไม่ให้เป็นกรรมที่ผูกพันกันต่อไปอีก และจะช่วยกำจัดความคิดเชิงลบในใจให้เบาบางและลดลง ส่งผลให้มีความสงบ ผ่อนคลาย

ผลของการสวดมนต์จะช่วยให้เกิดความสงบ ผ่อนคลายได้มากน้อยขึ้นกับระยะเวลาและบทสวดมนต์ที่ใช้ ดังการศึกษาครั้งนี้ใช้บทสวดธรรมฆราวาสบ้าน ให้ผู้ป่วยสวดมนต์ด้วยตนเอง ใช้เวลาในการสวดมนต์ 30 นาที วันละ 1 ครั้ง ระยะเวลาเฉลี่ย 28.93 วัน (*SD* = 2.93) สามารถลดความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด การศึกษาของวันชนะ (2549) ใช้บทชัยมงคลคาถาหรือบทพาหุงที่เป็นเพลงบรรเลงให้ผู้สูงอายุฟัง ใช้เวลาครั้งละ 1 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 3 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุสูงกว่าผู้สูงอายุที่ฟังดนตรีแบบนิวเอจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การสวดมนต์ที่ใช้เวลานานเกินไปอาจทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งโลหิตวิทยามีความเหนื่อยล้าได้ ทำให้ไม่สามารถสวดมนต์ได้อย่างต่อเนื่อง ส่วนการศึกษาของ สินีนาฏ (2546) ใช้บทสวดคาถาชินบัญชร ให้ผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่มาผ่าตัด สวดมนต์ด้วยตนเอง ครั้งละ 45 นาที เป็นเวลา 6 สัปดาห์ พบว่าความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสติ ซึ่งบทสวดนี้เป็นบทสวดที่สมเด็จพระพุฒาจารย์ (โต พรหมรังสี) ค้นพบในคัมภีร์โบราณ ได้ดัดแปลงแก้ไขแต่งเติมให้ได้เนื้อถ้อยความสมบูรณ์ มีความหมายที่เป็นสิริมงคลแก่ผู้สวด แต่เป็นบทสวดที่มีความยาวมาก และการศึกษาอรทัย (2552) ใช้บทโพชฌังคปริตรให้ผู้ป่วยสวดมนต์ด้วยตนเอง ครั้งละ 15 นาที เป็นเวลา 10 วัน พบว่าผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้าที่มีการสวดมนต์บทโพชฌังคปริตรด้วยตนเองมีระดับความซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีการสวดมนต์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยได้ให้ข้อเสนอแนะไว้ว่าควรเพิ่มบทแผ่เมตตา เพื่อเป็นการส่งเสริมความรู้สึกเชิงบวกไปยังผู้อื่นด้วย และการศึกษาของขวัญตา (2543) ใช้บทสวดแผ่เมตตาแบบพิสดาร เป็นการสวดมนต์ที่กำหนดให้มีสติจดจ่ออยู่กับบทสวด ร่วมกับการเคลื่อนไหวของร่างกายไปตามทิศต่าง ๆ ตามที่บทสวดกำหนด พบว่าผู้ป่วยโรครูมาตอยด์ที่มีการฝึกสมาธิด้วยบทสวดแผ่เมตตาแบบพิสดารมีระดับความวิตกกังวลและความปวดต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะเห็นได้ว่าบทสวดมนต์แต่ละบทมีลักษณะที่แตกต่างกัน แต่ล้วนเป็นการรวบรวมคำสอนของพระพุทธเจ้าไว้ในบทสวดต่าง ๆ หากผู้สวดมนต์มีความตั้งใจ จดจ่อกับการสวดมนต์ จนเกิดสมาธิ และปัญญาพิจารณาความหมายของการสวดมนต์จนเข้าใจ นำมาเป็นหลักปฏิบัติในการดำเนินชีวิต จะทำให้ผู้ที่สวดมนต์มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ทำให้สุขภาพแข็งแรง

อย่างไรก็ตาม ค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลในระยะหลังการทดลองครั้งที่ 1 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($t = 2.201$, $p = .031$) ซึ่งในระยะนี้ผู้ป่วยมีการสวดมนต์ด้วยตนเอง วันละ 30 นาที เป็นระยะเวลาเฉลี่ย 6.13 วัน ซึ่งอาจเป็นระยะเวลาผู้ป่วยยังมีความรู้สึกตกใจและกังวลใจจากการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง ทำให้ไม่สามารถกำหนดจิตให้เป็นอิสระจากความคิดเชิงลบเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่กำลังเผชิญอยู่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอรทัย (2552) ที่พบว่าการสวดมนต์ด้วยตนเอง ครั้งละ 30 นาที วันละ 1 ครั้ง ติดต่อกันเป็นเวลา 10 วัน ทำให้ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยกลุ่มที่มีการสวดมนต์ภายหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีการสวดมนต์ และการศึกษาของสินีนาฎ (2546) ต้องใช้เวลาในสวดมนต์ด้วยตนเอง ครั้งละ 45 นาที วันละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 6 สัปดาห์ ทำให้ความวิตกกังวลของผู้ป่วยกลุ่มที่มีการเจริญสมาธิด้วยการสวดมนต์ภายหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีการเจริญสมาธิ และการศึกษาของพรทิพย์ (2555) พบว่าการให้ผู้ป่วยสวดมนต์ด้วยตนเองที่บ้านเป็นเวลา 6 สัปดาห์ ทำให้ความวิตกกังวลของผู้ป่วยกลุ่มที่มีการสวดมนต์ภายหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีการสวดมนต์

นอกจากนั้นผู้ป่วยทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การประเมินความพร้อมก่อนการรับยาเคมีบำบัดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การให้คำแนะนำและความรู้ครอบคลุมเกี่ยวกับโรคมะเร็งโลหิตวิทยา การรักษาด้วยเคมีบำบัดผลข้างเคียงของการรักษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และวิธีปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรค การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและยาป้องกันและบรรเทาผลข้างเคียงของเคมีบำบัด (pre-chemotherapy) ได้แก่ ondansetron และ dexamethasone ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดต่อเนื่องตามแผนการรักษา พร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงขณะได้รับเคมีบำบัด และให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการที่เกิดขึ้น รวมทั้งการประสานงานกับแพทย์เพื่อให้การรักษาอาการข้างเคียงที่เหมาะสม กิจกรรมเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคมะเร็งโลหิตวิทยาและการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด แต่เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาต้องเผชิญกับพยาธิสภาพของโรคที่รุนแรง โดยผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่มีการสวดมนต์ด้วยตนเองมีอาการและอาการแสดงของโรคที่สำคัญ คือ มีก้อน/ ต่อม น้ำเหลืองโต มีไข้ อ่อนเพลีย เหนื่อยหอบ และผู้ป่วยต้องเผชิญกับผลข้างเคียงของเคมีบำบัด จากข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการดูแลรักษาพยาบาลพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีอาการเบื่ออาหาร อ่อนเพลีย คลื่นไส้อาเจียน ผู้ป่วยจะประเมินว่าเป็นสถานการณ์ที่รุนแรงเปรียบเสมือนคำพิพากษาว่ากำลังจะตาย จึงทำให้เกิดความคิดฟุ้งซ่านเกิดความวิตกกังวล การพยาบาลตามปกติที่ผู้ป่วยได้รับอาจไม่ครอบคลุมการดูแลที่ช่วยบรรเทาความวิตกกังวลของผู้ป่วย แต่การสวดมนต์อย่างต่อเนื่อง จนเกิดสติ สมาธิ และปัญญาเข้าใจสถานการณ์ความเจ็บป่วยตามความเป็นจริง เป็นการปรับตัวรักษาสมดุลของร่างกาย จิตใจ ส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลง

จะเห็นได้ว่าการสวดมนต์แบบพุทธด้วยบทสวดมนต์ธรรมฆราวาสบ้าน วันละ 30 นาที วันละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 28 วัน มีผลให้ผู้สวดมีความผ่อนคลาย มีสติ สมาธิ สามารถกำหนดจิตให้เป็นอิสระจากความคิดเชิงลบเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่กำลังเผชิญอยู่ และส่งผลให้เกิดปัญญาในการพิจารณาสถานการณ์ต่าง ๆ ตามความเป็นจริง ช่วยให้มีการปรับตัวเพื่อเผชิญกับความเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นพยาบาลจึงควรนำการสวดมนต์แบบพุทธมาเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาที่มารับยาเคมีบำบัด โดยต้องทำการศึกษาหลักการและวิธีการสวดมนต์ที่ถูกต้อง เพื่อส่งเสริมช่วยเหลือให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยได้มีการสวดมนต์ด้วยตนเองเพื่อช่วยบรรเทาความวิตกกังวล

บทที่ 5
สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental design research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งโลหิตวิทยาระหว่างกลุ่มที่มีการสวดมนต์แบบพุทธ และกลุ่มที่ไม่มีการสวดมนต์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัด ที่เข้ารักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง จำนวน 64 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 34 ราย และกลุ่มทดลอง 30 ราย โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่าง เดือน มกราคม 2555 – ธันวาคม 2556 วัดผล 3 ครั้ง คือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองครั้งที่ 1 และ หลังการทดลองครั้งที่ 2

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ การพยาบาลที่ส่งเสริมการสวดมนต์ โดยใช้บทสวดมนต์ฆราวาสบ้าน ซึ่งรวบรวมโดยนายพิชิต เอ้งฉ้วน และเป็นบทสวดมนต์ที่ประชาชนในภาคใต้นิยมใช้ในการประกอบกิจกรรมทางศาสนา เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล และแบบประเมินความวิตกกังวล นำไปหาความเที่ยงของแบบประเมินความวิตกกังวลโดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ เท่ากับ .87 และค่าความเที่ยงของแบบประเมินความวิตกกังวลแบบแฝงเท่ากับ .87

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้สถิติการทดสอบทีอิสระ (Independent t - test) และไคว์สแควร์ (Chi – Square) สถิติไลลิฮูด (Likelihood Ratio) ตามเงื่อนไขข้อตกลงเบื้องต้นของสถิตินั้น และวิเคราะห์ข้อมูลที่มีระดับการวัดเป็นอันตรภาคชั้นและสัดส่วนด้วยสถิติทีอิสระ (Independent t - test) และวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองครั้งที่ 1 โดยใช้สถิติความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (Two - Way Repeated Measures ANOVA) และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญ

หลังการทดลองครั้งที่ 1 และ 2 ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติทีอิสระ (Independent t – test) โดยกำหนดความมีนัยสำคัญที่ระดับ .01

ผลการศึกษาพบว่า ค่าความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะเผชิญระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และเมื่อเปรียบเทียบเป็นรายคู่ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญของกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลองครั้งที่ 2 ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญในระยะก่อนการทดลอง ($p > .05$) และหลังการทดลองครั้งที่ 1 ($p > .01$) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้พบข้อจำกัดในการควบคุมตัวแปรต่าง ๆบางประการ เช่น กลุ่มตัวอย่างแต่ละโรคมีลักษณะความรุนแรงของโรค ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลที่แตกต่างกัน ผู้ป่วยบางรายนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลตลอดระยะเวลาที่ทำการทดลอง และผู้ป่วยบางรายกลับบ้านเมื่อได้รับยาเคมีบำบัดครบ และนัดมานอนโรงพยาบาลเพื่อรับยาเคมีบำบัดครั้งต่อไปเมื่อมีเตียงว่าง ทำให้การสามารถควบคุมตัวแปรรบกวนต่าง ๆ เป็นไปได้ยาก ได้แก่ การสวดมนต์ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว การใช้เวลาในการสวดมนต์ไม่เป็นไปตามแผนการทดลอง และการบันทึกการสวดมนต์ไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากลืมบันทึก เมื่อมาบันทึกย้อนหลังจะจำเวลาที่ใช้ในการสวดมนต์ไม่ได้ ซึ่งอาจส่งผลต่อการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย ในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการติดตามการสวดมนต์บ่อยกว่าเดิม เช่น ทุก 3 วัน หรือการให้ญาติช่วยในติดตามการสวดมนต์

2. การศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาในบริบทของโรงพยาบาลตติยภูมิที่มีแบบแผนการพยาบาลตามปกติครอบคลุมการตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเยียวยา ซึ่งอาจส่งผลต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่แตกต่างไปจากการนำไปใช้ในโรงพยาบาลอื่นที่มีรูปแบบการพยาบาลตามปกติที่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลควรส่งเสริมให้มีการใช้การสวดมนต์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยา เพื่อบรรเทาความวิตกกังวล โดยประเมินความวิตกกังวลในผู้ป่วยแต่ละราย การประเมินความเชื่อความศรัทธาต่อการสวดมนต์ตามหลักศาสนา โดยจัดทำเป็นคู่มือการพยาบาลที่ส่งเสริมการสวดมนต์ให้ผู้ป่วยได้สวดมนต์ด้วยตนเอง โดยปรับให้เหมาะสมกับความเชื่อความศรัทธาต่อหลักศาสนา ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วย และบริบทของแต่ละหอผู้ป่วย

2. ผู้ที่จะนำบทสวดมนต์ไปใช้ ต้องศึกษาวิธีการสวดมนต์ที่ถูกวิธี โดยการสวดมนต์ด้วยความสำรวมจิตใจให้สงบ มีสติจดจ่ออยู่กับบทสวดมนต์ ไม่ฟุ้งซ่าน จะทำให้เกิดปัญญาพิจารณาความหมายของบทสวดมนต์ซึ่งเป็นหลักธรรมคำสอนของพระพุทธเจ้าจนเข้าใจ และนำมาเป็นหลักปฏิบัติในการดำเนินชีวิต ไม่คาดคะเนเหตุการณ์ในทางที่ไม่ดี ทำให้ช่วยลดความวิตกกังวลเมื่อต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยที่รุนแรง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาผลของการใช้การสวดมนต์แบบพุทธในกลุ่มตัวอย่างที่นับถือศาสนาพุทธเท่านั้น ควรศึกษาเกี่ยวกับการสวดมนต์ตามหลักศาสนาอื่นๆ เช่น ศาสนาอิสลาม ศาสนาคริสต์ เป็นต้น เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมยิ่งขึ้น

2. การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยา ที่นอนโรงพยาบาลเพื่อรับเคมีบำบัด ดังนั้นการศึกษาครั้งต่อไปควรทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยากลุ่มอื่นๆ ด้วย เช่น ผู้ป่วยที่มารับการปลูกถ่ายไขกระดูก เป็นต้น ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ต้องใช้ยาเคมีบำบัดขนาดสูงกว่าการรักษาในระยะปกติเพื่อกำจัดเซลล์มะเร็งให้หมด ก่อนทำการปลูกถ่ายไขกระดูก ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

เอกสารอ้างอิง

กฤษดา รามัญศรี. (2558). *สวดทุกวัน ดีทุกวัน.* กรุงเทพมหานคร: หจก. แอลซีพี ฐิติพรการพิมพ์.

กอบกาญจน์ ศรประสิทธิ์. (2550). ธรรมะในการส่งเสริมการปรับตัวของสตรีที่เป็นโรคมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์. *การผสมผสานภูมิปัญญาตะวันออกในการดูแลสตรีที่เป็นโรคมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์* (พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า 91 – 126). สงขลา: บริษัท อัลลายด์เพรส จำกัด.

ขนิษฐา นาคะ. (2534). *ความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด.* วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

ขวัญตา เพชรมณีโชติ. (2543). *ผลของการฝึกสมาธิแบบพุทธวิธีต่อการลดความวิตกกังวลและความเจ็บปวดของผู้ป่วยโรคข้อรูมาตอยด์.* วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

จันทิรา จิตต์วิบูลย์. (2543). *การรับรู้สุขภาพและการดูแลตนเองตามทางเลือกของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

จารุวรรณ มานะสุรการ. (บรรณาธิการ). (2544). ผลกระทบของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง. *ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง: ผลกระทบและการพยาบาล* (หน้า 31-47). สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

จีรวรรณ จบสุบิน. (2551). *ความชุกภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.* วิทยานิพนธ์ สาขาสุขภาพจิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณมหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.

จงจิต เสน่หา. (2553). การจัดการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวและมะเร็งต่อมน้ำเหลือง. ในผ่องศรี ศรีมรกต (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ* (หน้า 371 – 398). กรุงเทพมหานคร: ไอกรุ๊ป เพรส.

จำลอง ดิษยวานิช. (2547). Psychosocial support in palliative care. ในลักษมี ชาญเวชช์ (บรรณานุกรม), *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (หน้า 101 – 110). กรุงเทพมหานคร: โอ เอส พริ้นติ้งเฮาส์.

ดาราวรรณ ต๊ะบินตา. (2538). *ความวิตกกังวล เทคนิคการลดความวิตกกังวล: กระบวนการพยาบาล.* ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์.

ถนอมศรี ศรีชัยกุล, วิเชียร มงคลศรีตระกูล, และต้นดนัย นำเบญจพล. (2550). Non – hodgin lymphoma. ในวิชัย ประยูรวิวัฒน์, แสงสุรีย์ จูฑา, และถนอมศรี ศรีชัยกุล (บรรณาธิการ), *ตำราโลหิตวิทยา – การวินิจฉัยและการรักษาโรคเลือดที่พบบ่อยในประเทศไทย* (พิมพ์ครั้งที่ 3, หน้า 493 - 556). กรุงเทพมหานคร: นำอักษรการพิมพ์.

ทัศนีย์ ทองประทีป. (2552). *จิตวิญญาณมิติหนึ่งของการพยาบาล.* กรุงเทพมหานคร: บริษัท วี. พริ้น.

ธนา นิลชัยโกวิทย์, มาโนช หล่อตระกูล, และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. (2539). การพัฒนา Hospital anxiety and depression scale ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยมะเร็ง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 41*(1), 18 – 30.

ธานินทร์ อินทรกำธรชัย. (2553). Non-hodgin's lymphoma.ใน ธัญญพงษ์ ณ นครและพลภัทร โรจน์นครินทร์ (บรรณาธิการ), *Essential Hematology for General Practioners* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 334 - 358). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นันทวัน มะยะเฉี่ยว. (2552). *ผลของการฟังเพลงธรรมะต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

นรินทร์ วรวุฒิ. (2548). *ตำรามะเร็งวิทยา 2.*กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บพิตร กลางกัลยา. (2542). *โมเลกุลกับจิต* (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: เอส. อาร์. พริ้นติ้ง แมสโปรดักส์.

บุญใจ ศรีสถิตนรากูร. (2551). *ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์ มีเดีย.

บุษกร แสงแก้ว. (2549). *การสำรวจประสบการณ์อาการที่พบบ่อย การจัดการอาการ และผลลัพท์ของการจัดการอาการในผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมที่มีถิ่นพำนักในภาคกลางของประเทศไทย.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย หาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

บำเพ็ญจิต แสงชาติ, ทิพวัลย์ โพธิแท่น, อารยา สอนบุญ, ประสบสุข ศรีแสนปาง, นาถอนงค์ น้อยน้ำคำ, และเพ็ญศรี สอนภิรมย์. (2545). *การสร้างจินตภาพต่อความปวดและความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการผ่าตัด.* รายงานการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ประทุม สร้อยวงค์ , และชวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์. (2549). อาการทุกข์ทรมาน ความทุกข์

ทรมานทางอารมณ์ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลและคุณภาพชีวิตในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม. *พยาบาลสาร, 33*(2), 143 – 157.

พรทิพย์ ปุกหุต. 2555. *ผลของการสวดมนต์บำบัดต่อความวิตกกังวลและความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ระยะรับการรักษา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

พรรณดี วัฒนบุญยงเจริญ, และอุดมศักดิ์ บุญวรเศรษฐ. (2553). Hodgin's lymphoma. ใน ธัญญพงษ์ ณ นครและพลภัทร โรจน์นครินทร์ (บรรณาธิการ), *Essential Hematology for General Practioners* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 329 - 333). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พิจิตรา เล็กดำรงกุล, คนึงนิจ พงศ์ถาวรกมล, ชูชื่น ชีวพูนผล, และนพดล ศิริธนารัตนกุล. (2552). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดไข้ในภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำในผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันที่ได้รับยาเคมีบำบัด. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, *27(2)*, 58 – 68.

พิชิต เอ้งฉ้วน. (2545). *บทสวดมนต์ธรรมะฆารวาสบ้านและวิชาไปวัดด้วยตนเอง* (พิมพ์ครั้งที่ 5), สงขลา : เทมการพิมพ์.

พิชิต เอ้งฉ้วน. (ม.ป.ป.). *ที่มาของพระพุทธศาสนา*. สงขลา : เทมการพิมพ์ สงขลา.

พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2550). ความชุกและปัจจัยทางจิตสังคมของโรควิตกกังวลและโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. *Journal Medical Association Thai, 90* (10), 2164 – 2174.

เพ็ญศรี วงศ์แก้ว. (2548). *ผลของการปรึกษาตามแนวคิดพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม (Rational Emotive Behavior Therapy: REBT) ต่อความวิตกกังวลและความซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระหว่างรับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

เมตตานันโท ภิกขุ. (2548). ธรรมะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. ใน เมตตานันโท ภิกขุ (บรรณาธิการ), *ธรรมะ 4 ภาษา ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า 9 – 120). กรุงเทพมหานคร: บริษัท ที. เอ็น. พี. พริ้นติ้ง จำกัด.

ยุพิน เพียรมงคล, และณัฐวรรณ สุวรรณ. (2551). *การจัดการกับอาการในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีได้รับเคมีบำบัด*. รายงานวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

รัชนีกร ใจคำสืบ. (2552). ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการเดินออกกำลังกายต่ออาการเหนื่อยล้า การนอนไม่หลับ และความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. *วารสารโรคมะเร็ง, 29* (4), 152 – 161.

รุ่งฟ้า สราญเศรษฐ์, สุชาดา สูรพันธุ์, สุทธิพร ภัทรชยากุล, และนุจรี ประทีปะวณิช. (2549). ผลของ

การให้คำแนะนำปรึกษาโดยเภสัชกรในผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์: การทดลองทางคลินิกเชิงสุ่ม. *สงขลานครินทร์เวชสาร, 24* (5),407 – 417.

วันชนะ ท่อชู. (2549). *ผลของดนตรีบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์: การศึกษาเปรียบเทียบดนตรีบำบัดแบบพุทธกับแบบนิวเอจ*. การศึกษาอิสระปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาศาสตร์ความงามและสุขภาพ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2552). ความไม่สมดุลของฮอร์โมน. ใน ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์ (บรรณาธิการ), *พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 8, หน้า 1- 23). กรุงเทพมหานคร: บริษัทบุญศิริการพิมพ์ จำกัด.

วิศิษฐ์ ศรีพิบูลย์. (2553). *Law of Vibration มนตราสั่นสะเทือน*. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ บานานาสวีท.

ศิริกาญจน์ สมรรถศรีบุตร. (2549). *ความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ษรวัฒน์. (2550). ชินบัญชร สวดมนต์อย่างไร ให้ใจเป็นสุข. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ประกายพฤกษ์.

สิงห์ทน นราสโภ, พระ. (2544). พลังรังสีธรรม. *นิตยสารโลกทิพย์*. กรุงเทพมหานคร.

สิดารัตน์ สมัครสมาน. (2550). *ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้าย.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สินีนาฏ ทิพย์มูสิก. (2546). *ผลของการให้คำปรึกษาแบบกระชับกับการเจริญสมาธิด้วยการสวดมนต์ต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยในระยะก่อนการผ่าตัด*. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สิริวรรณ ชูจตุโร. (2552). *ผลของการสร้างจินตภาพต่อความปวดและความวิตกกังวลในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม*.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

สุนีย์ จันทร์มหาเสถียร, และนันทา เล็กสวัสดิ์. (2538). *ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม.* รายงานการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุนีย์ สุธีวีระขจร. (2547). *เปรียบเทียบผลสัมผัสบำบัดกับดนตรีบำบัดต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม.* วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.

สุพิศ สงนวล. (2550). *ประสบการณ์การเยียวยาด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาที่*

มีความผาสุกทางจิตวิญญาณ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

สุรศักดิ์ ตรีนัย. (2547). *ประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: กรุงเทพมหานคร.

สมทรง เพ่งสุวรรณ. *ผลของการฝึกสมาธิต่อการลดความวิตกกังวลและความซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลแม่และเด็ก) มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

สมพร กันทรดุษฎี-เตรียมชัยศรี. (2552). *การปฏิบัติสมาธิเพื่อการเยียวยาสุขภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพมหานคร:สำนักกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

โสรัจญา สุริยันต์. (2545). *ผลของการผ่อนคลายต่อการลดความวิตกกังวลและความปวดของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีหลังผ่าตัด*.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2552). *ข้อมูลสถิติประเทศไทย*. กระทรวงสาธารณสุข: กรุงเทพมหานคร. http://bps.ops.moph.go.th/cancer1/cancer/LinkedDocuments/สถิติการเกิดโรคมะเร็ง.pdf.

สำนักพิมพ์เลี่ยงเซียง. (2551). *สวดมนต์ทำวัตรแปล*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์เลี่ยงเซียง เพียรเพื่อพระพุทธศาสน์.

อภิญญา ปริสุทธิ์กุล, มลิวรรณ สุคันธพันธ์, ทิพย์วรรณ อรัญดร, อรุณี เดชาพันธุ์กุล, และนันท์นภัส พรุเพชรแก้ว. (2556). ประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีการจัดการอาการ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *วารสารโรคมะเร็ง, 33*(3), 98 – 110.

อมรรัตน์ นธะสนธิ์. (2550). *อาการและการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

อรทัย ณ พัทลุง. (2552*). ผลของการสวดมนต์ต่อระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุหญิงที่เป็นโรคซึมเศร้า*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

อังศุมา อภิชาโต, และกานดาวศรี ตุลาธรรมกิจ. (2547). *ประสบการณ์การใช้ธรรมะและสมาธิในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา*. รายงานวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

อุดมศักดิ์ บุญวรเศรษฐ์. (2553). Neutrophilia และ neutropenia.ในธัญญพงษ์ ณ นครและพลภัทร โรจน์นครินทร์ (บรรณาธิการ), *Essential Hematology for General Practioners* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 154 - 162). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อุบลรัตน์ ดีพร้อม. (2545). *ผลของการสร้างจินตภาพต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนผ่าตัด.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2543). การพยาบาลผู้ป่วยวิตกกังวล. ใน *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต แนวการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 138 - 154). กรุงเทพมหานคร: บริษัท ธรรมสาร จำกัด.

Abrams, A. N., Hazen, E. P., & Penson, R. T. (2007). Psychosocial issues in adolescents with cancer. *Cancer Treatment Reviews, 33*, 622 - 630.

Ahles, T. A., Saykin, A. J., Furstenberg, C.T., Cole, B., Mott, L. A., Titus-Ernstoff, L., … Silberfarb, P. M. (2005). Quality of life of long – term survivors of breast cancer and lymphoma treated with standard - dose chemotherapy and local therapy. *Journal of Clinical Oncology*, *23*, 4399 - 4405.

Anderson, W. G., Alexander, S. C., Rodriguez, K. L., Jeffreys, A. S., Olsen, M. K., & Pollak, K. I. (2008). “What concerns me is” Expression of emotion by advanced cancer patients during outpatient visits. *Supportive Care Cancer*, *16*, 803 - 811.

Aviles, J. M., Whelan, S. E., Hernke, D. A., Williams, B. A., Kenny, K. E., O’Fallon, W. M., & Kopecky, S. L. (2001). Intercessory prayer and cardiovascular disease progression in a coronary care unit population: A randomized controlled trial. *Mayo Foundation for Medical Education and Research*, *76*, 1192 - 1198.

Balboni, T. A., Vanderwerker, L. C., Block, S. D., Paulk, M.E., Lathan, C. S., Peteet, J. R., & Prigerson, H. G. (2007). Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *Journal of Clinical Oncology*, *25*(5), 555 - 560.

Boelens, P. A., Reeves, R. R., Replogle, W. H., & Koeng, H. G. (2009). A randomized trial of the effective of prayer on depression and anxiety. *Internal Journal Psychiatry Medicine, 39*(4), 377 - 392.

Bormann, J. E., Gifford, A. L., Shively, M., Smith, T. L., Redwine, L., Kelly, A., … Belding, W. (2006). Effects of spiritual mantra repetition on HIV outcomes: A randomized controlled trial. *Journal of Behavioral Medicine, 29*(4), 359 - 378.

Braames, A. M. J., Maijel, B. V., Visser, O., Oppen, P. V., Boeninn, A. D., Eltink, C., ... Dekker. J. (2010). Distress and quality of life after autologous stem cell transplantation: A randomized clinical trial to evaluate the outcome of a web-based stepped care intervention. *Biomedical Center Cancer, 10*, 1 - 9.

Breen, S. J., Baravelli, C. M., Schofield, P. E., Jefford, M., Yates, P. M., & Aranda, S. K. (2009). Is symptom burden a predictor of anxiety and depression in patients with cancer about to commence chemotherapy?. *Medical Journal Association, 190* (7), 99 - 104.

Breslin, M. J., &, Lewis, C. A. (2008). Theoretical models of the nature of prayer and health: A review. *Mental health, Religion and Culture*, *11*(1), 9-21.

Brown, L. F., & Kroenke, K. (2009). Cancer-related fatigue and its associations with depression and anxiety:A systematic review. *Psychosomatics, 50*(5), 440–447.

Brunetti, G. A., Tendas, A., Meloni, E., Mancini, D., Maggiore, P., Scaramucci, L., … Alimena, G. (2011). Pain and anxiety associated with bone marrow aspiration and biopsy: A prospective study on 152 Italian patients with hematological malignancies. *Annual Hematology*, DOI 10.1007/s00277 – 011 – 1166 - 7.

Burns, D. S., Azzouz, F., Sledge, R., Rutledge, C., Hincher, K., Monahan, P. O., & Cripe, D. L. (2008). Music imagery for adults with acute leukemia in protective environments: a feasibility study. *Supportive Care Cancer, 16*, 507 - 513.

Carlson, L. E., & Bultz, B. D. Mind-Body Interventions in Oncology. (2008). *Current Treatment Options in Oncology, 9*, 127 - 134.

Dimeo, F., Schwartz, S., Wesel, N., Voigt, A., & Thiel, E. (2008). Effects of an endurance and resistance exercise program on persistent cancer-related fatigue after treatment. *Annals of Oncology, 19*, 1495 - 1499.

Division of Hematology Prince of Songkla University. (2003). *Hematology Guide Book* 2nd. Songkhla, Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University.

Dy, G. K., Bekele, L., Hanson, L. J., Furth, A., Mandrekar, S., Sloan, J. A., & Adjei, A. A.

(2004). Complementary and alternative medicine use by patients entrolled onto phase I clinical trials. *Journal of Clinical Oncology*, *22*(23), 4758 - 4763.

Elisabet, H., Ingalill, R. H., Ingrid, A. B., & Díanna, G. E. (2007). Icelandic cancer patients receiving chemotherapy or radiotherapy: Does distance from treatment center influence distress and coping?. *Cancer Nursing, 30*(6), E1- E10.

Ernst, J., Kuhnt, S., Schwarzer, A., Aldaoud, A., Niederwieser, E., Mantovani-Loffler, L., … Schroder, C. (2010). The desire for shared decision making among patients with solid and hematological cancer. *Psycho-Oncology, 20*,186 - 193.

Ernstmann, N., Neumann, M., Ommen., O., Galushko, M., Wirtz, R., Voltz, M., … Pfaff, H. (2009). Determinants and implications of cancer patients' psychosocial needs. *Support Care Cancer, 17*, 1417 - 1423.

Fritzsche, K., Struss, Y., Hammel, A., Bertz, H., & Stein, B. (2004). Relationship between psychosocial distress, treatment need and use of psychotherapeutic interventions within a psychosomatic liaison service in hematological oncology. *Oncologie International Journal for Cancer Research and Treatment, 27*, 457 - 461.

Furguson, R. J., Ahles, T. A., Saykin, A. J., McDonald, B. C., Furstenberg, C.T., Cole, B. F., Mott, L. A., & Malt, L.A. (2007). Cognitive behavioral management 0f chemotherapy - related cognitive change. *Psychosocial Oncology, 16*, 772 - 777.

Gaberson, K. B. (1991). The effect of humorous Distraction on preoperative anxiety. *The Association of Perioperative Registered Nurses* Journal, 62(5), 784 - 791.

Gall, T. L., Guirguis-Younger, M., Charbonneau, C., & Florack, P. (2009). The trajectory of religious coping across time in response to the diagnosis of breast cancer. *Psychosocial Oncology, 18,* 1165–1178.

Guz, H., Gursel, B., & Ozbek, N. (2010). Religious and spiritual practices among patients with cancer. *Journal of Religion and Health,* doi.10.1007/s10943 – 010 – 9377 - 0.

Hall, A., Lynagh, M., Bryant, J., & Sanson-Fisher, R. (2013). Supportive care needs of hematological cancer survivors: A critical review of the literature. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, *88*, 102 - 116.

Harris, J. I., Schonemann, S. W., & Carrera, S. R. (2005). Preferred prayer styles and anxiety control. *Journal of Religion and Health, 44*(4), 403 - 412.

Harris, W. S., Gowda,M., Kolb, J. W., Strychacz, C. P. Vacek, J. L., Jones, P. G., et al., (1999). A randomized, controlled trial of the effects of remote, intercessory prayer on outcomes in patients admitted to the coronary care unit. *Arch Internal Medicine, 159*, 2273 - 2278.

Hills, J., Paice, J. A., Cameron, J. R. &Shott, S. (2005). Spirituality and distress in palliative care consultation. *Journal of Palliative Medicine, 8*(4), 782 - 788.

Hollywell, C., & Walker, J. (2008). Private prayer as a suitable intervention for hospitalized patients: A critical review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, *18*, 637 - 651.

Iconomou, G., Iconomou, A. V., Argyriou, A. A., Nikolopoulos, A., Ifanti, A.A., Kalofonos, H. P. (2008). Emotional distress in cancer patients at the beginning of chemotherapy and its relation to quality of life. *Journal of the Balkan Union of Oncology, 13*(2), 217 - 222.

Jacobsen P. B., & Jim, H. S. (2008). Psychosocial interventions for anxiety and depression in adult cancer patients: Achievements and challenges**.** *Cancer Journal for Clinicians, 58,* 214 - 230.

Jadoon, N. A., Munir, W., Shahzad, M. A., & Choudhry, Z. S. (2010). Assessment of depression and anxiety in adult cancer outpatients: A cross - sectional study. *Bio Medical Central Cancer, 10*, 594 - 600.

Janiszewska, J., Buss, T., Walden-Galuszko, K. D., Majkowiez, M., Lichodziejewska-Niemierko, M., & Modlinska, A. (2008). The religiousness as a way of coping with anxiety in women with breast cancer at different disease stages. *Support Care Cancer, 16*, 1361 - 1366.

Johnsen, A. T., Tholstrup, D., Petersen, M. A., Pedersen, L. & Groenvold, M. (2009). Health related quality of life in a national representative sample of haematological patients. *European Journal of Haematology*, *83*, 139 - 148.

Kim, S-D., Kim, H-S. (2005). Effects of a relaxation breathing exercise on anxiety, depression, and leukocyte in hemopoietic stem cell transplantation patients. *Cancer Nursing, 28*(1), 79 - 83.

Kindler, C. H., Harms, C., Amsler, F., Ihde – Scholl, T., & Scheidegger, D. (2000). The visual analog scale allow effective measurement of cancers. Anesthesia and Analgesia, *90*(3), 706 - 712.

Krucoff, M. W., Crater, S. W., Gallup, D., Blankenship, J. C., Cuffe, M., Guarneri, M., … Lee, K. L. (2005). Music, imagery, touch, and prayer as adjuncts to interventional cardiac care:

the Monitoring and Actualization of Noetic Trainings (MANTRA) II randomized study. *Lancet, 366*, 211 - 217.

Lazarus, R. S., & folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York, Springer Pulishing Company.

Lee, S. J., Loberiza, F. R., Antin, J. S., Kirkpatrick, T., Prokop, L., Alyea, E. P., … Soiffer, R. J. (2005). Routine screening for psychosocial distress following hematopoietic stem cell transplantation. *Bone Marrow Transplantation, 35*, 77–83.

Levin, T. T., Li, Y., Riskind, J., & Rai, K. (2006). Depression, anxiety and quality of life in a chronic lymphocytic leukemia cohort. *General Hospital Psychiatry, 29*, 251– 256.

Lin, M – F., Hsieh, Y-J., Hsu, Y-Y., Fetzer, S., & Hsu, M-C. (2010). A randomised controlled trial of the effect of music therapy and verbal relaxation on chemotherapy-induced anxiety. *Journal of Clinical Nursing, 20*, 988 - 999.

Linden, W., Vodermaier A., MacKenzie, R., & Greig, D. (2012). Anxiety and depression after cancer diagnosis: Prevalence rates by cancer type, gender, and age. *Journal of Affective Disorders*, *141*, 343 - 351. [Adobe Digital Editions Version]. doi:10.1016/j.jad.2012.03.025

Lobb, E. A., Joske, D., Butow, P., Kristjanson, L. J., Cannell, P., Cull, G., & Augustson, B. (2009). When the safety net of treatment has been removed: patients' unmet needs at the completion of treatment for haematological malignancies. *Patient Education & Counseling, 77*,103 - 8. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2009.02.005

Maier-Lorentz, M. M. (2004). The importance of prayer for mind/body healing. *Nursing Forum, 39* (3), 23 - 32.

Master, K. S., & Spielman, G. L. (2007). Prayer and health: Review, meta- analysis, and research agenda. *Journal of Behavioral Medicine, 30,* 329 - 338.

MacLean, C. D., Susi, B., Phifer, N., Schultz, L. Bynum, D., Franco, M., … Cykert, S. (2003). Patient preference for physician discussion and practice of spirituality. *Journal of General Internal Medicine, 18*(1), 38–43. DOI: 10.1046/j.1525-1497.2003.20403.x.

McCaffrey. A. M., Eisenberg. D. M., Legedza. A. T. R., Davis. R. B., & Phillips. R. S. (2004). Prayer for health concern. *Archievement Internal Medicine*, *164*, 858 - 862.

Meisenhelder, J. B., Schaeffer, N. J., Younger, J., & Lauria, M. (2011). Faith and mental health in an oncology population. *Journal of Religion Health*. DOI 10.1007/s10943-011-9497-1.

Meraviglia M. (2006). Effects of spirituality in breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, *33*(1), E1 - E7.

Mitchell, A. J., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C., & Meader, N. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: A meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncology, 12*, 160 - 174.

Montgomery, C., Pocock, M., Titley, K., & Lloyd, K. (2003). Predicting psychological distress in patients with leukaemia and lymphoma. *Journal of Psychosomatic Reseach, 54*(4), 289 - 92. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00396-3

Mystakidou, M., Tsilika, E., Parpa, E., Katsouda, E., Galanos, A., & Vlahos, L. (2005). Assessment of anxiety and depression in advanced cancer patients and their relationship with quality of life. *Quality of Life Research, 14*, 1825 - 1833.

Osborn, R. L., Demoncada, A. C., & Feuerstein, M. (2006). Psychosocial interventions for depression anxiety and quality of life in cancer survivors: Meta analyses. *The International Journal of Psychiatry in Medicine, 36*(1), 13 - 34.

Pamuk, G. E., Harmandar, F., Ermanta, N., Harmandar, O., Turgut, B., Demir, M., & Vural, O. (2008). EORTC QLQ-C30 assessment in Turkish patients with hematological malignancies association with anxiety and depression. *Annals of Hematology*, *87*(4), 305 - 310.

Pandey, M., Sarita, G. P., Devi, N., Thomas, B. C., Hussain, B.M., & Krishnan, R. (2006). Distress, anxiety, and depression in cancer patients undergoing chemotherapy. *World Journal for Surgical Oncology, 4*(68), 1 - 5.

Pettengell, R., Donatti, C., Hoskin, P., Poynton, C., Kettle, P. J.,& Hancock, B., … Wild, D. (2008). The impact of follicular lymphoma on health-related quality of life. *Annals of Oncology, 19*, 570 - 576.

Powell, B. C., Kneier, A., Chen, L., Rubin, M., Kronewetter, C., & Levine, E. (2008). A randomized study of the effectiveness of a brief psychosocial intervention for women attending a gynecologic cancer clinic. *Gynecologic Oncology, 111*, 137 - 143.

Powell, L. H., Shahabi, L., & Thoresen, C. E. (2003). Religion and spirituality: Linkages to physical health. *American Journal of Psychology, 58*, 36 - 52.

Prechawittayakul, P. (Ed.). (2015) *Hospital – based cancer registry Songklanagarind hospital*

annual report 2013. Retrieved from http//medinfo2.psu.ac.th/cancer /data/ tumor_registry_ 2013.

Ross, L. E, Hall, I. J., Fairley, T. L., Taylor, Y. J., & Howard, D. L. (2007). Prayer and self - reported health among cancer survivors in the United States, National health interview survey. *The Journal of alternative and complement medicine. 14*(8), 931 - 938.

Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2007). Anxiety disoders. In Sadock, B. J., Sadock, V. A (Eds.), *Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry,* (579 – 633). New York: Philadelphia.

Santos, F. R. M., Kozasa, E. H., Chauffaille, M. L. F., Colleoni, G. W. B., & Leite, J. R. (2006). Psychosocial adaptation and quality of life among Brazilian patients with different hematological malignancies. *Journal of Psychosomatic Research, 60*(5), 505 - 511.

Shanafelt, T. D., Bowen, D., Venkat, C., Slager, S. L., Zent, C. S., Kay, N. E., … Call, T. G. (2007). Quality of life in chronic lymphocytic leukemia: An international survey of 1482 patients. *British Journal of Haematology, 139,* 255 - 264.

Shanafelt, T. D., Bowen, D. A., Venkat, C., Slager, S. L., Zent , C. S., Kay, N. E. … Call, T. G. (2009). The physician–patient relationship and quality of life: Lessons from chronic lymphocytic leukemia. *Leukemia Research, 33*, 263 - 270.

Shreve-Neiger, A. K., & Edelstein, B. A. (2003). Region and anxiety: A critical review of the literature. *Clinical Psychology Review, 24*, 379 - 397.

Sonklanagarind Tumor Registry. (2010). *Hospital – based cancer registry annual report 2010*. http://medinfo2.psu.ac.th/cancer/caregistry.php#re_2, *on 1th September 2011.*

Spielberger, C. D. (1988). "Anxiety, cognition and affect: A State – Trait perspective". In Noyes, J. et al. (ed). Handbook of Anxiety. New York: Elsevier, pp. 177 - 178.

Stalfelt , A. M., Brodin, H., Pettersson, S., & Eklof . A. (2003). The final phase in acute myeloid leukemia (AML): A study on bleeding, infection and pain. *Leukemia Research, 27*, 481 – 488.

Stark, D. P. H., & House, A. (2000). Anxiety in cancer patients. *British Journal of Cancer, 83*(10), 1261 - 1267.

Strong, V., Waters, R., Hibberd, C., Rush, R., Cargill, A., & Storey. D., … Sharpe, M. (2007). Emotional distress in cancer patients: the Edinburgh Cancer Centre symptom study. *British Journal of Cancer*, *96*, 868 – 874.

Stuart, G. W., & Sundeen. S. J. (1987). *Principles and practice of psychiatric nursing.* (3rd ed.) St. Louis : C.V. Mosby Co.

Thompson, C. A., Charlson, M. E., Schenkein, E., Wells, M. T., Furman, R. R., Elstrom, R., … Leonard, J. P. (2010). Surveillance CT scans are a source of anxiety and fear of recurrence in Long term lymphoma survivors. *European Society for Medical Oncology, 21*(11), 2262 - 2266.

Tolson, C. L., & Koeng, H. G. (2003).*The healing power of prayer.* Michigan: Baker Books.

Tomer, T. L., Li, Y., Riskind, J., & Rai, K. (2007). Depression, anxiety and quality of life in a chronic lymphocytic leukemia cohort . *General Hospital Psychiatry*, 29, 251 - 256.

Valente, S. M. (2004). End – of – life challenges: honoring autonomy *Cancer Nursing, 27*(4), 314.

Wells, M., Sarna, L., Cooley, M. E., Brown, J. K., Chernecky, C., & Williams, R. D., … Danao, L. L. (2007). Use of complementary and alternative medicine therapies to control symptoms in women living with lung cancer. *Cancer Nursing*, *30*(1), 45 - 57.

Whitford, H. S., & Olver, N. I. (2011). Prayer as a complementary therapy. *Cancer Forum*, *35*(1). *Retrieve from http://search.informit.com.au/browseJournalTitle;res=IELHEA ;issn=0311-306X*

Wilkinson, J. E., Saper, R. B., Rosen, A. K., Welles, S. L. , & Culpepper, L. (2008). Prayer for health and primary care: Results from the 2002 National Health Interview Survey. *Family Medicine*, *40*(9), 638 - 644.

Wilson, K. G., Chochinov, H. M., Skirko, M. G., Allard, P., Chary, S., Gagnon, P. R., … Clinch, J. J. (2007). Depression and anxiety disorders in palliative cancer care. *Journal of Pain and Symptom Management, 33*(2), 118 - 129.

Wong, L. C., Chan, E., Tay, S., Lee, K. M., & Back, M. (2010). Complementary and alternative medicine practices among asian radiotherapy patients. *Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology*, *6*, 357 - 363.

Yates, J. F., Mustian, K. M., Morrow, G. R., Gillies, L. J., Padmanaban, D., Atkins,. J. N., … Colman, L. K. (2005). Prevalence of complementary and alternative medicine use in cancer patients during treatment. *Support Care Cancer*, *13*, 806 - 811.

Zaza, C., Sellick, S. M., & Hillier, L. M. (2005). Coping with cancer: What do patients do?. *Journal of Psychosocial Oncology*, *23*(1), 55 - 73.

Zung, W. K. (1971). A rating instrument for anxiety disorder. *Journal of Psychosomatic Research, 12*, 371 - 379.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ โดยการหาขนาดอิทธิพล (effect size) ของตัวแปร ที่ศึกษาจากงานวิจัยที่มีความคล้ายคลึงกัน คือ การศึกษาของสินีนาฏ (2546) เกี่ยวกับผลของการเจริญสมาธิด้วยบทสวดมนต์ต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่มารับการผ่าตัด มีขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 5 คน การคำนวณขนาดอิทธิพลโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดอิทธิพลของโคเฮน (Cohen, 1988) ดังนี้

$$\text{effect size} = \frac{\overline{X}_C - \overline{X}_E}{\sqrt{\frac{SD2c + SD2E}{2}}}$$

$\overline{X}_C$ คือ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม

$\overline{X}_E$ คือ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง

SD_C คือ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม

SD_E คือ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลอง

จากการทบทวนงานวิจัยของสินีนาฏ (2546) เกี่ยวกับผลของการเจริญสมาธิด้วยบทสวดมนต์ต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่มารับการผ่าตัด มีขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 5 คน

$\overline{X}_C = 68.80 \quad \overline{X}_E = 46.00 \quad SD_C = 2.39 \quad SD_C = 9.51$

แทนค่าสูตร $\text{effect size} = \frac{68.80 - 46.00}{\sqrt{\frac{5.71 + 90.44}{2}}}$

$= 22.80 / 48.08$

$= 3.29$

จากนั้นเปิดตารางอำนาจการทดสอบของโคเฮน (Cohen, 1988) โดยกำหนดระดับความคลาดเคลื่อนที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .80 ขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 3.29 เป็นค่าขนาดอิทธิพลที่มีขนาดใหญ่มาก เนื่องด้วยลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้มีความแตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดอิทธิพลที่ 0.8 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลที่มีความเหมาะสมในการวิจัยกึ่งทดลอง ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 52 ราย แบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง 26 ราย กลุ่มควบคุม 26 ราย

ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามเรื่อง ผลของการสวดมนต์แบบพุทธต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งระบบโลหิตวิทยา

คำชี้แจง: แบบสอบถามนี้ใช้เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผลของการสวดมนต์ต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งโลหิตวิทยา แบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาพยาบาล

ส่วนที่ 3 แบบประเมินระดับความวิตกกังวล

เลขที่แบบสอบถาม .....

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

คำชี้แจง โปรดเติมข้อความลงในช่องว่าง หรือกาเครื่องหมาย (√) ลงในวงเล็บหน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริง

1. เพศ [ ]

( ) 1 ชาย ( ) 2 หญิง

2. อายุ.....ปี [ ]

3. ระดับการศึกษา [ ]

( ) 1 ไม่ได้รับการศึกษา ( ) 2 ประถมศึกษา ( ) 3 มัธยมศึกษา

( ) 4 ปวช./ปวส./อนุปริญญา ( ) 5 ปริญญาตรี ( ) 6 สูงกว่าปริญญาตรี

4. สถานภาพสมรส [ ]

( ) 1 โสด ( ) 2 คู่ ( ) 3 หม้าย/หย่า/แยก

5. อาชีพ [ ]

( ) 1 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ( ) 2 รับจ้าง ( ) 3 เกษตรกร

( ) 4 ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย ( ) 5 รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ ( ) 6 อื่นๆ ระบุ .....

6. ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว [ ]

( ) 1 ไม่เพียงพอ ( ) 2 เพียงพอแต่ไม่มีเงินเหลือเก็บ ( )3 เพียงพอและมีเงินเหลือเก็บ

7. การจ่ายค่ารักษาพยาบาล [ ]

( ) 1 เบิกต้นสังกัด/ จ่ายตรง/ใบส่งตัว ( ) 2 จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง

( ) 3 บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ( ) 4 บัตรประกันสุขภาพสังคม

( ) 5 ประกันชีวิต ( ) 6 อื่น ๆ ระบุ .....

8.ประวัติโรคประจำตัว [ ]

( ) 1 ไม่มี ( ) 2 มี โปรดระบุ .....

9. ประวัติการเจ็บป่วยเป็นโรคมะเร็งในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด [ ]

( ) 1 ไม่มี ( ) 2 มี โปรดระบุ .....

10. บุคคลที่ดูแลท่านมากที่สุดในด้านสุขภาพ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) [ ]

( ) 1 คู่สมรส ( ) 2 บิดา/มารดา ( ) 3 บุตร/หลาน

( ) 4 ญาติพี่น้อง ( ) 5 ผู้ดูแลที่จ้างมา

11. บุคคลที่ให้การช่วยเหลือท่านท่านด้านอื่น ๆ นอกเหนือจากด้านสุขภาพ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

( ) 1 คู่สมรส ( ) 2 บิดา/มารดา ( ) 3 บุตร/หลาน

( ) 4 ญาติพี่น้อง ( ) 5 ผู้ดูแลที่จ้างมา

12. ประสบการณ์การสวดมนต์ [ ]

( ) 1 ไม่เคยสวดมนต์ ( ) 2 เคยสวดมนต์แต่ไม่สม่ำเสมอ ( ) 3สวดมนต์เป็นประจำ

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาพยาบาล (ผู้วิจัยกรอกข้อมูล)

1. การวินิจฉัยโรค [ ]

   ( ) 1 Lymphoma ( ) 2 Multiple myeloma ( ) 3 Leukemia

2. ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นโรค ……..... ปี ..... เดือน [ ]

3. อาการและอาการแสดง [ ]

   ( ) 1 มีไข้ ( ) 2 เหนื่อยง่าย ( ) 3 อ่อนเพลีย

   ( ) 4 เลือดออกง่าย ( ) 5 ปวด ระบุ .....

   ( ) 6 อื่น ๆ ระบุ .....

4. ยาเคมีบำบัด ที่ได้รับ [ ]

   ( ) 1 CHOP/R-CHOP ( ) 2 Hyper CVAD ( ) 3. 7+3 regimen

   ( ) 3 ASHAP/ ESHAP/ EPOCH ( ) 5 DHAP/DCEP ( ) 6 HD MTX

5. บริเวณที่ให้ยาเคมีบำบัด [ ]

   ( ) 1 peripheriral ( ) 2 Hickman/port

6. ผลข้างเคียง/ภาวะแทรกซ้อนจากเคมีบำบัด [ ]

   ( ) 1 คลื่นไส้/อาเจียน ( ) 2 เบื่ออาหาร

   ( ) 3 ปวดศีรษะ ( ) 4 ปวดเมื่อยตามตัว

   ( ) 5 อ่อนเพลีย ( ) 6 เลือดออก

   ( ) 6 มีไข้ ☐ ไม่ติดเชื้อ ☐ ติดเชื้อ .....

   ( ) 7 อื่น ๆ ระบุ .....

7. การรักษาอื่น ๆ ที่ได้รับในปัจจุบัน [ ]

   ( ) 1 การฉายแสง ( ) 2 การให้เลือด ( ) 3 การให้ออกซิเจน ( ) 4 การบรรเทาปวด

   ( ) 5 การให้อาหารทางสายยาง ( ) 6 สารอาหารทางหลอดเลือดดำ

   ( ) 7 การเจาะน้ำในช่องท้อง/ช่องปอด ( ) 8 อื่น ๆ โปรดระบุ.....

สำหรับผู้วิจัย

1. วันที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล .....
2. วันที่ได้รับเคมีบำบัด .....
3. วันที่ได้รับยาเคมีบำบัดครบ .....
4. วันที่ประเมินความวิตกกังวลก่อนการทดลอง .....
5. วันที่ประเมินความวิตกกังวลหลังการทดลองครั้งที่ 1 .....
6. วันที่ประเมินความวิตกกังวลหลังการทดลองครั้งที่ 2 .....

ส่วนที่ 3 แบบประเมินระดับความวิตกกังวล

ตอนที่ 1 แบบประเมินระดับความวิตกกังวลขณะเผชิญ

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้ เป็นข้อความที่ท่านจะใช้บรรยายความรู้สึกของท่านเมื่อนึกถึงความเจ็บป่วยครั้งนี้และกำลังเข้ารับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ข้อความเหล่านี้ไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด แต่ขอให้ท่านพิจารณาความรู้สึกของท่านตามข้อความแต่ละข้อว่าอยู่ในระดับใด และทำเครื่องหมาย (√) ลงในช่องข้อความที่ท่านคิดว่าตรงกับความรู้สึกในขณะนี้ของท่านมากที่สุด โดยแต่ละคำตอบมีความหมายดังนี้

หมายเลข 1 ไม่มีเลยหรือน้อยครั้ง หมายถึง ในขณะนี้ผู้ตอบไม่มีความรู้สึกหรือพฤติกรรมตามข้อความนั้นเลย ถ้ามีความรู้สึกหรือพฤติกรรมนั้นเกิดขึ้นน้อยมาก

หมายเลข 2 มีบางครั้ง หมายถึง ในขณะนี้ผู้ตอบมีความรู้สึกหรือพฤติกรรมตามข้อความนั้นเกิดขึ้นเป็นบางครั้งแต่ไม่บ่อย

หมายเลข 3 มีค่อนข้างบ่อย หมายถึง ในขณะนี้ผู้ตอบมีความรู้สึกหรือพฤติกรรมตามข้อความนั้นเกิดขึ้นบ่อยครั้งแต่ไม่ตลอดเวลา

หมายเลข 4 มีมากที่สุด หมายถึง ในขณะนี้ผู้ตอบมีความรู้สึกหรือพฤติกรรมตามข้อความนั้นเกิดขึ้นเกือบตลอดเวลาหรือเป็นตลอดเวลา

ตัวอย่าง

ข้อความ	ไม่มีเลย 1	มีบางครั้ง 2	มีค่อนข้างบ่อย 3	มีมากที่สุด 4
เมื่อนึกถึงความเจ็บป่วยในครั้งนี้ ท่านรู้สึกสงบ		√		

หมายถึง เมื่อนึกถึงความเจ็บป่วยครั้งนี้ ท่านรู้สึกสงบเป็นบางครั้ง

ตอนที่ 1 แบบประเมินระดับความวิตกกังวลขณะเผชิญ

ข้อความ	ไม่มีเลย 1	มีบางครั้ง 2	มีค่อนข้างบ่อย 3	มีมากที่สุด 4
1.เมื่อนึกถึงความเจ็บป่วยครั้งนี้ท่านรู้สึกสงบ				
2.เมื่อนึกถึงความเจ็บป่วยครั้งนี้ท่านรู้สึกมั่นคง				
3.เมื่อนึกถึงความเจ็บป่วยครั้งนี้ท่านรู้สึกตึงเครียด				
4.เมื่อนึกถึงความเจ็บป่วยครั้งนี้เมื่อนำถึงความเจ็บป่วยครั้งนี้ท่านรู้สึกเสียใจ				
5.เมื่อนึกถึงความเจ็บป่วยครั้งนี้ท่านรู้สึกสบายใจ				
6.เมื่อนึกถึงความเจ็บป่วยครั้งนี้ท่านรู้สึกหงุดหงิด				
7.เมื่อนึกถึงความเจ็บป่วยครั้งนี้ท่านรู้สึกกังวลกับเคราะห์ร้ายต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น				
8.เมื่อนึกถึงความเจ็บป่วยครั้งนี้ท่านรู้สึกว่านอนหลับได้เหมือนเดิม				
9.เมื่อนึกถึงความเจ็บป่วยครั้งนี้ท่านรู้สึกกังวล				
10.เมื่อนึกถึงความเจ็บป่วยครั้งนี้ท่านรู้สึกสะดวกสบาย				
. . .				
17.เมื่อนึกถึงความเจ็บป่วยครั้งนี้ท่านรู้สึกกังวลใจ				
18.เมื่อนึกถึงความเจ็บป่วยครั้งนี้ท่านรู้สึกตื่นตระหนก				
19.เมื่อนึกถึงความเจ็บป่วยครั้งนี้ท่านรู้สึกร่าเริงเบิกบาน				
20.เมื่อนึกถึงความเจ็บป่วยครั้งนี้ท่านรู้สึกแจ่มใส				

ตอนที่ 2 แบบประเมินระดับความวิตกกังวลแฝง

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้ เป็นข้อความที่ท่านจะใช้บรรยายความรู้สึกเกี่ยวกับตัวท่าน ข้อความเหล่านี้ไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด แต่ขอให้ท่านพิจารณาข้อความและทำเครื่องหมาย (√) ลงในช่องข้อความที่ท่านคิดว่าตรงกับความรู้สึกในขณะนี้ของท่านมากที่สุด โดยแต่ละคำตอบมีความหมายดังนี้

หมายเลข 1 ไม่มีเลยหรือน้อยครั้ง หมายถึง ในขณะนี้ผู้ตอบไม่มีความรู้สึกหรือพฤติกรรมตามข้อความนั้นเลย ถ้ามีความรู้สึกหรือพฤติกรรมนั้นเกิดขึ้นน้อยมาก

หมายเลข 2 มีบางครั้ง หมายถึง ในขณะนี้ผู้ตอบมีความรู้สึกหรือพฤติกรรมตามข้อความนั้นเกิดขึ้นเป็นบางครั้งแต่ไม่บ่อย

หมายเลข 3 มีค่อนข้างบ่อย หมายถึง ในขณะนี้ผู้ตอบมีความรู้สึกหรือพฤติกรรมตามข้อความนั้นเกิดขึ้นบ่อยครั้งแต่ไม่ตลอดเวลา

หมายเลข 4 มีมากที่สุด หมายถึง ในขณะนี้ผู้ตอบมีความรู้สึกหรือพฤติกรรมตามข้อความนั้นเกิดขึ้นเกือบตลอดเวลาหรือเป็นตลอดเวลา

ข้อความ	ไม่มีเลย 1	มีบางครั้ง 2	มีค่อนข้างบ่อย 3	มีมากที่สุด 4
ท่านรู้สึกสดชื่นแจ่มใส			√	

หมายถึง เมื่อนึกถึงความเจ็บป่วยครั้งนี้ ท่านรู้สึกสดชื่นแจ่มใส ค่อนข้างบ่อย

ตอนที่ 2 แบบประเมินระดับความวิตกกังวลแฝง

ข้อความ	ไม่มีเลย 1	มีบางครั้ง 2	มีค่อนข้างบ่อย 3	มีมากที่สุด 4
1. ท่านรู้สึกสดชื่นแจ่มใส				
2. ท่านรู้สึกเหนื่อยหน่ายง่าย				
3. ท่านรู้สึกอยากร้องไห้				
4. ท่านอยากมีความสุขเหมือนคนอื่น				
5. ท่านรู้สึกมักพลาดโอกาสเพราะตัดสินใจช้า				
6. ท่านรู้สึกว่าได้พักผ่อน				
7. ท่านรู้สึกสุขุม รอบคอบ				
8. ท่านรู้สึกว่ามีอุปสรรคมากมายจนทำให้ท้อใจ				
9. ท่านรู้สึกกังวลเกินกว่าเหตุ				
10. ท่านรู้สึกเป็นสุข				
11. ท่านมักถือทุกสิ่งเป็นเรื่องจริงจัง				
12. ท่านรู้สึกรู้สึกขาดความมั่นใจ				
13. ท่านรู้สึกมีความมั่นคงในชีวิต				
14. ท่านรู้สึกพยายามหลีกเลี่ยงการเผชิญหน้ากับความยุ่งยาก				
15. ท่านรู้สึกหม่นหมอง				
16. ท่านรู้สึกพึงพอใจ				
17. ท่านรู้สึกถูกรบกวนโดยความคิดที่ไร้สาระ				
18. ท่านรู้สึกมักฝังใจกับความผิดหวัง				
19. ท่านเป็นคนเสมอต้นเสมอปลาย				
20. ท่านมีความวุ่นวายใจเมื่อนึกถึงเรื่องที่เกี่ยวพันและสนใจอยู่				

ภาคผนวก ค
คู่มือการสวดมนต์ธรรมฆราวาสบ้าน

วิธีการสวดมนต์บทธรรมะฆราวาสบ้าน

การเตรียมความพร้อม

ควรอาบน้ำชำระร่างกายให้สะอาด และทำกิจธุระส่วนตัวให้เรียบร้อยก่อนการสวดมนต์ ถ้าท่านสามารถนั่งคุกเข่าพนมมือได้ ให้นั่งคุกเข่าพนมมือ หากท่านไม่สามารถนั่งได้ให้อยู่ในท่าที่สบาย ปรับใจให้มีความเชื่อความศรัทธาในบทสวดมนต์ สำรวจความคิดของตนเองให้อยู่ในความสงบ ขณะสวดมนต์ขอให้มีจิตจดจ่ออยู่กับบทสวดมนต์ ไม่วอกแวก ฟุ้งซ่าน หากท่านวอกแวกคิดไปเรื่องอื่น ขอให้กำหนดสติให้กลับมาจดจ่ออยู่กับบทสวดมนต์ที่กำลังสวด และควรสวดมนต์ด้วยเสียงดังพอประมาณ จังหวะไม่ช้าหรือเร็วเกินไป

ขั้นตอนการสวดมนต์

ก่อนการสวดมนต์ ให้สำรวจความคิดของตนเองให้อยู่ในความสงบ ตั้งใจสวดมนต์ด้วยความสงบนิ่ง จิตใจจดจ่ออยู่กับบทสวดมนต์ เริ่มต้นด้วยการกล่าวอัญเชิญองค์พระประธานประจำตัว ซึ่งเปรียบเสมือนสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่คุ้มครองตน

ขออัญเชิญองค์พระประธานประจำวันเกิดของข้าพเจ้า วัน ..... ปาง .....
ขออัญเชิญองค์พระประธานประจำเดือนเกิดของข้าพเจ้า เดือน ..... ปาง .....
ขออัญเชิญองค์พระประธานประจำปีนักกษัตรเกิดของข้าพเจ้า ปี ..... ปาง .....
ได้เสด็จมาฟังการสวดมนต์ของข้าพเจ้าในครั้งนี้

กราบพระ 3 ครั้ง เพื่อน้อมนำจิตใจให้ระลึกถึงคุณพระพุทธเจ้า พระธรรม และพระสงฆ์

“พุทธัง วันทามิ” (กราบ ระลึกถึงคุณพระพุทธเจ้า)

“ธัมมัง วันทามิ” (กราบ ระลึกถึงคุณพระธรรม)

“สังฆัง วันทามิ” (กราบระลึกถึงคุณพระสงฆ์)

บทสวดมนต์ธรรมฆราวาสบ้าน

บทที่ ๑ บทนอบน้อมพระพุทธเจ้า

นะโมตัสสะ ภะคะวะโต อะระหะโต สัมมาสัมพุทธัสสะ
นะโมตัสสะ ภะคะวะโต อะระหะโต สัมมาสัมพุทธัสสะ
นะโมตัสสะ ภะคะวะโต อะระหะโต สัมมาสัมพุทธัสสะ

บทที่ ๒ บทสรรเสริญพระรัตนตรัย

พุทธัสสะบูชา มหาเตชะวันโต ธัมมัสสะบูชา มหาปัญญาโย
สังฆัสสะบูชา มหาโภคะวะโห โลกะนาโถ
อิมินา สักกาเรนะ ปะฏิ ปะฏิ บูชายะ

บทที่ ๓ บทบูชาพระรัตนตรัย

อะระหัง สัมมาสัมพุทโธ ภะคะวา พระผู้มีพระภาคเจ้าเป็นพระอรหันต์ บริสุทธิ์หมดจดจากกิเลสเครื่องเศร้าหมองทั้งหลาย ได้ตรัสรู้ถูกถ้วนดีแล้ว อิเมหิ สักกาเรหิ ตังภะคะวันตัง อะภิปูชะยามิ ข้าพเจ้าบูชาซึ่งพระผู้มีพระภาคเจ้านั้น ด้วยเครื่องสักการะเหล่านี้ **(กราบ)**

สวากขาโต ภะคะวะตาธัมโม พระธรรม คือศาสนาอันพระผู้มีพระภาคเจ้าแสดงไว้ดีแล้ว อิเมหิ สักกาเรหิ ตัง ธัมมัง อะภิปูชะยามิ ข้าพเจ้าบูชาซึ่งพระธรรมเจ้านั้นด้วยเครื่อง สักการะเหล่านี้ **(กราบ)**

สุปะฏิปันโนภะคะวะโต สาวะกะสังโฆ หมู่พระสงฆ์ผู้เชื่อฟังของพระผู้มีพระภาคเจ้าปฏิบัติดีแล้ว อิเมหิ สักกาเรหิ ตังสังฆัง อะภิปูชะยามิ ข้าพเจ้าบูชาซึ่งหมู่พระสงฆ์เจ้านั้น ด้วยเครื่องสักการะเหล่านี้ **(กราบ)**

บทที่ ๔ บทพระพุทธคุณ พระธรรมคุณ พระสังฆคุณ

อิติปิโส ภะคะวา อะระหัง สัมมาสัมพุทโธ วิชชาจะระณะ สัมปันโน สุคะโตโลกะวิทู อะนุตตะโร ปุริสะทัมมะสาระถิ สัตถาเทวะ มะนุสสานัง พุทโธ ภะคะวาติ

สวากขาโต ภะคะวะตาธัมโม สันทิฏฐิโก อะกาลิโก เอหิ ปัสสิโก โอปะนะยิโก ปัจจัตตัง เวทิตัพโพ วิญญูหิติ

สุปะฏิปันโน ภะคะวะโต สาวะกะสังโฆ อุชุปะฏิปันโน ภะคะวะโต สาวะกะสังโฆ ญายะปะฏิปันโน ภะคะวะโต สาวะกะสังโฆ สามีจิปะฏิปันโน ภะคะวะโต สาวะกะสังโฆ ยะทิทัง จัตตาริปุริสะ ยุคานิ อัฏฐะ ปุริสะปุคคะลา เอสะ ภะคะวะโต สาวะกะสังโฆ อาหุเนยโย ปาหุเนยโย ทักขิเนยโย อัญชะลีกะระณีโย อะนุตตะรัง ปุญญักเขตตัง โลกัสสาติ

บทที่ ๕ บทมงกุฎพระพุทธเจ้า

อิติปิโส วิเสเสอิ อิเสเส พุทธะนาเมอิ อิเมนาพุทธะตังโสอิ อิโสตัง พุทธะปิติอิ

บทที่ ๖ บทนอบน้อมพระรัตนตรัย

โยโสภะคะวา อะระหังสัมมา สัมพุทโธ สฺวากขาโต เยนะ ภะคะวะตาธัมโม สุปะฏิปันโน ยัสสะ ภะคะวะโต สาวะกะสังโฆ ตัมมะยัง ภะคะวันตัง สะธัมมัง สะสังฆัง อิเมหิ สักกาเรหิ ยะถาระหัง อาโรปิเตหิ อะภิปูชะยามะ สาธุโน ภันเต ภะคะวา สุจิระปะรินิพพุโตปิ ปัจฉิมาชะนะตานุกัมปะมานะสา อิเม สักกาเร ทุคคะตะปัณณาการะภูเต ปะฏิคคัณหาตุ อัมมะหากัง ทีฆะรัตตัง หิตายะ สุขายะ ฯ

บทที่ ๗ บทนอบน้อมพระพุทธเจ้า

นะโมตัสสะ ภะคะวะโต อะระหะโต สัมมาสัมพุทธัสสะ
นะโมตัสสะ ภะคะวะโต อะระหะโต สัมมาสัมพุทธัสสะ
นะโมตัสสะ ภะคะวะโต อะระหะโต สัมมาสัมพุทธัสสะ

บทที่ ๘ บทกรวดน้ำ

อิมินา ปุญญะกัมเมนะ อุปัชฌายา คุณุตตะรา อาจะริยูปะการา จะ มาตา ปิตา จะ ญาตะกา
ปิยา มะมัง สุริโย จันทิมา ราชา คุณะวันตา นะราปิ จะ
พรัหมมะ มาราจะ อินทา จะ ตุโลกะปาลา จะ เทวะตา
ยะโม มิตตา มะนุสสา จะ มัชฌัตตา เวริกาปิ จะ
สัพเพ สัตตา สุขี โหนตุ ปุญญานิ ปะกะตานิ เม
สุขัง จะ ติวิธัง เทนตุ ขิปปัง ปาเปถะ โว มะตัง
อิมินา ปุญญะกัมเมนะ อิมินา อุททิเสนะ จะ
ขิปปาหัง สุละเภ เจวะ ตัณหุ ปาทานะ เฉทะนัง
เย สันตาเน หินา ธัมมา ยาวะ นิพพานะโต มะมัง
นัสสันตุ สัพพะทา เยวะ ยัตถะ ชาโต ภะเว ภะเว
อุชุจิตตัง สะติปัญญา สัลเลโข วิริยัมหินา
มารา ละภันตุ โนกาสัง กาตุญจะ วิริเยสุ เม
พุทธาทิปะ วะโร นาโถ ธัมโม นาโถ วะรุตตะโม
นาโถ ปัจเจกะพุทโธ จะ สังโฆ นาโถตตะโร มะมัง
เตโสตตะ มานุภาเวนะ มาโรกาสัง ละภันตุมา

ปัญจะมาเร ชิเณ นาโถ ปัตจะ สัมโพธิ มุตตะมัง
จะตุสัจจัง ปะกาเสสิ มหาเวรัง สัพพะพุทเธ นะมามิหัง
อิทัง เม ญาตินัง โหตุ สุขิตา โหนตุ ญาตะโย

บทที่ ๕ บทแผ่เมตตา

สัพเพ สัตตา สัตว์ทั้งหลายที่เป็นเพื่อนทุกข์ เกิด แก่ เจ็บ ตาย ด้วยกันหมดทั้งสิ้น
อะเวรา จงเป็นสุขเป็นสุขเถิด อย่าได้มีเวรแก่กันและกันเลย
สัพเพ สัตตา สัตว์ทั้งหลายที่เป็นเพื่อนทุกข์ เกิด แก่ เจ็บ ตาย ด้วยกันหมดทั้งสิ้น
อัพพะยาปัชฌา จงเป็นสุขเป็นสุขเถิด อย่าได้เบียดเบียนซึ่งกันและกันเลย
สัพเพ สัตตา สัตว์ทั้งหลายที่เป็นเพื่อนทุกข์ เกิด แก่ เจ็บ ตาย ด้วยกันหมดทั้งสิ้น
อะนีฆา จงเป็นสุขเป็นสุขเถิด อย่าได้มีความทุกข์กายทุกข์ใจเลย
สัพเพ สัตตา สัตว์ทั้งหลายที่เป็นเพื่อนทุกข์ เกิด แก่ เจ็บ ตาย ด้วยกันหมดทั้งสิ้น
สุขีอัตตานัง ปะริหะรันตุ จงมีความสุขกายสุขใจ รักษาตนให้พ้นจากทุกข์ภัยทั้งสิ้นเถิด
ท่านทั้งหลายที่ท่านได้ทุกข์ ขอให้ท่านมีความสุข
ท่านทั้งหลายที่ท่านได้สุข ขอให้ท่านมีความสุขยิ่งๆ ขึ้น
สัพเพ สัตตา สัตว์ทั้งหลายที่เกิดเป็น **ชะลาพุดชะ** ที่เกิดเป็น **อัณฑะชะ** ที่เกิดเป็น **สังเสทะชะ** ที่เกิดเป็น **โอปาติกา** จงมารับกุศลผลบุญให้ถ้วนทั่วทุกตัวสัตว์เทอญ

บทลาพระ

อะระหัง สัมมาสัมพุทโธ ภะคะวา พุทธัง ภะคะวันตัง อะภิวาเทมิ **(กราบ)**
สวากขาโต ภะคะวะตาธัมโม ธัมมัง นะมัสสามิ **(กราบ)**
สุปะฏิปันโนภะคะวะโต สาวะกะสังโฆ สังฆัง นะมามิ **(กราบ)**
กราบครั้งที่ ๔ บิดา-มารดา (กราบ)
กราบครั้งที่ ๕ ครูบา-อาจารย์ (กราบ)

องค์พระประธานประจำวันเกิด เดือนเกิด และปีนักษัตรเกิด

องค์พระประจำวันอาทิตย์ ปางถวายเนตร

ประวัติย่อ

เมื่อพระพุทธองค์ได้ตรัสรู้แล้ว ทรงประทับยับยั้งเสวยวิมุตติสุขอยู่ใต้ร่มโพธิ์เป็นเวลา ๗ วัน จากนั้นเสด็จออกไปจากภายใต้ร่มโพธิ์ไปประทับยืนอยู่ทางทิศตะวันออกเฉียงเหนือ (อีสาน) ทอดพระเนตรพระศรีมหาโพธิ์ โดยไม่กระพริบพระเนตรเป็นเวลา ๗ วัน เพื่อรำลึกถึงคุณประโยชน์ของต้นมหาโพธิ์ที่แผ่กิ่งก้านประทานร่มเงา ให้ความชุ่มเย็น เป็น

องค์พระประจำวันจันทร์ ปางห้ามพยาธิ

ประวัติย่อ

ครั้งหนึ่ง ได้เกิดโรคระบาดครั้งใหญ่ขึ้นในเมืองไพศาลี มี ประชาชนล้มตายเป็นจำนวนมาก กษัตริย์ลิจฉวี เจ้าผู้ครองเมืองจึงได้กราบบังคมทูลอาราธนาพระพุทธองค์ ให้เสด็จมาโปรดชาวเมือง พระพุทธองค์ทรงรับสั่งให้พระอานนท์ เจริญรัตนสูตรและประพรมน้ำพระพุทธมนต์รอบพระนคร จนต่อมาภายหลังโรคร้ายก็หายสิ้นจากพระนครด้วยพุทธานุภาพ

.

.

.

องค์พระประจำเดือนอ้าย ปางปลงกรรมฐาน

ครั้งหนึ่งพระสัมมาสัมพุทธเจ้า มีพระประสงค์จะนำผ้าขาวที่ห่อศพมาซักย้อมเป็นผ้าสังฆาฏิ จึงเสด็จไปพิจารณาปฏิกูลสัญญา แล้วทรงซักผ้าบังสุกุลและนำมาซักตากให้หมดกลิ่นซากศพ แล้วเย็บเป็นจีวร ในพุทธประวัติเล่าว่าท้าวสักกเทวราชเสด็จลงมาช่วยทำจีวร ตัด ซัก ตาก และเย็บเสร็จภายในคืนเดียว ผ้าจีวรผืนนี้พระพุทธองค์ทรงนำมาทำผ้าสังฆาฏิ ภายหลังได้ประทานผ้าผืนนี้แก่พระมหากัสสปะ ผู้เป็นเอตทัคคะด้านถือธุดงค์

องค์พระประจำเดือนสาม ปางประทานโอวาท

ณ พระเวฬุวันมหาวิหาร กรุงราชคฤห์ หลังจากที่พระสัมมาสัมพุทธเจ้าตรัสรู้แล้วประมาณ ๙ เดือน ได้เกิดเหตุการณ์ที่เรียกว่า จาตุรงคสันนิบาต ได้แก่ ๑) วันนั้นเป็นวันควงจันทร์เสวยมาฆฤกษ์ ๒) พระสงฆ์ ๑,๒๕๐ รูป มาประชุมกันโดยมิได้นัดหมาย ๓) พระสงฆ์ทั้งหมดล้วนเป็นพระอรหันต์ผู้ได้อภิญญา ๖ ๔) พระสงฆ์ทั้งหมดเป็นเอหิภิกขุ คือ เป็นผู้ที่พระพุทธองค์ประทานอุปสมบทด้วยพระองค์เอง

ในวันนั้นพระพุทธองค์ได้ทรงแสดงโอวาทปาติโมกข์ ซึ่งเป็นหลักสำคัญแห่งพระพุทธศาสนา ใจความสำคัญแห่งพระโอวาทนั้น ได้แก่ ละเว้นความชั่วทั้งปวง ทำความดีให้ถึงพร้อม ทำจิตใจให้บริสุทธิ์ผ่องใส วันเพ็ญเดือน ๓ ถือเป็นวันสำคัญทางพระพุทธศาสนา เรียกว่า "วันมาฆบูชา"

.

.

.

องค์พระประจำปีชวด ปางโปรดอาฬวกยักษ์

เจ้าผู้ครองนครอาฬวี ชอบล่าสัตว์เป็นกิจวัตร วันหนึ่งพลัดหลงเข้าไปพักใต้ต้นไทรซึ่งเป็นเขตหวงห้ามของอาฬวกยักษ์ ถูกยักษ์จับไว้เพื่อกินเป็นอาหาร จึงขอให้ปล่อยตัวกลับและสัญญาจะส่งคนมาให้กินวันละหนึ่งคน เมื่อนักโทษหมดก็ส่งเด็กให้วันละคน ต่อมาพระพุทธเจ้าทรงทราบด้วยพระญาณ จึงได้เสด็จไปยังที่อยู่ของอาฬวกยักษ์ แล้วแสดงธรรมโปรดจนอาฬวกยักษ์ได้ดวงตาเห็นธรรมเป็นพระโสดาบัน

องค์พระประจำปีฉลู ปางห้ามญาติแย่งน้ำมหาสมุทร

ครั้งหนึ่งที่พระพุทธเจ้าเสด็จกลับเมืองพระญาติ เสด็จมาลำพังพระองค์เดียว เพื่อทรงระงับสงครามระหว่างพระญาติทั้งสองฝ่าย พระญาติฝ่ายหนึ่ง เป็นพระญาติฝ่ายพุทธบิดา ปกครองกรุงกบิลพัสดุ์ อีกฝ่ายหนึ่งเป็นพระญาติฝ่ายพุทธมารดา ปกครองโกลิยนคร หรือเทวทหนครก็เรียกทั้งสองฝ่ายตั้งบ้านเมืองอยู่คนละริมฝั่งแม่น้ำโรหิณี แล้วเกิดพิพาทกันในปัญหาเรื่องน้ำที่ทดขึ้นทำนา เมื่อฝ่ายอยู่ทางเหนือน้ำทดน้ำจากแม่น้ำเข้านา ฝ่ายทางใต้ก็ขาดน้ำ ทั้งสองฝ่ายเปิดประชุมเพื่อตกลงกันก่อน แต่ก็ตกลงกันไม่ได้จึงเกิดปะทะคารมกันอย่างรุนแรงถึงกับขุดบรรพบุรุษ

.

.

.

ภาคผนวก ง

คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง (กลุ่มทดลอง)

สวัสดีค่ะ ดิฉัน นางอุไรวรรณ พลจร นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังทำวิจัยเรื่อง ผลของการสวดมนต์แบบพุทธต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มารับเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งต่อมน้ำเหลือง เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มารับเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งต่อมน้ำเหลืองอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ท่านเป็นบุคคลหนึ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ดิฉันจึงมีความประสงค์ขอความสมัครใจจากท่านในการเข้าร่วมการศึกษาวิจัยดังกล่าว โดยที่ท่านสามารถตอบตกลงหรือปฏิเสธเข้าร่วมการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ก็ได้ หากท่านตอบตกลงในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ดิฉันจะใคร่ขออนุญาตให้ท่านลงลายมือชื่อสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย และดิฉันขออนุญาตศึกษาแฟ้มประวัติของท่าน ตลอดจนสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและดำเนินการสวดมนต์แบบพุทธกับท่าน โดยระยะเวลาในการดำเนินการสวดมนต์จะเริ่มตั้งแต่วันแรกที่ท่านยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะเริ่มดำเนินการตามขั้นตอนของโครงการวิจัย โดยผู้วิจัยจะไปพบท่านที่หอผู้ป่วยเวลา 19.00 น.ให้ท่านเตรียมความพร้อมในการสวดมนต์ ผู้วิจัยแนะนำวิธีการสวดมนต์ประมาณ 10 นาที และฝึกสวดมนต์พร้อมกับผู้วิจัยในครั้งแรก ใช้เวลาประมาณ 30 นาที ภายหลังการสวดมนต์ผู้ป่วยวิจัยสอบถามและบันทึกความรู้สึกต่อการสวดมนต์ของผู้ป่วย และแนะนำให้ผู้ป่วยบันทึกการสวดมนต์ทุกครั้งที่ผู้ป่วยสวดมนต์ ใช้เวลาประมาณ 10 นาที ผู้วิจัยร่วมสวดมนต์กับผู้ป่วย เวลาก่อนนอน ติดต่อกันเป็นเวลา 3 วัน หลังจากนั้นให้ท่านสวดมนต์ด้วยตนเองทุกวัน อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที เป็นเวลา 21 วัน เมื่อท่านกลับบ้านผู้วิจัยจะมีการโทรศัพท์สอบถามอาการต่างๆ และติดตามความต่อเนื่องของการสวดมนต์ ทุก 3 วัน ในวันที่ 7, 10, 13, 16, 19 และ 21 และขออนุญาตให้ผู้ช่วยวิจัยสอบถามข้อมูลความวิตกกังวลจำนวน 3 ครั้ง คือ ก่อนได้รับเคมีบำบัด หลังรับยาเคมีบำบัด และก่อนรับยาเคมีบำบัดครั้งต่อไป

อย่างไรก็ตามหากผู้ป่วยมีอาการทางด้านร่างกายในขณะสวดมนต์ด้วยตนเอง เช่น อาการปวด หายใจเหนื่อยหอบ มีเลือดออก หรือมีภาวะวิกฤตทางอารมณ์ก็สามารถยุติการสวดมนต์ได้ และผู้วิจัยจะรายงานพยาบาลประจำหอผู้ป่วยที่ดูแลเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยตามความเหมาะสม และภายหลังการยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัยแล้ว ท่านสามารถถอนตัวจากการวิจัยในระหว่างการ

วิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่จำเป็นต้องบอกเหตุผล และไม่เกิดผลเสียใดๆ ท่านยังได้รับการดูแลตามปกติจากทีมสุขภาพในหอผู้ป่วย

ดิฉันขอรับรองว่าข้อมูลต่างๆ ที่ได้รับจากท่านจะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่เปิดเผยชื่อและที่อยู่ของท่าน แต่จะนำข้อมูลทั้งหมดไปสรุปและนำเสนอเป็นภาพรวม เพื่อประโยชน์ทางการศึกษาวิจัยเท่านั้น ซึ่งไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อท่าน แต่จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยรายอื่นๆ โดยส่วนรวมต่อไป และข้อมูลของท่านจะได้ถูกการทำลายภายหลังรายงานการวิจัยได้รับการตีพิมพ์แล้ว ถ้าหากท่านมีข้อสงสัยประการใดเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ดิฉันมีความยินดีที่จะให้ท่านซักถามจนเข้าใจ และท่านสามารถสอบถามข้อสงสัยในการเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกครั้งที่ท่านพบกับผู้วิจัย หรือท่านสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ที่ นางอุไรวรรณ พลจร นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ หมายเลขโทรศัพท์ 081 – 9637933

ขอขอบพระคุณในความร่วมมือ

นางอุไรวรรณ พลจร
นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง (กลุ่มควบคุม)

สวัสดีค่ะ ดิฉัน นางอุไรวรรณ พลจร นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังทำวิจัยเรื่อง ผลของการสวดมนต์แบบพุทธต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มารับเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งต่อมน้ำเหลือง เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มารับเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งต่อมน้ำเหลืองอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ท่านเป็นบุคคลหนึ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ดิฉันจึงมีความประสงค์ขอความสมัครใจจากท่านในการเข้าร่วมการศึกษาวิจัยดังกล่าว โดยท่านสามารถตอบตกลงหรือปฏิเสธเข้าร่วมการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ได้ หากท่านตอบตกลงเข้าร่วมโครงการ ดิฉันจะใคร่ขออนุญาตให้ท่านลงลายมือชื่อสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย และดิฉันขออนุญาตศึกษาแฟ้มประวัติของท่านตลอดจนสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และขออนุญาตให้ผู้ช่วยวิจัยสอบถามข้อมูลความวิตกกังวลจำนวน 3 ครั้ง คือ ก่อนได้รับเคมีบำบัด หลังรับยาเคมีบำบัด และก่อนมารับยาเคมีบำบัดครั้งต่อไป

หากท่านมีอาการใดๆ ในขณะเข้าร่วมโครงการวิจัย เช่น ปวด หายใจเหนื่อยหอบ มีเลือดออก หรือมีภาวะวิกฤตทางอารมณ์ก็สามารถยุติการเข้าร่วมโครงการได้ และผู้วิจัยจะรายงานพยาบาลประจำหอผู้ป่วยที่ดูแลเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยตามความเหมาะสม และภายหลังการยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัยแล้ว ท่านสามารถถอนตัวจากการวิจัยในระหว่างการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่จำเป็นต้องบอกเหตุผล และไม่เกิดผลเสียใดๆ ท่านยังได้รับการดูแลตามปกติจากทีมสุขภาพในหอผู้ป่วย

ดิฉันขอรับรองว่าข้อมูลต่างๆ ที่ได้รับจากท่านจะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่เปิดเผยชื่อและที่อยู่ของท่าน แต่จะนำข้อมูลทั้งหมดไปสรุปและนำเสนอเป็นภาพรวม เพื่อประโยชน์ทางการศึกษาวิจัยเท่านั้น ซึ่งไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อท่าน แต่จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยรายอื่นๆ โดยส่วนรวมต่อไป และข้อมูลของท่านจะได้ถูกการทำลายภายหลังรายงานการวิจัยได้รับการตีพิมพ์แล้ว ถ้าหากท่านมีข้อสงสัยประการใดเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ดิฉันมีความยินดีที่จะให้ท่านซักถามจนเข้าใจ และท่านสามารถสอบถามข้อสงสัยในการเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกครั้งที่ท่านพบกับผู้วิจัย หรือท่านสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ที่ หมายเลขโทรศัพท์ 081 – 9637933

ขอขอบพระคุณในความร่วมมือ

นางอุไรวรรณ พลจร

นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ภาคผนวก จ
ข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ทดสอบการกระจายของข้อมูลค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะเผชิญในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง ครั้งที่ 1 และ 2 ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่ามีการกระจายเป็นโค้งปกติ เนื่องจากค่า Standardize Skewness อยู่ในช่วง ± 3 ดังตาราง จ1 และทดสอบความแปรปรวนของค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะเผชิญระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในการวัดแต่ละครั้งด้วยสถิติ Levene's Test of Equality of Error Variances พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตาราง จ2

ตาราง จ1

ทดสอบการกระจายของข้อมูลค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะเผชิญในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง ครั้งที่ 1 และ 2 ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ความวิตกกังวล	กลุ่ม	Skewness	Kurtosis
		Statistic	Statistic
ความวิตกกังวลก่อนการทดลอง	กลุ่มควบคุม	.62	.37
	กลุ่มทดลอง	.29	.66
ความวิตกกังวลหลังรับยาเคมีบำบัด	กลุ่มควบคุม	.71	.17
	กลุ่มทดลอง	.29	2.87
ความวิตกกังวลก่อนรับยาเคมีบำบัดครั้งต่อไป	กลุ่มควบคุม	1.35	.17
	กลุ่มทดลอง	2.11	1.05

ตาราง จ2

ทดสอบความแปรปรวนของค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะเผชิญระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Levene's Test of Equality of Error Variances

ความแปรปรวน	*F*	*df1*	*df2*	*Sig.*
ความวิตกกังวลก่อนการทดลอง	.554	1	62	.460
ความวิตกกังวลหลังรับยาเคมีบำบัด	.007	1	62	.935
ความวิตกกังวลก่อนรับยาเคมีบำบัดครั้งต่อไป	050	1	62	.824

Tests the null hypothesis that the observed covariance matrices of the dependent variables are equal across groups.

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ – สกุล นางอุไรวรรณ พลจร

รหัสประจำตัวนักศึกษา 5310421074

วุฒิการศึกษา

วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
พยาบาลศาสตรบัณฑิต	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	2536

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พยาบาลชำนาญการ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์