



ผลของโปรแกรมการพยาบาลประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณ
ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามในโรงพยาบาล
**The Effect of Nursing Program Applying Buddhist Principles on Spiritual
Well-Being of Family Caregivers of Hospitalized Patients with
Advanced Gynecological Cancer**

สมพร ปานผดุง
Somporn Panphadung

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**

2556

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

| | |
|-----------------|---|
| ชื่อวิทยานิพนธ์ | ผลของโปรแกรมการพยาบาลประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมต่อความ ผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยทางนรีเวชระยะลุกลาม ในโรงพยาบาล |
| ผู้เขียน | นางสาวสมพร ปานผดุง |
| สาขาวิชา | พยาบาลศาสตร์ |

| อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก | คณะกรรมการสอบ |
|---|---|
| (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นิลมานันต์) |ประธานกรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภาวี คงอินทร์) |
| อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม |กรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นิลมานันต์) |
| (ดร.ลัพณา กิจรุ่งโรจน์) |กรรมการ (ดร.ลัพณา กิจรุ่งโรจน์) |
| |กรรมการ (ดร.รจนา วิริยะสมบัติ) |

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยานิพนธ์ฉบับนี้
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

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

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้เป็นผลมาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และขอแสดงความขอบคุณบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

ลงชื่อ.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นิลมานัต)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ.....

(นางสาวสมพร ปานผดุง)

นักศึกษา

(4)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน และ
ไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นางสาวสมพร ปานผดุง)

นักศึกษา

| | |
|-----------------|---|
| ชื่อวิทยานิพนธ์ | ผลของโปรแกรมการพยาบาลประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามในโรงพยาบาล |
| ผู้เขียน | นางสาว สมพร ปานผดุง |
| สาขาวิชา | พยาบาลศาสตร์ |
| ปีการศึกษา | 2555 |

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามในโรงพยาบาล จำนวน 45 ราย ซึ่งเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยนรีเวช โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดได้แก่ มีการรับรู้ปกติและเป็นญาติผู้ดูแลหลักโดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 25 รายได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลอง 20 รายได้รับโปรแกรมการพยาบาลประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรม เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ โปรแกรมการพยาบาลที่ประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมในการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ พัฒนาโปรแกรมโดยผู้วิจัยใช้แนวคิดจิตวิญญาณแบบตะวันออกและหลักพุทธธรรม ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามความผาสุกทางจิตวิญญาณ เครื่องมือทั้งหมดได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความผาสุกทางจิตวิญญาณด้วยวิธีการทดสอบความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) และได้ระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ .90 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติพรรณนา และทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติทีคู่ และสถิติทีอิสระ

ผลการศึกษา พบว่า

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามในโรงพยาบาลของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 13.32, p < .001$)
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามในโรงพยาบาลของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.87, p < .001$)

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการพยาบาลประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมสามารถส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังทางนรีเวชระยะลุกลามในโรงพยาบาลมีความสุขทางจิตวิญญาณ ซึ่งควรส่งเสริมให้มีการนำโปรแกรมดังกล่าวมาใช้เพื่อส่งเสริมความสุขทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังทางนรีเวชระยะลุกลาม และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งอื่นๆ

| | |
|----------------------|---|
| Thesis Title | The Effect of Nursing Program Applying Buddhist Principles on Spiritual Well-Being of Family Caregivers of Hospitalized Patients with Advanced Gynecological Cancer |
| Author | Miss Somporn Panphadung |
| Major program | Nursing Science |
| Academic Year | 2012 |

ABSTRACT

This quasi-experimental study aimed to examine the effect of a nursing program applying Buddhist principles on the spiritual well-being of family caregivers of hospitalized patients with advanced gynecological cancer. The samples consisted of 45 caregivers who cared for patients with advanced gynecological cancer at a gynecological ward in a tertiary hospital, southern Thailand. Twenty-five subjects were assigned to the control group receiving usual nursing care. Twenty subjects were assigned to the experimental group receiving the nursing program applying Buddhist principles, which was developed by the researcher based on the eastern spiritual well-being concept and Buddhist principles to enhance spiritual well-being. The Patient and Caregiver Demographic Data Form and the Spiritual Well-Being Questionnaire developed by the researcher were used to collect data. The content validity of all instruments was examined by three experts. The reliability of Spiritual Well-Being Questionnaire was tested yielding (Cronbach's alpha coefficient) of .90. Demographic data were analyzed using descriptive statistics. The hypotheses were examined by paired t-test and independent t-test.

The results showed that:

1. The mean score of spiritual well-being of the experimental group after receiving the nursing program was statistically significantly higher than that before receiving the nursing program ($t = 13.32, p < .001$).
2. The mean score of spiritual well-being of the experimental group after receiving the nursing program was statistically significantly higher than that of the control group ($t = 7.87, p < .001$).

The findings indicated that the nursing program with applying Buddhist principles could enhance family caregivers' spiritual well-being. This nursing program can be recommended to be used as a tool for promoting spiritual well-being among family caregivers of patients with advanced stage of gynecological cancer and other types of cancer.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ซึ่งสำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นิลมานัต อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และดร.ลัทธนา กิจรุ่งโรจน์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมที่ได้ให้คำปรึกษา ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ ตลอดจนติดตามผลการศึกษาอย่างต่อเนื่องรวมทั้งแก้ไขข้อบกพร่องในทุกขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์จนกระทั่งสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภาวี คงอินทร์ ดร.อังศุมา อภิชาติ และคุณอวยพร ภัทรภักดีกุล ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ที่เสียสละเวลาอันมีค่าในการตรวจสอบเครื่องมือให้มีความสมบูรณ์ และขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เขวรัตน์ มัชฌิม ในการตรวจสอบข้อมูลและการทดสอบสถิติให้มีความถูกต้องมากยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณคณะกรรมการสอบโครงร่าง และสอบปกป้องวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่ได้ให้ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะเพื่อนำมาปรับปรุงงานวิจัยฉบับนี้ และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ในการเรียนการสอนตลอดหลักสูตรด้วยดี และมีผลให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ขึ้น รวมทั้งขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นทุกคนที่คอยช่วยเหลือและเป็นกำลังใจให้เป็นอย่างดีมาตลอด

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอบคุณผู้ให้ข้อมูลในการทำวิจัยทุกท่านที่เสียสละเวลาอันมีค่า และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

ขอบคุณเจ้าหน้าที่หน่วยโสตศึกษา และ เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์คณะแพทยศาสตร์ ที่ให้ความช่วยเหลืออย่างจริงใจในการอัดเสียงประกอบเพลงเทพธิดาประยุคต์ ขอขอบคุณบริษัทกรีนมิวสิกที่ให้ความอนุเคราะห์ในการนำบทเพลงของบริษัทมาใช้ในการอัดเสียงประกอบบทความธรรมะเพื่อช่วยเหลือญาติผู้ดูแล และขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่นที่ให้ความอนุเคราะห์ในการใช้เครื่องมือวิจัยโดยคุณวรวรรณ ชำนาญช่าง

ขอขอบคุณ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ให้ทุนสนับสนุนในการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

สุดท้ายนี้ คุณความดีและประโยชน์ที่เกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ขอมอบให้แก่บิดามารดา พี่น้อง และครอบครัว ครูอาจารย์ รวมทั้งผู้มีพระคุณ และผู้ปวยมะเร็งทางนรีเวชและครอบครัวทุกท่าน

สมพร ปานผดุง

สารบัญ

| | หน้า |
|---|-----------|
| บทคัดย่อ..... | (5) |
| ABSTRACT..... | (7) |
| กิตติกรรมประกาศ..... | (9) |
| สารบัญ..... | (10) |
| รายการตาราง..... | (13) |
| รายการภาพประกอบ..... | (14) |
| บทที่ 1 บทนำ..... | 1 |
| ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... | 1 |
| วัตถุประสงค์การวิจัย..... | 5 |
| คำถามการวิจัย..... | 5 |
| กรอบแนวคิดการวิจัย..... | 5 |
| สมมติฐานการวิจัย..... | 7 |
| นิยามศัพท์..... | 8 |
| ขอบเขตของการวิจัย..... | 8 |
| ความสำคัญของการวิจัย..... | 9 |
| บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง..... | 10 |
| การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเร็งทางนรีเวชระยะลุกลาม..... | 11 |
| ความหมายของมะเร็งเร็งทางนรีเวชระยะลุกลาม..... | 11 |
| ผลกระทบของมะเร็งเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามต่อผู้ป่วย..... | 12 |
| การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเร็งทางนรีเวชระยะลุกลาม..... | 14 |
| ผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเร็งทางนรีเวชระยะลุกลาม..... | 16 |
| ความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแล..... | 19 |
| แนวคิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ..... | 19 |
| ความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแล..... | 22 |
| ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ..... | 23 |

สารบัญ (ต่อ)

| | | หน้า |
|---------|---|------|
| | การพยาบาลประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมในญาติผู้ดูแล..... | 26 |
| | การพยาบาลเพื่อการดูแลทางจิตวิญญาณ..... | 26 |
| | งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรม..... | 27 |
| | แนวคิดหลักพุทธธรรม..... | 29 |
| | บริบทของญาติผู้ดูแลต่อการดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามตามหลัก พุทธธรรม..... | 37 |
| | โปรแกรมการพยาบาลประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมในการศึกษาวิจัย..... | 39 |
| | สรุปผลการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง..... | 43 |
| บทที่ 3 | วิธีดำเนินการวิจัย..... | 45 |
| | ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง..... | 46 |
| | เครื่องมือในการวิจัย..... | 47 |
| | การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ..... | 49 |
| | การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง..... | 49 |
| | การเก็บรวบรวมข้อมูล..... | 50 |
| | การวิเคราะห์ข้อมูล..... | 55 |
| บทที่ 4 | ผลการวิจัยและการอภิปรายผล..... | 56 |
| | ผลการวิจัย..... | 56 |
| | อภิปรายผล..... | 62 |
| บทที่ 5 | สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ..... | 68 |
| | สรุปผลการวิจัย..... | 68 |
| | ข้อเสนอแนะ..... | 69 |
| | เอกสารอ้างอิง..... | 70 |
| | ภาคผนวก..... | 82 |
| | ก เครื่องมือในการวิจัย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ... | 83 |
| | ข เครื่องมือในการวิจัยส่วนที่ 2 โปรแกรมการพยาบาลประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรม | 85 |
| | ค การคำนวณขนาดอิทธิพล..... | 94 |
| | ง เอกสารรับรองจริยธรรมในการวิจัย และเอกสารอนุญาตการใช้เครื่องมือ..... | 95 |

สารบัญ (ต่อ)

| | หน้า |
|--|------|
| เอกสารรับรองจริยธรรมในการวิจัยคณะแพทยศาสตร์..... | 99 |
| เอกสารรับรองจริยธรรมในการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์..... | 100 |
| เอกสารอนุญาตการใช้เครื่องมือ..... | 101 |
| เอกสารอนุญาตการใช้ลิขสิทธิ์..... | 102 |
| จ แบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง..... | 100 |
| ฉ การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ..... | 102 |
| ช ตารางนำเสนอผลการวิจัย..... | 104 |
| ซ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ..... | 105 |
| ประวัติผู้เขียน..... | 106 |

รายการตาราง

| ตาราง | | หน้า |
|-------|---|------|
| 1 | โปรแกรมการพยาบาลประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรม..... | 42 |
| 2 | จำนวน ร้อยละ ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผล การเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง (N = 45)..... | 57 |
| 3 | เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ โดยรวมก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติทีคู่ (N=20)..... | 60 |
| 4 | เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนของความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของ กลุ่มทดลองหลังได้โปรแกรมและกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลปกติโดยใช้ สถิติทีอิสระ (N=45)..... | 61 |

รายการภาพประกอบ

| ภาพ | | หน้า |
|-----|-----------------------------------|------|
| 1 | กรอบแนวคิดการวิจัย..... | 7 |
| 2 | ขั้นตอนและวิธีดำเนินการวิจัย..... | 54 |

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งทางนรีเวชเป็นโรคที่พบได้บ่อยในสตรีทั่วโลกและในประเทศไทย (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2551) จากรายงานสถิติประจำปีของหน่วยมะเร็งโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545-2551 มีอัตราการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชรายใหม่ประมาณร้อยละ 8-12 ของทุกปีโดยในปี พ.ศ.2549-2551 มีผู้ป่วยรายใหม่ทางนรีเวชสูงถึง 619, 663 และ 708 ราย ตามลำดับ (Tasanapitak, 2009) ผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชส่วนใหญ่มักเข้ารับบริการสุขภาพเมื่อเข้าสู่ระยะลุกลาม (นภนิศ, 2550; Tasanapitak) ส่งผลให้โอกาสที่ผู้ป่วยจะมีชีวิตยืนยาวลดน้อยลง มีโอกาสต่อการเสียชีวิตในระยะ 5 ปีสูงขึ้นและสูงมากกว่ามะเร็งระยะเริ่มต้นถึง 3.7 เท่า (พวงแก้ว, 2549)

การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลาม ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ผลกระทบทางด้านร่างกายเกิดจากปัญหาทางพยาธิสรีรวิทยาในระบบต่างๆ ที่มะเร็งลุกลามแพร่กระจายไป ร่วมกับอาการข้างเคียง และภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากการรักษา ทั้งการผ่าตัด ฉายแสง และเคมีบำบัด (พนิตนาฏ, สมจิตต์, และสิรินาด, 2549) ทำให้สมรรถภาพการทำงานของร่างกายและความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยลดลง นอกจากนี้การเจ็บป่วยยังส่งผลกระทบต่อจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความรู้สึกการเป็นภาระของครอบครัว (ยุพิน และณัฐวรรณ, 2551) จากการเจ็บป่วยของตนเอง ก่อให้เกิดความเครียด วิตกกังวล หงุดหงิดง่าย รวมทั้งการรักษายังต้องมีการติดตามอย่างต่อเนื่องและยาวนาน ซึ่งส่งผลกระทบต่อหน้าที่การงาน ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว (รวี, 2547) และยังทำให้โอกาสของผู้ป่วยในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ญาติมิตร หรือเพื่อนฝูงในสังคมและการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาลดน้อยลง (Balboni, 2007) ทำให้ผู้ป่วยขาดสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกถึงความมีคุณค่าในตนเองลดลง ผลกระทบดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยต้องการการดูแลในทุกมิติอย่างเป็นองค์รวม โดยเฉพาะอย่างยิ่งต้องการการดูแลจากผู้ใกล้ชิด ซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัว (สิริมาศ, 2548)

การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลาม นอกจากคุกคามชีวิตของผู้ป่วยแล้ว ยังส่งผลให้เกิดความไม่สมดุลภายในครอบครัวของผู้ป่วย (Kim, 2007) และมีผลกระทบต่อญาติผู้ดูแล (ชนัญญา, 2550; รวี, 2547; Kim) เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลาม โดยบุคคลในครอบครัว เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลที่ละเอียดอ่อน สลับซับซ้อน และถือเป็น

ภาระที่หนักสำหรับญาติผู้ดูแล เนื่องจากญาติผู้ดูแลเกือบทั้งหมด ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งมาก่อน (ชนัญญา) ทำให้ญาติผู้ดูแลต้องใช้พลังกาย และพลังใจอย่างมากในความพยายามที่จะให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี (ศิริวรรณ, 2548) ญาติผู้ดูแลมักใช้เวลาส่วนใหญ่สำหรับการดูแลผู้ป่วย บางรายใช้เวลาเกือบ 24 ชั่วโมงต่อวัน (ชูชื่น, 2541; Hebat, 2007) ในการดูแลความสุขสบาย การจัดการกับอาการของผู้ป่วย เช่น อาการปวด อาการหายใจหอบเหนื่อย อาการแน่นอึดอัดท้อง อาการคลื่นไส้ อาเจียนจากภาวะโรคและผลข้างเคียงของการรักษา เป็นต้น อีกทั้งการทำกิจวัตรประจำวันแทนผู้ป่วย ซึ่งส่งผลกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิตของญาติผู้ดูแล ทำให้แบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป (พนิตนาฏ, สมจิตต์, และสิรินาถ, 2549; Spichiger, 2009) ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีปัญหาด้านสุขภาพร่างกาย (ชูชื่น; Hebat, 2007) ส่วนปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ เนื่องจากญาติผู้ดูแลประสบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในภาวะโรคและผลของการรักษาของผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดความเครียด วิตกกังวล (สิดารัตน์, 2550) นอกจากนี้ผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามยังต้องมีการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง และยาวนานเข้าออกโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ซึ่งต้องอาศัยความช่วยเหลือจากญาติผู้ดูแล มักส่งผลให้มีปัญหาด้านสังคมและเศรษฐกิจของครอบครัวตามมา (Boston & Mount, 2006) เมื่อการดำเนินของโรคของผู้ป่วยรุนแรงมากขึ้น หรือผู้ป่วยอยู่ในภาวะใกล้ตาย ผู้ป่วยมักมีอาการทรุดหนัก ทุกข์ทรมาน ญาติผู้ดูแลมักรู้สึกถึงการตกอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้ รู้สึกกลัวการสูญเสีย หรือการพลัดพรากจากบุคคลที่รักและผูกพัน ซึ่งส่งผลให้เป้าหมายในชีวิตของญาติผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไป ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง (Lopez, 2009) ญาติผู้ดูแลมักเกิดความรู้สึกอ้างว้าง หมดก่ำลึงใจ สับสน คับข้องใจ (สุนิศา, 2544) รู้สึกผิดที่ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ (Boston & Mount) รู้สึกถึงความทุกข์ทรมานในทุกมิติยิ่งกว่าผู้ป่วย (Lorraine, 2005) ผลกระทบดังกล่าวจะส่งผลให้เป็นอุปสรรคสำหรับญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี (Ogasawara, 2003) สถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีความต้องการการประคับประคองด้านจิตใจ และเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ (ชนัญญา; รวี; วิภา, 2545; ศิริวรรณ)

การเสริมสร้างพลังจิตวิญญาณเป็นการช่วยให้บุคคลค้นพบความมีคุณค่า ความหมายและเป้าหมายในชีวิต มีกำลังใจที่เข้มแข็ง และสามารถเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ได้ (Jones-Cannon, 2005) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับญาติผู้ดูแลในประเทศไทย ยังไม่พบการศึกษาถึงรูปแบบโปรแกรมการช่วยเหลือดูแลด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง จะมีเพียงการศึกษาในระดับเชิงคุณภาพในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเท่านั้น โดยศึกษาถึงการให้ความหมายของการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (วิภา, 2545) ภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง (ชนัญญา, 2550) ความต้องการด้านสุขภาพของญาติผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (รวี, 2547) ความต้องการของ

ญาติผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (ศิริวรรณ, 2548) ผลการศึกษาสรุปได้ว่าญาติผู้ดูแลมีความต้องการการประคับประคองด้านจิตใจ และการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง (ชนัญญา; รวี; วิภา; ศิริวรรณ) ส่วนในต่างประเทศจากการทบทวนวรรณกรรมของคาร์เสส์ (Caress, 2009) พบว่ามีการศึกษาถึงโปรแกรมในการดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง โดยการให้คำปรึกษาแนะนำแนวทางการดูแล และฝึกทักษะให้ญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระ สร้างความรู้สึกมั่นใจในการดูแล และเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้ป่วย แต่ยังคงงานวิจัยที่สนับสนุนการดูแลในด้านจิตวิญญาณ (Harding & Higginson, 2003) เช่นกัน

การมีระบบการดูแลสำหรับญาติผู้ดูแลที่ดี สามารถส่งผลดีต่อผู้ป่วยได้ (Stajdubar, 2008) อย่างไรก็ตามญาติผู้ดูแลมักไม่ได้รับการตอบสนองในการส่งเสริมความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณจากพยาบาล (บุบผา, 2543; รัชชนก, 2552; วรณวรรณ, 2548) แม้ว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีความต้องการด้านจิตวิญญาณไม่แตกต่างจากผู้ป่วย (Taylor, 2003) โดยพบว่าญาติผู้ดูแลมีความต้องการความช่วยเหลือด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง แต่ได้รับการดูแลอยู่ในระดับต่ำ (บุบผา; วรณวรรณ; ศิริวรรณ, 2548) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามและผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ยังขาดความเข้าใจถึงความต้องการและการดูแลสำหรับญาติผู้ดูแล โดยเฉพาะด้านจิตวิญญาณ (สิดาร์ตน์, 2550; Balbani, 2007; Firth, 2006; Hsieh, 2007; Tiew, 2012)

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ เป็นลักษณะภายในของบุคคลที่แสดงออกถึงความสมบูรณ์พร้อมของร่างกายและจิตใจ เป็นพลังอำนาจที่นำไปสู่การมีความหมาย เป้าหมาย และความหวังในการดำเนินชีวิต มีกำลังใจในการเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น (สมพร, 2541) ความผาสุกทางจิตวิญญาณมีส่วนสำคัญในการป้องกันตนเองในภาวะคุกคามเป็นขุมพลังของชีวิตที่ช่วยในการคงไว้ ซึ่งความสมดุลของสภาวะในทุกมิติ และการดำรงชีวิตอยู่ของบุคคล (ทัศนีย์, 2545; Boston & Mount, 2006) ความผาสุกทางจิตวิญญาณของบุคคลมักพบในกลุ่มผู้ปฏิบัติตามหลักในศาสนา (นงเยาว์, 2546; วิไลลักษณ์, 2552; Bjamason, 2009; Lopez, 2009)

หลักธรรมในทางพุทธศาสนาเป็นการดำเนินชีวิตตามทางสายกลาง ในอริยมรรคแปด ประกอบด้วย ศีล สมาธิ และปัญญา การปฏิบัติในหลักของศีล เป็นการดำรงตนด้วยการทำความดี ละเว้นความชั่ว ทำจิตใจให้บริสุทธิ์ละซึ่งกิเลสในจิตใจ เพื่อการดำเนินชีวิตที่ดีงาม เป็นการประพฤติดีทั้งกาย วาจา และใจ ไม่เบียดเบียนผู้อื่น ทำให้จิตใจให้ผ่องใส ส่งผลให้เกิดความสุข สงบจากการทำความดี (สมจิตร์, 2543) การปฏิบัติตามหลักของศีลเป็นพื้นฐานในการเข้าถึงสมาธิที่ดีทำให้บุคคลมีความพร้อมที่จะทำให้อารมณ์มีความสงบและมีสมาธิได้ง่ายขึ้น ซึ่งส่งผลให้บุคคลมีอารมณ์เยือกเย็น มั่นคง เป็นจิตที่เข้มแข็ง มีสติและปัญญาที่สูงขึ้น ซึ่งพัฒนาไปสู่ความสามารถในการใช้กระบวนการคิดที่ทำให้เกิดการรับรู้ที่เป็นไปตามความเป็นจริง (พระธรรมปิฎก, 2542) ทำให้มีความสามารถในการใช้เหตุผล

ในการแก้ปัญหา และสามารถเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ที่เข้ามากระทบกับอารมณ์ความรู้สึกได้ดี (เกษตะวัน, 2544; นงเยาว์, 2546; สุวัฒน์, 2547; อัจฉรา, 2541) ซึ่งเป็นการนำหลักศาสนามาเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ เพื่อให้คลายความวิตกกังวลจากภาวะ และสามารถปล่อยวางจากความทุกข์ที่เกิดขึ้นจากผลกระทบของความเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว ทำให้ญาติผู้ดูแลมีความพร้อมที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและผู้อื่น ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีความสุข สงบ จากการทำความดี มีสมาธิ สติและปัญญา มีความเบิกบานในการทำหน้าที่และการใช้ชีวิต ก่อให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ (เกษตะวัน; สุพิศ, 2549; อัจฉรา) ทำให้ญาติผู้ดูแลมีความพร้อมที่จะยอมรับกับสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นและมีความสามารถในการช่วยส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยได้ในทุกมิติเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเอง จากการปฏิบัติหน้าที่ของผู้วิจัยในหน่วยงานดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวช ระยะลุกลาม ส่วนใหญ่การช่วยเหลือญาติผู้ดูแลเป็นไปในลักษณะของการให้ความช่วยเหลือในการให้ข้อมูล แก้ปัญหาภาวะ หน้าที่และเพิ่มทักษะในการดูแลผู้ป่วย ส่วนการประเมิน และดูแลด้านจิตวิญญาณในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามยังมีน้อย หากญาติผู้ดูแลเผชิญกับปัญหา ดังกล่าวอยู่ในระยะเวลานานจะนำมา ซึ่งปัญหาทางสุขภาพที่เชื่อมโยงกันในทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณ (McClain; Ross, 1995) หากญาติผู้ดูแลได้รับการดูแลให้มีความผาสุกทางจิตวิญญาณ ย่อมนำไปสู่สุขภาพที่ดี (You, 2009) และยังส่งผลดีต่อความสามารถในการดูแลช่วยเหลือตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย และสังคมได้ดี (ทัศนีย์, 2545) มีการดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างผาสุก (Lorraine, 2005; Tang, 2009) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าองค์กรตรวจสอบคุณภาพการรักษายาบาล (The Joint Commission on Accreditation for Health Care Organization) ให้ความสำคัญกับการดูแลด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลเท่ากับผู้ป่วย (Taylor, 2003) และจากการศึกษาพบว่าสถานการณ์ปัจจุบันยังไม่มี การศึกษาถึงรูปแบบการดูแลญาติผู้ดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณพบมีเพียงการศึกษาถึงรูปแบบ โปรแกรมและการพัฒนารูปแบบการช่วยเหลือทางด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วยโปรแกรม การปฏิบัติธรรม (เกษตะวัน, 2544; วรวรรณ, 2547) โปรแกรมการสร้างสัมพันธ์ภาพในครอบครัวผู้ป่วย โรคลดเลือดสมอง (เนตรลาวัณย์, 2548) และการพัฒนารูปแบบการดูแลในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ระยะสุดท้าย (เทวี, 2552)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาและหาแนวทางในการช่วยเหลือญาติผู้ดูแลด้านจิตวิญญาณ โดยการนำหลักพุทธธรรมในเรื่อง กฏไตรลักษณ์ ปฏิจตสมุปบาท และอริยสัจสี่ มาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลเพื่อการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวช ระยะลุกลาม เพื่อให้ญาติผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และญาติผู้ดูแลสามารถ ดำเนินชีวิตต่อไปอย่างมีความหมายและเป้าหมายในชีวิตด้วยความผาสุกทางจิตวิญญาณ

วัตถุประสงค์การวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามในโรงพยาบาลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรม
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามของญาติผู้ดูแลที่ได้รับ โปรแกรมการพยาบาลประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมกับญาติผู้ดูแลที่ได้รับการดูแลจากการพยาบาลปกติ

คำถามการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามหลังได้รับ โปรแกรมการพยาบาลประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมหรือไม่
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามของญาติผู้ดูแลที่ได้รับ โปรแกรมการพยาบาลประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมสูงกว่าญาติผู้ดูแลที่ได้รับการดูแลจากการพยาบาลปกติหรือไม่

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิด 2 แนวคิด คือ หลักพุทธธรรม และความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ

หลักพุทธธรรมประกอบด้วยหลักคำสอน (มัชฌมธรรมเทศนา) และหลักปฏิบัติ (มัชฌิมาปฏิปทา) (พระธรรมปิฎก, 2542) ในหลักคำสอนของพระพุทธองค์ทรงสอนให้ผู้คนรู้จักในเรื่องของ สภาวะธรรมแห่งธรรมชาติ (ไตรลักษณ์) วงจรแห่งทุกข์ (ปฏิจจสมุปบาท) และการดับทุกข์ (อริยสัจสี่) ส่วนหลักปฏิบัติเพื่อการพ้นทุกข์ คือ การปฏิบัติตามอริยมรรคแปด หรือไตรสิกขา ประกอบด้วย ศีล สมาธิ และปัญญา โดยการทำสมาธิอยู่ในศีลทั้งมโนกรรม (คิดดี) วชิกรรม (พูดดี) และกายกรรม (ทำดี) ปฏิบัติตามหลักมงคลสูตร และพรหมวิหารสี่ ให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความมีเมตตา กรุณา มุทิตา อุเบกขา ด้วยความรัก ปราบปราม จิตที่คิดสงสารด้วยต้องการเห็นผู้ป่วยพ้นจากทุกข์ และปล่อยวางจิตให้นิ่ง ทำใจให้เป็นกลางกับความรู้สึกด้านลบที่มากระทบต่อจิตใจ การปฏิบัติตนในหลักของศีล เพื่อความสุข

สงบจากการทำความดี เป็นจิตที่บริสุทธิ์ปราศจากกิเลส ส่งผลให้ง่ายต่อจิตในการฝึกสมาธิ ซึ่งเป็น การตั้งจิตมั่น เพื่อให้เป็นจิตที่นิ่งเย็น มีความมั่นคงทางอารมณ์ เป็นจิตที่สงบ มีพลัง มีสติและเกิดปัญญา ในการไตร่ตรองใคร่ครวญอย่างมีเหตุและผล ส่งผลให้เกิดกระบวนการคิดที่มองเห็นความเป็นจริง ในสังขารของชีวิตตามคำสอนดังกล่าว

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ ด้านตะวันออกตามแนวคิดของแมชีคันสนีย์ (2543) และประเวศ (2543) ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ

1. ความสุขสงบ จากการทำความดี เป็นความรู้สึกเป็นบุญ อิ่มบุญ เป็นภาวะลื่นไพลของความทุกข์ หรือการบีบคั้นทางกาย จิต สังคมและปัญญา มีกิเลสน้อย จากการทำความดีตามหลักของศีล และมีพรหมวิหารสี่

2. การมีสมาธิ สติ และปัญญา เป็นความตื่นตัวต่อหน้าที่ มีความพร้อมอยู่เสมอในการรับรู้ ต่อสิ่งต่างๆ ที่เข้ามาเกี่ยวข้องและตระหนักได้ว่าควรปฏิบัติต่อสิ่งนั้นๆ อย่างไร

3. ความเบิกบานในการทำหน้าที่และการใช้ชีวิต เป็นการเรียนรู้และเบิกบานในทุกย่างก้าว และทุกขณะที่ทำหน้าที่ รู้เท่าทัน ไม่ประมาทหรือขาดสติ มีสติปัญญาในการเข้าใจและแก้ปัญหา

จากการศึกษาพบว่าการดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามส่งผลให้ความผาสุกทาง จิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลทั้ง 3 ด้าน ของญาติผู้ดูแลลดลง ผู้วิจัยจึงนำโปรแกรมการพยาบาลประยุกต์ ใช้หลักพุทธธรรม โดยการปฏิบัติด้วยหลักอริยมรรคแปด คือ ศีล สมาธิ และปัญญาร่วมกับการพยาบาล ในการดูแลทางจิตวิญญาณ เพื่อส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ทางนรีเวชระยะลุกลามโดย

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับญาติผู้ดูแล เปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึก และ บอกเล่าความต้องการการช่วยเหลือ พร้อมรับฟังอย่างตั้งใจ เข้าใจ เห็นใจและเต็มใจให้ความช่วยเหลือ อย่างจริงใจ

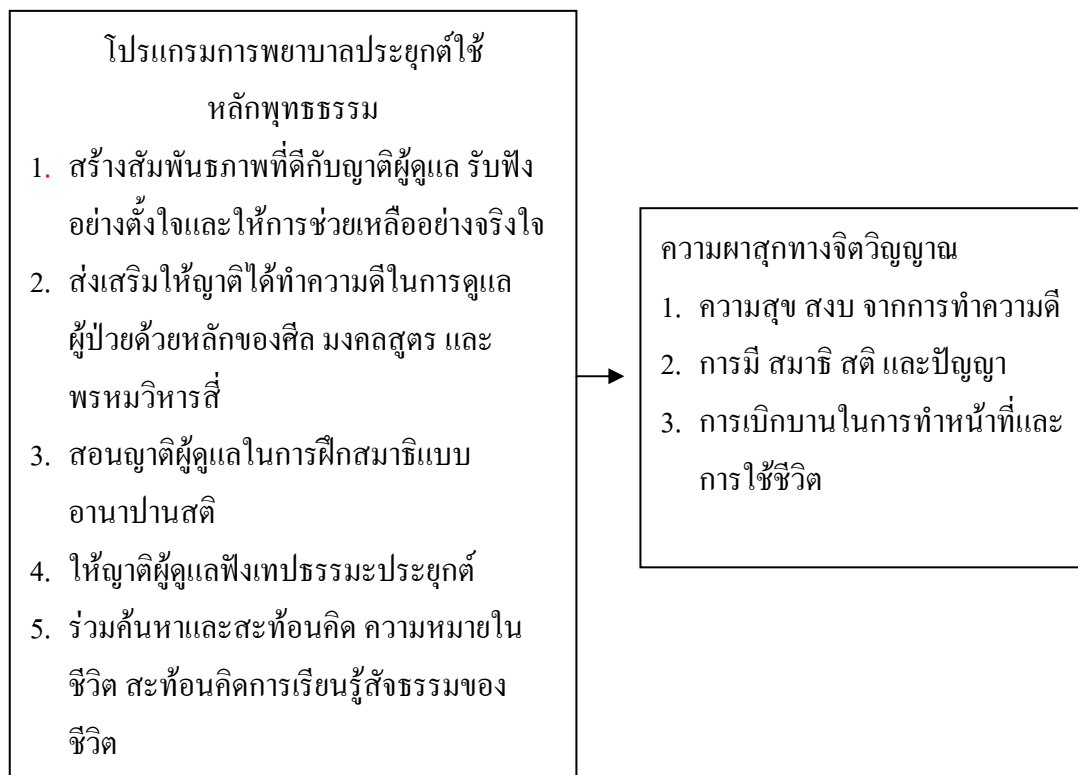
2. ส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วย มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยการทำความดี ในหลักของศีล คิดดี พูดดี และกระทำดี ปฏิบัติตามหลักมงคลสูตรและพรหมวิหารสี่ เพื่อสร้างความรู้สึกร าคุนค่าในตนเอง และความสุขสงบ จากการทำความดี

3. สอนญาติผู้ดูแลในการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ เพื่อความมั่นคงของอารมณ์

4. ให้ญาติผู้ดูแลฟังเทศธรรมะประยุกต์ในเรื่องกฎไตรลักษณ์ ปฏิิจสมุปบาท และอริยสัจสี่ เพื่อการมีสติในการคิดอย่างมีเหตุและผล เกิดปัญญาเข้าใจในสังขารของชีวิต และหนทางในการดับทุกข์

5. ร่วมค้นหา และสะท้อนคิดความหมายในชีวิตของญาติผู้ดูแล ประเมินปัญหาและ ร่วมหาแนวทางแก้ไข และสะท้อนคิดในการเรียนรู้สังขารของชีวิต เพื่อการยอมรับความจริง และ ใช้ชีวิตอย่างมีความหมาย เพื่อความเบิกบานในการทำหน้าที่และการใช้ชีวิต

กรอบแนวคิดในการวิจัยแสดงในรูปแบบภาพ ดังนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนของความสุขทางจิตวิญญาณหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับ

2. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนของความสุขทางจิตวิญญาณสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลจากการพยาบาลปกติ

นิยามศัพท์

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ หมายถึง การรับรู้ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังทางนรีเวชระยะลุกลาม ถึงสภาวะจิตใจที่มีความสุขสงบ จากการทำความดีในหลักของศีล มีสมาธิ สติ ปัญญา และเมตตาบารมีกับการทำหน้าที่และการใช้ชีวิตจากการเข้าใจและยอมรับในธรรมชาติของชีวิตจากการปฏิบัติในอริยมรรคแปด คือ ศีล สมาธิ และปัญญา ประเมินโดยแบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณ ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณของนางเยาว์ (2546)

โปรแกรมการพยาบาลประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรม หมายถึง กิจกรรมการดูแลที่ให้กับญาติผู้ดูแล โดยการประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมเพื่อส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณตามกรอบแนวคิดความผาสุกทางจิตวิญญาณด้านตะวันออกในการช่วยเหลือให้บุคคลเรียนรู้ความจริงเกี่ยวกับธรรมชาติของชีวิตว่ามีลักษณะ คือการเปลี่ยนแปลง ไม่คงที่ และไม่มีตัวยืนที่คงที่ (หลักไตรลักษณ์) มีความสัมพันธ์ในลักษณะที่เป็นเหตุเป็นผลของกันและกัน (หลักปฏิจจสมุปบาท) เพื่อให้เข้าใจอย่างแจ่มชัดถึงธรรมชาติของชีวิตและของตนเอง สามารถนำไปแก้ปัญหของตนเองได้ (อริยสัจสี่) โดยใช้หลักปฏิบัติของไตรสิกขา คือศีล สมาธิ และปัญญา ซึ่งประกอบด้วย 1) สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับญาติผู้ดูแลและรับฟังอย่างตั้งใจ 2) ส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความดีตามหลักศีล มงคลสูตรและพรหมวิหารสี่ 3) สอนญาติผู้ดูแลในการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ 4) ให้ญาติผู้ดูแลฟังเทศธรรมะประยุกต์ในเรื่องกฎไตรลักษณ์ ปฏิจจสมุปบาท และอริยสัจสี่ และ 5) ร่วมค้นหาและสะท้อนคิดความหมาย และเป้าหมายในชีวิตของญาติผู้ดูแล

การดูแลจากการพยาบาลปกติ หมายถึง การที่พยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลให้ความรู้และคำแนะนำ ฝึกทักษะให้แก่ญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังทางนรีเวชระยะลุกลาม

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองชนิดการศึกษาสองกลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมร่วมกับการดูแลจากการพยาบาลปกติต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังทางนรีเวชระยะลุกลามในโรงพยาบาล โดยศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังทางนรีเวชระยะลุกลามในโรงพยาบาลที่นับถือศาสนาพุทธ ในช่วงเดือนมกราคม ถึงธันวาคม พ.ศ. 2555 ในหอผู้ป่วยนรีเวช โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้

ความสำคัญของการวิจัย

โปรแกรมการพยาบาลประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมช่วยเยียวยาและส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยพยาบาลสามารถนำโปรแกรมดังกล่าวไปใช้ในกลุ่มญาติผู้ดูแล เพื่อเพิ่มความผาสุกทางจิตวิญญาณ และเพื่อให้ญาติผู้ดูแลสามารถรับมือกับสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีความสุข นอกจากนี้โปรแกรมการพยาบาลประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมเป็นตัวอย่างของการสร้างนวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเป็นองค์รวม

บทที่ 2

วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวិชาลัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้องซึ่งเป็นเอกสารทางวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งสรุปเนื้อหาไว้ 4 ส่วน โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังทางนรีเวชระยะยะลุกลาม
 - 1.1 ความหมายของมะเร็งเรื้อรังทางนรีเวชระยะยะลุกลาม
 - 1.2 ผลกระทบของมะเร็งเรื้อรังทางนรีเวชระยะยะลุกลามต่อผู้ป่วย
 - 1.3 การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังทางนรีเวชระยะยะลุกลาม
 - 1.4 ผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังทางนรีเวชระยะยะลุกลาม

2. ความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแล
 - 2.1 แนวคิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ
 - 2.2 ความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแล
 - 2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ

3. . การพยาบาลประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมในญาติผู้ดูแล
 - 3.1 การพยาบาลเพื่อการดูแลทางจิตวิญญาณ
 - 3.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ
 - 3.3 แนวคิดหลักพุทธธรรม
 - 3.4 บริบทการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังทางนรีเวชระยะยะลุกลามตามหลักพุทธธรรม
 - 3.5 โปรแกรมการพยาบาลประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรม

4. . สรุปผลการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลาม

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลาม

มะเร็งทางนรีเวช พบอุบัติการณ์เป็นอันดับหนึ่งของมะเร็งในสตรี จากสถิติของหน่วยมะเร็งโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (Songklanagarind Tumor Registry, 2009) สาเหตุที่แท้จริงของโรคมะเร็งยังไม่สามารถพิสูจน์ได้แน่ชัด แต่พบว่าโรคมะเร็งไม่ได้เกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งเพียงอย่างเดียว พบว่าสิ่งที่เป็นสาเหตุและปัจจัยเสริม ได้แก่ รูปแบบการดำเนินชีวิต อารมณ์เครียด กรรมพันธุ์ หรือสารพิษที่เจือปนมากับสิ่งแวดล้อมและอาหาร การสัมผัสกับสารเคมีบางชนิด เช่น ควีนจากท่อไอเสีย สารไฮโดรคาร์บอนในบุหรี่ แร่ใยหิน , สารทางกายภาพ รังสีจากสารกัมมันตภาพรังสี หรือเกิดจากการติดเชื้อไวรัสบางชนิด เช่น ฮิวแมนแพพพิโลมาไวรัส (Human papilloma virus) ในมะเร็งปากมดลูก เป็นต้น (จตุพล, 2547) โรคมะเร็งทางนรีเวชเมื่อเข้าสู่ระยะลุกลามจะมีผลต่ออวัยวะต่างๆ ของร่างกายในทุกกระบบ และส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในระยะลุกลาม (Tasanapitak, 2009) ซึ่งมีการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะต่างๆ ของร่างกายจนทำให้สมรรถภาพในการทำงานของร่างกายลดลง มีผลให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานในทุกมิติ ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยเป็นภาระที่หนักสำหรับญาติผู้ดูแล (ชนัญญา, 2550; ชูชื่น, 2541) ที่จะต้องคอยช่วยเหลือ ประคับประคองให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ (ทองทิพย์, 2551)

ความหมายมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลาม

มะเร็งทางนรีเวช หมายถึง มะเร็งของระบบอวัยวะสืบพันธุ์สตรี ซึ่งเกิดขึ้นตั้งแต่อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก ได้แก่ ปากช่องคลอด ไปจนถึงอวัยวะที่อยู่ลึกเข้าไป ตั้งแต่ช่องคลอด ปากมดลูก โพรงมดลูก รังไข่ ท่อนำไข่ และมะเร็งเนื้อรก มะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลาม หมายถึง มะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่ระยะ 3 ขึ้นไป ซึ่งมีการแพร่กระจายลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลืองและอวัยวะอื่นๆ ของร่างกาย ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งทางนรีเวชอยู่ในระยะ 3 มีอัตราการรอดชีวิตในระยะเวลา 5 ปี ประมาณร้อยละ 50-60 เมื่อโรคลุกลามเข้าสู่ระยะ 4 อัตราการรอดชีวิตจะลดลงเหลือเพียงร้อยละ 10-20 เท่านั้น (Sandra & Wendy, 2001) ระยะของโรคถือเป็นปัจจัยสำคัญต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วย (พวงแก้ว, 2549) และพบว่าโดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชมักเข้ารับบริการสุขภาพเมื่อเข้าสู่ระยะลุกลาม (นภนิศ, 2550; Tasanapitak, 2009)

ผลกระทบของมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามต่อผู้ป่วย

ผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามมักมีความทุกข์ทรมานจากอาการทางกายจากภาวะของโรคที่มีการลุกลามไปยังอวัยวะต่างๆ ในหลายระบบและผลของการรักษาที่ซับซ้อนและค่อนข้างรุนแรง อีกทั้งการรักษาที่ต่อเนื่องและยาวนานมักส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจและจิตวิญญาณ ดังนี้

1. . *ผลกระทบด้านร่างกาย* เกิดจากพยาธิสภาพของโรค เนื่องจากมะเร็งทางนรีเวชในระยะลุกลาม จะมีการแพร่กระจายของมะเร็งไปก่อกับอวัยวะข้างเคียงในช่องเชิงกราน รวมทั้งอาการข้างเคียงที่เกิดจากผลของการรักษา (วสันต์, 2542) อาการต่างๆ ที่พบบ่อย ได้แก่ อาการปวดซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 90 ของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามทั้งหมด (อุมพร, 2551; พนิตนาฏและคณะ, 2549) และอาการเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 80-90 (อุมพร) นอกจากนี้เมื่อมะเร็งมีการลุกลามไปยังอวัยวะต่างๆ มากขึ้นจะส่งผลกระทบต่ออวัยวะนั้นๆ เช่น การแพร่กระจายไปยังระบบทางเดินปัสสาวะ ผู้ป่วยจะมีอาการปัสสาวะเป็นเลือด หรือปัสสาวะไหลตลอดเวลาจากการเกิดรูรั่วของระบบทางเดินปัสสาวะ (วสันต์; อุมพร) หากการกระจายของมะเร็งไปถึงปอด จะพบภาวะมีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด มีการติดเชื้อทางเดินหายใจ มีการอุดกั้นหลอดลม ผู้ป่วยจะมีอาการหอบเหนื่อย หายใจลำบาก นอนราบไม่ได้ (วสันต์) หากมีการแพร่กระจายของมะเร็งเข้าไปในช่องท้องหรือรบกวนการทำงานของตับ จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีน้ำในช่องท้องเกิดภาวะท้องมาน ผู้ป่วยมักมีอาการแน่นอึดอัด นอนราบไม่ได้ รับประทานอาหารได้น้อย การลุกลามของมะเร็งอาจทำให้เกิดการกดเบียดลำไส้จนเกิดการอุดตัน ผู้ป่วยมักมีอาการปวดท้อง อาเจียน และไม่ถ่ายอุจจาระ หรือถ่ายอุจจาระเป็นเลือด (อุมพร) หากการลุกลามของมะเร็งแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองจนส่งผลให้เกิดการอุดตันของต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบ ส่งผลให้ต่อมน้ำเหลืองโตทำให้ขาบวม มีอาการปวดและการเคลื่อนไหวเป็นไปได้ด้วยความยากลำบาก (นิยา, 2545 อ้างตาม อุมพร) นอกจากนี้ผลข้างเคียงจากการได้รับเคมีบำบัด ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เจ็บปาก เคี้ยว หรือกลืนอาหารลำบาก ความรู้สึกของการรับรสชาติอาหารลดลง รู้สึกเบื่ออาหาร ทำให้รับประทานอาหารได้น้อยลง (รติรส, 2552) นอกจากนี้ ยาเคมีบำบัดจะกดการทำงานของไขกระดูก ทำให้เม็ดเลือดขาวต่ำ (ยุพิน, จตุพล, และมรรยาท, 2553) ส่งผลให้เกิดการติดเชื้อในร่างกายได้ง่ายขึ้น มักพบการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ หรือการติดเชื้อทางเดินหายใจ อาการแสดง คือ มีไข้ ซึ่งการติดเชื้อในร่างกายเป็นอาการที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุการตายได้ในที่สุด (วสันต์)

2. *ผลกระทบทางด้านจิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ* การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลาม ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานต่อผู้ป่วยทางด้านร่างกายดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจของผู้ป่วยโดยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหงุดหงิด กระวนกระวาย กังวลว่าอาการจะแย่ลง กังวลเกี่ยวกับความตาย เกิดความรู้สึกเศร้า (พนิตนาฎและคณะ, 2549) อารมณ์เปลี่ยนแปลงได้ง่าย ความอดทนต่อสิ่งกระตุ้นลดลง ประกอบกับความรู้สึกไม่แน่นอนของภาวะโรคและการรักษา ทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล ก้าวร้าว โกรธง่าย (ยุพินและณัฐวรรณ, 2551) มักส่งผลให้เกิดความขัดแย้งกับญาติผู้ดูแลและบุคคลในครอบครัว (นุชจรี, 2541; อุมาพร, 2551) นอกจากนี้การได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่ยาวนานและต่อเนื่อง ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลงทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นหรือครอบครัว และผู้ป่วยมักถูกกล่าวโทษว่าเป็นคนสร้างปัญหาและเป็นภาระของครอบครัว (อมรรัตน์, 2550) ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ไม่อยากต่อสู้กับการเจ็บป่วย (พนิตนาฎ และคณะ) อีกทั้งอาการข้างเคียงจากการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่ส่งผลให้มีอาการผมร่วงส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์ของผู้ป่วย (ยุพินและคณะ, 2553; พนิตนาฎและคณะ) ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่มั่นใจในตนเองที่จะออกไปมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม นอกจากนี้อาการข้างเคียงของเคมีบำบัดที่มีการลดการทำงานของไขกระดูก ซึ่งส่งผลให้จำนวนเม็ดเลือดขาวในร่างกายของผู้ป่วยลดต่ำลงทำให้มีการติดเชื้อในร่างกายได้ง่าย มีผลให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องงดออกไปในที่ชุมชนยังส่งผลให้ผู้ป่วยขาดการติดต่อในสังคม อีกทั้งการติดตามการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจะต้องมีการรักษาที่ต่อเนื่องและยาวนาน ทำให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาและการเดินทางสูง ส่งผลให้เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจในครอบครัว (พนิตนาฎและคณะ)

3. *ผลกระทบด้านจิตวิญญาณ* ผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามมีการดำเนินชีวิตอยู่บนความไม่แน่นอนจากภาวะของโรคและการรักษา ก่อให้เกิดความกลัว มีทั้งกลัวไม่หายขาด กังวลว่าอาการจะแย่ลง กลัวความเจ็บปวด กังวลเกี่ยวกับความตาย และกลัวการเสียชีวิต ความรู้สึกเหล่านี้เป็นปัจจัยก่อให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ (วิไล, 2550) หมดหวังในการต่อสู้กับการเจ็บป่วย ความพึงพอใจกับชีวิตทางเพศของตนเองและ ความรู้สึกถึงคุณค่าในตัวเองลดลง (พนิตนาฎและคณะ, 2549) เมื่อผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามมีความทุกข์ทรมานจากอาการมากขึ้น และเผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้ มักเกิดคำถามถึงความหมายของการเจ็บป่วย ว่าทำไมโรคภัยจึงเกิดขึ้นกับตน ทั้งที่ตลอดชีวิตที่ผ่านมาทำดีเพื่ออะไร เกิดมาทำไม อะไรเป็นเป้าหมายของชีวิตหากหาคำตอบไม่ได้ ไม่ทราบว่าจะมีชีวิตอยู่ไปทำไม เพื่ออะไร ผู้ป่วยมักคิดฆ่าตัวตาย หรือปฏิเสธความตายจนวินาทีสุดท้ายของชีวิต (Breitbart, Rosenfield, & Pessin, 2000; Klepsies, Hhghes, & Gallaccher, 2000) จากการศึกษาของแมคเคลน (McClain, 2003) พบว่าความทุกข์ทรมาน เศร้าหมอง ความรู้สึกสูญเสียความหวัง

สูญเสียความศรัทธาในศาสนา มักส่งผลให้มีการพัฒนาไปสู่ความคิดในการฆ่าตัวตายได้สูงกว่าบุคคลทั่วไป ซึ่งความรู้สึกลึกต่างๆ ดังกล่าวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ

จะเห็นได้ว่าการเจ็บป่วยด้วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลาม ส่งผลกระทบที่ซับซ้อนในทุกมิติ เมื่อมีการดำเนินของโรครุนแรงขึ้น ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยลดลง และมีความต้องการดูแลช่วยเหลือจากญาติผู้ดูแลภายในครอบครัวมากขึ้น และต้องการการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจและจิตวิญญาณ

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลาม

เมื่อการดำเนินของโรคลุกลามและรุนแรงขึ้น ผู้ป่วยจะมีความทุกข์ทรมานจากอาการและผลข้างเคียงของการรักษา ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณก่อให้เกิดความเครียด วิตกกังวล กลัว ท้อแท้ และสิ้นหวัง จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากญาติผู้ดูแลในครอบครัว การดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลาม เป็นภาวะที่หนัก และต้องให้การดูแลที่ต่อเนื่องและยาวนาน ดังนี้

1. *ความสุขสบาย และกิจวัตรประจำวัน* เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร การขับถ่าย และการพักผ่อนนอนหลับ เป็นต้น โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1 ความสะอาดของร่างกาย ผู้ดูแลต้องช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน ดูแลในการทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วย และช่วยเหลือในการทำความสะอาดข้าวของเครื่องใช้ต่างๆ (พนิตนาฏและคณะ, 2549)

1.2 ดูแลเรื่องการรับประทานอาหาร ผู้ป่วยมักรับประทานอาหารได้น้อยลง เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย (ยุพินและณัฐวรรณ, 2551) ผู้ดูแลต้องจัดหาอาหารที่ผู้ป่วยชอบ ย่อยง่าย ที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เช่น อาหารปรุงสุกใหม่ๆ ป้องกันการติดเชื้อ น้ำผลไม้รสเปรี้ยวเพื่อลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน (ยุพินและณัฐวรรณ; อมรรัตน์, 2550) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับอาหารอย่างเพียงพอ

1.3 การพักผ่อน ผู้ป่วยมักนอนไม่หลับเนื่องจากสาเหตุจากอาการปวด หายใจไม่สะดวก ไอ หอบเหนื่อย ต้องขจัดสาเหตุ และดูแลสภาพแวดล้อมให้มีความสงบเหมาะสมกับการพักผ่อน จัดการกับอาการต่างๆ เพื่อความสุขสบายของผู้ป่วย (นิยา, 2545) ช่วยให้ผู้ป่วยนอนหลับได้ดีด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การสวดมนต์ ทำสมาธิ การฝึกการผ่อนคลาย หรือฟังดนตรีเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถพักผ่อนได้เพียงพอ (รติรส, 2552)

2. การจัดการกับอาการ ผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามมักมีอาการที่ซับซ้อนจากการลุกลามของมะเร็งไปยังอวัยวะต่างๆ และเกิดจากผลข้างเคียงของการรักษา ซึ่งต้องได้รับการดูแล ดังนี้

2.1 การจัดการความปวด ความปวดที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามสามารถควบคุมได้ดีเมื่อได้รับยาแก้ปวดอย่างต่อเนื่อง และเป็นวิธีที่ใช้ได้ผลในผู้ป่วยส่วนใหญ่ ซึ่งเป็นยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ เช่น มอร์ฟีน และอาจใช้ยากลุ่มอื่นร่วมด้วย เช่น ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่กลุ่มสเตียรอยด์ และกลุ่มสเตียรอยด์ เป็นต้น (อภิรดี, 2547) ญาติผู้ดูแลต้องใช้เวลาในการคอยดูแลในการให้ยาตามแผนการรักษา และให้ความช่วยเหลือในการควบคุมความปวดในแนวทางของการแพทย์ทางเลือกที่ผู้ป่วยชอบและได้ผลในการลดปวดในผู้ป่วยแต่ละราย เช่น การสัมผัส การนวด เป็นต้น

2.2 การจัดการอาการเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด ญาติผู้ดูแลต้องคอยดูแลเรื่องความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ อีกทั้งยังต้องมีความไวต่อการประเมินและการสังเกตเมื่อมีอาการเลือดออกจำนวนมากผิดปกติ ร่วมกับการสังเกตอาการของระดับเม็ดเลือดที่ต่ำลง เช่น อาการหน้ามืด ใจสั่น เป็นต้น หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ทำให้เลือดออกมากยิ่งขึ้น เช่น การถูของมีคมหรือการใช้แปรงสีฟันที่แข็ง เป็นต้น และคอยสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่แสดงถึงการทำให้เลือดออกเพิ่มขึ้น

2.3 การจัดการอาการหายใจหอบเหนื่อย ญาติผู้ดูแลต้องดูแลจัดท่านอน การเคลื่อนไหว ดูแลให้ได้รับออกซิเจนในปริมาณที่เหมาะสมตามแนวทางการรักษา หลีกเลี่ยงจากปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดอาการหายใจลำบาก ใช้เทคนิคการผ่อนคลาย เช่น สวดมนต์และนั่งสมาธิ ดุทิวี หรือฟังเพลง เป็นต้น (รติรส, 2552)

2.4 การจัดการกับอาการแน่นท้อง ญาติผู้ดูแลต้องดูแลให้ผู้ป่วยสุขสบายด้วยการจัดท่านอนในท่าศีรษะสูง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้น ดูแลการขับถ่าย จัดการไม่ให้มีอาการท้องผูก โดยใช้ยาระบายช่วย (รติรส, 2552) หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดแก๊ส เช่น กะหล่ำปลี เครื่องดื่มผสมโซดา (รติรส) ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการแน่นท้องมากยิ่งขึ้น

2.5 การระบายน้ำปัสสาวะ เนื่องจากมีการเบียดของก้อนมะเร็งในท่อทางเดินปัสสาวะจากการแพร่กระจายของมะเร็งทำให้เกิดการอุดตันในการระบายปัสสาวะ ทำให้ผู้ป่วยปัสสาวะเองไม่ได้ ต้องให้การช่วยเหลือด้วยการใส่สายระบายปัสสาวะจากท่อไต ญาติผู้ดูแลต้องคอยดูแลไม่ให้สายพันหิ้งงอ ดูแลไม่ให้มีการอุดตันหรือเลื่อนหลุด ดูแลให้วางไว้ในตำแหน่งที่ถูกต้อง และระบายน้ำปัสสาวะอย่างถูกวิธี

2.6 การจัดการในการป้องกันการติดเชื้อ สุขภาพของผู้ป่วยที่อ่อนแอและจากการได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่มีผลทำให้ระดับของเม็ดเลือดขาวลดจำนวนลง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการติดเชื้อได้ง่าย อาจมีการติดเชื้อเข้ากระแสเลือด (sepsis) และมีอันตรายถึงขั้นเสียชีวิต การดูแลต้องใช้หลักความสะอาดทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลที่จะนำเชื้อไปสู่ผู้ป่วยได้ ต้องล้างมือบ่อยๆ ก่อน

และหลังสัมผัสผู้ป่วย หลีกเลี่ยงการเผชิญต่อแหล่งที่มีการติดเชื้อ หรือการได้รับเชื้อจากบุคคลอื่น เช่น คนที่เป็นหวัด สถานที่แออัด จัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยให้มีความสะอาด และปลอดโปร่ง ดูแลความสะอาดร่างกายผู้ป่วย เสื้อผ้า ของใช้ และสิ่งแวดล้อมอย่างสม่ำเสมอ หมั่นสังเกตอาการผิดปกติและพบแพทย์อย่างรวดเร็วเมื่อมีอาการไข้

2.7 การจัดการอาการอื่นๆ เช่น อาการชาวม ผู้ดูแลต้องคอยช่วยเหลือในการเคลื่อนไหวร่างกาย และจัดทำให้ผู้ป่วยนอนยกขาสูง

3. . *การดูแลด้านจิตสังคม* ผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลาม จิตใจมักเศร้าหมอง อ่อนแอ ต้องปรับสภาพจิตใจต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยต้องการความสมดุลและความมั่นคงทางจิตใจ การยอมรับ สนับสนุนให้กำลังใจ ให้ความสนใจ (วิไล, 2550) ญาติผู้ดูแลต้องคอยรับฟังเมื่อผู้ป่วยต้องการระบายความรู้สึก อยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย (อรรธยา, 2547) เข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วย ยอมรับการแสดงออกของผู้ป่วยทั้งด้านบวกและด้านลบ อาจให้ฟังเพลงเบาๆ ที่ผู้ป่วยชอบเพื่อให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย ให้ผู้ป่วยฟังบทสวดมนต์ และพูดกับผู้ป่วยในสิ่งที่จะให้ผู้ป่วยมีเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ ไม่ทอดทิ้ง ผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามให้อยู่อย่างโดดเดี่ยว ช่วยให้ผู้ป่วยได้พบปะกับบุคคลที่ผู้ป่วยต้องการพบ และปฏิบัติตามวัฒนธรรมของผู้ป่วย (อรรธยา)

4. . *การดูแลด้านจิตวิญญาณ* ผู้ป่วยมักต้องการสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ทั้งในเรื่องศาสนา และความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น หรือสิ่งเหนือตน เพื่อให้ชีวิตมีความหมายและความหวังที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป ญาติผู้ดูแลต้องให้ความช่วยเหลือให้ผู้ผู้ป่วยได้ประกอบพิธีกรรมทางศาสนา ตามความต้องการของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่นับถือศาสนาพุทธประสานงาน เพื่อเตรียมของและนิมนต์พระมาให้ผู้ป่วย ดูแลให้ผู้ผู้ป่วยได้ทำสังฆทาน ให้ได้รับศีล หรือฟังเทศน์ ให้ระลึกถึงบุญกุศลที่ได้สร้างมา อัญเชิญพระพุทธรูปมาไว้ข้างๆ ผู้ป่วย และให้ผู้ผู้ป่วยไหว้พระด้วยคำสั้นๆ เช่น พุทโธ ชัมโม สังโฆ อรหัง เป็นต้น หรือพูดในเรื่องที่ดั่งใจให้จิตของผู้ป่วยยึดเหนี่ยวสิ่งที่ยึดเหนี่ยวตามความต้องการของผู้ป่วย (พระธรรมปิฎก, 2542) ช่วยเหลือให้ผู้ผู้ป่วยได้ทำในสิ่งที่ต้องการทำเพื่อประสานงานที่ค้างคาใจอยู่ ดูแลให้ผู้ผู้ป่วยได้พบกับบุคคลที่ผู้ป่วยรักและผูกพัน ช่วยเหลือในการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีในครอบครัว (เนตรลาวัณย์, 2548; วิภา, 2545) การยอมรับและให้อภัยซึ่งกันและกัน

ผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลาม

เมื่อบุคคลในครอบครัวมีการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต โดยเฉพาะเมื่อภาวะของโรคมมีความก้าวหน้า และรุนแรงขึ้น ผู้ป่วยจะมีระดับของการพึ่งพาผู้อื่นเพิ่มมากขึ้น ตั้งแต่การช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันลดน้อยลง จนถึงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย (สิริมาศ, 2548) ญาติผู้ดูแลและครอบครัวของผู้ป่วยต้องรับภาระหน้าที่ในการดูแล ซึ่งการดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามเป็นการดูแล

ที่มีความซับซ้อน เป็นภาระหนัก และส่วนใหญ่ญาติผู้ดูแลมักไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน (ชูชื่น, 2541) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของการดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวช ระยะลุกลามต่อญาติผู้ดูแลมีน้อย ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นมีความเหมือนกันเนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่นๆ อย่างรวดเร็ว และมักไม่ตอบสนองต่อการรักษา การดูแลรักษามักให้การรักษาแบบประคับประคอง และให้การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายมากที่สุดและได้รับการตอบสนองตามความต้องการของผู้ป่วย ดังนั้นผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณจึงมีความเหมือนกันซึ่งสรุปได้ ดังนี้

1. *ด้านร่างกาย* การรับพิศชอบในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเป็นบทบาทภาระหน้าที่เกินของญาติผู้ดูแล (ชูชื่น, 2541; รวี, 2547; ศิริวรรณ, 2548; Spichiger, 2009) และมักไม่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแล (สุมานี, 2551) ญาติผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา (Spichiger) ส่วนใหญ่ใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยต่อวันนาน 6-10 ชั่วโมง หรือบางรายเกือบ 24 ชั่วโมง และต้องดูแลเป็นระยะเวลา 1-3 ปี (ชูชื่น; ศิริวรรณ) ทำให้ญาติผู้ดูแลประสบปัญหาการพักผ่อนไม่เพียงพอ นอนไม่หลับ ร่างกายทรุดโทรม ความรู้สึกรับรสอาหารลดลง (Waller, 2004) เบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดความอ่อนเพลีย และเหนื่อยล้า (วิภา, 2545) พบว่าการทำหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกันต่ำลง (Hebat, 2007) ก่อให้เกิดโรคต่างๆ ตามมาภายหลัง เช่น เป็นแผลในกระเพาะอาหาร (ชูชื่น) มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง มีความเสี่ยงต่อปัญหาด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 50 ของบุคคลทั่วไป (Hebat) ส่งผลให้อัตราการตายของญาติผู้ดูแลสูงขึ้นจากโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง การติดเชื้อเรื้อรัง และอุบัติเหตุ (Martikainen & Valkonen, 1996) ซึ่งญาติผู้ดูแลใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วยและเห็นความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยมาก่อนเสมอ จนลืมนึกถึงสุขภาพของตนเอง (รวี; วิภา; ศิริวรรณ) ในบางครั้งญาติผู้ดูแลไม่สามารถทิ้งผู้ป่วยเพื่อไปรับการตรวจรักษาได้ ส่งผลให้สุขภาพของญาติผู้ดูแลไม่ได้รับการดูแลที่ดี และมีภาวะสุขภาพที่แย่ลง ผู้ดูแลมักตกอยู่ในสภาพของผู้ป่วยซ่อนเร้น (Lubkin & Lorsen, 1998) และต้องการความช่วยเหลืออย่างสูง (สุนิศา, 2544)

2. *ด้านจิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ* ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามมักมีสุขภาพจิตที่แย่กว่าบุคคลทั่วไป (Lubkin & Lorsen, 1998) เนื่องจากบทบาทภาระหน้าที่เกิน ส่งผลให้เกิดความเครียด วิตกกังวล อีกทั้งมีความรู้สึกกลัวการพลัดพราก และการสูญเสียผู้ป่วย (วิภา, 2545) มีความรู้สึกในด้านลบของชีวิต (Iconomou, 2001 as cited in Kitrungrrote, 2006; Northouse, 2000) รู้สึกสิ้นหวังหมดกำลังใจ (วิภา) เกิดความไม่แน่ใจและยากที่จะคาดการณ์ได้ว่าจะสามารถดูแลผู้ป่วยได้ดีเพียงใด เนื่องจากไม่มีประสบการณ์ในการดูแล (ชูชื่น, 2541; ศิริวรรณ, 2548) ในระหว่างการดูแลผู้ป่วย

ญาติผู้ดูแลเป็นผู้ที่รับรู้ปฏิบัติการของผู้ป่วยและต้องเผชิญกับสภาพอารมณ์ของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงได้ง่าย (ชนัญญา, 2550) อีกทั้งญาติผู้ดูแลยังถูกคาดหวังจากญาติในครอบครัวในการช่วยเหลือผู้ป่วย ต้องคอยให้ข้อมูลแก่ญาติๆ ในครอบครัวและรองรับอารมณ์ความไม่เข้าใจถึงสถานการณ์ที่ไม่สามารถช่วยเหลือในการฟื้นฟูหายของผู้ป่วยจากภาวะของโรค (Boston & Mount, 2006) ก่อให้เกิดความคับข้องใจ และรู้สึกผิดที่ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ (Hert, 1993; Oberst, Thomas, Gass, & Ward, 1989) อีกทั้งการแสดงออกถึงความรู้สึกต่างๆ ได้น้อยลง เนื่องจากกลัวผู้ป่วยเสียใจและกลัวว่าตนจะทำให้ผู้ป่วยมีความเครียดเพิ่มมากขึ้น จึงทำให้ญาติผู้ดูแลต้องเก็บกอดความรู้สึกที่แท้จริงของตนไว้ ไม่สามารถระบายความรู้สึกได้ (Stajduhar, 2008) ทำให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลาม ต้องใช้ความพยายาม และความอดทนอย่างมากในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย มักเป็นความยากลำบากในการจัดการกับความรู้สึกที่เกิดขึ้น (Lorraine, 2005) ในบางครั้งเมื่อความอดทนถึงที่สุดญาติผู้ดูแลมักมีการแสดงอารมณ์รุนแรง ขัดแย้งกับผู้อื่นได้ง่ายขึ้น ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีปัญหาทางด้านจิตใจมากยิ่งขึ้น (Hsieh, 2007)

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลาม เป็นภาระที่ต้องให้การดูแลที่ต่อเนื่องและยาวนาน (ชูชื่น, 2541) และนับวันอาการของผู้ป่วยจะยิ่งแย่งลง ในระยะแรกญาติผู้ดูแลอาจได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวแต่เมื่อระยะเวลาในการดูแลผ่านไปนานมากขึ้น ด้วยภาระหน้าที่ ครอบครัวมักให้ความช่วยเหลือและเอาใจใส่น้อยลง ผลักภาระการดูแลให้ญาติผู้ดูแลเพียงลำพัง ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลรับภาระหนัก ไม่สามารถแบ่งเวลาในการทำหน้าที่หลายๆ อย่างในขณะเดียวกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่มีเวลาเป็นส่วนตัว (วิภา, 2545) การมีส่วนร่วมในบทบาทและสัมพันธ์ภาพในครอบครัวลดลง (Schaler, 2006) เกิดความขัดแย้งในครอบครัวได้ง่าย ขาดการปฏิสัมพันธ์ในสังคม ญาติพี่น้องเพื่อนฝูง ขาดการติดต่อญาติพี่น้องเพื่อนฝูงมักกลัวและกังวลในการมาเยี่ยมเยียน เนื่องจากไม่แน่ใจในแนวทางหรือวิธีที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล (Boston & Mount, 2006) ทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้งต้องรับภาระโดยลำพัง (ศิริวรรณ, 2548; สุมานี, 2551) นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลไม่สามารถดำเนินชีวิตและประกอบอาชีพได้ตามปกติ (Hebat, 2007) ญาติผู้ดูแลบางรายต้องลาออกจากงาน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วย ทำให้ขาดรายได้ประจำ ทำให้รายได้ลดลงต้องนำเงินเก็บมาใช้ (วิภา) อีกทั้งญาติผู้ดูแลต้องรับผิดชอบเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายในครอบครัว มีค่าใช้จ่ายสูงขึ้น ในขณะที่ต้องหยุดงาน ขาดรายได้ และมีหนี้สิน (สุมานี) จากการศึกษาของชูชื่น (2541) พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มของครอบครัว เศรษฐกิจไม่ดี และมีหนี้สินถึงร้อยละ 54

3. *ด้านจิตวิญญาณ* การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามเป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วยและความไม่แน่นอนจากภาวะโรคและผลของการรักษา ทำให้ญาติผู้ดูแลมี

ความรู้สึกกลัวการสูญเสียสิ่งที่มีคุณค่า คือ การสูญเสียบุคคลที่ตนรัก ซึ่งเป็นความความทุกข์ทรมานทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแล (Carson, 1997; Hsieh, 2007) การพลัดพรากจากบุคคลที่รัก ก่อให้เกิดความรู้สึกสูญเสีย เป้าหมายในชีวิต ความมีคุณค่าในตนเองลดลง (Lopez, 2009) รู้สึกท้อแท้ไม่ยอมทำอะไร ยากยอมแพ้ทุกอย่าง (Boston & Mount, 2006) มักมีความรู้สึกอ้างว้าง โดดเดี่ยว สับสน และสิ้นหวัง (สุริรัตน์, 2541) และจากการต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้ญาติผู้ดูแล รู้สึกเหมือนเก็บตัวอยู่ในห้องขัง (Boston & Mount) ไม่มีเวลาในการปฏิบัติกิจทางศาสนาตามความเชื่อและศรัทธา การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และสิ่งแวดล้อมลดลง ญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกไม่มั่นคงทางจิตใจ เกิดคำถามเกี่ยวกับความหมายในชีวิต ความศรัทธาในหลักศาสนาลดลงส่งผลให้ความผาสุกทางจิตวิญญาณลดลง (Axelsson, 1998 as cited in Kitrungrote, 2006; Boston & Mount; Hebat, 2007; Hsieh; Northouse, 2005)

จะเห็นว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามได้รับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยเป็นผลจากความสัมพันธ์กับตนเอง ผู้อื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งเหนือตนลดลง ประกอบกับความรู้สึกไม่มั่นคงในชีวิต ไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ จึงเป็นผลกระทบในทุกมิติทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณ ซึ่งมีผลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลและส่งผลให้ญาติผู้ดูแล มีความต้องการการช่วยเหลือสนับสนุนทางจิตวิญญาณจากพยาบาลอยู่ในระดับสูง

ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลาม

แนวคิดเกี่ยวกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ (spiritual well-being) เป็นลักษณะภายในของบุคคลที่แสดงออกเมื่อมีประสบการณ์ที่สมบูรณ์ในตนเอง (สมพร, 2541; Hermann, 2001) ซึ่งเป็นความสมบูรณ์พร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ จิตวิญญาณเป็นจิตขั้นสูง ที่ลดความเห็นแก่ตัว เป็นจิตที่เห็นแก่ผู้อื่น จิตที่เข้าถึงสิ่งสูงสุดคือนิพพานหรือพระเจ้า และเป็นองค์ประกอบหนึ่งของสุขภาพ เป็นสภาวะที่สมบูรณ์ทั้งกาย ใจ สังคมและจิตวิญญาณ จิตวิญญาณควบคุมคนให้ดำเนินชีวิตอย่างรอบคอบ พบกับความสุขแท้จริงและประสบความสำเร็จในชีวิตเป็นแก่นของชีวิตที่ผสมผสาน แทรกซึมอยู่ในมิติของกาย จิต และสังคม (ประเวศ, 2543) เป็นพลัง (McClain, 2003) และแรงขับเคลื่อนสูงสุดของชีวิต ที่ทำให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้เป็นอย่างดี ผู้ที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณ จะแสดงออกถึงการมีความหวัง ความไว้วางใจ การให้อภัย การอโหสิกรรม รวมทั้งการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต มีความรู้สึกอิ่มเอิบและกลมกลืน ต่อเนื่องกับตนเอง ธรรมชาติ และจักรวาล มีความสุขในการมีชีวิตอยู่ตลอดเวลา (วรรณวิสาข์, 2544; ประเวศ, 2543) มีกำลังใจในการเผชิญกับสิ่งต่างๆ

ในชีวิต สามารถยอมรับความจริงในการเจ็บป่วย และความตายได้อย่างเหมาะสม และยังส่งผลต่อการฟื้นฟูหรือการสร้างสมดุลในร่างกาย (สมพร) ในภาวะปกติ บุคคลส่วนมากจะไม่มีการแสดงออกของภาวะจิตวิญญาณ แต่เมื่อเกิดภาวะวิกฤตในชีวิต เช่นการเจ็บป่วย อยู่ในภาวะใกล้ตาย หรือภาวะสูญเสียสิ่งที่มีค่าหรือสำคัญที่สุดในชีวิต จะส่งผลให้มีการแสดงออกของภาวะจิตวิญญาณที่ชัดเจนขึ้น (นงเยาว์, 2546) เพื่อช่วยให้บุคคลมีความพร้อมที่จะเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงสุขภาพทางจิตวิญญาณที่มีความผาสุกจะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญต่อเหตุการณ์วิกฤตในชีวิต ได้ดี แม้มีความบกพร่องในด้านอื่นๆ (ปิยะฉัตร, 2544; McClain)

ดังนั้น ความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นสภาวะที่บุคคลมีความสมบูรณ์พร้อมของร่างกาย จิตใจ และสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างดี ภาวะที่มีความสมบูรณ์บุคคลจะรู้สึกมีความสุขในการมีชีวิต เข้าใจในจุดมุ่งหมาย และความหมายของชีวิต มีความพึงพอใจและรู้สึกว่าชีวิตมีค่ามีความหมายอย่างแท้จริง สามารถเผชิญกับวิกฤตในชีวิตได้อย่างเหมาะสม

ความผาสุกทางจิตวิญญาณตามแนวคิดตะวันออก แบ่งออกเป็น 3 ด้าน (ประเวศ, 2543; สันสนีย์, 2543) ได้แก่

1. *ความสุขความสงบที่เกิดจากความดี ความไม่เห็นแก่ตัว และมีพรหมวิหารสี่* ความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นภาวะที่สิ้นไปของความทุกข์หรือการบีบคั้นทางกาย จิต สังคมและปัญญา เป็นความสุขที่ลึกและยิ่งกว่าสุขอื่นๆ ไม่มีความเห็นแก่ตัว ผ่อนคลาย ไม่เครียด มีความปิติ เช่น ความรู้สึกเป็นบุญ อิ่มบุญ ปลื้มใจ ความรู้สึกดังกล่าวเกิดขึ้นหลังจากการทำความดี หรือมีกิเลสน้อย มีพรหมวิหารสี่

ความดีต่างๆ คือ บุญกิริยาวัตถุสิบ ได้แก่ ทาน ศีล ภavana ขวนขวายในกิจที่ชอบ เคารพบุคคลที่ควรเคารพหรืออ่อนน้อมถ่อมตน อุทิศกุศล อนุโมทนาบุญ ฟังธรรม ให้ธรรม และทำความเห็นให้ถูกต้อง

ความไม่เห็นแก่ตัว หรือการมีกิเลสน้อย ได้แก่ ความไม่มีความโลภ ความโกรธ ความหลง เพราะกิเลสทำให้จิตใจเศร้าหมอง คิดในทางที่ผิด และชักนำไปในทางที่ผิด (ประเวศ, 2543)

พรหมวิหารสี่ ประกอบด้วย เมตตา หมายถึง ความรัก ไมตรี ความปรารถนาดี ความเห็นอกเห็นใจ ต้องการสร้างเสริมประโยชน์สุขแก่เพื่อนมนุษย์และสัตว์ทั้งหลาย ความกรุณา หมายถึง ความสงสาร ต้องการช่วยเหลือให้ผู้อื่นพ้นจากความทุกข์ มุทิตา หมายถึงความพลอยยินดี มีใจเบิกบานเมื่อผู้อื่นอยู่ดีมีสุขและเจริญอกงามประสบความสำเร็จ ยอมรับและชื่นชมยินดี อุเบกขา หมายถึง ความมีใจกว้างวางจิตเรียบสงบ สม่่าเสมอ เทียงตรงดุจตราขึง

2. *การมีสติ สมาธิ และปัญญา* โดยสติหมายถึง ความระลึกได้ ความระมัดระวัง ความตื่นตัวต่อหน้าที่ มีความพร้อมอยู่เสมอในการรับรู้ต่อสิ่งต่างๆ ที่เข้ามาเกี่ยวข้องและตระหนักว่าการ

ปฏิบัติต่อสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม (พระธรรมปิฎก, 2542) สมาธิ หมายถึง ความตั้งมั่นของจิต หรือภาวะที่จิตแน่วแน่ต่อสิ่งที่กำหนด ไม่ฟุ้งซ่าน ฝึกจิตให้มีสมาธิจะทำให้จิตมีความแข็งแรง มีพลังสงบ ปลอดภัย หลุดออกจากสิ่งบังคับ บีบคั้น มีอิสระ ตื่น เบิกบาน นุ่มนวลควรแก่การทำงาน เหมาะแก่การใช้ งานและพร้อมที่จะใช้ปัญญา (พระธรรมปิฎก) เมื่อเกิดการเจ็บป่วยจิตที่มีสมาธิจะไม่ป่วยด้วย เมื่อมีความทุกข์ทางใจ สมาธิจะช่วยให้จิตผ่อนคลาย เกิดความสงบ ทำให้ใจสบายและมีความสุข จิตที่ เข้มแข็งจะช่วยบรรเทาความเจ็บป่วยทางกายให้ทุเลาลง (พุทธทาสภิกขุ, ม.ป.ป.) ปัญญา หมายถึง การรู้ ความจริง การเข้าถึงความจริงจนลดละความเห็นแก่ตัว มีปัญญา และใช้ปัญญาเข้าถึงสิ่งสูงสุด (ประเวศ, 2543) ปัญญาเป็นคุณธรรมที่ประเสริฐสูงสุด สามารถมองเห็นความเป็นจริง รู้จักและเข้าใจถึง ความจริงระดับสูงสุด เข้าใจชีวิตและโลกตามความเป็นจริง มองเห็นว่าชีวิตมนุษย์ การเกิด แก่ เจ็บ และตาย เป็นธรรมดาของทุกชีวิตไม่อาจหลีกเลี่ยง ทุกสิ่งทุกอย่างอยู่ภายใต้กฎไตรลักษณ์ทั้งสิ้น ได้แก่ ความไม่เที่ยงแท้ ความแปรเปลี่ยน และหาตัวตนไม่ได้ การอยู่อย่างประสานกับธรรมชาติ เป็น การอยู่อย่างอิสระ ไม่ตกอยู่ภายใต้อำนาจกิเลส เป็นการอยู่อย่างไม่มียึดมั่น ถือมั่น (พระธรรมปิฎก)

3. . ความรู้สึกเบิกบานกับการทำหน้าที่และการใช้ชีวิต รู้ตื่นและเบิกบานในทุกย่างก้าวและ ทุกขณะที่ทำหน้าที่ รู้เท่าทัน ไม่ประมาทหรือขาดสติ มีสติปัญญาในการแสพทั้งทางหู ตา จมูก ลิ้น กายและใจ จะทำให้ชีวิตงอกงาม งดงาม รักษาสุขภาพทางกายและทางจิตวิญญาณให้มีความสมดุล มีการใช้ชีวิตอย่างมีความหมายและมีคุณค่า ความหมายของชีวิต (meaning of life) เป็นส่วนสำคัญ ในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าและมีความหมายด้วยความหวัง ที่จะทำใ้บุคคลรู้สึกเบิกบานกับการทำหน้าที่ และการใช้ชีวิต พิรเทพ (2547) กล่าวว่า มนุษย์ล้วนมีชีวิตอยู่เพื่ออะไรบางสิ่ง หรือใครบางคน ซึ่งหมายถึง ความหมายชีวิตของคนผู้นั้น คนเราจะมีชีวิตอยู่อย่างแท้จริง ก็ต่อเมื่อรู้ว่าต้องมีชีวิตอยู่เพื่ออะไร และได้ใช้ชีวิตอย่างมีจุดหมาย ความหมายชีวิตประกอบด้วยคุณค่า 3 ประการ (existential values) ได้แก่ 1) คุณค่าการสร้างสรรค์ เช่น การทำงานหรือกิจกรรมบางอย่างด้วยความมุ่งมั่นทุ่มเท ด้วยความต้องการ ของตนเองอย่างแท้จริง 2) คุณค่าประสบการณ์ จากสัมพันธภาพที่ีระหว่างเพื่อนมนุษย์ เช่น ความรัก ความศรัทธา มโนธรรม คุณงามความดี และสัจธรรม เป็นต้น และ 3) คุณค่าโลกทัศน์ คือ การมองโลก อย่างมีความหมาย ถือเป็นกุญแจสำคัญในการค้นพบความหมายชีวิต โดยเป็นทักษะทางบวก ที่ยกระดับ ชีวิตมนุษย์ออกจากด้านลบ การมองโลกอย่างมีความหมายเป็นองค์ประกอบสำคัญที่สุดของความเข้มแข็ง ในการมองโลก และช่วยให้มนุษย์ยืนหยัดต่อชะตากรรมอย่างองอาจ และเข้มแข็งถึงแม้จะตกอยู่ใน สถานการณ์ที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้

จากการศึกษาของวัลภา (2547) เรื่อง สุขภาพทางจิตวิญญาณของคนไทย พบว่าคนไทยรับรู้ ถึงสุขภาพทางจิตวิญญาณแบ่งเป็น 3 ประเด็น คือ 1) การมีสิ่งยึดเหนี่ยวในชีวิต หมายถึง สิ่งยึดเหนี่ยว ที่มีความหมายเกี่ยวข้องกับศาสนา พลังอำนาจที่เหนือธรรมชาติ และบุคคล ส่งผลให้มีความสุข สงบ

และปลอดภัยในชีวิต 2) การมีความสุขในชีวิต หมายถึง ความรู้สึกอิ่มเอมใจในชีวิตที่เกิดจากมีความพอใจในชีวิต ทั้งในชีวิตส่วนตัว ครอบครัว และทางสังคม ขณะที่การมีชีวิตที่มีความหมาย เกิดจากการมีความรู้สึกมีคุณค่า และความภาคภูมิใจในตนเอง และ 3) การมีพลังที่จะมีชีวิตอยู่ หมายถึง มีพลังทางบวกที่ทำให้คนสามารถที่จะดำรง และดำเนินชีวิตต่อไปได้ เป็นผลจากการมีความต้องการที่จะมีชีวิตอยู่และมีความสามารถในการจัดการกับปัญหาในชีวิต แสดงให้เห็นได้จากการมีกำลังใจ มีความเข้มแข็งภายในตนเอง มีความหวัง และมีการวางแผนในอนาคต สามารถเผชิญกับปัญหาและปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้

จากการทบทวนวรรณกรรมแสดงให้เห็นว่าองค์ประกอบของความผาสุกทางจิตวิญญาณ แนวคิดตะวันออก และของคนไทย มีความสอดคล้องและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ดังนั้น ความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นองค์ประกอบของบุคคลที่มีจิตใจที่มีความสุข สงบ บริสุทธิ์ปราศจากกิเลสจากการทำความดี จิตที่สงบ ตั้งมั่นจากการมีสมาธิ ทำให้จิตมีพลัง และปัญหาที่ทำให้มองเห็นความจริงของชีวิต ทำให้สามารถใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่าและมีความหมายส่งผลให้มีความเบิกบานกับการทำหน้าที่และการใช้ชีวิต

ความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลาม

จากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลาม อย่างไรก็ตามการดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลาม ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีความผาสุกทางจิตวิญญาณลดลง องค์ประกอบของความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลได้รับผลกระทบอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสามารถอธิบายได้ตามรายละเอียด ดังนี้

1) .*ความสุข สงบที่เกิดจากการทำความดี* ความรู้สึกมีความสุข สงบ ไม่เห็นแก่ตัวลดลง และการมีพรหมวิหารสี่เกิดขึ้นได้อย่างยากลำบากมากขึ้น เนื่องจากผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลาม ซึ่งก่อให้เกิดปฏิกิริยาในด้านลบต่อญาติผู้ดูแลมากขึ้นดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น (ชนัญญา , 2550; ศิริวรรณ, 2548) การมีความเมตตา กรุณา มุทิตา อุเบกขา ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งถือเป็นแรงจูงใจในการทำความดีและมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น (ศิริวรรณ) ลดลง เนื่องจากความเครียด วิตกกังวล และการเก็บกดความรู้สึกของญาติผู้ดูแลในระยะเวลานาน ส่งผลให้เกิดอารมณ์และความขัดแย้งกับผู้ป่วย บุคคลอื่นและคนในครอบครัวได้ง่ายขึ้น ทำให้ญาติผู้ดูแล ต้องการการเห็นใจ ต้องการกำลังใจ การปลอบใจ เพื่อคงความสามารถในการดูแลผู้ป่วย (รวี, 2541; ศิริวรรณ; Shin, 2009) และยังต้องการการให้อภัยจากผู้ป่วยในการกระทำที่ไม่สมเหตุสมผล ต้องการ การให้และรับความรักจากบุคคลอื่น (ศิริวรรณ) ต้องการพูดคุยเกี่ยวกับภาวะทางจิตวิญญาณ การทบทวนเกี่ยวกับความเชื่อ ศรัทธาในศาสนา (ศิริวรรณ; Narayanasamy, 1995; Shin) เนื่องจากการมี

ส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาลดลง เกิดความสงสัยในสิ่งที่ตนเคยศรัทธาในศาสนา ซึ่งเป็นผลจากการที่ญาติผู้ดูแลมีความผาสุกทางจิตวิญญาณลดลง (Axelsson, 1998 as cited in Kitrungrote, 2006; Hebat, 2007; Hsieh, 2007; Northouse, 2005)

2) .*การมีสติ สมาธิ และปัญญา* ความระมัดระวัง ตื่นตัวต่อหน้าที่ มีความพร้อมอยู่เสมอในการรับรู้ต่อสิ่งต่างๆ ที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับลดลง ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังทางนรีเวชระยะลุกลามรับรู้ถึงความรู้สึกไม่แน่นอนของโรคและการรักษา และสถานการณ์ต่างๆ ที่ไม่สามารถควบคุมได้ ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกในด้านลบของชีวิต (Northouse, 2005) หดกำลังใจ ท้อแท้ สิ้นหวัง (สุริรัตน์, 2541; Boston & Mount, 2006) มองไม่เห็นปัญหา หรือความทุกข์ที่เกิดขึ้น ไม่สามารถแก้ไขสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีความต้องการ การปฏิบัติกิจทางศาสนา การสวดมนต์ นั่งสมาธิ ฝึกสร้างจินตนาการ เพื่อการผ่อนคลาย เพื่อความสงบภายในจิตใจ (นงเยาว์, 2546; เพ็ญแข, 2552) และความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ที่กำลังเผชิญ ญาติผู้ดูแลยังต้องการการรับรู้ความเป็นจริงของชีวิต (รวี, 2541; ศิริวรรณ, 2548) และการคงไว้ซึ่งความหวังในอนาคต (Narayanasamy, 1995; รวี;) ซึ่งถือเป็นแรงจูงใจในการดำรงอยู่และการดำเนินชีวิตที่มีความหมายและเป้าหมายต่อไป เป็นผลมาจาก การลดลงของความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลลดลง

3) .*ความรู้สึกเบิกบานกับการทำหน้าที่และการใช้ชีวิต* การทำให้ชีวิตงอกงาม และงดงามเปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังทางนรีเวชระยะลุกลาม ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกกลัวการพลัดพรากจากบุคคลที่เคยผูกพัน ผู้ซึ่งเคยมีส่วนร่วมในการสร้างฝันและเป้าหมายในชีวิตร่วมกัน การรู้สึกสูญเสียเป้าหมายในชีวิตที่เคยมีความหมาย (Boston & Mount, 2006) ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลขาดความมั่นคงทางจิตใจ และมักเกิดคำถามเกี่ยวกับความหมายในชีวิต การมองเห็นความเจ็บป่วยและความไม่แน่นอนของการรักษา สถานการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้ ทำให้ความรู้สึกเบิกบานกับการทำหน้าที่ และการใช้ชีวิตลดลง จากการศึกษาพบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มักมีความต้องการการค้นหาคำหมายของชีวิต (Lopez, 2009; McDonald, 2004) ต้องการการรับรู้เกี่ยวกับความรู้สึกสูญเสีย (Sherman, 2005) ต้องการการมองโลกในแง่ดี (สุพิศ, 2549; Buck, 2008; Stajduhalar, 2008; Taylor, 2006) ซึ่งเป็นการแสวงหาความผาสุกทางจิตวิญญาณ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ เป็นความสัมพันธ์กับ ตนเอง ผู้อื่น พระเจ้า และธรรมชาติ จากการศึกษา พบว่ามีการศึกษามาแล้วในผู้ป่วยและบุคคลทั่วไป แต่ยังไม่พบการศึกษาในญาติผู้ดูแล และพบว่าบุคคลจะมีความผาสุกทางจิตวิญญาณขึ้นอยู่กับปัจจัยที่สำคัญ ดังนี้

1. *อายุ* บุคคลในวัยต่างๆ จะมีพัฒนาการทางจิตวิญญาณต่างกัน ผู้สูงอายุจะมีความเชื่อมั่นในจิตวิญญาณมากกว่าคนที่อายุน้อยกว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณจะทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีความศรัทธาในพุทธศาสนาอยู่ในระดับมาก และมีการเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับสูง (วิจิตรา, 2550; อุไรวรรณ, 2543) ยังพบอีกว่าผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดมีคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยรวมอยู่ในระดับสูง (นงเยาว์, 2546)

2. *เพศ* เพศหญิงจะมีการปรับตัวตามหน้าที่ดีกว่าเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วัยที่มากขึ้น เนื่องจากเพศชายจะเฉื่อยชาแต่ผู้หญิงจะมีบทบาทมากขึ้น ทำให้การมีความหมายในชีวิตเด่นกว่าเพศชาย (ธนัญญา, 2545) แต่จากการศึกษาของสมพร (2541) พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะจิตวิญญาณ

3. *สถานภาพสมรส* เป็นปัจจัยที่ช่วยให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณการมีคู่สมรสทำให้รู้สึกถึงความเป็นปีกแผ่นมั่นคง มีคนคอยให้คำปรึกษาหรือคอยดูแลซึ่งกันและกัน โดยเฉพาะเมื่อต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตในชีวิตทำให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข (ธนัญญา, 2545) และมีความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณเพราะมีพื้นฐานของความรัก และความเข้าใจกัน (สุภาวดี, 2547) จากการศึกษาของบุบผา (2536) พบว่าคู่สมรสจะคอยให้กำลังใจ ให้ความรักและช่วยในการปฏิบัติภารกิจที่ให้ความหมายของชีวิต และคู่สมรสเป็นบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือในการตอบสนองความต้องการทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุโรคมะเร็ง

4. *ระดับการศึกษา* ผู้มีระดับการศึกษาสูงจะส่งเสริมให้มีภูมิปัญญา ทำให้สามารถมองเห็นมุมมองทั้งทางโลกและทางธรรม ทำให้สามารถควบคุมการตัดสินใจ มีกระบวนการคิดและทักษะในการแก้ปัญหา มีผลต่อพฤติกรรมที่จะนำไปสู่พัฒนาการทางจิตวิญญาณ มีแนวทางในการให้ความหมายในการดำเนินชีวิตที่ดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาดำกว่า (สมพร, 2541) และระดับการศึกษามีสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะเหนือตนเอง ซึ่งเป็นมิติหนึ่งของความผาสุกทางจิตวิญญาณ (สายพิน, 2539)

5. *สัมพันธภาพในครอบครัว* เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วย ความผูกพันใกล้ชิดกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว มีความรัก ความเข้าใจ การช่วยเหลือประคับประคอง ก่อให้เกิดการดูแลกันด้วยความเอื้ออาทร (รุจา, 2535) ความรัก ความเข้าใจในครอบครัวเมื่อถึงคราวเจ็บป่วยเป็นหนทางในการสร้างจิตวิญญาณของบุคคล ทำให้มีความรู้สึกมั่นคงในชีวิต เกิดพลังใจในการเผชิญกับการเจ็บป่วยหรือสถานการณ์ที่คุกคามต่อชีวิต ทำให้มีความหวังในการดำเนินชีวิตอยู่ต่อไป (นงเยาว์, 2546) จากการศึกษาของสมพร (2541) พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะจิตวิญญาณในผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลและสัมพันธภาพในครอบครัวยังสามารถทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 52 (อุไรวรรณ, 2543) และยังพบอีกว่าสัมพันธภาพในครอบครัวมีผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เนตรลาวัณย์, 2548)

6. . *ความศรัทธาในศาสนา* การนำหลักศาสนาปฏิบัติ วัฒนธรรม และความเชื่อ ศาสนาเป็นส่วนหนึ่งของจิตวิญญาณ และสำคัญต่อชีวิตมนุษย์ ศาสนาช่วยให้เข้าใจธรรมชาติของชีวิต เข้าใจตนเอง การมีศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจมีหลักธรรมคำสอนของศาสนาเป็นเครื่องชี้แนวทางปฏิบัติในการดำเนินชีวิตจะทำให้เกิดความสงบ คลายความทุกข์ (Ingela, Thune-Boyle, Styqall, & Keshtqar, 2006) มีความเข้าใจชีวิตหรือโลกตามความเป็นจริง ทำให้นักคล้อยอย่างมีสติใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่าเป็นสิ่งที่ช่วยทำให้เกิดกำลังใจ (เนตรลาวัณย์, 2548) มองโลกในแง่ดี (Stajduhar, 2008) เป็นแหล่งของความหวัง (บุบผา, 2536) และมีความสุขทางจิตวิญญาณ (นงเยาว์, 2546; อุไรวรรณ, 2543; Lopez, 2009; McClain, 2003; Rosenfield, & Breitbart, 2003) จากการศึกษาพบว่า ความศรัทธา ความหวังและภาวะอารมณ์ในทางบวกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความความสุขทางจิตวิญญาณ (Fehring , 1997 อ้างตาม นงเยาว์) การปฏิบัติกิจทางศาสนามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความความสุขทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ฉวีวรรณ, 2540) และการปฏิบัติธรรมสามารถทำนายระดับความสุขทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (วิจิตรา, 2550)

7. . *การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วย* เป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความสุขทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแล การรับรู้ถึงการคุกคามจากภาวะโรคต่อชีวิตของผู้ป่วย ความไม่แน่นอนจากสถานการณ์ต่างๆ ในชีวิต ไม่สามารถดำเนินชีวิตไปสู่เป้าหมายที่ตั้งใจไว้ เป็นความล้มเหลวของชีวิต ญาติผู้ดูแลจะมีความรู้สึกคล้ายแบกอะไรไว้ ซึ่งเป็นความทุกข์ที่จะต้องเฝ้าดูผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยทุกข์ทรมานญาติก็ทุกข์ไปด้วย เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นญาติก็มีความรู้สึกดีไปด้วย (Boston & Mount, 2006) ญาติผู้ดูแลจะรับรู้ถึงการไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ได้ รู้สึกสิ้นหวัง หมดกำลังใจและเบื่อหน่ายชีวิต รู้สึกว่าชีวิตไม่มีความหมายส่งผลให้ความสุขทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลลดลง (สมพร, 2541; Stajduhar, 2008) ความรุนแรงในการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล เมื่อโรครุนแรงเข้าสู่ระยะลุกลามคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในระยะแรก (Weitzner, 1999 as cited in Kitrungrote, 2006) การรับรู้การเจ็บป่วยหากไม่มีความรุนแรงและสามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ได้ จะทำให้การยอมรับความเจ็บป่วยและสามารถทำให้ญาติผู้ดูแลมีความสุขทางจิตวิญญาณได้ (ชนิญา, 2545; นงเยาว์, 2546) การรับรู้ความรุนแรงของโรคมักมีความสัมพันธ์ทางลบกับการค้นหาความหมายในชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่กลับเป็นซ้ำ (Taylor, 1993 อ้างตาม นงเยาว์, 2546) และความสุขทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ (สมพร)

8. *ความหวัง* เป็นความปรารถนาที่จะมีชีวิตอยู่ (มะลิ, 2552) และเป็นแหล่งพลังงานสำคัญที่ช่วยให้นักคลสามารถปรับตัวต่อภาวะวิกฤต และฟันฝ่าเอาชนะอุปสรรคต่างๆ ได้ดี (Johnson,

Dahlen & Robert, 1997 อ้างตาม ธนวัฒน์, 2550) และเป็นสิ่งที่มีคุณค่า มีความหมายต่อชีวิตเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อภาวะจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแล ความหวังเป็นแรงจูงใจของพฤติกรรมที่เป็นพลังผลักดันของชีวิต มีการวางแผนในอนาคต เป็นการแสดงออกในลักษณะของความปรารถนาที่จะได้มาหรือประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย (Dubree, 1980 as cited in Ross, 1995) ญาติผู้ดูแลที่มีความหวังจะเชื่อว่าถ้าหากความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี สามารถควบคุมอาการ หรือความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยได้ ความหวังจะเป็นสิ่งที่ทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกปลอดภัยและมีความเข้มแข็งในการเผชิญกับปัญหา (Kemp, 1995) จากการศึกษาของสุมาลี (2549) พบว่าการเสริมสร้างความหวังมีผลให้การคิดอยากฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคเอดส์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 และจากการศึกษาของสุภาวดี (2547) พบว่า ความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของมารดาหลังคลอดที่คิดเชื่อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การพยาบาลประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมในญาติผู้ดูแล

การพยาบาลเพื่อการดูแลทางจิตวิญญาณ

การดูแลทางจิตวิญญาณต้องอาศัยความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ และความชำนาญของพยาบาลอย่างมากในการดูแล โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ได้รับการดูแลคงไว้ซึ่งความสุขสงบในจิตใจ และสามารถเผชิญกับสถานการณ์วิกฤตต่างๆ ได้ดี ผู้ที่ได้รับการดูแลทางจิตวิญญาณที่ดี จะมีความสมดุล ทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความหมายและมีความผาสุกในชีวิต ซึ่งมีทักษะสำคัญที่ใช้ในการดูแล ดังนี้ (กิตติกร, 2555; ทศนีย์, 2553; Watson, 1988)

1. การสร้างสัมพันธภาพที่ดี พัฒนาความไว้วางใจ ให้ความช่วยเหลือด้วยความเอื้ออาทร ห่วงใย เข้าอกเข้าใจ เห็นใจ มีทักษะในการสื่อสารที่ดี การรับฟังอย่างตั้งใจ ส่งเสริมการยอมรับ การแสดงออกถึงความรู้สึกด้านลบและด้านบวก และให้การช่วยเหลือญาติผู้ดูแลให้บรรลุเป้าหมายอย่างจริงใจ
2. การใช้กระบวนการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ เพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล และปฏิบัติตามแผนที่ตกลงร่วมกันอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งส่งเสริมความรู้สึกถึงความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ และคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์
3. การส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย และผู้อื่น ด้วยหลักของศีล ในการคิดดี พูดดี ปฏิบัติดี และมีพรหมวิหารสี่

4. การเสริมสร้างพลังจิตวิญญาณในการมีชีวิตอยู่ การค้นหาความหมายและคุณค่าในชีวิต จากคุณค่าการสร้างสรรค์ ในการทำกิจกรรมอย่างมุ่งมั่น สร้างสรรค์ เช่น การทำงาน ,คุณค่าประสบการณ์ ซึ่งมีคุณค่าลึกซึ้ง เช่น ความรักและ คุณค่าโลกทัศน์ การมองโลกอย่างมีความหมาย อันเป็นกุญแจ สำคัญในการค้นพบความหมายชีวิต โดยเป็นทักษะทางบวก ที่ยกระดับชีวิตมนุษย์ออกจากด้านลบ ของชีวิต (พีรเทพ, 2547)

5. โดยการทบทวนชีวิตและการระลึกถึงอดีต การให้และรับความรักในสัมพันธภาพ

6. การส่งเสริมความหวังที่มีความเป็นไปได้ การมีพลังในตัวเอง ส่งเสริมความเชื่อมั่นในตนเอง ความเข้มแข็งทางสังคม ช่วยให้ญาติผู้ดูแลปฏิบัติในสิ่งที่ต้องการทำให้ผู้ป่วยอย่างเต็มที่

7. การส่งเสริมความเชื่อทางศาสนา เปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลได้ปฏิบัติศาสนกิจตามความเชื่อ เช่น การทำสมาธิ การสวดภาวนาหรือการปฏิบัติอื่นๆ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งในและต่างประเทศ จากฐานข้อมูล ย้อนหลังตั้งแต่พ.ศ.2543- 2554 วิทยานิพนธ์ฉบับเต็มในประเทศไทย ฐานข้อมูลวารสารต่างประเทศ Science Direct, Pubmed, CINAHL Cochrane และ ProQuest Medical ได้มีผู้ศึกษานำโปรแกรมเพื่อ เพิ่มความผาสุกในชีวิต ความเข้มแข็งทางจิตใจและความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยใช้หลักกรรมต่างกัน จำนวน 11 เรื่อง เป็นงานวิจัยในประเทศไทย จำนวน 8 เรื่อง และงานวิจัยในต่างประเทศจำนวน 3 เรื่อง ซึ่งจากผลการศึกษา พบว่า

1. กลุ่มตัวอย่าง มีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน

1.1 กลุ่มที่ไม่ใช่ผู้ป่วย มีการศึกษาในกลุ่มเยาวชน (กนกศรี, 2543; ภณิดา, 2548) ผู้สูงอายุ (มาลัย, 2546) และ พยาบาล (Yong, 2010)

1.2) กลุ่มผู้ป่วยมีการศึกษาในโรคต่างๆ ดังนี้ ผู้ป่วยเนื้องอกมดลูกและ รังไข่ (สินีนานู, 2546) กลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง (Balboni, 2007; Lopez, 2009) สตรีวัยทอง (ศศิธร, 2548) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (วินัสริน, 2550) กลุ่มผู้ป่วยเอดส์ (เกษตะวัน, 2544; วรวรรณ, 2547)

2. . การออกแบบการวิจัยเป็นรูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม (เกษตะวัน, 2544; เนตรลาวัณย์, 2548; ภณิดา, 2548; มาลัย, 2546; วรวรรณ, 2547; วินัสริน, 2550; ศศิธร, 2548; Yong, 2010)

3. . ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษา และการทดลองใช้โปรแกรมอยู่ในช่วงระยะเวลา 1- 5 สัปดาห์ จำนวน 3-12 ครั้งๆ ละ30-90 นาที (เกษตะวัน, 2544; เนตรลาวัณย์, 2548; ภณิดา, 2548; มาลัย, 2546;

วรวรรณ, 2547; วินัสริน, 2550; ศศิธร, 2548; Yong, 2010) การประเมินผล ก่อนและหลังการทดลอง ใช้โปรแกรม ทันทิ (เกษตะวัน; ภนิตา; มาลัย; วรวรรณ; ศศิธร; Yong, 2010) และติดตามหลังการทดลอง เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ (เนตรลาวัลย์; ภนิตา; วินัสริน)

4. . โปรแกรมที่ใช้ในการศึกษาส่วนใหญ่เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยค้นคว้าจากรรณกรรมและตำราที่เกี่ยวข้องร่วมกับการขอความเห็นจากอาจารย์และผู้ทรงคุณวุฒิ (เกษตะวัน, 2544; เนตรลาวัลย์, 2548; ภนิตา, 2548; มาลัย, 2546; วรวรรณ, 2547; วินัสริน, 2550; ศศิธร, 2548; สินีนาฏ, 2546) มีโปรแกรมต่างๆ ดังนี้ การฝึกสมาธิด้วยการสวดมนต์ (เกษตะวัน; สินีนาฏ) โปรแกรมการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ (ศศิธร) โปรแกรมการให้การคำปรึกษารายบุคคลโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกสมาธิ (วินัสริน) โปรแกรมเนกขัมมบารมี โดยการฟังธรรมบรรยาย ไขข้อใจ นิ่งสมาธิ เติบจงกรม (ภนิตา) โปรแกรมการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติและสวดมนต์บทชินบัญชร (มาลัย) การฟังธรรมะประยุกต์จากการฟังเทศน์ที่มีเนื้อหาครอบคลุมหลักอริยสัจ ไตรลักษณ์ และปัจจุสมุปบาท (วรวรรณ) และ โปรแกรมการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว (เนตรลาวัลย์)

5. . โปรแกรมการปฏิบัติธรรมและการทำสมาธิมีผล ดังนี้

5.1) ผลต่อร่างกาย มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับ (มาลัย, 2546)

5.2) ผลต่อสภาพจิตใจ มีผลต่อภาวะซึมเศร้า (กนกศรี, 2543; วินัสริน, 2550; ศศิธร, 2548) ความวิตกกังวล (สินีนาฏ, 2546) และความเข้มแข็งอดทนและสุขภาวะทางจิต (ภนิตา, 2548)

5.3 ผลต่อจิตวิญญาณ ได้แก่ ความผาสุกด้านจิตวิญญาณ (เกษตะวัน, 2544; วรวรรณ, 2547; Yong, 2010) และ โปรแกรมสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว ส่งผลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณ (เนตรลาวัลย์, 2548)

6. . ผลลัพธ์หรือตัวแปรตาม

ผลลัพธ์ต่อร่างกาย ตัวแปรตามปัญหาการนอนไม่หลับ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติและการฝึกสวดมนต์ นอนหลับได้มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึก (มาลัย, 2546) ผลลัพธ์ต่อสภาพจิตใจ ตัวแปรตาม คือ ภาวะซึมเศร้า พบว่ามีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการและระยะเวลาของการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สตรีวัยทอง และผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการฝึกสมาธิภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (กนกศรี, 2543; วินัสริน, 2550; ศศิธร, 2548) ผลลัพธ์ตัวแปรตาม คือ ความวิตกกังวล พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการให้คำปรึกษาและเจริญสมาธิ มีความวิตกกังวลหลังทดลองต่ำกว่าก่อนทดลอง และผลลัพธ์ ตัวแปรตาม คือ การเปลี่ยนแปลงด้านจิตวิญญาณ พบว่าภายหลังการปฏิบัติธรรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนด้านจิตวิญญาณโดยรวมสูงกว่าก่อนการปฏิบัติ โดยได้ผลในเวลา 7 วัน ด้วยการปฏิบัติธรรม ซึ่งประกอบด้วย การรักษาศีล ทำสมาธิ และการเกิดปัญญา

(เกษตะวัน, 2544) และ 5 วัน ด้วยการใช้นิเทศน์ก่อนคลาสร่วมกับฟังเทศน์ธรรมะประยุกต์ ครอบคลุมหลักอริยสัจ ไตรลักษณ์ และปัจจุสมุปบาท (วรวรรณ, 2547)

จะเห็นได้ว่ามีการนำโปรแกรมเกี่ยวกับการปฏิบัติธรรมในรูปแบบต่างๆ และการให้คำปรึกษา, ตอบคำถามเป็นรายบุคคล มาใช้ในการเพิ่มความผาสุกในชีวิตของบุคคลและผู้ป่วย ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ซึ่งพบว่าบุคคลและผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงของความผาสุกในด้านต่างๆ ในทางที่ดีขึ้น การติดตามประเมินผลหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ กับการประเมินผลทันทีหลังได้รับ โปรแกรมการเปลี่ยนแปลงไม่แตกต่างกัน (เนตรลาวัณย์, 2548; ภณิดา, 2548; วินัสกริน, 2550) ดังนั้น ผู้วิจัยมีความเห็นว่าการใช้การปฏิบัติธรรมร่วมกับการให้คำแนะนำเกี่ยวกับหลักธรรม เพื่อเพิ่มความผาสุกทางจิตวิญญาณให้แก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามมีความเหมาะสม เนื่องจากจะช่วย ให้ญาติผู้ดูแลสามารถเผชิญกับความสูญเสียและวิกฤตการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต ทำให้ญาติผู้ดูแล มีแนวทางที่จะนำไปสู่การเข้าใจในธรรมชาติของชีวิต และปลงใจในการค้นพบความหมายและเป้าหมาย ในการดำเนินชีวิตต่อไปด้วยความผาสุกทางจิตวิญญาณ ในระยะเวลา 1 สัปดาห์ จำนวน 5 -7 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 30-60 นาที โดยใช้แนวคิดความผาสุกทางจิตวิญญาณด้านตะวันออก โดยผลที่คาดว่าจะได้รับ คือ ญาติผู้ดูแลมีความสงบสุขภายในจิตใจ จากการทำความดี มีจิตใจที่มั่นคง เข้มแข็ง และจิตใจที่เยือกเย็นมีสติ สามารถมองเห็นและเข้าใจสังขารของชีวิต สามารถเผชิญกับสถานการณ์ได้อย่างมีสติ มองเห็นและเข้าใจสังขารของชีวิต สามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความหมายและเป้าหมายต่อไป และสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ดีในทุกมิติ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย และความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแล

แนวคิดหลักพุทธธรรม

ศาสนาพุทธศาสนามีเป้าหมายหลักในการประพฤติปฏิบัติในการบำเพ็ญเพียรภาวนาเพื่อความหลุดพ้น จากความทุกข์และความผาสุกทางจิตวิญญาณในการดำเนินชีวิต ในทางพุทธศาสนาเชื่อว่า การบำเพ็ญศีล สมาธิภาวนาตามแนวทางไตรสิกขาซึ่งเป็นหลักธรรม สามารถทำให้บุคคลหลุดพ้นจากความทุกข์ และสามารถเข้าสู่กระแสแห่งนิพพานซึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุดของพุทธศาสนา (สุวัฒน์, 2547) หลักธรรม ในทางพุทธศาสนา ประกอบด้วย สองส่วน คือ มัชฌิมนิเทศนา และ มัชฌิมาปฏิบัติ โดยมัชฌิมนิเทศนา เป็นหลักธรรมความจริงทางธรรมชาติ กล่าวถึงเรื่องของชีวิต เช่น ไตรลักษณ์ ปฏิจสุมุปบาท อริยสัจ และมงคลสูตร ส่วนมัชฌิมาปฏิบัติ คือ ข้อปฏิบัติที่เป็นกลางตามกฎธรรมชาติ หรือทางสายกลางตามแนวทางแห่งอริยมรรค ซึ่งเป็นหลักธรรมที่พระพุทธเจ้าทรงแสดงให้บุคคล

นำไปปฏิบัติเพื่อให้เกิดปัญญาในการใช้ความคิดอย่างมีเหตุ มีผล อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง และทำให้มีชีวิตที่ดีงามนำไปสู่การสิ้นทุกข์หรือนิพพาน

ลักษณะของหลักธรรมที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย หลักอริยสัจสี่ กฎแห่งไตรลักษณ์ หลักปัจจุสมุปบาท และหลักมงคลสูตร โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. . หลักอริยสัจสี่ เป็นคำสอนที่ครอบคลุมหลักธรรมในพระพุทธศาสนาทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ เป็นวิธีการแห่งปัญญา ซึ่งดำเนินการแก้ไขปัญหามาตรับระบบแห่งเหตุผล เป็นการแก้ปัญหา และจัดการกับชีวิตของคน ด้วยปัญญาของมนุษย์เองโดยนำเอาหลักความจริงที่มีอยู่ตามธรรมชาติมาใช้ ประโยชน์ (พระธรรมปิฎก, 2542)

อริยสัจสี่ ความจริงอันประเสริฐที่พระพุทธเจ้าตรัสรู้หรือค้นพบด้วยพระองค์เอง 4 ประการ คือ ทุกข์ สมุทัย นิโรธ และมรรค

1)) ทุกข์ คือ ความไม่สบายกายไม่สบายใจ มี 2 ประเภท

1.1)) สภาวะทุกข์ คือ ทุกข์ประจำสังขารของสิ่งมีชีวิต เป็นทุกข์ตามธรรมชาติ ได้แก่ ความเกิด ความแก่ และความตาย

1.2)) ปกิณกทุกข์ คือ ทุกข์จร เป็นทุกข์ที่เกิดเป็นระยะๆ เช่น ความเจ็บป่วย ความผิดหวัง ความเสียใจ ความเจ็บแค้น ความรู้สึกสูญเสีย ความเศร้าโศกเมื่อพลัดพรากจากสิ่งที่รัก เป็นต้น

2)) สมุทัย คือ สิ่งที่ทำให้เกิดทุกข์ ได้แก่ ตัณหา มี 3 ประเภท ดังนี้

2.1)) กามตัณหา คือ ความอยากได้ในสิ่งที่ชอบ ความโลภในกามคุณ 5 รูป รส กลิ่น เสียง เช่น อยากมีเงินทอง อยากมีบ้านหลังใหญ่ เป็นต้น

2.2)) ภวตัณหา คือ ความอยากเป็น เช่น อยากเป็นคนเด่นคนดัง ความทะเยอทะยานที่ถึงกับต้องยื้อแย่งกับผู้อื่น จนเกิดผลร้ายเป็นระลอกคลื่น ส่งต่อกันไป

2.3)) วิภวตัณหา คือ ความไม่อยากเป็น เช่น ไม่อยากเป็นคนป่วย ไม่อยากยากจน ไม่อยากพลัดพรากจากคนที่รัก เปรี้ยวอยู่ในเพลิงแห่ง โทสะ ริษยา พยาบาท เป็นต้น

3)) นิโรธ คือ ความดับทุกข์ได้สิ้นเชิง เพราะการหมดไปของตัณหา ทุกข์เกิดจากเหตุ คือ ตัณหา หากเมื่อตัณหาดับได้ นิโรธก็เกิด เป็นความดับทุกข์ ด้วยการคลายออก การสละได้ เป็นภาวะที่ไม่มีทุกข์ เพราะหมดตัณหา ไม่ถูกบีบคั้นด้วยความรู้สึกกระวนกระวายติดข้องใดๆ ทั้งสิ้น มีแต่ภาวะที่บริสุทธิ์ เป็นอิสระ สงบ ปลอดโปร่ง ผ่องใส เบิกบาน หน้าที่ต่อนิโรธ คือ ทำให้แข็ง ทำให้สำเร็จ ทำให้เกิดมีเป็นจริง หรือบรรลุถึงพระนิพพาน (พระเทพเวที, 2535)

4)) มรรค คือ ข้อปฏิบัติให้ถึงความดับทุกข์ มี 8 ประการ หรือเรียกอีกชื่อว่า มัชฌิมาปฏิปทา แปลว่าทางสายกลางที่อยู่ระหว่างทางสุดโต่ง 2 สาย ได้แก่ กามสุขัลลิกานุโยค คือ การใช้ชีวิตหมกมุ่นอยู่กับความสุขสำราญ ความฟุ่มเฟือย สนุกสนานกับความสุขทางโลก เช่น เที่ยวเตร่ เพลิดเพลินจน

เกินควร อีกสาย คือ อัศตกถิมถานุโยค คือ การบำเพ็ญตน หรือการบำเพ็ญตนเองอย่างไร้ปราณี เช่น ดูหนังสือ ทั้งวันทั้งคืนจนสุขภาพทรุดโทรม พระพุทธเจ้าทรงกล่าวว่า การดำเนินชีวิตตามสายใด สายหนึ่งในสองสายไม่มีประโยชน์อะไร และเป็นการทำให้เกิดทุกข์ มัชฌิมาปฏิปทา เป็นทางที่ดำเนินไปในสายกลาง ด้วยมรรคแปด ซึ่งมี ดังนี้

4.1) สัมมาทิฐิ คือ ความเห็นชอบ เช่น เห็นว่าทำดีได้ดี ทำชั่วได้ชั่ว การเห็นอริยสัจสี่ตามความเป็นจริง เป็นต้น

4.2) สัมมาสังกัปปะ คือ ดำริชอบ ประกอบด้วย ลักษณะ 3 ประการ คือ

4.2.1) ดำริที่จะปลีกตัวออกจากอารมณ์ชั่ววุ่นต่างๆ

4.2.2) ดำริในการไม่พยายาท

4.2.3) ดำริในความไม่เบียดเบียน

4.3) สัมมาวาจา คือ เจรจาชอบ เป็นการพูดที่ประกอบด้วยคุณลักษณะ ดังนี้

4.3.1) เว้นจากการพูดเท็จ พูดคำจริง

4.3.2) เว้นจากการพูดต่อเสียด พูดคำประสานสามัคคี

4.3.3) เว้นจากการพูดคำหยาบ พูดคำอ่อนหวาน

4.3.4) เว้นจากการพูดเพื่อเจ้า พูดคำมีประโยชน์

4.4) สัมมากัมมันตะ คือ การกระทำชอบ มีองค์ประกอบ ดังนี้

4.4.1) เว้นจากการเบียดเบียนชีวิตผู้อื่น เรียกว่า เว้นปาณาติบาต มีเมตตา กรุณา

ต่อสัตว์ทั้งหลาย

4.4.2) เว้นจากการเบียดเบียนทรัพย์สินของผู้อื่น เรียกว่า เว้นอทินนาทาน

มีการเสียดสละแบ่งปัน เฉลี่ยความสุขของตนให้ผู้อื่นตามควร

4.4.3) เว้นจากอพรหมจรรย์ คือ การเสพเมถุน เรียกว่า เว้นกามเมสุมิฉฉาจาร

พอใจในเนกขัมมะ คือ ปลีกตนออกจากกามอย่างต่ำ พอใจในคุ้มครองของตน

4.5) สัมมาอาชีวะ คือ เลี้ยงชีพชอบ เว้นจากมิฉฉาชีพทุกรูปแบบ ประกอบตนอยู่ใน

สัมมาชีพ ไม่ปล้น น้อ โกง ยักยอก เป็นต้น

4.6) สัมมาวายามะ คือ เพียรชอบ มี 4 ประการ คือ

4.6.1) สังวรปธาน เพียรระวังบาปอกุศลที่ยังไม่เกิด ไม่ให้เกิดขึ้น

4.6.2) ปหานปธาน เพียรละบาปอกุศลที่เกิดขึ้นแล้ว

4.6.3) ภาวนาปธาน เพียรให้กุศลที่ยังไม่เกิด ได้เกิดขึ้น

4.6.4) อนรักขนาปธาน เพียรรักษากุศลที่เกิดขึ้นแล้ว ไม่ให้เสื่อม และทำกุศล

ให้เจริญยิ่งขึ้นไป

ความเพียร 4 ประการ ถือเป็นหลักสำคัญในการปฏิบัติธรรม เพื่อความก้าวหน้าในชีวิตทางธรรม และเป็นประโยชน์เกื้อกูลแก่ชีวิตอย่างมาก ผู้หวังความเจริญและความสุข ทั้งทางโลกและทางธรรมควรมีความเพียรทั้ง 4 ประการไว้ในตน

4.7) สัมมาสติ คือ ระลึกชอบ ในขั้นธรรมดาให้พิจารณาว่าระลึกถึงสิ่งใดอยู่ หากกุศลกรรมเจริญ อกุศลกรรมย่อมเสื่อมลงไป ในขั้นสูง ทรงสอนให้ระลึกสติปัญญา 4 คือ

4.7.1) กายานุปัสสนา พิจารณากาย

4.7.2) เวทนานุปัสสนา พิจารณาเวทนา คือ สุข ทุกข์ และไม่สุข ไม่ทุกข์

4.7.3) จิตตานุปัสสนา พิจารณาจิตว่ามีราคะ โทสะ โมหะ หรือ ไม่มีในจิตเป็นอย่างไร พิจารณาตามรู้

4.7.4) ธัมมานุปัสสนา พิจารณาธรรม ทั้งที่เป็นกุศล อกุศล ว่ามีอยู่ในตนหรือไม่ สิ่งนั้นเกิดขึ้นได้อย่างไร ควรละอย่างไร ควรอบรมให้เกิดขึ้นอย่างไร เช่น นิ वर्ณ 5 เป็นสิ่งที่ควรละ เป็นต้น

ผู้อบรมสติบ่อยๆ ย่อมมีสติสมบูรณ์ขึ้น สามารถสกัดกั้นกระแสกิเลสได้มากขึ้น ทำให้กิเลสทัฬหจิตน้อยลง ทำความดีได้มากขึ้น ชีวิตปลอดโปร่งแจ่มใสมากขึ้น มีทุกข์น้อยลง เพราะมีสติปัญญารู้เท่าทันสิ่งต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตและจิตใจตามความเป็นจริง

4.8) สัมมาสมาธิ คือ ตั้งจิตมั่นชอบ การที่จิตตั้งมั่นในอารมณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง ความที่จิตมั่นคงไม่หวั่นไหว ไม่ฟุ้งซ่าน สมาธิมี 3 ระดับ คือ 1) ขณิกสมาธิ สมาธิชั่วขณะ เป็นสมาธิขั้นต้น ซึ่งคนทั่วไปอาจใช้ประโยชน์ ในการปฏิบัติหน้าที่การทำงานในชีวิตประจำวันให้ได้ผลดี และใช้เป็นจุดตั้งต้นในการเจริญวิปัสสนาได้ 2) อุปจารสมาธิ สมาธิจวนจะแน่วแน่ เป็นสมาธิขั้นระงับนิ वर्ณ และ 3) อัปปนาสมาธิ สมาธิแน่วแน่ หรือสมาธิที่แนบสนิท เป็นสมาธิระดับสูงสุด ซึ่งมีในญาณทั้งหลาย ถือว่าเป็นผลสำเร็จที่ต้องการของการเจริญสมาธิ

สมาธิมีคุณประโยชน์ในด้านการเตรียมจิตใจให้มีความเข้มแข็งและพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหาต่างๆ เป็นองค์หนึ่งในมรรค 8 ประการ ซึ่งเป็นหนทางปฏิบัติในการดับทุกข์ อันเป็นจุดมุ่งหมายสูงสุด ในศาสนาพุทธ เป็นการเตรียมจิตใจให้พร้อม เพื่อสร้างปัญญาที่รู้แจ้ง เพื่อพิจารณาในการแก้ไขปัญหา สมาธิเป็นการบังคับจิตใจของตัวเองให้อยู่ในสภาพที่จะทำประโยชน์ให้มากที่สุดตามที่ต้องการ สมาธิ คือ จิตที่ตั้งมั่นแน่วแน่เหมือนท่อนไม้ หรือมักเรียกว่าจิตที่สงบ เป็นจิตที่บริสุทธิ์ (พุทธทาสภิกขุ, 2541) ประโยชน์ของสมาธิมี 2 ทาง คือ ทางธรรมและทางโลก

4.8.1) ประโยชน์ทางธรรม ได้แก่

1) เพื่อความสุข ในระหว่างการฝึกสมาธิจะเกิดความอิมเมมใจ และเกิดความสุขอันเนื่องมาจากความสงบ

- การระลึกชาติ
- 2) เพื่อความสมบูรณ์ของสติสัมปชัญญะ
 - 3) เพื่ออำนาจอันเป็นทิพย์ หรืออำนาจพิเศษเหนือธรรมชาติ เช่น
- 4) เพื่อกระทำอาสวะหรือ กิเลสให้ลดน้อยและหมดไป
- 4.8.2) ส่วนประโยชน์ของการปฏิบัติสัมมาสมาธิเป็นประจำในทางโลก แบ่งเป็น 8 ประการ คือ

- 1) ในการต่อสู้และเสริมความกล้าหาญ
 - 2) ในการประกอบกิจการงานและการดำรงชีวิต
 - 3) ในการศึกษาเล่าเรียน ความประพฤติ และการเข้าใจตนเอง
 - 4) ในการกีฬา
 - 5) ในการรักษาโรคให้แก่ตนเอง
 - 6) ในการรักษาโรคให้แก่ผู้อื่น
 - 7) ในการเปลี่ยนวิถีชีวิตใหม่
 - 8) ในการพัฒนาจิตใจ ช่วยให้ผู้ปฏิบัติมีจิตใจและบุคลิกลักษณะเข้มแข็ง
- หนักแน่น มั่นคง สงบ เยือกเย็น สุขภาพ นิ่มนวล สดชื่น ผ่องใส กระฉับกระแจง กระปรี้กระเปร่า เบิกบาน มีเมตตากรุณา มองดูรู้จักตนเองและผู้อื่นตามความเป็นจริง (ซึ่งตรงข้ามกับลักษณะของคน มีนิวรณ์ เช่น อ่อนไหว หลงใหลง่ายหรือหยาบกระด้าง ฉุนเฉียว เกรี้ยวกราด หงุดหงิด วุ่นวาย จู้จี้จ้าน ลูกลี้ลูกกลน หรือหงอยเหงา เศร้าซึม จี๋หวาดระแวง ลังเล) เตรียมจิตพร้อมอยู่เสมอ ง่ายแก่ การปลุกฝังคุณธรรมต่างๆ รู้จักสะกดขยับยั้งผ่อนเบาความทุกข์ที่เกิดขึ้นในใจได้ มีความมั่นคงทางอารมณ์ และมีภูมิคุ้มกันทางจิต ประโยชน์ยิ่งเพิ่มพูนเมื่อใจเป็นสมาธิ จะมีภาวะจิตที่สามารถควบคุมกิเลสได้ และไม่ยอมเปิดช่องให้ประสบการณ์และความเป็นไปที่ทำให้เกิดอันตรายแก่ชีวิตและจิตใจตนเองเลย (พระราชนิพนธ์, 2529 อ้างตาม กาญจนนา, 2548)

มรรคแปด ซึ่งเป็นข้อปฏิบัติทั้ง 8 ข้อ หากย่อให้เข้าใจได้ง่ายขึ้น ได้แก่ ไตรสิกขา หัวใจของพระพุทธศาสนา ดังนี้ (พระสมชาย, 2541)

| | | | | |
|-------|---------|-------------|---------------|-------------|
| ศีล | แยกเป็น | สัมมาวาจา | สัมมากัมมันตะ | สัมมาอาชีวะ |
| สมาธิ | แยกเป็น | สัมมาวายามะ | สัมมาสติ | สัมมาสมาธิ |
| ปัญญา | แยกเป็น | สัมมาทสิ | สัมมาสังกัปปะ | |

ศีล สมาธิ และปัญญา เป็นวัฏจักรของการเกื้อกูลกัน ภาวะหนึ่งเกิดตามและส่งเสริม อีกภาวะหนึ่ง ผู้ปฏิบัติในศีลย่อมโน้มทำให้เกิดสมาธิและปัญญาได้ตามลำดับ วงจรนี้อาจจะย้อนกลับได้ เช่น สมาธิทำให้เกิดศีล และปัญญา หรือปัญญาน้อมนำให้เกิดสมาธิและศีล

การเจริญสมาธิภาวนา เมื่อจิตสงบแม้อยู่ในระดับสมาธิต่ำ แต่ก็อาจมีความกระจ่างในเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่คิดค้างอยู่ในใจ โดยเกิดขึ้นมาเองโดยไม่ได้คิดถึงเรื่องนั้นแต่อย่างใด การเกิดสำนึกรู้ได้เองโดยไม่ต้องใช้ความคิด จึงเป็นปัญญาที่บริสุทธิ์ นั่นคือ การตรัสรู้ แปลว่ารู้แจ้ง แม้ในเรื่องเล็กน้อย คือ ภาวนามยปัญญา ท่านพุทธทาสได้อธิบายกลไกของการหยั่งรู้ถึงปัญหาทั้งปวงอันเกิดจากสมาธิไว้ชัดเจน ดังนี้ (พุทธทาสภิกขุ, 2541)

ความเกี่ยวเนื่องกันระหว่างสมาธิศึกษาและปัญญาศึกษา พระพุทธเจ้าตรัสไว้ว่า เมื่อจิตเป็นสมาธิ ย่อมเห็นสิ่งทั้งปวงตามที่เป็นจริง หมายถึงอาการที่จิต ประกอบด้วย สมาธิในลักษณะที่พร้อมจะปฏิบัติหน้าที่ ถ้าปฏิบัติสมาธิที่ถูกต้อง ปัญหาต่างๆ ที่สะสมอยู่ได้จิตสำนึก จะมีคำตอบออกมาขณะที่จิตเป็นสมาธินั้น หากไม่ออกไปให้น้อมจิตไปสู่การพิจารณาปัญหาด้วยกำลังของสมาธิ ซึ่งเรียกว่า ปัญญาศึกษา ในคืนวันที่ตรัสรู้ พระพุทธเจ้าได้ตรัสรู้ปฏิจจนสมุพบาท คือ รู้อะไรเป็นอะไร ทวยยกกัน ไปตามลำดับ โดยสมาธิ ในขณะที่จิตเป็นสมาธิก็น้อมจิตไปเพื่อพิจารณาปัญหานั้นๆ ปัญญาเป็นผลที่เด่นชัดของการมีจิตที่เป็นสมาธิ พุทธศาสนาได้แสดงที่เกิดของปัญญาไว้ 3 ประการ คือ

- 1) สุตตามยปัญญา ปัญญาที่ได้ด้วยการเรียน
- 2) จินตามยปัญญา ปัญญาที่ได้จากการคิด และ
- 3) ภาวนามยปัญญา ปัญญาที่ได้จากการภาวนา

วิธีการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ เป็นการกำหนดสติด้วยสมาธิ โดยกำหนดลมหายใจเข้าออกให้มีสติอยู่ที่ลมหายใจ จุดสังเกตหรือรับรู้คือ ที่ปลายกระพุ้งจมูก หรือ ริมฝีปากบน อันเป็นจุดที่ลมกระทบเมื่อหายใจเข้าออก กำหนดให้การหายใจเข้าท้องพอง หายใจออกท้องยุบ เมื่อปรับลมหายใจเข้า และหายใจออกซ้ำๆ โดยให้จิตจดจ่อ และพยายามที่จะสร้างสติในการระลึกรู้ลมหายใจเข้า-ออก ที่บริเวณจมูกที่จุดของลมกระทบเพียงแห่งเดียว อาจใช้การภาวนาช่วย คือ หายใจเข้าภาวนาว่า พุท หายใจออกภาวนาว่า โธ พยายามรักษาสติ รู้ธรรมชาติของลมหายใจเข้า-ออกที่จุดของลมกระทบอยู่ตลอดเวลา ไม่ว่าสิ่งใดจะเกิดขึ้น ให้กำหนดรู้ ได้ยินเสียงแล้วดึงจิตกลับมาดูการขึ้นลงของท้อง เมื่อจิตกำหนดได้ดีสัมพันธ์กับการขึ้นลงของท้องตามความเป็นจริง กำหนดได้ทันเป็นปัจจุบัน จิตกับกายจะประสานเป็นหนึ่งเดียว จะทำให้รู้สึกผ่อนคลาย ลมหายใจจะละเอียดลงเรื่อยๆ เมื่อจิตมีความสงบ พยายามระลึกรู้ถึงลมหายใจเข้า-ออกให้มั่นคง เมื่อออกจากสมาธิ ค่อยๆ ลดความสงบในจิตใจลงมา สูดลมหายใจเข้า- ออกให้แรงขึ้น ค่อยๆ สังเกตความสงบของจิตใจที่ลดลงมา ความตั้งมั่นค่อยๆ หายไป ความรู้สึกนึกคิดต่างๆ จะเข้ามาสู่จิตใจของเรามากขึ้น เมื่อความสงบลดลงมาอยู่ในสภาวะปกติแล้ว จึงค่อยลืมตาขึ้นถอยออกจากสมาธิ ใช้เวลาประมาณ 3-5 นาที แล้วค่อยๆ เพิ่มขึ้นเป็น 15-30 นาที ตามความเหมาะสม

2. กฎแห่งไตรลักษณ์ หมายถึง ลักษณะที่ปรากฏให้เห็น 3 อย่าง หรือสามัญลักษณ์ 3 ประการ พระพุทธเจ้าค้นพบว่า สรรพสิ่งทั้งหลายย่อมตกอยู่ภายใต้การควบคุมจากกฎธรรมชาติ 3 ลักษณะ

อันประกอบด้วย อนิจจตา ทุกขตา และอนัตตา ซึ่งทางพุทธศาสนาให้คำนิยาม ดังนี้ (พระธรรมปิฎก, 2544) อนิจจตา คือ ความไม่เที่ยง ความไม่คงที่ ความไม่คงตัวภาวะที่เกิดขึ้นแล้วเสื่อมและสลายไป ทุกขตา คือความเป็นทุกข์ ภาวะที่ถูกบีบคั้นด้วยการเกิดขึ้นและสลายไป เพราะปัจจัยปรุงแต่ง ภาวะที่ไม่สมบูรณ์มีความบกพร่อง ไม่ให้ความสมอยากแท้จริง ก่อให้เกิดทุกข์แก่ผู้ที่เข้าไปอยากหรือยึดด้วยตัณหา อุปาทาน และอนัตตา คือ ความไม่ใช่ตัวตน ความไม่มีตัวตนแท้จริง กฎแห่งไตรลักษณ์ หรือกฎของเปลี่ยนแปลง ยืนยันว่าสรรพสิ่งทั้งหลายถูกรวมแต่งขึ้นจากเหตุและปัจจัย ทั้งที่เป็นวัตถุ และไม่ใช่วัตถุ (จิตใจ) ล้วนแล้วแต่เกิดขึ้น ตั้งอยู่พร้อมกับการแปรเปลี่ยนแล้วดับสูญสิ้นไป เมื่อพิจารณาโดยธรรมชาติแล้ว ชีวิตนั้นเป็นทุกข์ เพราะชีวิตก่อขึ้นภายใต้กรอบแห่งความไม่เที่ยง ไม่จีรัง ทุกอย่างไม่มีตัวตน เป็นอนัตตา มีแต่ความว่างเปล่า ไม่มีแก่นสาร ไม่เป็นของจริง และไม่มีความจริง

3. หลักปฏิจัสมุปบาท หมายถึง สภาพที่อาศัยกันและกันแล้วเกิดขึ้น เพราะตามหลักพระพุทธศาสนาผลย่อมเกิดขึ้นจากเหตุ ไม่มีอะไรเกิดขึ้นลอยๆ โดยปราศจากเหตุปัจจัย มันจะเกิดขึ้นได้เมื่อมีเหตุปัจจัยมาทำให้เกิดขึ้นเท่านั้น (สุจิตรา, 2545 อ้างตาม ชมพู, 2551) ปฏิจัสมุปบาทเป็นหลักการที่พระพุทธเจ้าแสดงในรูปของกฎธรรมชาติ หรือหลักความจริงที่มีอยู่โดยธรรมดา การรวมตัวของธรรมะเหล่านี้ทำให้เกิดวิภูฏจักร สังสารวัฏ หรือวงจรแห่งความทุกข์ขึ้นมีองค์ประกอบ 12 ประการ (สุวัฒน์, 2547 อ้างตาม ชมพู)

1) อวิชชา คือ ความไม่รู้ในสภาวธรรมและหลักสังขาร และเป็นปัจจัยให้เกิดสังขาร มีอยู่ 8 อย่าง คือ ไม่รู้จักทุกข์ ไม่รู้จักเหตุแห่งทุกข์ ไม่รู้ความดับทุกข์ ไม่รู้ทางแห่งความดับทุกข์นั้น ไม่รู้อดีต ไม่รู้จักหาเหตุในอดีตว่าเป็นผลแห่งเหตุอะไรในอดีต ไม่รู้อนาคต คือ ไม่รู้จักคาดการณ์ข้างหน้าว่าเหตุให้ผลอย่างไรในอนาคต ไม่รู้จักทั้งอดีตและอนาคตคือ ไม่รู้จักโยงเหตุในอดีตให้เชื่อมถึงผลในอนาคต ไม่รู้จักปฏิจัสมุปบาท คือ ไม่รู้จักสภาวธรรมนั้นๆ ตามความเป็นจริง โดยเป็นธรรมที่ว่าอาศัยกันและกันเกิดขึ้น คือ เป็นเหตุและปัจจัยซึ่งกันและกัน

2) สังขาร คือ อารมณ์ทั้งปวงที่ปรุงแต่งจิตใจ สังขารที่ไม่ประกอบหรือปรุงแต่งจิตใจ หรือวิญญาณเรียกว่า อนุปาทินกสังขาร ได้แก่อารมณ์ของโลก คือ รูป เสียง กลิ่น รส สัมผัส ส่วนสังขารที่ปรุงแต่งจิตใจหรือ วิญญาณ เรียกว่า อุปาทินสังขาร ได้แก่ อารมณ์ที่เป็นความรู้สึกภายในจิตใจ เป็นเหตุให้เกิดวิญญาณขึ้น

3) วิญญาณ คือ ความรู้ได้ต่างๆ หรือความรู้แจ้ง วิญญาณในปฏิจัสมุปบาท หมายถึง ปฏิสนธิวิญญาณ คือวิญญาณ ที่เกิดขึ้นเพื่อทำหน้าที่สืบต่อจากวิญญาณอื่นๆ ที่เกิดขึ้นจากสังขาร และอวิชชาเป็นต้นเหตุมาก่อน เมื่อถึงแก่ความตาย จิตจุติเคลื่อนออกไปด้วยอำนาจของกรรมและเจตนาธรรม ทำให้เกิดมีปฏิสนธิวิญญาณขึ้นและจะก่อตัวเป็นรูปร่างใหม่ขึ้นมาคือการเกิด ดังนั้น วิญญาณจึงเป็นปัจจัยให้เกิดนามรูป

4) นามรูป คือ ในขั้นนี้เมื่อปฏิสนธิวิญญาณได้เกิดขึ้น วิญญาณที่จะเกิดมาได้ต้องอาศัยรูปร่างที่มีจิตใจอยู่ด้วย ดังนั้นนามคือจิตหรือวิญญาณ ส่วนรูปได้แก่ร่างกาย อวัยวะต่างๆ ตลอดจนวัตถุสิ่งของที่มีรูปร่าง เป็นปัจจัยให้เกิดสพายนะ

5) สพายนะ คือ เมื่อมีนามรูปเกิดขึ้น ย่อมมีทวารสำหรับรับรู้อารมณ์ต่างๆ ทวารดังกล่าวคือ สพายนะทั้ง 6 หรืออายตนะได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น กายใจ ย่อมเป็นปัจจัยให้เกิดผัสสะ คู่กับอายตนะภายนอก ได้แก่ รูป เสียง กลิ่น รส สัมผัส ธรรมารมณ์

6) ผัสสะ คือ การกระทบของอารมณ์ภายในและภายนอกทำให้เกิดความรู้สึกรับสัมผัสที่ทวารทั้ง 6 เป็นปัจจัยให้เกิดเวทนา

7) เวทนา คือ ความรู้สึกทางใจที่เกิดจากอารมณ์ทั้ง 6 ว่าเป็นสุข เป็นทุกข์ ซึ่งเป็นปัจจัยให้เกิดตัณหา

8) ตัณหา คือ ความทะยานอยากไม่มีที่สิ้นสุด เป็นปัจจัยให้เกิดอุปาทาน

9) อุปาทาน คือ ความยึดมั่นถือมั่นในตัณหา เป็นปัจจัยให้เกิดภพ

10) ภพ คือ กรรมที่กระทำด้วยกาย วาจา ใจ โดยเจตนาให้เกิดขึ้น การกระทำนี้ย่อมประทับอยู่ในจิตใจตลอด ภพแบ่งออกเป็น 3 ภพ คือ กามภพ รูปภพ อรูปภพ เป็นปัจจัยให้เกิดชาติ

11) ชาติ คือ การเกิดขึ้นหรือปฏิสนธิในกำเนิด เป็นปัจจัยให้เกิดความชรา

12) ชรามรณะ คือ เมื่อชีวิตเกิดขึ้นมาย่อมต้องผจญกับความทุกข์เดือดร้อนนานาประการทั้งทางร่างกายและจิตใจ วุ่นวายเร่าร้อนหาความสุขที่แท้จริงได้ยาก ชีวิตกลายเป็นความทุกข์ที่ต้องแก่ เจ็บป่วย และตายในที่สุด

เมื่อเข้าใจหลักปฏิจจสมุปบาทได้อย่างลึกซึ้ง ก็จะสามารถเข้าใจหลักสังขารมที่ เป็นเหตุอันละเอียดของความสุขและการสิ้นทุกข์ นี้คือ ความหมายของคำสอนของพระพุทธเจ้า เมื่อเข้าใจปฏิจจสมุปบาทก็จะเข้าถึงธรรมะ ในลักษณะนี้จะสามารถเข้าใจสังขารแห่งการดับทุกข์ และมรรควิธีที่จะนำไปสู่การดับทุกข์ได้ เพื่อการบรรลุถึงขั้นนิพพาน

4. หลักมงคลสูตร หมายถึง หลักธรรมคำสอนของพระพุทธเจ้าเป็นสิ่งดีงาม เป็นเรื่องของคุณธรรมที่นำไปสู่ความสุข ความสำเร็จ และความเจริญก้าวหน้าในชีวิต มงคลแต่ละมงคลเป็นสิ่งสะสมได้ และสนับสนุนซึ่งกันและกัน เช่น การมีความกตัญญูต่อพ่อแม่ และผู้มีพระคุณ ก็เป็นการสงเคราะห์บุตรธิดาของตนไปด้วย เนื่องจากการสร้างค่านิยมที่ดีแก่จิตใจของบุตรธิดาและคนในครอบครัว และได้เท่ากับเป็นการสงเคราะห์ญาติไปในเวลาเดียวกัน การได้เห็นสมณะ การสนทนาธรรมตามกาลเท่ากับเป็นการสร้างแบบอย่างการประพฤติปฏิบัติตนที่ดีแก่ครอบครัว ญาติ ผู้ใหญ่และอนุชนรุ่นหลังไปพร้อมๆ กัน นอกจากเป็นการส่งเสริมคุณธรรมความดีของคนแล้วยังเท่ากับเป็นการสร้างความดีงามให้เกิดขึ้นกับคนรอบข้างไปพร้อมๆ กันด้วย เป็นต้น ความสำเร็จหรือล้มเหลวในการดูแลผู้ป่วย

ขึ้นอยู่กับความสะดวกของผู้ป่วยและผู้ดูแลไปพร้อมๆกัน หากทั้งสองฝ่ายต่างหวังดีซึ่งกันและกัน และสนับสนุนซึ่งกันและกัน เพื่อให้ทุกฝ่ายทุกข์ทรมานน้อยที่สุด ก็จะเป็นมงคลอย่างมากแก่ทุกคน และส่วนรวม ถือเป็นการเปลี่ยนสถานการณ์อัปมงคลที่อยู่รอบตัวให้เป็นสถานการณ์ที่เป็นมงคล มงคลสูตรที่นำมาใช้สำหรับญาติผู้ดูแล คือ การมีวาจาดี การบำรุงบิดามารดา การสงเคราะห์บุตร และภรรยา การรู้จักให้ การบำเพ็ญธรรม การสงเคราะห์ญาติ การเว้นจากการทำบาป การไม่ประมาท ในธรรมทั้งหลาย ความเคารพ ความถ่อมตน ความสันโดษ ความกตัญญู การฟังธรรมตามกาลความอดทน การรับฟังเหตุผล ไวต่อความรู้สึกผู้อื่น การได้เห็นสมณะ การสนทนาธรรมตามกาล การรู้จักใช้ ปัญญาอบรมอารมณ์ การได้เห็นอริยสัจ การทำนิพพานาให้แจ้ง จิตไม่หวั่นไหวเมื่อโลกธรรมมากระทบ ความไม่มีโรค ความไม่มีธุลีในจิตใจ ความมั่นคงไม่หวั่นไหว การปฏิบัติตามมงคลทั้งหลายซึ่งเป็น มงคลสูงสุดที่จะนำมาซึ่งความสุขสวัสดิและไม่ปราศัยกับสิ่งทั้งปวง (เมตตานัน โทภิกขุ, 2548)

บริบทของญาติผู้ดูแลต่อการดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามตามหลักพุทธธรรม

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์การใช้หลักพุทธธรรมมาใช้ในการอธิบายบริบทของ ญาติผู้ดูแล เพื่อความเข้าใจและสามารถให้การดูแลได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ดังนี้

1. หลักอริยสัจสี่ ในบริบทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลาม ความทุกข์ที่เกิดขึ้นเป็นความทุกข์ที่เป็นภิกขุทุกข์ เป็นทุกข์ที่เกิดจากความรู้สึกสูญเสีย ความเศร้าโศกเมื่อต้อง พลาดพรากจากสิ่งที่รัก เกิดจากเหตุยึดมั่นในตัวตน ยึดมั่นว่าชีวิตต้องอยู่ด้วยกัน ไม่มีวันพลาดพราก ไม่อยากพลาดพรากจากคนที่รัก ยึดมั่นต่อการอยู่ร่วมกัน หากไม่มีผู้ป่วยตนเองจะอยู่ได้อย่างไร เป้าหมาย ของชีวิตอยู่ที่ไหน จะอยู่ไปเพื่ออะไร เพื่อสิ่งใด ประจวบเจอนเกิดคำถามว่าทำไมเหตุการณ์นี้ถึงต้องเกิดขึ้น กับตน หนทางที่จะทำให้ดับความทุกข์ได้ ญาติผู้ดูแลต้องมีจิตที่ตั้งมั่นด้วยสมาธิ จากฐานของจิตที่ บริสุทธิ์ปราศจากกิเลส จากการทำสมาธิ เมื่อจิตมีสมาธิ จิตจะมีพลัง และก่อเกิดปัญญา ในการมองเห็น ปัญหาที่แท้จริง เข้าใจในธรรมชาติของชีวิต ว่า เกิด แก่ เจ็บป่วย และตาย เป็นธรรมชาติของชีวิตไม่มีใคร หลีกพ้น แม้แต่พระพุทธเจ้า คร่ำครวญ เศร้าโศกไปก็สูญเปล่า ผู้ทำความดี ตั้งใจให้การดูแลผู้ป่วย เอาใจใส่ ทำตามความต้องการของผู้ป่วย ตอบแทนความดีของผู้ป่วย ให้ความรัก ให้อภัยต่อกันจน วาระสุดท้าย เพื่อความทรงจำที่ดีๆ ต่อกัน เมื่อเข้าใจในสังขารขอมเกิดนิโรธ คือ การดับทุกข์ ด้วยหนทางแห่งมรรค ดังกล่าว

2. กฎไตรลักษณ์ ในบริบทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวช ระยะลุกลาม เมื่อภาวะ ของโรครุนแรงขึ้นญาติผู้ดูแลรู้สึกถึงความไม่แน่นอน รับรู้ถึงความรู้สึกพลาดพรากสูญเสียจากบุคคล ที่รักและผูกพัน รู้สึกท้อแท้และ สิ้นหวัง โดยไม่เข้าใจถึงสังขารม กฎแห่งธรรมชาติของชีวิตตามกฎ

แห่งไตรลักษณ์ ชีวิตทุกชีวิต และทุกสรรพสิ่งในโลกย่อมมีการเปลี่ยนแปลง เกิด แก่ เจ็บ ตาย เกิดขึ้น ตั้งอยู่ และดับไป ไม่มีความคงทน ทุกคนเกิดมาต้องตายแม้กระทั่งพระพุทธเจ้ายังทรงปรินิพพาน สิ่งที่จะคงเหลืออยู่คือความทรงจำ ความยึดมั่นถือมั่นในความไม่มีตัวตนของทุกสิ่ง ย่อมส่งผลให้เกิดความทุกข์

3. หลักปัจจุสมุปบาท ในบริบทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังทางนรีเวชระยะลุกลามความรู้สึก ท้อแท้ สิ้นหวัง ความทุกข์ที่เกิดจากความรู้สึกพลัดพราก เกิดจากความไม่รู้ในสภาวะธรรม ไม่รู้ถึงเหตุ และปัจจัย ตามกฎแห่งธรรมชาติของชีวิต เป็นเหตุให้เกิดการปรุงแต่งด้วยอารมณ์ที่รักและผูกพันต่อผู้ป่วย เป็นความรู้สึกไม่อยากพลัดพรากจากคนที่รัก (วิภวตัณหา) เป็นการรับรู้อารมณ์ทางใจ (สพายตนะ) จากการกระทบจากเหตุการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้ (ผัสสะ) เป็นเหตุให้เกิดความทุกข์ (เวทนา) จากการยึดมั่นถือมั่นในสิ่งที่ไม่มีความคงทน (อุปาทาน) เมื่อความรู้สึกแห่งตัวตนเกิด ความผูกพัน เกิดความรู้สึกไม่อยากพลัดพรากเกิด ทุกข์เกิดด้วยความไม่รู้หลักของสังขาร เป็นเหตุและปัจจัยซึ่งกันและกัน ซึ่งเป็นหลักของปัจจุสมุปบาท หากดับเหตุ และปัจจัยได้ย่อมสิ้นพบนิโรธ ซึ่งเป็นความดับทุกข์ ดับความรู้สึกแห่งตัวตน เข้าใจในหลักสังขารแห่งชีวิตไม่เกิดความรู้สึกถึงการพลัดพราก ความทุกข์ไม่เกิดถือเป็นนิพพาน และการพ้นทุกข์

4. หลักมงคลสูตร ในบริบทญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังทางนรีเวชระยะลุกลาม การทำความดี ด้วยการช่วยเหลือให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความอดทน ความกตัญญูรู้คุณ การดูแลบิดา มารดา สงเคราะห์บุตร และญาติ ความไม่เสร์วาท โสภ มั่นคงในใจไม่หวั่นไหว ถือเป็นการทำความดี เพื่อจิตใจที่บริสุทธิ์ปราศจากความมัวหมอง และการใช้ชีวิตอยู่ด้วยความสงบสุข จากการทำความดีนั้น

ดังนั้น ความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังทางนรีเวชระยะลุกลามมักเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรงขึ้นและเข้าสู่ระยะสุดท้ายที่ญาติผู้ดูแลไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ ความทุกข์เกิดจากการยึดมั่นถือมั่นว่าผู้ป่วยจะต้องอยู่กับตนตลอดไป เป็นความคิดที่ไม่ต้องการให้บุคคลที่ตนรักจากไป จนมีความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง อาจถึงขั้นไม่ยอมมีชีวิตอยู่ต่อไป ถือเป็นความคิดที่บิดเบือนและเบี่ยงเบนไปจากความเป็นจริง ที่ทุกชีวิตย่อมมีการเปลี่ยนแปลงไปตามกฎของธรรมชาติ คือ เกิด แก่ เจ็บป่วย และตาย มีการเกิดขึ้น ตั้งอยู่ และดับไป ไม่มีความคงทน ตามกฎแห่งไตรลักษณ์ ความทุกข์ที่เกิดขึ้น เกิดจากการปรุงแต่งด้วยอารมณ์ที่มีความรักและผูกพัน เป็นความรู้สึกไม่ต้องการสูญเสียคนที่ตนรัก ต้องการให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่กับตนตลอดไป จึงก่อให้เกิดทุกข์ ถือเป็นความคิดที่บิดเบือนและเบี่ยงเบนไปจากความเป็นจริงตามธรรมชาติของชีวิต หากญาติผู้ดูแลใช้ปัญญาในการไตร่ตรอง ใคร่ครวญถึงความเป็นจริงของสังขารของชีวิต เข้าใจและยอมรับ การปรุงแต่งก็จะไม่เกิด ความทุกข์ก็จะหมดไป ตามหลักปัจจุสมุปบาท การที่ญาติผู้ดูแลจะสามารถใช้สติ และปัญญาในการไตร่ตรอง ใคร่ครวญในสถานการณ์ที่ถูกบีบคั้น ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณนั้น

จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือให้ญาติผู้ดูแลค้นพบหนทางแห่งการฟื้นฟูฯ ตามหลักอริยสัจสี่ ด้วยการปฏิบัติตามหลักอริยมรรคแปด หรือไตรสิกขา คือ ศีล สมาธิ และปัญญา ด้วยการประพฤติปฏิบัติดี ทั้งกายกรรม วาจากรรม และมโนกรรม เป็นการพูดดี คิดดี และทำดี เพื่อจิตที่บริสุทธิ์ และปราศจากกิเลส เพื่อเป็นพื้นฐานในการตั้งจิตมั่น ในการฝึกสมาธิเพื่อให้มีอารมณ์ที่มั่นคง เขือกเย็น ไม่ฟุ้งซ่าน ก่อให้เกิดสติ และปัญญา ในการเข้าใจสัจธรรมของชีวิตตามหลักคำสอนในพุทธศาสนา สามารถมองเห็นปัญหาและหนทางในการแก้ปัญหา ตลอดจนสามารถยอมรับกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง

โปรแกรมการพยาบาลประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรม

จิตวิญญาณเป็นขุมพลังชีวิตของบุคคล (สุพิศ, 2549; McClain, 2003) เป็นแรงขับเคลื่อนสูงสุดของชีวิต มีพื้นฐานจากการมีความดีด้วยการปฏิบัติตามหลักมงคลสูตร ยึดมั่นในหลักศาสนา (Ingela, Thune-Boyle, Styqall & Keshtqar, 2006) ซึ่งก่อให้เกิดความสุขสงบ มีจิตมั่นคงจากการฝึกสมาธิ และเป็นบ่อเกิดแห่งสติปัญญาในการเข้าใจชีวิต และส่งผลให้เกิดความรู้สึกรับผิดชอบกับการทำหน้าที่และการใช้ชีวิต โปรแกรมในการประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรม เพื่อส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลาม มีดังนี้

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับญาติผู้ดูแล โดยสร้างความเชื่อใจ ความมั่นใจ ในความสามารถที่จะให้ความช่วยเหลือเมื่อญาติผู้ดูแลต้องการ เปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึกทั้งด้านบวกและด้านลบ ตอบข้อซักถามในข้อสงสัยของญาติผู้ดูแล รับฟังอย่างตั้งใจ เข้าใจและยอมรับสภาพญาติผู้ดูแลทั้งด้านบวกและด้านลบ พร้อมทั้งให้การช่วยเหลืออย่างจริงใจ ด้วยความเอื้ออาทร เมื่อญาติผู้ดูแลมีความทุกข์ และมีความต้องการการช่วยเหลือ ช่วยเหลือด้วยหลักพรหมวิหารสี่ด้วยความปรารถนาดีเห็นอกเห็นใจ (ความเมตตา) สงสารและช่วยเหลือให้ญาติผู้ดูแลฟื้นฟู (กรุณา) ด้วยความความมีใจกว้าง ให้การดูแลเอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ วางจิตนิ่งสงบและทำใจให้เป็นกลาง (อุเบกขา) และมีความยินดีเมื่อเห็นญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยมีความสุข โดยเข้าใจถึงสภาพจิตใจและชีวิตความเป็นอยู่พื้นฐานของญาติผู้ดูแล

2. ส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วย อธิบายให้ญาติผู้ดูแลเข้าใจถึงสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยในภาวะปัจจุบันที่เกิดจากการเจ็บป่วยและการรักษา แนะนำส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลให้กำลังใจ และให้อภัยผู้ป่วย และต่อตนเอง ซึ่งอยู่ในภาวะที่ถูกคุกคามจากสถานการณ์ที่กำลังเผชิญ ส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลดูแลผู้ป่วยด้วยหลักพรหมวิหารสี่ด้วยความปรารถนาดีเห็นอกเห็นใจ (ความเมตตา) สงสารและต้องการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยฟื้นฟู (กรุณา) ด้วยความความมีใจ

กว้าง ให้การดูแลเอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ วางจิตนิ่งสงบเมื่อมีเหตุการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้ในขณะที่ได้ให้การช่วยเหลืออย่างเต็มที่แล้ว (อุเบกขา) และมีความยินดีเมื่อเห็นผู้ป่วยมีความสุข ถือเป็นการช่วยเหลือผู้อื่นให้พ้นทุกข์ ถือเป็นการทำความดีและเป็นกุศลต่อตนเอง ให้การดูแลผู้ป่วยโดยยึดหลักมกคลสูตร การกตัญญูรู้คุณในการที่บุตรดูแลมารดา หรือมารดาต้องมึจิตใจในการสงเคราะห์บุตร ด้วยหลักของศีล ทั้งมโนกรรม วชิกรรมและกายกรรม คือ การคิดดี พูดดี และกระทำดี ซึ่งถือเป็นการทำความดีเพื่อให้จิตใจสะอาดบริสุทธิ์ ไม่เศร้าหมอง

3. สอนญาติผู้ดูแลในการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ การฝึกสมาธิแบบอานาปานสติเป็นการเฝ้าสังเกตลมหายใจเข้าออก ลมหายใจเป็นสิ่งที่อยู่กับตัวเราตลอดเวลาและเป็นสิ่งสามารถปฏิบัติได้สะดวกในทุกที่ และทุกอิริยาบถ การฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ ส่งผลให้ผู้ฝึกมีความมั่นคงทางอารมณ์ มีจิตที่มีพลัง จิตที่เป็นสมาธิจะส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงของคลื่นสมองโดยมีลักษณะเป็นคลื่นอัลฟามากขึ้น พร้อมทั้งจะมีการรับรู้ได้ดี (Carl, 1982 อ้างตาม กนกศรี, 2543) ผู้ฝึกสมาธิจะมีการเปลี่ยนแปลงของการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ โดยทำให้ นอร์อิพิเนเฟริน (Norepinephrine) ลดลง ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับระดับของแลคเตทเป็นผลให้ระดับความเครียดวิตกกังวลลดลงด้วย (Wallace, 1970 อ้างตาม กนกศรี) ยังพบอีกว่าขณะที่จิตสงบเป็นสมาธินั้น ร่างกายจะมีการหลั่งสารเอนดอร์ฟิน (endorphine) ออกมามากขึ้น ซึ่งเป็นสารที่จัดอยู่ในกลุ่มของนิวโรเปปไทด์ (neuropeptide) มีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟินซึ่งมีอยู่ภายในร่างกาย และมีผลต่อความรู้สึก ทำให้อารมณ์ดี จิตใจสบาย และเป็นสุขได้ (กนกศรี) จิตที่ตั้งมั่นในสมาธิจะส่งผลให้ผู้ฝึกมีจิตใจที่ไม่ฟุ้งซ่าน เยือกเย็นลง มีความสงบในใจ มีความมั่นคงทางอารมณ์ เป็นจิตที่เข้มแข็ง มีพลัง สงบเป็นอิสระ เป็นตัวของตัวเอง ตื่นอยู่ เบิกบาน ทำให้บุคคลมีสติพัฒนาไปสู่ความสามารถในการใช้กระบวนการคิดที่ทำให้เกิดการรับรู้ที่เป็นไปตามความจริง (อัจฉรา, 2541) พร้อมใช้ปัญญาในการพิจารณาให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ ถูกต้องแจ่มชัด ในสังขารของชีวิต และมีการใช้ชีวิตอย่างมีเป้าหมาย สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยแนะนำญาติในการฝึกสมาธิฯ เพื่อกำหนดสติ (พระราชสุทธานวมงคล, 2534) การปฏิบัติในการฝึกสมาธิโดยเริ่มต้นด้วยการไหว้พระสวดมนต์ บูชาพระรัตนตรัย 3 จบ ท่องบทแผ่เมตตา และนั่งขัดสมาธิหรือนั่งเก้าอี้ห้อยเท้า กำหนดลมหายใจเข้าออกให้มีสติอยู่ที่ลมหายใจ หายใจลึกๆ ซ้ำๆ หายใจเข้าก็รู้ หายใจออกก็รู้ โดยจุดที่รู้ คือ ที่ปลายจมูก หรือริมฝีปากบนอันเป็นจุดที่ลมกระทบเพียงแห่งเดียว ขณะหายใจเข้าให้ภาวนาว่า พุท และขณะหายใจออกภาวนาว่า โธ สำรวมจิตใจให้มั่นคง พิจารณากาย ใจตามสภาวะความเป็นจริงของธรรมชาติจนจิตนิ่งสงบ เมื่อต้องการออกจากสมาธิค่อยๆ ลดความสงบในจิตใจลง สูดหายใจเข้า-ออกให้แรงขึ้น ค่อยๆ สังเกตความสงบของจิตใจที่ลดลงมา ความตั้งมั่นค่อยๆ หายไป ความรู้สึกนึกคิดต่างๆ จะเข้ามาสู่จิตใจมากขึ้น เมื่อความสงบ

ลดลงมาอยู่ในสภาวะปกติแล้ว จึงล้มต่าขึ้นถอยออกจากสมาธิใช้เวลาในการฝึกเริ่มจากครั้งละ 10-15 นาที ค่อยๆ เพิ่มขึ้นในแต่ละวันจนถึง 30 นาที โดยให้ญาติผู้ดูแลฝึกปฏิบัติในห้องผู้ป่วยหรือห้องที่จัดไว้ให้

4. ให้ญาติผู้ดูแลฟังเทปหลักธรรมประยุกต์เพื่อการเข้าใจสังขารของชีวิต ในการมองเห็น และเข้าใจ ในหลักพุทธศาสนาตามกฎไตรลักษณ์ ปฏิจสมุปบาทและอริยสัจสี่ ส่งเสริมความเข้าใจ ในธรรมชาติของชีวิตในเรื่องการเกิด แก่ เจ็บป่วยและตายซึ่งเป็นธรรมชาติของมนุษย์ทุกคน เข้าใจ เหตุและปัจจัยที่ก่อให้เกิดทุกข์ตามหลักปฏิจสมุปบาท เหตุจากความรักและผูกพันที่มีต่อผู้ป่วย เกิดความรู้สึกไม่อยากพลัดพรากจากคนที่รัก มีความยึดมั่นถือมั่นเป็นของตนเองว่าผู้ป่วยจะต้องอยู่กับ ตนตลอดไป ซึ่งผิดไปจากสภาวะธรรมที่เป็นไปตามธรรมชาติที่สรรพสิ่งมีเกิดขึ้น ตั้งอยู่และดับไป และไม่มีตัวตน การยึดมั่นถือมั่นก่อให้เกิดทุกข์ การเข้าใจให้เหตุแห่งทุกข์ และดับความทุกข์ด้วยการทำความเข้าใจในธรรมชาติของชีวิต ซึ่งเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตและอภิปรายทำความเข้าใจนำมา ประยุกต์ใช้ในการแก้ปัญหาของญาติผู้ดูแลและสามารถเผชิญกับปัญหา ยอมรับ สถานการณ์ได้ตามความเป็นจริง และดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข

5. ร่วมค้นหาและสะท้อนคิดความหมายและเป้าหมายในชีวิตของญาติผู้ดูแล จากสิ่งที่มีคุณค่า ที่สุดในชีวิต และเป้าหมายในอนาคตที่เหลืออยู่ เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับความจริงในปัจจุบัน เป้าหมาย ชีวิตเพื่อใคร เพื่ออะไร เพื่อสิ่งใด เช่น เพื่อลูก เพื่อพ่อ แม่ เพื่อนิพพานเป็นต้น สะท้อนคิดในการเรียนรู้ สังขารของชีวิต เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตอย่างมีความหมาย และเป็นแรงจูงใจในการสร้าง สัมพันธภาพกับสิ่งนั้นๆ เพื่อให้สามารถเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ได้และทำให้มีการดำเนินชีวิตไปสู่ เป้าหมายอย่างมีความหมายต่อไป

6. การยุติ สัมพันธภาพ ตามกำหนดระยะเวลาที่ตกลงกัน 5 วันใน 1 สัปดาห์ อาจมีเหตุผล เช่น ปัญหาของผู้ดูแลได้รับการแก้ไขแล้ว หรือญาติผู้ดูแลขอยุติสัมพันธภาพก่อนเวลา โดยเปิดโอกาส ให้ญาติผู้ดูแลสรุปสิ่งที่เกิดขึ้น เช่น ญาติผู้ดูแลมีความคิด ความรู้สึกอย่างไร หรือได้รับอะไรบ้างจาก การเข้าร่วม โปรแกรม สรุปในส่วนที่ได้ร่วมแก้ปัญหากับผู้ดูแลโดยมุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงที่ดี ขึ้นในตัวญาติผู้ดูแล พร้อมกับส่งเสริมความมั่นใจในความสามารถที่จะช่วยตนเอง ประเมินปฏิกิริยา ของญาติผู้ดูแลในระยะยุติสัมพันธภาพและให้เวลาญาติผู้ดูแลได้บอกความรู้สึกต่างๆ ยุติหรือสิ้นสุด สัมพันธภาพในรูปแบบของวิชาชีพ โดยบอกญาติผู้ดูแลให้ชัดเจนและเตรียมญาติผู้ดูแลให้สามารถ เผชิญปัญหาต่างๆ ได้ด้วยตนเอง

โปรแกรมการพยาบาลประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรม มีรายละเอียดของวิธีการและเหตุผลที่ สามารถอธิบายได้ดังตาราง 1

โปรแกรมการพยาบาลประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรม

| องค์ประกอบของความ ผาสุกทางจิตวิญญาณ | การพยาบาลญาติผู้ดูแล | เหตุผล |
|--|---|---|
| 1. ความสุขสงบที่เกิด จากความดี | 1.1 สร้างสัมพันธภาพที่ดี เปิดโอกาส ให้ญาติผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึก และความต้องการในการขอ ความช่วยเหลือ 1.2 ส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมี สัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วย ส่งเสริมการทำความดี ด้วย หลักของศีล หลักมงคลสูตร และหลักพรหมวิหารสี่ | 1.1 เพื่อให้ญาติผู้ดูแลได้รับ การดูแลที่ถูกต้องและ เหมาะสม 1.2 เพื่อให้จิตใจญาติผู้ดูแลมี ความสุข สงบ จากการทำ ความดี สร้างความรู้สึก มีคุณค่าในตนเอง |
| 2. การมี สมาธิ สติและ ปัญญา | 2.1 สอนญาติผู้ดูแลในการฝึกสมาธิ แบบอานาปานสติ | 2.1 จิตที่มีสมาธิ จะมีพลัง มีความมั่นคงทางอารมณ์ มีสติ และปัญญาในการใช้ กระบวนการคิดอย่างมี เหตุและผล และมองเห็น ปัญหาตามความจริง มีความสามารถในการทำ ความเข้าใจในสังขารของ ชีวิต และสามารถเผชิญ กับสถานการณ์ได้ดี |

ตาราง 1 (ต่อ)

| องค์ประกอบของความผาสุกทางจิตวิญญาณ | การพยาบาลญาติผู้ดูแล | เหตุผล |
|---|--|---|
| 3. ความรู้สึกเบิกบานกับการทำหน้าที่และการใช้ชีวิต | 3.1 ให้ญาติผู้ดูแลฟังเทพธรรมะประยุกต์ในเรื่องกฎแห่งไตรลักษณ์ หลักปัจจุสมุปบาทและอริยสัจสี่ สะท้อนคิดและนำมาประยุกต์ใช้ในการอธิบายถึงทุกข์ เหตุแห่งทุกข์ การปฏิบัติ เพื่อขจัดทุกข์ที่เกิดขึ้นด้วยเหตุและปัจจัยตามกฎของธรรมชาติที่ไม่มีความเที่ยงตามความเป็นจริงของชีวิต | 3.1 เพื่อการเข้าใจในปัญหาของญาติผู้ดูแลที่เกิดขึ้นด้วยกระบวนการคิดที่มีเหตุผลเข้าใจด้วยปัญญา และสามารถยอมรับสถานการณ์ได้ตามความเป็นจริง |
| | 3.2 ร่วมค้นหาและสะท้อนคิดความหมายและเป้าหมายในชีวิตของญาติผู้ดูแล ประเมินและวางแผนใน การแก้ปัญหาาร่วมกัน | 3.2 ส่งผลให้มีการใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่า มีความหมาย และดำเนินชีวิตต่อไปอย่างมีเป้าหมายอย่างมีความสุข |

สรุปผลการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามเป็นภาระหนักที่ส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลในทุกมิติ ทั้งด้านร่างกายทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ย่างยากมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อจิตใจกดดันให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียด วิตกกังวล และต้องรองรับอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วยโดยไม่สามารถระบายความรู้สึกได้ อีกทั้งญาติผู้ดูแลขาดการปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนฝูง และปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวมีปัญหามากขึ้นทำให้มีปัญหาด้านสังคม จากการรักษาที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลานาน และจำเป็นต้องออกจากงานเพื่อดูแลผู้ป่วย ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว ญาติผู้ดูแลตกอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้ ส่งผลให้เกิดความท้อแท้ หมดหวัง เกิดคำถามเกี่ยวกับความหมายของชีวิต และความศรัทธาในศาสนา ขาดความสุข สงบทางจิตใจ ความเบิกบานในการทำหน้าที่และการใช้ชีวิตลดลง ซึ่งเป็นผลกระทบต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณ ทำให้ญาติผู้ดูแล ต้องการความช่วยเหลืออย่างมาก จากการศึกษา

พบว่า การปฏิบัติตามหลักธรรม การนำหลักศาสนา มาใช้ในการเผชิญกับสถานการณ์วิกฤตของชีวิต ที่กระทบต่อสุขภาวะทางจิตวิญญาณ จะทำให้บุคคลมีจิตใจที่บริสุทธิ์จากความดีในการปฏิบัติตามหลักมงคลสูตร และปฏิบัติตามหลักพรหมวิหารสี่ ทำให้จิตมีความสงบ เยือกเย็น เกิดความรู้สึกมีคุณค่า ในตนเอง การฝึกสมาธิ ทำให้จิตสงบนิ่ง มีพลัง มีความมั่นคงทางอารมณ์ มีสติและปัญญาในการมองเห็น สัจธรรมของชีวิตตามกฎแห่งไตรลักษณ์ ปฏิจสงมุปบาท และอริยสัจสี่ เข้าใจถึงความจริงของชีวิต เกี่ยวกับการเกิด แก่ เจ็บ และตาย ทุกชีวิตไม่อาจหลีกเลี่ยง สิ่งที่ยังคงเหลือไว้ในความทรงจำ คือ ความดี การยอมรับความจริง ทำให้สามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคามได้ และทำให้มีความสุข สงบทาง จิตใจจากความดี มีสติ ปัญญา และเบิกบานในการทำหน้าที่และการใช้ชีวิต ในสถานการณ์ปัจจุบัน ในประเทศไทยการวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณยังมีน้อยมาก ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมองเห็นความจำเป็นในการสร้างโปรแกรมการพยาบาลประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรม เพื่อส่งเสริม ความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแล เพื่อให้ญาติผู้ดูแลมีความสามารถในการตอบสนองความต้องการ ของผู้ป่วย และสามารถเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม สามารถดำรงชีวิตอยู่ต่อไป อย่างมีความหมายและเป้าหมายในชีวิตด้วยความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแล

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยใช้แบบแผนการวิจัย 2 กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two groups pre-post test design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรม เพื่อส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยทางนรีเวชระยะลุกลามที่มารับบริการในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ โดยมีแผนการดูแลดังนี้

| | | |
|----|---|----|
| O1 | | O2 |
| O3 | x | O4 |

กลุ่มทดลอง หมายถึง กลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลาม ซึ่งได้รับโปรแกรมการพยาบาลประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมในการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ

กลุ่มควบคุม หมายถึง กลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามซึ่งได้รับการดูแลทางการแพทย์ พยาบาลตามปกติ

- | | | |
|----|---------|---|
| O1 | หมายถึง | การประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามกลุ่มควบคุมครั้งที่ 1 ในวันที่ 2 หลังเข้ารับการรักษา ก่อนได้รับการดูแลจากการพยาบาลปกติ |
| O2 | หมายถึง | การประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวช ระยะลุกลามครั้งที่ 2 กลุ่มควบคุมหลังเข้ารับการรักษาวันที่ 6 และได้รับการดูแลจากการพยาบาลปกติ |
| O3 | หมายถึง | การประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวช ระยะลุกลามกลุ่มทดลองครั้งที่ 1 ในวันที่ 2 หลังเข้ารับการรักษา ก่อนได้รับโปรแกรมการพยาบาลประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรม |
| O4 | หมายถึง | การประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมในวันที่ 6 หลังเข้ารับการรักษา |
| X | หมายถึง | โปรแกรมการพยาบาลประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมในการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลาม |

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากร คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังทางนรีเวชระยะลุกลามที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังทางนรีเวชระยะลุกลามที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยนรีเวช โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ เลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้
คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria)

1. นับถือศาสนาพุทธ และมีอายุ 20 ปีขึ้นไป
2. เป็นสมาชิกในครอบครัวและทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังทางนรีเวชระยะลุกลามอย่างน้อย 1 เดือน
3. รับทราบถึงข้อวินิจฉัยโรคของผู้ป่วย
4. สติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารเข้าใจได้โดยใช้ภาษาไทย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ทำการวิจัยกำหนดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 45 ราย และแบ่งออกเป็นสองกลุ่ม กลุ่มควบคุม 25 ราย และกลุ่มทดลอง 20 ราย โดยการหาขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่าง จากงานวิจัยของเนตรลาวัณย์เรื่องผลของโปรแกรมการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความผาสุกทางจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใช้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุม 25 คน และกลุ่มทดลอง 25 คน (Polit & Hungler, 1983 อ้างตามเนตรลาวัณย์, 2548) ค่าความเชื่อมั่น $p < .001$ ขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่าง (effect size) เท่ากับ .79 เปิดตารางอำนาจการทดสอบของโคเฮน (Cohen, 1988) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 คน อย่างไรก็ตามในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ เดือนมกราคม พ.ศ. 2555 – ธันวาคม พ.ศ. 2555 เนื่องจากจำนวน

ตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 1-2 คนต่อเดือน พบว่าได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุมจำนวน 25 ราย และกลุ่มทดลอง 20 รายด้วยข้อจำกัดของระยะเวลาในการศึกษา จึงสิ้นสุดการเก็บข้อมูล และได้นำค่าคะแนนเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มมาตรวจสอบหาค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ได้เท่ากับ .56 และมีค่าอำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ 1.0 ซึ่งมีอำนาจการทดสอบอยู่ในระดับสูง และมีความน่าเชื่อถือ

การสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยวางแผนการดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีลักษณะใกล้เคียงกันด้วยการจับคู่ (matched pair) ให้มีความคล้ายคลึงกันตามคุณสมบัติ ดังนี้ 1) อายุใกล้เคียงกันทั้งสองกลุ่ม 2) เพศของญาติผู้ดูแลให้เท่ากันทั้งสองกลุ่ม และ 3) ได้รับการดูแลจากบริบทหรือหอผู้ป่วยเดียวกันเท่าๆ กันทั้งสองกลุ่ม

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 2 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

1. เครื่องมือในการทดลอง คือ โปรแกรมการประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมในการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ สำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลาม ในโรงพยาบาลใช้เทปบันทึกเนื้อหาธรรมะประยุกต์เพื่อส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณที่สร้างขึ้นจากการศึกษาดำรงและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (วรวรรณ, 2547) เป็นการบรรยายธรรมะประยุกต์ที่เกี่ยวกับความเป็นจริงของธรรมชาติของชีวิต โดยมีเนื้อหาครอบคลุมหลักธรรม อริยสัจ 4 กฎไตรลักษณ์ และหลักปัจจุสมุปบาท ใช้เครื่องเล่นเทปชนิดปรับความดังของเสียง พร้อมด้วยแบตเตอรี่และหูฟังเพื่อป้องกันเสียงรบกวนจากภายนอก และคู่มือการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สัมพันธภาพกับผู้ป่วย ความพอเพียงของรายได้ การรับรู้การวินิจฉัยโรคของผู้ป่วย การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา หรือความศรัทธาในศาสนา การวินิจฉัยระยะโรคของผู้ป่วย และวิธีการรักษาโรคของผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลาม ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความความผาสุกทางจิตวิญญาณของนางเยาว์ (2547) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง โดยผู้วิจัยดัดแปลงภาษาให้สอดคล้องกับญาติผู้ดูแล

แบบประเมินความความผาสุกทางจิตวิญญาณของนางเยาว์ (2547) ดัดแปลงจากแบบประเมินความความผาสุกทางจิตวิญญาณตามแนวคิดตะวันออกของกัลยา (2545) ที่ศึกษาในกลุ่มวัยรุ่น โดยนางเยาว์ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งมีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .86 และมีการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง เท่ากับ .87

แบบประเมิน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ ซึ่งครอบคลุมแนวคิดความความผาสุกทางจิตวิญญาณ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความสุข ความสงบที่เกิดจากความดี ความไม่เห็นแก่ตัว มีพรหมวิหาร 4 ประกอบด้วย ข้อคำถาม 9 ข้อ (ข้อ1-9) 2) ความรู้สึกเบิกบานกับการทำหน้าที่ และการใช้ชีวิต ประกอบด้วย ข้อคำถาม 15 ข้อ (ข้อ 10-24) 3) การมีสติ สมาธิ ปัญญา ประกอบด้วย ข้อคำถาม 12 ข้อ (ข้อ24-36) ลักษณะคำตอบเป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด แบบประเมินมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ระดับคะแนน 5 คือ มากที่สุด หมายถึง ท่านรู้สึกเช่นเดียวกับข้อความมากที่สุด

ระดับคะแนน 4 คือ มาก หมายถึง ท่านรู้สึกเช่นเดียวกับข้อความมาก

ระดับคะแนน 3 คือ ปานกลาง หมายถึง ท่านรู้สึกเช่นเดียวกับข้อความปานกลาง

ระดับคะแนน 2 คือ น้อย หมายถึง ท่านรู้สึกเช่นเดียวกับข้อความน้อย

ระดับคะแนน 1 คือ น้อยที่สุด หมายถึง ท่านรู้สึกเช่นเดียวกับข้อความน้อยที่สุด

ในแบบประเมินนี้ข้อคำถามมีความหมายทั้งในทางบวกและลบ รายข้อที่มีความหมายในทางลบ ซึ่งได้แก่ ข้อ 2, 5, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 21, 22, 28, 30 จะได้รับการกลับค่าคะแนนไปในทางตรงกันข้ามก่อนที่จะนำมารวมคะแนนกับข้ออื่นๆ ที่เหลือ ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ตามแบบประเมินมีค่าระหว่าง 36-180 คะแนน

| ระดับความคิดเห็น | คำถามทางบวก (คะแนน) | คำถามทางลบ (คะแนน) |
|------------------|---------------------|--------------------|
| 1 | 1 | 5 |
| 2 | 2 | 4 |
| 3 | 3 | 3 |
| 4 | 4 | 2 |
| 5 | 5 | 1 |

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity)

ผู้วิจัยทำการตรวจหาความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญทางการดูแลด้านจิตวิญญาณ 2 ท่าน พยาบาลซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามด้านจิตวิญญาณ 1 ท่าน นำข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะมาพิจารณาและแก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ พร้อมกันนี้ได้นำโปรแกรมการพยาบาลประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมในการดูแลความผาสุกทางจิตวิญญาณ ไปทดลองใช้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามในโรงพยาบาลจำนวน 2 ราย เพื่อตรวจสอบความเข้าใจในเนื้อหา ซึ่งพบว่าโปรแกรมดังกล่าว ญาติผู้ดูแลสามารถเข้าใจเนื้อหา คำถามและสามารถปฏิบัติได้

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability)

โดยผู้วิจัยนำแบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ ไปทดลองใช้กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 10 ราย แล้วนำคะแนนมาคำนวณความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .87 และเมื่อเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครบ 45 ราย จึงนำคะแนนมาคำนวณหาความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 90

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้คำนึงถึงจรรยาบรรณนักวิจัย ก่อนการดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้เสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ที่ได้แก้ไขปรับปรุง เรียบร้อยแล้ว ต่อคณะกรรมการประเมินงานวิจัย ด้านจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตร์ และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เมื่อผ่านการพิจารณาแล้ว ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยทุกราย โดยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบ ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล แจ้งวัตถุประสงค์การเข้าร่วม โปรแกรมการพยาบาลประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมของกลุ่มตัวอย่าง แนวทางการดูแลเพื่อให้เกิดความปลอดภัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัย จำนวนครั้ง ระยะเวลาของการวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล รายละเอียดของแบบสอบถาม ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยและอธิบายผลกระทบที่อาจเกิดจากการวิจัยครั้งนี้ (ภาคผนวก จ) เช่น ด้านจิตใจอาจเกิดความรู้สึกเครียด

ขณะเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งผู้วิจัยสามารถยืดหยุ่นเวลาให้กลุ่มตัวอย่างได้รับความสะดวกได้หากญาติผู้ดูแลประสบกับวิกฤตทางอารมณ์ จะยุติการซักถามและให้การช่วยเหลือและดูแลจนมีสภาวะอารมณ์ที่ปกติ และให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง จนญาติผู้ดูแลมีสภาวะอารมณ์เข้าสู่ภาวะปกติ และส่งเวรให้กับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลที่ต่อเนื่องต่อไป การเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะยกเลิกหรือออกจากกรวิจัยครั้งนี้ได้ตามความต้องการ โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด ตลอดจนข้อมูลต่างๆ จะนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการนำชื่อ สกุลมาเปิดเผย โดยจะนำไปข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลจะวิเคราะห์ในภาพรวมและข้อมูลที่ได้นั้นจะนำมาใช้ในการวิจัยเท่านั้น หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยและตอบรับการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัย โดยไม่มีการบังคับใดๆ ส่วนกลุ่มควบคุม หลังเก็บข้อมูลเสร็จสิ้นในวันที่ 5 หลังได้รับการพยาบาลปกติ กลุ่มควบคุมได้รับโปรแกรมการพยาบาลประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมเหมือนกลุ่มทดลอง เพื่อรักษาสิทธิของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่จะได้รับอย่างเท่าเทียมกัน หากพบตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปีบริบูรณ์ (ยังไม่บรรลุนิติภาวะตามกฎหมาย) ผู้วิจัยอธิบายให้บิดา มารดาหรือผู้ปกครอง หรือคนใดคนหนึ่งทราบเพื่อขอความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย และเซ็นชื่อกำกับยินยอมในใบพิทักษ์สิทธิร่วมกันระหว่างตัวอย่างและผู้ปกครองก่อนการทดลอง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้แบบสอบถามหลังผ่านคณะกรรมการจริยธรรมของมหาวิทยาลัยแล้ว โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการ

1.1 ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัยจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เพื่อชี้แจงรายละเอียดและขออนุญาตเก็บข้อมูล ณ หอผู้ป่วยนรีเวช โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในโรงพยาบาลภาคใต้ รวมทั้งขออนุญาตดูแลผู้ป่วย

1.2 ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์เสนอต่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขออนุญาตและขอความร่วมมือในการทำวิจัยตามขั้นตอน

1.3 เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติจากผู้อำนวยการแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการทำวิจัย

1.4) ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามจากแฟ้มประวัติทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยและผู้ดูแลตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

1.5 ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัย กับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งทำการพิกษ์สิทธิ์ผู้ที่ตอบรับการเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง และให้ลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มการพิกษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

1.6 ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน

1.6.1 กลุ่มทดลอง เป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการพยาบาลประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรม เพื่อส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลเป็นรายบุคคล โดยเริ่มดำเนินการทดลองในวันที่ 2 หลังผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมระยะเวลาของการทดลองทั้งสิ้น 5 วัน

1.6.1.1 การเตรียมการ ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลเบื้องต้นของญาติผู้ดูแลปัญหาที่เคยเกิดขึ้นและภูมิหลังบางประการ เช่น ชื่อ สกุล อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ครอบครัว เป็นต้น

1.6.1.2 ขอความร่วมมือในการให้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล และให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมให้ได้ตามจำนวน 25 รายก่อนเพื่อป้องกันตัวแปรกวน

1.6.1.3 เมื่อได้รับอนุญาตจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอความร่วมมือในการวิจัยโดยยึดหลักการพิกษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อยอมรับไว้เป็นลายลักษณ์อักษร หลังจากนั้นผู้วิจัยได้จัดกระทำในกลุ่มทดลอง โดยใช้เวลาช่วงผู้ป่วยพักผ่อนตอนเย็น หลังรับประทานอาหารเย็น ในห้องประชุมประจำหอผู้ป่วยที่เป็นสัดส่วน โดยมีเจ้าหน้าที่ประจำหอผู้ป่วยอยู่ดูแลผู้ป่วยแทนญาติผู้ดูแลขณะที่ญาติผู้ดูแลเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัย ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

วันที่ 1 ของโปรแกรมฯ สร้างสัมพันธภาพ สร้างความไว้วางใจ ความเชื่อมั่นในการให้ความช่วยเหลือ กับญาติผู้ดูแล ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ใช้เวลา 30-60 นาที

ก) สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ญาติผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจและความร่วมมือ โดยแนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ในการเข้าร่วมโปรแกรมการประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรม เพื่อส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลาม เปิดโอกาส

ให้ญาติผู้ดูแลซักถามเกี่ยวกับประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมวิจัย และการปฏิบัติตัวขณะเข้าร่วมวิจัย
 จนญาติผู้ดูแลเข้าใจและให้ญาติผู้ดูแลทำแบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ

ข) กระตุ้นและเปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลเป็นรายบุคคล บอกเล่าถึง
 ปัญหา และระบายความคับข้องใจ ที่ทำให้ญาติผู้ดูแล รู้สึกไม่มีความสุขหรือไม่มีความเบิกบานใน
 การทำหน้าที่และการใช้ชีวิต รับฟังอย่างตั้งใจ ให้ความช่วยเหลืออย่างจริงใจด้วยความเอื้ออาทร อธิบาย
 และให้คำตอบตามที่ญาติผู้ดูแลสงสัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย และการปฏิบัติของญาติผู้ดูแล ส่งเสริม
 ให้ญาติและผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีปฏิสัมพันธ์กันด้วยหลักกรรมพรหมวิหารสี่ และหลักมงคลสูตร
 ประกอบความดีต่อกันด้วยหลักของศีลในพุทธศาสนา ด้วยการคิดดี พูดดี และกระทำดีต่อกัน รวมเวลา
 30-60 นาที

วันที่ 2 ของโปรแกรมฯ เพื่อประเมินปัญหาและความต้องการการช่วยเหลือ
 และหาแนวทางแก้ไข และใช้โปรแกรมการพยาบาลประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรม ในการส่งเสริมความผาสุก
 ทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลซึ่งประกอบด้วย 5 กิจกรรม ใช้เวลา 45 นาที

ก) อภิปรายร่วมกันถึงประสบการณ์ และปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่าง
 การดูแลผู้ป่วย และวิธีการแก้ปัญหา และอุปสรรค รับฟังปัญหาของญาติผู้ดูแลด้วยความตั้งใจ เห็นใจ
 เข้าใจในความรู้สึก แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ให้ความรู้แนะนำ และเสริมแรงให้คำชมเชย และกำลังใจ
 ในการดูแลผู้ป่วยให้ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย และสร้างความรู้สึกรักมีคุณค่าในตนเองด้วยการปฏิบัติ
 ที่ดีต่อผู้ป่วย

ข) ร่วมค้นหาความหมายและเป้าหมายในชีวิตของญาติผู้ดูแล จาก
 สิ่งที่มีคุณค่าที่สุดในชีวิต และเป้าหมายในอนาคต สะท้อนคิดให้ญาติผู้ดูแลได้เห็นเป้าหมายนั้น และ
 แนะนำการปฏิบัติด้วยหลักมงคลสูตร เพื่อพัฒนาจิตใจของญาติผู้ดูแลให้ทำความดีต่อผู้ป่วย เพื่อก่อให้เกิด
 ความสุข สงบจากการทำความดี

ค) สอบถามความสนใจในหลักธรรมะ และการฝึกสมาธิเพื่อช่วย
 ให้จิตใจสงบ และการผ่อนคลายความตึงเครียด พร้อมทั้งอธิบายถึงความสำคัญ และประโยชน์ของ
 การฝึกสมาธิต่อญาติผู้ดูแล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้มีโอกาสได้ปฏิบัติกิจทางศาสนาตามที่
 ผู้ป่วยและญาติต้องการ เช่น การนิมนต์พระมาให้ผู้ป่วยได้ทำบุญ ฟังธรรม, จัดหาชุดสังฆทานเพื่อ
 ถวายแด่พระภิกษุสงฆ์, เปิดเทปให้ผู้ป่วยฟังบทสวดมนต์ เป็นต้น

ง) ให้คำแนะนำและสอนสาธิตการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ
 ฝึกปฏิบัติ และให้สาธิตย้อนกลับ

จ) ให้ญาติผู้ดูแลฟังเทปหลักธรรมะประยุกต์ ตามกฎไตรลักษณ์
 หลักปฏิจจนุปบาท และอริยสัจสี่

วันที่ 3 ของโปรแกรมฯ เพื่อประเมินหาปัญหาในการปฏิบัติตามโปรแกรมและหาแนวทางแก้ไขปรับปรุง มี 3 กิจกรรมใช้เวลาทั้งหมด 30 นาที

ก) อภิปรายร่วมกันถึงปัญหาและผลของการปฏิบัติตามโปรแกรมและแนวทางในการแก้ไข

ข) อภิปรายร่วมกันถึงความเข้าใจในหลักธรรมในการประยุกต์ใช้กับปัญหาที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแล และการนำมาปรับใช้เพื่อการคิดอย่างมีเหตุผลและการเข้าใจธรรมชาติของชีวิต

ค) ให้ญาติผู้ดูแลฝึกปฏิบัติการทำสมาธิแบบอานาปานสติ สอบถามผลจากการปฏิบัติ ปัญหาและอุปสรรค สรุปประเด็นที่ได้จากการฟังเทศและการนำมาใช้ในชีวิตจริง แนะนำให้ญาติผู้ดูแลฟังเทศซ้ำ

วันที่ 4 ของโปรแกรมฯ เพื่อให้กำลังใจและเสริมแรงในการปฏิบัติตามโปรแกรมใช้เวลา 45 นาที

ก) อภิปรายร่วมกันถึงผลของการปฏิบัติ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและให้กำลังใจ เน้นถึงความสำคัญและประโยชน์ที่ญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยจะได้รับ

ข) ร่วมฝึกสมาธิแบบอานาปานสติกับญาติผู้ดูแล ใช้เวลา 10 นาที ฟังเทศ 20 นาที ร่วมอภิปรายถึงการประยุกต์ใช้หลักพุทธศาสนาและความเข้าใจของญาติผู้ดูแล

วันที่ 5 ของโปรแกรมฯ เพื่อยุติและสิ้นสุดสัมพันธภาพมี 2 กิจกรรมใช้เวลา 30 นาที

ก) สอบถามความต้องการการช่วยเหลือเพิ่มเติม สรุปผลของการปฏิบัติตามโปรแกรมการประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมของญาติผู้ดูแล

ข) ให้ญาติผู้ดูแลทำแบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ ครั้งที่ 2

ค) อธิบายถึงการยุติความสัมพันธ์ในโครงการวิจัย และพร้อมให้การช่วยเหลือหากญาติผู้ดูแลต้องการ

1.6.2 กลุ่มควบคุม เป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลตามปกติ ญาติผู้ดูแลจะได้รับการสร้างสัมพันธภาพจากผู้วิจัยและประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณหลังผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ในวันที่ 2 และหลังจากผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาลในวันที่ 6 (ได้รับการดูแลตามการพยาบาลปกติหลังตอบแบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ 5 วัน)

ดังแสดงภาพ ดังนี้



ภาพ 2 ขั้นตอนและวิธีดำเนินการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลนำมาแจกแจงความถี่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจทางจิตวิญญาณระหว่างก่อน และหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมในกลุ่มทดลอง โดยใช้การทดสอบสถิติทีคู่ (pair t-test)
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจทางจิตวิญญาณระหว่างกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรม และกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลปกติ โดยใช้การทดสอบสถิติทีอิสระ (independent t-test)

ทั้งนี้ก่อนทดสอบสถิติทีคู่ (pair t-test) และ ทีอิสระ (independent t-test) นำค่าคะแนนมาทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น โดยตรวจสอบลักษณะการแจกแจงของคะแนนก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อตรวจสอบลักษณะการกระจายแบบโค้งปกติ (normal distribution) โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov Test และทดสอบความแปรปรวนของคะแนนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Levene test of Equality of variances โดยค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนได้รับการดูแลทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันในแง่ของปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแล

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรม ต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลาม ที่มารับการรักษา ในหอผู้ป่วยนรีเวช ของโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอด้วยการบรรยายประกอบตาราง แบ่งเป็น 2 ส่วน ตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานข้อที่ 1 ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลาม กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรม มีค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณ หลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับ

สมมติฐานข้อที่ 2 ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลาม กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลจากการพยาบาลปกติ

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลาม

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลาม จำนวน 45 ราย ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงถึง ร้อยละ 80 มีอายุระหว่าง 17-73 ปี มีอายุเฉลี่ย 49.44 ปี ($SD = 12$) และมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 64.4 ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 31.1 ระดับปริญญาตรีและประถมศึกษา ร้อยละ 28.8 และ 26.6 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอและมีเงินเก็บ ร้อยละ 75.5 เกือบทั้งหมดมีสัมพันธภาพกับผู้ป่วยอยู่ในระดับดี ร้อยละ 95.5 มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็นบุตรที่ดูแลมารดา ร้อยละ 53.3 เป็นพี่น้อง ร้อยละ 15.6 และเป็นมารดาที่ดูแลบุตร ร้อยละ 13.3 ตามลำดับ ระยะของโรคของผู้ป่วยอยู่ในระยะ 4 ร้อยละ 73.3 และระยะ 3 ร้อยละ 26.6 กลุ่มตัวอย่างรับรู้การวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยจากแพทย์ผู้ดูแลทั้งหมด ร้อยละ 100 กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติกิจทางศาสนาอยู่ในระดับปานกลาง ไปทำบุญที่วัดในวันสำคัญทางศาสนา ไปวัดเพื่อ

ทำบุญในวันพระเป็นบางครั้ง ร้อยละ 77.7 ทั้งนี้จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยการทดสอบสถิติไคสแควร์แบบฟิชเชอร์ (Fisher's exact-test) ซึ่งพบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติดังตาราง 2

ตาราง 2

จำนวน ร้อยละ ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (N= 45)

| ข้อมูลส่วนบุคคล | กลุ่มควบคุม | กลุ่มทดลอง | กลุ่มตัวอย่าง | χ^2 |
|---------------------|----------------|----------------|----------------|--------------------|
| | (n = 25) | (n= 20) | (N= 45) | |
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | |
| เพศ | | | | .648 ^{ns} |
| ชาย | 5 (20.0) | 4 (20.0) | 9 (20.0) | |
| หญิง | 20 (80.0) | 16 (80.0) | 36 (80.0) | |
| อายุ (ปี) | | | | .757 ^{ns} |
| 17- 29 | 2 (8.0) | 2 (10.0) | 4 (8.9) | |
| 30-49 | 7 (28.0) | 9 (45.0) | 16 (35.6) | |
| 50-69 | 14 (56.0) | 9 (45.0) | 23 (51.1) | |
| ≥ 70 | 2 (8.0) | 0 (0.0) | 2 (4.4) | |
| ค่าอายุเฉลี่ย (ปี) | 51.24 | 47.2 | 49.44 | |
| ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน | 12.03 | 11.87 | 12.00 | |
| | Min=22 | Min=17 | Min=17 | |
| | Max=73 | Max=65 | Max=73 | |
| สถานภาพสมรส | | | | .755 ^{ns} |
| คู่ | 17 (68.0) | 12 (60.0) | 29 (64.4) | |
| โสด | 8 (32.0) | 8 (40.0) | 16 (35.5) | |

ns = no significance, $p > .05$

ตาราง 2 (ต่อ)

| ข้อมูลส่วนบุคคล | กลุ่มควบคุม | กลุ่มทดลอง | กลุ่มตัวอย่าง | χ^2 |
|---------------------------|----------------|----------------|----------------|--------------------|
| | (n = 25) | (n= 20) | (N= 45) | |
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | |
| ระดับการศึกษา | | | | .488 ^{ns} |
| ไม่ได้เรียน | 0 (0.0) | 1 (5.0) | 1 (2.2) | |
| ประถมศึกษา | 7 (28.0) | 5 (25.0) | 12 (26.7) | |
| มัธยมศึกษา | 10 (40.0) | 4 (20.0) | 14 (31.1) | |
| อนุปริญญา/ ปวส. | 2 (8.0) | 3 (15.0) | 5 (11.1) | |
| ปริญญาตรี | 6 (24.0) | 7 (35.0) | 13 (28.9) | |
| รายได้ | | | | .079 ^{ns} |
| เพียงพอและมีเงินเก็บ | 16 (64.0) | 18 (90.0) | 34 (75.6) | |
| เพียงพอแต่ไม่มีเงินเก็บ | 9 (36.0) | 2 (10.0) | 11 (24.4) | |
| ระดับสัมพันธภาพกับผู้ป่วย | | | | .495 ^{ns} |
| ดี | 23 (92.0) | 20 (100.0) | 43 (95.6) | |
| ปานกลาง | 2 (8.0) | 0 (0.0) | 11 (4.4) | |
| ความเกี่ยวข้องในครอบครัว | | | | .556 ^{ns} |
| ของญาติผู้ดูแล | | | | |
| แม่ | 3 (12.0) | 3 (15.0) | 6 (13.3) | |
| พ่อ | 2 (8.0) | 1 (5.0) | 3 (6.7) | |
| สามี | 2 (8.0) | 3 (15.0) | 5 (11.1) | |
| พี่น้อง | 3 (12.0) | 2 (10.0) | 7 (15.6) | |
| บุตร | 15 (60.0) | 11 (55.0) | 24 (53.3) | |

ns = no significance, $p > .05$

ตาราง 2 (ต่อ)

| ข้อมูลส่วนบุคคล | กลุ่มควบคุม | กลุ่มทดลอง | กลุ่มตัวอย่าง | χ^2 |
|---------------------------------------|----------------|----------------|----------------|--------------------|
| | (n = 25) | (n= 20) | (N= 45) | |
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | |
| การปฏิบัติกิจทางศาสนา | | | | .535 ^{ns} |
| น้อย | 0 (0.0) | 1 (5.0) | 1 (2.2) | |
| ปานกลาง | 20 (80.0) | 15 (75.0) | 35 (77.8) | |
| มาก | 4 (16.0) | 2 (10.0) | 6 (13.3) | |
| มากที่สุด | 1 (4.0) | 2 (10.0) | 3 (6.7) | |
| การรับรู้การวินิจฉัยโรค ของผู้ป่วย | | | | .444 ^{ns} |
| รับทราบจากแพทย์ผู้ดูแล | 25 (100.0) | 20 (100.0) | 45 (100.0) | |
| ระยะของโรคของผู้ป่วย | | | | .556 ^{ns} |
| ระยะ 3 | 12 (48.0) | 0 (0.0) | 12 (26.7) | |
| ระยะ 4 | 13 (52.0) | 20 (100.0) | 33 (73.3) | |
| วิธีการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ | | | | .407 ^{ns} |
| แบบประคับประคอง | 17 (68.0) | 17 (85.0) | 34 (75.5) | |
| การผ่าตัด | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | |
| รังสีรักษา | 2 (8.0) | 1 (5.0) | 3 (6.7) | |
| เคมีบำบัด | 6 (24.0) | 2 (10.0) | 8 (17.8) | |

ns = no significance, $p > .05$

ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐาน

ก่อนทดสอบสมมติฐาน ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบการแจกแจงของข้อมูล โดยใช้สถิติ test of normality -Kolmogorov-Smirnov Test พบว่าค่าคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามก่อนและหลังให้การดูแลของทั้งสองกลุ่มมีการแจกแจงของข้อมูลเป็นแบบโค้งปกติโดยได้ค่าสถิติที่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ภาคผนวก ฉ ตาราง ฉ 2) และเมื่อทดสอบความแปรปรวน (test of homogeneity of variance) พบว่าค่าคะแนนทั้งสองกลุ่มมีความแปรปรวนเท่ากัน(ภาคผนวก ฉ ตาราง ฉ 4) ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติที่

การทดสอบสมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานข้อที่ 1 ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรม มีค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณหลังได้รับ โปรแกรมสูงกว่า ก่อนได้รับ

จากการศึกษา พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยรวมของกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง ($M = 145.70, SD = 10.83$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($M = 124.70, SD = 11.64$) อยู่ในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 ($t = 13.324, p <.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ดังตาราง 3

ตาราง 3

เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยรวมก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทีคู่ (pair t-test) ($N=20$)

| ช่วงเวลา | <i>M</i> | <i>SD</i> | <i>t</i> |
|-------------------|----------|-----------|-----------|
| ก่อนได้รับโปรแกรม | 124.70 | 11.64 | 13.324*** |
| หลังได้รับโปรแกรม | 145.70 | 10.83 | |

 $p < .001$

สมมติฐานข้อที่ 2 ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจทางจิตวิญญาณสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลจากการพยาบาลปกติ

ผู้วิจัยได้ทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจทางจิตวิญญาณก่อนทดลองระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง โดยทำการทดสอบความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองก่อนการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจทางจิตวิญญาณโดยรวมของกลุ่มควบคุม ($M=117.20$, $SD=14.54$) และกลุ่มทดลอง ($M=124.70$, $SD=11.64$) มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.874$, $p > .05$) แสดงให้เห็นว่า ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณก่อนการทดลองของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองมีความเท่าเทียมกัน (ภาคผนวก จ ตาราง จ1)

จากการศึกษา พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจทางจิตวิญญาณหลังกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t=7.87$, $p < .001$) ดังตาราง 4

ตาราง 4

เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของกลุ่มทดลองหลังได้โปรแกรม และกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลปกติ โดยใช้สถิติทีอิสระ ($N = 45$) (independent t-test)

| | ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ | | <i>t</i> | <i>p</i> -value |
|--------------------|-------------------------|-----------|----------|---------------------|
| | <i>M</i> | <i>SD</i> | | |
| กลุ่มควบคุม (n=25) | 118.88 | 11.89 | 7.87 | .000 ^{***} |
| กลุ่มทดลอง (n=20) | 145.70 | 10.84 | | |

^{***}
 $p < .001$

อภิปรายผล

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 80 เพศหญิงเป็นเพศที่สังคมไทยคาดหวัง เห็นว่าเหมาะสมที่จะรับบทบาทเป็นผู้ดูแล เนื่องจากผู้หญิงเป็นเพศที่มีคุณลักษณะของผู้ดูแลและมีการปกป้องเหมือนคุณลักษณะของความเป็นแม่ ที่คอยดูแลสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะในยามเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว ในขณะที่เพศชาย มักถูกรวมถึงคุณให้เป็นผู้หารายได้มาสนับสนุนครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชูชื่น (2541) ที่พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเป็นผู้หญิงถึงร้อยละ 80.5 กลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาถึงระดับปริญญาตรี ปัจจุบันคนไทยส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาขั้นต้นอยู่ในระดับประถมศึกษา และกลุ่มตัวอย่างที่ดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ซึ่งรับผู้ป่วยในภาคใต้ทั้งหมดจะมีทั้งที่มาจากต่างจังหวัดในชนบทและในเมือง และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพกับผู้ป่วยอยู่ในระดับดี และมีความเกี่ยวข้องเป็นบุตรที่ต้องดูแลมารดาเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 53.3 เป็นพี่น้องร้อยละ 15.6 และมารดาที่ต้องดูแลบุตรร้อยละ 13.3 ตามลำดับ เนื่องจากสังคมไทยส่วนใหญ่ครอบครัวหรือเครือญาติจะมีความผูกพันและคอยช่วยเหลือซึ่งกันและกันในยามเจ็บป่วย และจากการศึกษาของ ปาริฉัตร (2550) พบว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีรายได้เพียงพอและมีเงินเก็บ เนื่องจากสังคมไทยปัจจุบันมีสิทธิประโยชน์เกี่ยวกับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลในกลุ่มคนทุกระดับ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของศิริวรรณ (2548) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้พอใช้ คิดเป็นร้อยละ 56.15 หลายคนใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพและบางรายเบิกค่ารักษาได้ และกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยมีการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่ไปทำบุญที่วัดในวันพระเป็นบางครั้งและวันสำคัญทางศาสนา มีสวดมนต์บ้างแต่ไม่สม่ำเสมอ ด้วยคนส่วนใหญ่มักใช้เวลาส่วนใหญ่กับการทำงานหาเลี้ยงชีพ ทำให้มีเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาลดลง จากการศึกษาของศิริวรรณ (2548) พบว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังคงทำงานเต็มเวลาขณะดูแลผู้ป่วย

อภิปรายผลตามสมมุติฐาน

ผลการทดสอบสมมุติฐานข้อ 1 พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรม มีค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณหลัง

ได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับ ดังตาราง 3 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการพยาบาลประยุกต์ ใช้หลักพุทธธรรมสามารถ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามได้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าโปรแกรมการพยาบาลประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรม เพื่อส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลาม พัฒนาจากแนวคิดความผาสุกทางจิตวิญญาณด้านตะวันออกของเมชีคันสนีย์ ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบในตัวบุคคลสามด้าน คือ 1) ความสุข ความสงบที่เกิดจากความดี ความไม่เห็นแก่ตัว มิพรหมวิหารสี่ 2) การมีสติ สมาธิ ปัญญา และ 3) ความรู้สึกเบิกบานกับการทำหน้าที่ และการใช้ชีวิต ความผาสุกทางจิตวิญญาณทั้งสามองค์ประกอบ สามารถเกิดขึ้นได้จากการใช้โปรแกรมการพยาบาลประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมตามกรอบแนวคิดของหลักพุทธธรรมและความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยการนำหลักธรรมในพุทธศาสนามาใช้ร่วมกับการพยาบาลในการดูแลทางจิตวิญญาณเพื่อการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณในแต่ละองค์ประกอบและความผาสุกทางจิตวิญญาณโดยรวมได้ ดังนี้

การจัดกิจกรรมการพยาบาลเป็นรายบุคคลโดยผู้วิจัยทำการศึกษาค้นคว้าข้อมูลญาติผู้ดูแลเป็นรายบุคคล เพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจบริบทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยแต่ละราย ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับญาติผู้ดูแล และเปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลได้พูดคุยระบายความรู้สึก และปัญหาของญาติผู้ดูแลเอง ผู้วิจัยรับฟังปัญหาของญาติผู้ดูแลอย่างตั้งใจ เข้าใจ เห็นใจ แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับญาติผู้ดูแล มีการสัมผัสอย่างเหมาะสมกับสถานการณ์และช่วยญาติผู้ดูแลค้นหาอุปสรรค และแนวทางแก้ไขในการดูแลผู้ป่วย และการดำเนินชีวิตของญาติผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 5 วัน โดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดี สร้างความไว้วางใจ ให้ความช่วยเหลือด้วยความเอื้ออาทร แนะนำญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยตามหลักของศีล ด้วยหลักพรหมวิหารสี่ และมงคลสูตร แนะนำและฝึกปฏิบัติการทำสมาธิแบบอานาปานสติ เพื่อให้จิตใจสงบ มีความมั่นคงในอารมณ์ การฟังเทศธรรมะประยุกต์ การค้นหาและสะท้อนคิดความหมายในการเบิกบานในการทำหน้าที่และการใช้ชีวิต เพื่อให้การช่วยเหลือในการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลด้วยกิจกรรมนำหลักพุทธธรรมมาช่วยในการส่งเสริมให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดย

องค์ประกอบที่ 1 ความสุข สงบจากการทำความดี จากการวิจัย พบว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสุขที่ได้ช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นจากความทุกข์ มีความสุขจากการทำความดีที่ได้ช่วยเหลือผู้ป่วย แต่ยังมีความรู้สึกจิตใจว่าวุ่น ไม่มี ความสงบในจิตใจตั้งแต่เริ่มให้การดูแลผู้ป่วย และมีความรู้สึกไม่มั่นคงในจิตใจเมื่อเห็นผู้ป่วยเป็นทุกข์ บางรายต้องรองรับอารมณ์ของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงหรือ หงุดหงิดง่าย และด้วยความเครียดของญาติผู้ดูแลเองทำให้การควบคุมอารมณ์และสถานการณ์ต่างๆ ได้ของญาติผู้ดูแลเป็นไปอย่างยากลำบากมากขึ้น บางรายเกิดความขัดแย้งระหว่างผู้ป่วยและ

ญาติผู้ดูแล(ภารตี, 2549) ด้วยโปรแกรมดังกล่าว พยาบาลสร้างสัมพันธภาพจนญาติผู้ดูแลไว้วางใจ และให้ข้อเสนอแนะให้ญาติผู้ดูแลปฏิบัติอยู่ในหลักของศีล ซึ่งประกอบด้วย มโนกรรม วชิกรรม และ กายกรรม ในการคิดดี พูดดี และกระทำดี ต่อผู้ป่วย ส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยด้วย หลักพรหมวิหารสี่ ปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยด้วยความเมตตา รักใคร่ ปราบณาดี ด้วยความกรุณา ช่วยเหลือให้การดูแลผู้ป่วยอย่างจริงใจโดยไม่หวังผลตอบแทน ด้วยการมีมุทิตา พลอยยินดีเมื่อผู้ป่วย มีความสุข และอุเบกขา คือ การวางใจให้เป็นกลางกับความรู้สึกทุกข์ในสถานการณ์ที่ไม่สามารถควบคุม ได้ถึงแม้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลืออย่างเต็มที่แล้วก็ตาม ปฏิบัติความดีตามหลักมงคลสูตรในการดูแล ผู้ป่วย เช่น การสงเคราะห์ช่วยเหลือดูแลด้วยความเอื้ออาทรต่อบุตร การดูแลมารดาเพื่อตอบแทน บุญคุณด้วยความกตัญญู การทำความดีด้วยการดูแลบุคคลในครอบครัวด้วยหลักของศีล พรหมวิหารสี่ และมงคลสูตรโดยไม่หวังผลตอบแทนจะส่งผลให้จิตใจของญาติผู้ดูแลรู้สึกผ่อนคลาย เป็นจิตใจที่ บริสุทธิ์ ปราศจากกิเลส ซึ่งก่อให้เกิดความสุข สงบ จากการทำความดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา เจริญวิเคราะห้พรหมวิหารสี่ ของพระมหาสุทธีชัย (2546) พบว่าพรหมวิหารสี่ เป็นหลักธรรมที่มีความสำคัญต่อวิถีชีวิตของมนุษย์เนื่องจากเป็นคุณธรรมอันดีงาม เป็นหลักปฏิบัติที่มนุษย์พึงยึดไว้ ประพฤติปฏิบัติต่อกันและกัน เพื่อความสงบสุขของผู้ปฏิบัติเองและผู้อื่นหรือสังคมโดยรวม เป็น คุณธรรมอันประเสริฐ 4 ประการ คือ เมตตา กรุณา มุทิตา และอุเบกขา เป็นกุศลธรรม ประโยชน์ ของพรหมวิหารสี่ คือ ผู้ปฏิบัติย่อมมีสภาพจิตที่เป็นกุศล อำนาจกุศลจิตเป็นเหตุให้มีจิตใจที่เบิกบาน แจ่มใส เป็นสุข เป็นที่รักของทุกคน จิตที่เป็นกุศลส่งผลให้เป็นจิตที่มีสมาธิเร็ว และมองเห็นความจริง ในสังขธรรม กล่าวคือ การปฏิบัติดังกล่าวจะทำให้ญาติผู้ดูแลเข้าใจธรรมชาติของชีวิต และยอมรับ สถานการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงได้มากขึ้น และในเรื่องการส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลให้การดูแล ผู้ป่วยด้วยความดีในหลักของศีล พรหมวิหารสี่ และมงคลสูตร สอดคล้องกับงานวิจัย ของเนตรลาวัณย์ (2548) ซึ่งพบว่าสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวส่งผลให้ผู้ป่วยและคนในครอบครัวมีความรู้สึกมีคุณค่า ในตนเองและมีความสุขทางจิตวิญญาณ จากงานวิจัยครั้งนี้พบว่า โปรแกรมการพยาบาลประยุกต์ ใช้หลักพุทธธรรมส่งผลให้ญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองหลัง ได้รับโปรแกรมมีความรู้สึกจิตใจมีความมั่นคง มีความสงบภายในจิตใจมากขึ้นเมื่อเห็นผู้ป่วยมีความสุขถึงแม้ให้การช่วยเหลืออย่างเต็มที่แล้วก็ตาม มีความสุขเมื่อผู้ป่วยมีความสุขไม่ทุกข์ทรมานจากโรคและการรักษา และมีความสุขที่ได้ทำความดี ในการดูแลผู้ป่วย

องค์ประกอบที่ 2 การมี สมาธิ สติและปัญญา จากการวิจัยพบว่าญาติผู้ดูแลมักเกิดความกลัวมาก ทุกครั้งเมื่อนึกถึงการต้องพลัดพรากจากผู้ป่วย การควบคุมอารมณ์และรู้ตัวว่าจะคิดหรือพูดอะไรตกลง ญาติผู้ดูแลไม่พร้อมที่จะเผชิญกับความรู้สึกสูญเสียผู้ป่วย รวมทั้งยากที่จะทำใจยอมรับความรู้สึกว่า เป็นเรื่องปกติหรือเป็นธรรมดาของชีวิตที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ที่ผู้ป่วยจะต้องเสียชีวิตในวันข้างหน้าใน

ขณะที่ญาติผู้ดูแลยังคงต้องมีชีวิตอยู่ต่อไป ซึ่งส่งผลให้ความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลในกลุ่มตัวอย่างลดลง โปรแกรมฯ จัดให้มีการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ ทำให้อารมณ์ของกลุ่มตัวอย่างมีความมั่นคงเยือกเย็น ผ่อนคลาย มีความสงบ และมีสติที่จะคิดและไตร่ตรองอย่างแยบยลมากยิ่งขึ้น การฝึกสมาธิจะส่งผลให้บุคคลมีความยังคิด มีความสุขุม เยือกเย็น มีความคิดอยู่กับปัจจุบันลดการปรุงแต่ง ไม่ฟุ้งซ่าน คิดอย่างมีเหตุผล ไคร่ครวญ ไคร่ตรอง อย่างมีวิจารณ์ญาณ (พระราชวรมุนี, 2528 อ้างตาม อรรถสิทธิ์, 2548) เข้าใจ และวิเคราะห์สถานการณ์ต่างๆ ได้ตามความเป็นจริง สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของอรรถสิทธิ์ (2548) พบว่า การฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ เป็นการเพิ่มเชาวน์อารมณ์ เป็นการบริหารจัดการอารมณ์ในการติดต่อสัมพันธ์ระหว่างตนกับคนอื่น ทำให้ผู้ฝึกมีคุณภาพชีวิตที่ดี และเพิ่มระดับสติได้ ส่วนการศึกษาของญาณิกา (2549) พบว่าการฝึกสมาธิทำให้ผู้ฝึก มีการใช้เหตุผลเชิงจริยธรรม และมีความสามารถในการเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรคได้ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมจิตร์ (2543) พบว่า ศีล สมาธิ ปัญญา สามารถทำให้ผู้ฝึกมีการมองเห็นคุณค่าในตนเอง ส่วนการศึกษาของ อารี, วิภา, ประนอม, ปรีศนา, และทิพวรรณ (2548) พบว่าการฝึกปฏิบัติสมาธิ มีผลต่อระดับความเครียดลดลงและระดับสติของนักศึกษาพยาบาลมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ สูงขึ้น และการศึกษาของ ณรงค์ชัย (2540) พบว่าการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ ส่งผลให้ผู้ฝึกสามารถพัฒนาประสิทธิภาพในการแก้ปัญหาได้ดี จากการวิจัยพบว่า ญาติผู้ดูแลสามารถควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น มีจิตใจที่เข้มแข็งขึ้น มีกำลังใจ มีความสงบสุขมากขึ้น หลังได้ทำสมาธิ และยอมรับความทุกข์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นธรรมดาของชีวิตที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ยอมรับและเข้าใจว่า การเกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นเรื่องธรรมดาของชีวิต และมีความพร้อมที่จะเผชิญกับความรู้สึกสูญเสียผู้ป่วยได้ทุกขณะ

องค์ประกอบที่ 3 ความรู้สึกเบิกบานกับการทำหน้าที่และการใช้ชีวิต หรือการใช้ชีวิตอย่างมีความหมาย จากการวิจัย พบว่าญาติผู้ดูแลรู้สึกคับข้องใจที่ภาระการดูแลทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ รู้สึกทุกข์ทรมานใจมาก เมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมากขึ้นถึงแม้ได้รับการรักษาแล้ว รู้สึกทุกข์ใจมากเมื่อเห็นผู้ป่วยทุกข์ทรมาน และญาติผู้ดูแลรู้สึกว่าชีวิตนี้มีแต่ความทุกข์ ความล้มเหลว และผิดหวังหลังจากผู้ป่วยเริ่มเข้ารับการรักษา จากโปรแกรมฯ ในการช่วยเหลือญาติผู้ดูแลสะท้อนคิด ในการค้นหาความหมายในชีวิต เพื่อให้ญาติผู้ดูแลมีความเบิกบานในการทำหน้าที่และการใช้ชีวิต ผู้วิจัยสร้างความไว้วางใจ เห็นใจ เข้าอกเข้าใจรับฟังญาติผู้ดูแลอย่างตั้งใจ เปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบ เปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลได้บอกเล่าถึงความต้องการ บอกเล่าประสบการณ์ที่มีคุณค่าในใจจากสิ่งที่มีคุณค่าที่สุดในชีวิต เพื่อค้นหาความหมายจากคุณค่า ประสบการณ์ที่เกิดจากความผูกพัน หรือความรัก คุณค่าการสร้างสรรค์จากความสำเร็จในการทำงานอย่างมุ่งมั่น หรือส่งเสริมการมองโลกที่สนะบวกให้ญาติผู้ดูแลมีความคิดออกจากด้านลบของชีวิต เพื่อความเข้มแข็งและสามารถยอมรับกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ให้ญาติผู้ดูแลสามารถดำเนินชีวิต

ต่อไปอย่างมีความหมาย มีคุณค่าและความเบิกบานในการใช้ชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิกา (2545) พบว่าการเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทำให้ญาติผู้ดูแลมีสมาธิสนใจตนเอง ลืมอนาคต จนต้องหยุดทบทวนสถานการณ์และกำหนดเป้าหมายของชีวิต และสอดคล้องกับ พีรเทพ (2547) และวรรณวิสาข์ (2544) ซึ่งกล่าวไว้ว่า ความหมายของชีวิตหมายถึงการตระหนักได้ถึงสิ่งที่บุคคลยึดเหนี่ยวให้เขามีชีวิต จะส่งผลให้บุคคลมีความเข้มแข็งในการมองโลก และทำให้บุคคลค้นพบความหมาย และยืนหยัดต่อชะตากรรมได้อย่างองอาจ ถึงแม้จะไม่สามารถเปลี่ยนแปลงสถานการณ์นั้นๆ ได้แต่บุคคลสามารถหันชีวิตเข้าสู่ชัยชนะภายในจิตใจ และสามารถเผชิญหน้ากับความทุกข์และความตาย ซึ่งจะก่อให้เกิดความหมายในชีวิตอย่างแท้จริงและนำไปสู่วุฒิภาวะและความมั่งคั่งทางจิตใจ มีความผาสุกในการดำเนินชีวิตต่อไป จากการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกคับข้องใจที่การระดมทุนดูแลทำให้ไม่สามารถดำเนินได้อย่างปกติ ความรู้สึกทุกข์ทรมานใจเมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมากขึ้นถึงแม้ได้รับการรักษาแล้ว มีความรู้สึกทุกข์ใจเมื่อเห็นผู้ป่วยทุกข์ทรมาน และมีความรู้สึกว่ามีชีวิตนี้มีแต่ความทุกข์ ความล้มเหลวและผิดหวังหลังจากผู้ป่วยเริ่มเข้ารับการรักษาลดลง

ผลการทดสอบสมมุติฐานข้อ 2 พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะยะลุกลามกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนของความผาสุกทางจิตวิญญาณสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลจากการพยาบาลปกติ

ค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรม ($M= 145.7, SD =10.84$) สูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลปกติ ($M=118.8, SD =11.89$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 ($t=7.87, p < .001$) ดังตาราง 4 นอกจากนี้ความผาสุกทางจิตวิญญาณของกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณก่อน ($M =117.2, SD=14.54$) และหลัง ($M =118.8, SD=11.88$) ได้รับการพยาบาลตามปกติไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 7.87, p >.05^{ns}$) พบว่าการพยาบาลปกติไม่สามารถทำให้ความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลสูงขึ้นได้เนื่องจากการพยาบาลปกติเป็นการดูแลผู้ป่วยเพื่อฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยพยาบาลส่วนใหญ่มองว่าเป็นเรื่องยาก ขาดความมั่นใจ ขาดความรู้ความเข้าใจ และแบบอย่างที่ดีในเรื่องการดูแลด้านจิตวิญญาณ (บุบผา, 2543; รักชนก, 2552; วรณวรรณ, 2548; Tiew, Creedy, & Chan, 2012) และมักลังเล หรือไม่มั่นใจในการเปิดโอกาสให้มีการพูดคุยถึงความเป็นไปของภาวะโรคของผู้ป่วยร่วมกับญาติผู้ดูแล (Slort & Blabkestein, 2011) เนื่องจากไม่มั่นใจว่าจะสามารถรับมือกับสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้หรือไม่ มักเลือกที่จะไม่สนใจ หรืออยู่ให้ห่างจากญาติผู้ดูแล (ทัศนีย์, 2553) อีกทั้งการดูแลด้านจิตวิญญาณต้องอาศัยเวลาในการสร้างสัมพันธภาพ สร้างความไว้วางใจจากญาติผู้ดูแล

เพื่อการระบายความรู้สึกและความต้องการ อาศัยทักษะการรับฟังอย่างตั้งใจในการพูดคุย การเข้าอกเข้าใจ และเห็นใจญาติผู้ดูแลและให้การช่วยเหลืออย่างจริงใจ แต่ด้วยภาระงานหลักในการดูแลผู้ป่วยหรือภาระงานประจำที่ล้นมือในอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ที่มีอยู่อย่างจำกัด ทำให้การจัดสรรเวลาให้ญาติผู้ดูแลเป็นไปด้วยความยากลำบากในการดูแลด้านจิตสังคม (กิตติกร, วราภรณ์, สิริินทร์, ยูพา, และศรีวรรณ, 2548) โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านจิตวิญญาณ ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่างไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังนั้น สรุปได้ว่าจากการศึกษาครั้งนี้การพยาบาลประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมด้วยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับญาติผู้ดูแล การสร้างไว้วางใจ ความเชื่อมั่นในการช่วยเหลือ เปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลระบายความรู้สึกและความต้องการทั้งด้านบวกและด้านลบ โดยผู้วิจัยรับฟังอย่างตั้งใจ ให้การช่วยเหลือด้วยความเอื้ออาทร และความจริงใจ พร้อมทั้งมีการร่วมกันประเมินและวางแผนแก้ไข ปัญหาของญาติผู้ดูแล ร่วมกันค้นหา สะท้อนคิดความหมายในชีวิตของญาติผู้ดูแล เพื่อการใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่าตามเป้าหมายที่ญาติผู้ดูแลหวังไว้ ส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยความดีในหลักของศีล พรหมวิหารสี่ และมงคลสูตร ปฏิบัติตามหลักอริยมรรคแปด หรือไตรสิกขา คือ ศีล สมาธิ และปัญญา ในโปรแกรมฯ การประพฤติปฏิบัติให้อยู่ในศีล ซึ่งถือเป็นการทำความดีต่อตนเองและผู้อื่น เป็นการครองตนและการทำดีกับผู้อื่น ในการคิดดี พูดดี และกระทำดี ด้วยความมีเมตตา กรุณา มุทิตา และอุเบกขาด้วยพรหมวิหารสี่ เพื่อให้เกิดความสุข จากความดี เพื่อเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ส่งเสริมให้มีจิตใจที่บริสุทธิ์ ผ่องใส ปราศจากกิเลส มีความสงบ และเป็นพื้นฐานของการทำสมาธิ เพื่อการสร้างเสริมให้บุคคลมีอารมณ์เยือกเย็น มั่นคง มีสติที่จะใช้ความคิดอย่างมีเหตุ มีผล และมีวิจารณ์ญาณ จะส่งเสริมให้เกิดปัญญาในการเข้าใจธรรมชาติของชีวิต มองเห็นความจริงของชีวิตตามความเป็นจริงตามธรรมชาติ มองเห็นหนทางในการดับทุกข์ตามหลักอริยสัจสี่ ตามหลักคำสอนในพุทธศาสนา เมื่อมีศีล สมาธิ สติและปัญญา ทำให้มีการพัฒนาไปสู่ความคิดที่จะเข้าใจและยอมรับในสังขารของชีวิตมนุษย์ ในเรื่องการเกิด แก่ เจ็บป่วยและตายซึ่งเป็นธรรมชาติของชีวิตมนุษย์ทุกคน การเข้าใจในหลักการเวียนว่ายอยู่ในกฎปฏิจสมุปบาทด้วยเหตุและปัจจัยที่ก่อให้เกิดทุกข์ มองเห็นสภาวะธรรมของการเกิดขึ้น ตั้งอยู่และดับไปตามความเป็นจริงของธรรมชาติ ในกฎแห่งไตรลักษณ์ เพื่อให้ญาติผู้ดูแลมีความเข้มแข็งพร้อมที่จะเผชิญกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้และดำเนินชีวิตต่อไปอย่างมีคุณค่าและมีความหมาย มีความเบิกบานในการทำหน้าที่และการใช้ชีวิต และมีความผาสุกทางจิตวิญญาณ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรม การพยาบาลประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณ กลุ่มตัวอย่าง เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลาม ตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 45 ราย ซึ่งเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ ระหว่างเดือนมกราคม ถึงธันวาคม พ.ศ. 2555 จัดให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มให้ความสนใจคล้ายคลึงกันในเรื่อง อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สัมพันธภาพกับผู้ป่วย ความพอเพียงของรายได้ การรับรู้การวินิจฉัยโรคของผู้ป่วย การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา หรือความศรัทธาในศาสนา การวินิจฉัยระยะโรคของผู้ป่วย และวิธีการรักษาโรคของผู้ป่วย โดยแบ่งเป็น กลุ่มควบคุมจำนวน 25 ราย ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองจำนวน 20 รายได้รับโปรแกรมการพยาบาลประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการพยาบาลประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ผ่านการตรวจคุณภาพความตรงด้านเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ผู้วิจัยทำการปรับปรุงทำการปรับปรุง และนำไปทดลองใช้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลาม เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามความผาสุกทางจิตวิญญาณ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1) ความสุข ความสงบที่เกิดจากความดี ความไม่เห็นแก่ตัว มีพรหมวิหารสี่ 2) ความรู้สึกเบิกบานกับการทำหน้าที่และการใช้ชีวิต และ 3) การมีสติ สมาธิ และปัญญา หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำคะแนนมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าที่ระดับ .90

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยหาค่าแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้วยสถิติบรรยาย เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์ แบบฟิชเชอร์ (Fisher's exact-test) และวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยรวมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมของกลุ่มทดลองด้วยสถิติทีคู่ และระหว่างกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลปกติด้วยสถิติทีอิสระ

ผลการวิจัย พบว่า

1. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังทางนรีเวชระยะลุกลามกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรม มีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจทางจิตวิญญาณหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 13.32, p < .001$)
2. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังทางนรีเวชระยะลุกลามกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจทางจิตวิญญาณสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลจากการพยาบาลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .001 ($t = 7.87, p < .001$)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรส่งเสริมให้มีการนำโปรแกรมประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมมาใช้ในการดูแลญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเนื่องจาก การส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังทางนรีเวชระยะลุกลามให้มีความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ จะนำมาซึ่งการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ และสามารถทำให้ญาติผู้ดูแลมีความสุขในทุกมิติของชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลในด้านองค์ประกอบที่เกี่ยวกับ สมာธิ สติ ปัญญา และความเบิกบานในการทำหน้าที่และการใช้ชีวิต
2. ด้านการวิจัยทางการพยาบาล นักวิจัยทางการพยาบาลสามารถนำความพึงพอใจทางจิตวิญญาณไปหาความสัมพันธ์หรือ หาผลลัพธ์ในมิติอื่นๆ เช่น กาย สังคม อารมณ์ ของบุคคลทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเพื่อนำมาใช้ในการดูแลเพื่อส่งเสริมความพึงพอใจทางจิตวิญญาณให้แก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลต่อไป
3. ด้านการศึกษา ควรมีการส่งเสริมการให้ความรู้ในหน่วยงานเรื่องการดูแลผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังด้านจิตวิญญาณเพื่อส่งเสริมสุขภาวะแบบองค์รวมให้บุคคลมีความสุขในชีวิตในทุกมิติและมีคุณภาพชีวิตที่ดี
4. ด้านนโยบาย ควรมีนโยบายพัฒนาบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลแบบองค์รวมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัว

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาในกลุ่มตัวอย่างในศาสนาอื่นๆ เช่น ศาสนาอิสลาม ศาสนาคริสต์ เป็นต้น เพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยและญาติได้ครอบคลุมยิ่งขึ้น
2. ควรศึกษาติดตามระดับความพึงพอใจทางจิตวิญญาณหลังได้รับโปรแกรมการประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมในระยะ 1 เดือน 6 เดือน หรือจนถึงหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

- กนกศรี จาดเงิน. (2543). *เปรียบเทียบผลของการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติกับการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ ต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียน ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนอนุบาลชลบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- กัลยา พลอยใหม่. (2545). *ความผาสุกทางจิตวิญญาณของเด็กรุ่น*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กิตติกร นิลมานัต, วราภรณ์ คงสุวรรณ, สิริรินทร์ ศาตราอนุรักษ์, ยูพา อ่องโกศัย และศรีวรรณ ช้วนบุญกุล. (2548). อุปสรรคการพยาบาลด้านจิตสังคม: เสี่ยงจากพยาบาลปฏิบัติการวารสารสงขลานครินทร์เวชสาร, 23(5), 291-301.
- กิตติกร นิลมานัต. (2555). *การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต*. สงขลา: ออเรนจ์ มีเดีย.
- กาญจนา สังข์สิงห์. (2548). *ประสบการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งในการบำบัดเยียวยาด้วยสมาธิ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- เกษตะวัน นาคดี. (2544). *ผลการปฏิบัติธรรมต่อการเปลี่ยนแปลงด้านจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ จังหวัดสุรินทร์*. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จตุพล ศรีสมบูรณ์. (2547). *มะเร็งปากมดลูก: การวินิจฉัย และการรักษา*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ฉวีวรรณ ไพรวัลย์. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การปฏิบัติกิจทางศาสนา พฤติกรรมการดูแลทางการพยาบาลกับความผาสุกด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยเอดส์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชมพู ยอดสาร. (2551). *ความเข้าใจแก่นคำสอนในพุทธศาสนากับการปรับตัวของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ มหาวิทยาลัยรามคำแหง, กรุงเทพมหานคร.
- ชนัญญา กาสินพิลา. (2550). *ภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- ชูชื่น ชีวพูนผล. (2541). *อิทธิพลของภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติผู้ดูแล และความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาคุณวุฒิปบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- ญาณิกา สวัสดิพิงศา. (2549). *การพัฒนาเชาวน์อารมณ์ เหตุผลเชิงจริยธรรม และความสามารถในการเผชิญและฟื้นฝ่าอุปสรรคด้วยการฝึกสมาธิ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.
- ณรงค์ชัย ปัญญานนทชัย. (2540). *การพัฒนาประสิทธิภาพในการแก้ปัญหาโดยการฝึกสมาธิ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.
- ทองทิพย์ พรหมศร. (2551). *การปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลฝางจังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2545). *การส่งเสริมสุขภาพจิตด้านจิตวิญญาณ*. *วารสารสภาการพยาบาล*, 7(3), 51- 62.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2553). *เพื่อนร่วมทุกข์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทิพย์วิมล ตั้งชูทวีทรัพย์. (2546). *ผลการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริงต่อความหวังในคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- เทวี ไชยะเสน. (2552). *การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย*. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ชนพัฒน์ ไชยป้อ. (2550). *ความหวังและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความหวังในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชนัญญา น้อยเปียง. (2545). *การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- นงเยาว์ กัณฑ์มธุล. (2546). *ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอด*.
 วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นภนิศ รัตนภาสุร. (2550). *ปัจจัยที่มีผลต่อการล่าช้าในการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมใน
 ศูนย์มะเร็งภาคกลาง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอก
 สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- เนตรลาวัณย์ เกิดหอม. (2548). *ผลของโปรแกรมการสร้างสัมพันธ์ภาพในครอบครัวต่อความรู้สึกลี้
 มีคุณค่าในตนเองและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*.
 วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว
 มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- นินยา สออารีย์. (2545). *การจัดการกับความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็งที่มีความเจ็บปวด*. *วารสารสภา
 การพยาบาล*, 17(2), 55-70.
- นุชจรี วุฒิสุพงษ์. (2541). *คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระบบสืบพันธุ์สตรีหลังได้รับเคมีบำบัด*.
 วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลครอบครัว
 มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- บุบผา ขอบใจ. (2536). *ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง*.
 วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- บุบผา ขอบใจ. (2543). *รายงานการวิจัยเรื่อง ความสามารถทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยในมิติ
 จิตวิญญาณ*. ขอนแก่น: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ประเวศ วะสี. (2543). *สภาวะทางจิตวิญญาณ*. *หมอชาวบ้าน*, 22(261), 41-45.
- ปาริฉัตร กุลยาบาล. (2550). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่
 ได้รับยาเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ
 พยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- ปิยะฉัตร สะอาดเอี่ยม. (2544). *ประสบการณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลบุคคลที่มีปัญหา
 ทางจิตเวชด้านจิตวิญญาณ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
 สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- พนิตนาฏ ชำนาญเสื่อ, สมจิตต์ สินธุชัย และสิรินาถ ธรรมวิญญา. (2549). *คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
 มะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด*. สระบุรี: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี.
- พระธรรมปิฎก. (2542). *การแพทย์ยุคใหม่ในพุทธทัศน์*. กรุงเทพมหานคร: ธีระอรุณการพิมพ์.

- พระมหาสุทธีชัย ฐิตชโย. (2546). *ศึกษาเชิงวิเคราะห์พระมหาวีร 4 ในคัมภีร์ทางพระพุทธศาสนา*.
 วิทยานิพนธ์ปริญญาศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพุทธศาสนศึกษา มหาวิทยาลัย
 มหามกุฏราชวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- พระสมชาย ฐานวุฑโฒ. (2541). *มงคลชีวิตฉบับธรรมทายาท* (พิมพ์ครั้งที่ 8). ปทุมธานี:
 ฐานการพิมพ์.
- พระเทพเวที (ประยุทธ์ ปยุตโต). (2535). *ธรรมานุญชีวิต: พุทธจริยธรรมเพื่อชีวิตที่ดีงาม*
 (พิมพ์ครั้งที่ 137). กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย.
- พวงแก้ว พรหมรส. (2549). *ปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่มารับการรักษา
 ที่หน่วยรังสีรักษา โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์ปริญญา
 สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เพ็ญแข บัวภา. (2552). *การดูแลผู้ป่วยทางกายและจิตแบบองค์รวมในพระพุทธศาสนาและวิธีการ
 แพทย์ทางเลือก: ศึกษากรณีผู้ป่วยโรคมะเร็ง ณ ศูนย์ปฏิบัติธรรมสวนเวฬุวัน จ.ขอนแก่น*.
 วิทยานิพนธ์ปริญญาพุทธศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพระพุทธศาสนา มหาวิทยาลัย
 มหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- พีรเทพ รุ่งคุณากร. (2547). *ชีวิตนี้มีความหมาย*. *วารสารครุศาสตร์*. 3(2), 61-76.
- พุทธทาสภิกขุ. (2541). *คู่มือมนุษย์ ฉบับสมบูรณ์* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: เอมี่ เทรดิง.
- ภนิดา ชนวิฑิตทิกุล. (2548). *ความเข้มแข็งอดทนและสภาวะทางจิตของเยาวชนผู้ปฏิบัติธรรม
 กรณีศึกษากลุ่มยุวพุทธิกสมาคมแห่งประเทศไทย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตร
 มหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- ภารดี ปรีชาวิทยากุล. (2549). *ประสบการณ์ของญาติในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับ
 รังสีรักษาที่พักอาศัยในอาคารเย็นศีรษะ อาคารที่พักชั่วคราวของผู้ป่วยและญาติ*. สงขลา:
 หน่วยมะเร็ง คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- มะลิ พิมพ์ลา. (2552). *รูปแบบการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้สำหรับผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้าย*
 วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่
 มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- มาลัย แสงวิไลสาร. (2546). *ผลของการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติและการสวดมนต์ต่อการนอน
 ไม่หลับในผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการให้
 คำปรึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.

- ยุพิน เพ็ชรมงคล, และณัฐวรรณ สุวรรณ. (2551). รายงานการวิจัยเรื่อง การจัดการกับอาการในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีที่ได้รับเคมีบำบัด. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ยุพิน เพ็ชรมงคล, จตุพล ศรีสมบุญ, และมรรยาท ณ นคร. (2553). รายงานการทำวิจัยเรื่อง การประเมินผล โครงการป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีที่ได้รับเคมีบำบัดในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รติรส แผลงภูทอง. (2552). ประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีจัดการและภาวะการดำเนินงานที่ในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- รักษน กิ่งจำปา. (2552). การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามกรอบทฤษฎีการคืนสภาพครอบครัว ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- รวี เดือนดาว. (2547). ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย: การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2535). ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในครอบครัว. วารสารพยาบาล, 41(1), 9-19.
- วรรณวิสาข์ ไชโย. (2544). ความหมายของชีวิตในทฤษฎีนิยบบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาปรัชญา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รวรรณ ชำนาญช่าง. (2547). ผลของการพยาบาลโดยใช้พุทธธรรมบำบัดต่อความบีบคั้นทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยเอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- รวุฒวรรณ ผาโคตร. (2548). การนำกระบวนการพยาบาลด้านจิตวิญญาณไปใช้อย่างเป็นรูปธรรม. กรุงเทพมหานคร: เค.เอส.พี. การพิมพ์.
- วสันต์ ลินะสมิต. (2542). ตำรามะเร็งนรีเวชวิทยา. กรุงเทพมหานคร: พับลิชชิง.
- วัลภา คุณทรงเกียรติ. (2547). สุขภาพจิตวิญญาณของคนไทย. ปริญญาพยาบาลศาสตรคุณวุฒิบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- วิจิตรา เปรมปรี. (2550). *ความศรัทธาในพุทธศาสนากับการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี*. สารนิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพมหานคร.
- วิภา วิเสโส. (2545). *การให้ความหมายการเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตเมื่อรับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วิไล ถวิลสาร. (2550). *ผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่มุ่งการพยาบาลทางด้านจิตวิญญาณต่อความผาสุกของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์, กรุงเทพมหานคร.
- วินัสริน ก้อนศิลา. (2550). *ผลของการใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกสมาธิในการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้า*. รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศันสนีย์ เสถียรสุด. (2543). *การมีสติในทุกขณะคือ?*. วารสารหมอชาวบ้าน, 22(161), 14-16.
- ศศิธร บำรุงจิตต์. (2548). *ผลของการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติต่อภาวะซึมเศร้าของสตรีวัยทอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- ศิริวรรณ วรรณศิริ. (2548). *การศึกษาความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตรจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- สมจิตร เกิดปรางค์. (2543). *การนำ ศิล สมาธิ ปัญญา มาใช้ในกระบวนการกลุ่มเพื่อพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเอง ของนักศึกษาวิทยาลัยเกษตรและเทคโนโลยีสุพรรณบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.
- สมพร รัตนพันธ์. (2541). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- สายพิน เกษมกิจวัฒนา. (2539). *ภาวะเหนือตนเอง: แนวคิดด้านจิตวิญญาณ*. วารสารพยาบาลศาสตร์, 14(1), 70-88.

- สินีนานู ทิพย์มุสิก. (2546). *ผลของการให้คำปรึกษาแบบกระชับกับการเจริญสมานิตีด้วยการ
สวดมนต์ต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- สิริมาศ ปิยะวัฒน์พงศ์. (2548). *การสังเคราะห์งานวิจัยคุณภาพ: คุณภาพชีวิตตามการรับรู้ของ
ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย*. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 28(2),
46-55.
- สิริรัตน์ สมัครสมาน. (2550). *ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย.
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่
มหาวิทยาลัยขอนแก่น*.
- สุพิศ สงนวล. (2549). *ประสบการณ์การเยียวยาจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาที่
มีความผาสุกทางจิตวิญญาณ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา
การพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- สุนิศา สุขตระกูล. (2544). *ความต้องการในภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของสมาชิกในครอบครัว
ผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา
สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุภาวดี เนติเมธี. (2547). *ความหวัง พฤติกรรมการดูแลทางการพยาบาล การสนับสนุนทางสังคม
กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอช ไอ วี*. วิทยานิพนธ์
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว มหาวิทยาลัยบูรพา,
ชลบุรี.
- สุมานี ศรีกำเหนิด. (2551). *การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยหัวเฉียว
เฉลิมพระเกียรติ, กรุงเทพมหานคร.
- สุมาลี ชัยศรีสวัสดิ์. (2549). *ผลของการเสริมสร้างความหวังต่อการคิดอยากฆ่าตัวตายในผู้ที่เป็
โรคเอดส์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและ
การพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุริรัตน์ ช่วงสวัสดิ์ศักดิ์. (2541). *ความต้องการของญาติในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร*.
- สุวัฒน์ จันทร์จำนง. (2547). *แก่นพุทธธรรม*. กรุงเทพมหานคร: บั๊ค ไทม์.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2551). *สถิติสาธารณสุข
2551*.

- อภิรดี ลดาวรรษ. (2547). การสำรวจอาการที่พบบ่อยและการจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคมะเร็งในภาคใต้. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- อมรรัตน์ นระสนธิ. (2550). อาการและการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อรรธยา อมรพรหมภักดี. (2547). พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลในสถาบันให้บริการสุขภาพ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- อรรถสิทธิ์ สุนาโท. (2548). การเพิ่มเขี้ยวอารมณ์ ด้วยการฝึกสมาธิ: บทพิสูจน์การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ยั่งยืน. วารสาร มจร. วิชาการ, 8(16), 100-112.
- อัจฉรา ต้นศรีรัตนวงศ์. (2541). การเยียวยาทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่นับถือศาสนาพุทธ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- อารี นุ้ยบ้านด่าน, วิภา แซ่เจ็ย, ประนอม หนูเพชร, ปรีศนา อัดถาผล และทิพวรรณ รมณารักษ์. (2548). ผลของการฝึกปฏิบัติสมาธิแบบวิปัสสนากรรมฐานต่อความเครียดและระดับสติของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- อุมาพร แพร่ประภา. (2551). กรณีศึกษา: การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่มีความเจ็บปวด. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 31(1), 51-58.
- อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์. (2543). ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธ์ภาพในครอบครัว ภาวะสุขภาพ การปฏิบัติธรรมกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- Balboni, T. A. (2007). Religious and spiritual support among advanced cancer patients and association with end of life treatment preferences and quality of life. *Clinical Oncology Journal*, 25(5), 467-468.
- Bjarnason, D. (2009). Nursing, Religiosity, and end of life care: *Interconnections and Implications Nursing Clinical America*, 44(4), 517-525.
- Boston, P. H. & Mount, B. (2006). The caregiver's perspective on existential and spiritual distress in palliative care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 32(1), 13-26.

- Breitbart, W., Rosenfeld B., & Pessin, H. (2000). Depression, hopelessness and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *The Journal of the American Medical Association*, 284(22), 2907-11.
- Buck, H. G. (2008). The unmet spiritual needs of caregivers of patients with advanced cancer. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 10(2), 91-98.
- Caress, A. L. (2009). A narrative review of intervention to support family carers who provide physical care to family members with cancer. *Internal Journal of Nursing Studies*, 46(1), 1516-1527.
- Carson, V. B. (1997). Spiritual care: The needs of the caregiver. *Seminars in Oncology Nursing*, 13(4), 271-274.
- Cohen, J. (1988). The concept of power analysis. In J. Cohen (Ed.), *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed., pp. 1- 27). New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Firth, P. (2006). Patients and their families. *Recent Results Cancer Research*, 168, 61-71.
- Harding, R., & Higginson, I. J. (2003). What is the best way to help caregivers in cancer and palliative care? A systematic literature review of interventions and their effectiveness. *Palliative Medicine*, 17(1), 63-74.
- Hebat, R. S. (2007). Improving well being in caregiver of terminally ill patients: Making the case for patient suffering as a focus for intervention research. *Journal of Sign and Symptom Management*, 34(5), 539-546.
- Hert, K. (1993). Hope in the family caregiver of terminal ill people. *Journal of Advanced Nursing*, 18(4), 538-543.
- Hermann, C. P. (2001). Spiritual needs of patients: A qualitative study. *Oncology Nursing Forum*, 28(9), 67-80.
- Hsieh, M. C. (2007). Grief reactions in family caregivers of advanced cancer patients in Taiwan. *Cancer Nursing*, 30(4), 278-284.
- Ingela, C., Thune-Boyle I. C., Styqall J. A., & Keshtqar M. R. (2006). Do religious/spiritual coping strategies affect illness adjustment in Patients with cancer? A systemic review of the literature. *Social science & Medicine*, 63(1), 151-164.
- Jones-Cannon. (2005). Coping among African-American daughters caring for aging parents. *The Association of Black Nursing Faculty Journal*, 16(6), 118-123.

- Kemp, C. (1995). *Terminal illness: a guide to nursing care*. Philadelphia: J. B. Lippincott .
- Kim, Y. (2007). Psychological distress of female cancer caregiver effect of type of cancer and caregiver's spirituality. *Supportive Care Cancer Journal*, 15(12), 1367-1374.
- Kitrungrote, L. (2006). Quality of life of family caregivers of patients with cancer: A literature review. *Oncology Nursing Forum*, 33(3), 625-632.
- Kleepsies, P., Hughes, D., & Gallacher, F. (2000). Suicide in the medically and terminally ill: Psychological and ethical considerations. *Journal of clinical psychology*, 56(9), 1157-1171.
- Lopez, A. J. (2009). Spiritual well- being and practices among women with gynecologic cancer. *Oncology Nursing Forum*, 36(3), 300-305.
- Lorraine, M. W. (2005). *Spirituality suffering and illness: Ideas for healing*. Philadelphia: F. A. Davis.
- Lubkin, I. M., & Lorse, D. P. (1989). *Chronic illness: Impact and intervention*. Boston: Jones and Bartlett.
- Martikainen, P., & Valkonen, T. (1996). Mortality after death of spouse in relation to duration of bereavement in Finland. *Journal Epidemiol Community Health*, 50(3), 264- 268.
- McClain, C. S., Rosenfield, B., & Breitbart, W. (2003). Effect of spiritual well- being on end of life despair in terminally ill cancer patient. *The Lancet*, 361(10), 1603-1607.
- McDonald, A. W. (2004). A multivariate theory of god concept, religious motivation, locus of control, coping, and spiritual well-being. *Journal of Psychology Theology*, 32(4), 318-334.
- Narayanasamy, A. (1995). Spiritual care of chronically ill patients. *Journal Clinical Nursing*, 4, 397-398.
- Northouse, L. (2005). Helping families of patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 32(4), 743-750.
- Oberst, M. T., Thomas, S. E., Gass, K. A., & Ward, S. E. (1989). Caregiving demands and appraisal of stress among family caregivers. *Cancer Nursing*, 12(4), 209-215.
- Ogasawara, C. (2003). Family satisfaction with perception of and barriers to terminal care in Japan. *Oncology Nursing Forum*, 30(5), 100-105.

- Ross, L. (1995). The spiritual dimension: Its importance to patients' health, well-being and quality of life and its implications for nursing practice. *Internal Journal of Nursing Studies*, 32(5), 457-468.
- Sandra, A. & Wendy, S. (2001). *Essential concepts of health living*. Massachusetts: Mosby-Year book.
- Schaler, R. (2006). Family Perspective on communication with healthcare providers during end of life cancer care. *Oncology Nursing Forum*, 33(4), 753-760.
- Sherman, D. W. (2005). Spiritual well being as dimension of quality of life for patients with advanced cancer and Aids and their family caregiver: Result of a longitudinal study. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 22(5), 349-362.
- Shin, F. J. (2009). Spiritual needs of Taiwan's older patients with terminal cancer. *Oncology Nursing Forum*, 36(1), 31-38.
- Slort, W. & Blankenstein, A. H. (2011). Perceived barriers and facilitators for general practitioner-patient communication in palliative care: A systematic review. *Palliative medicine*, 25(6), 613-629.
- Stajduhar, K. I. (2008). Factors influencing family caregivers' ability to cope with providing end of life cancer care at home. *Cancer Nursing*, 31(1), 77-85.
- Spichiger, E. (2009). Family experiences of hospital end of life care in Switzerland: An interpretive phenomenological study. *International Journal of Palliative Nursing*, 15(7), 332-337.
- Tang, S. T. (2009). Supporting cancer patients dying at home or at a hospital for Taiwanese family caregivers. *Cancer Nursing*, 32(2), 151-158.
- Tasanapitak, C. (2009). Hospital-based cancer registry annual report 2008. Songkla: Songklanagarind Tumor Registry, Songklanagarind hospital, Faculty of medicine.
- Taylor, E. J. (2003). Spiritual needs of patients with cancer and family caregivers. *Cancer Nursing*, 26(4), 260-266.
- Taylor, E. J. (2006). Prevalence and associated factors of spiritual needs among patients with cancers and family caregivers. *Oncology Nursing Forum*, 33(4), 729-735.

- Tiew, L. H., Creedy, D. K., & Chan, M. F. (2012). Student nurses' perspectives of spirituality and spiritual care, *Nurse Education*. Retrieved from www.elsevier.com/nedtArticlehistory 1-6.
- Waller, A. (2004). *Handbook of palliative care in cancer*. Boston: Butterworth.
- Watson, J. (1988). *Human Science and Human Care: A Theory of Nursing*. New York: National League for Nursing.
- World Health Organization. (2005). Definition of palliative care. Geneva, Switzerland: WHO. *Nursing Forum*, 33(4), 309-322.
- You, K. S. (2009). Spirituality, depression, living alone, and perceived health among Korean older adults in the community. *Archives of Psychiatric Nursing*, 23(4), 309-322.
- Yong, J. (2010). Effect of spiritual train program on the spiritual and psychosocial well – being of hospital middle manager nurses in Korea. *Continuing Education Nursing Journal*, 10(8), 1-9.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

แบบสอบถาม

เครื่องมือในการวิจัยส่วนที่ 1 คือ แบบประเมินภาวะจิตวิญญาณ แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดเติมข้อความลงในช่องว่างหรือกาเครื่องหมาย (✓) ลงในวงเล็บหน้าข้อความหรือเติมข้อความที่ตรงกับความเป็นจริง

วันที่สัมภาษณ์..... เลขที่.....การวินิจฉัย.....

1. อายุปี
2. เพศ () 1 หญิง () 2 ชาย
3. สถานภาพสมรส
 () 1 โสด () 2 คู่ () 3 หม้าย () 4 หย่า
4. ระดับการศึกษา
 () 1 ไม่ได้รับการศึกษา () 2 ประถมการศึกษา () 3 มัธยมศึกษาตอนต้น
 () 4 มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช. () 5 อนุปริญญา/ ปวส. () 6 ปริญญาตรี
- 5 สัมพันธภาพกับผู้ป่วย
 () 1 ดี () 2 ปานกลาง () 3 น้อย () 4 ไม่ดี
ลักษณะสัมพันธภาพ () 1 แม่ () 2 พ่อ () 3 สามี () 4 พี่น้อง () 5 บุตร
- 6 ความพอเพียงของรายได้
 () 1 พอเพียงและมีเงินเก็บ () 2 พอเพียงแต่ไม่มีเงินเก็บ
 () 3 ไม่พอเพียงแต่ไม่มีภาระหนี้สิน () 4 ไม่พอเพียงและมีภาระหนี้สิน
- 7 การรับรู้การวินิจฉัยโรคของผู้ป่วย
 () 1 รับทราบจากแพทย์ผู้ดูแล () 2 ไม่ทราบ
- 8 การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา หรือความศรัทธาในศาสนา
 () 1 น้อย () 2 ปานกลาง () 3 มาก () 4 มากที่สุด
- 9 ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยอยู่ในระยะใด
 () ระยะ 1 () ระยะ 2 () ระยะ 3 () ระยะ 4
- 10 ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยวิธีใด
 () 1 แบบประคับประคอง () 2 การฉายแสง
 () 3 เคมีบำบัด () 4 ผ่าตัด

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้ เป็นข้อความที่เกี่ยวกับความรู้สึกส่วนลึกภายในจิตใจของท่าน โปรดตอบคำถามให้ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่เลือก โดยมีเกณฑ์การเลือกคำตอบดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ท่านรู้สึกเช่นเดียวกับข้อความมากที่สุด

มาก หมายถึง ท่านรู้สึกเช่นเดียวกับข้อความมาก

ปานกลาง หมายถึง ท่านรู้สึกเช่นเดียวกับข้อความปานกลาง

น้อย หมายถึง ท่านรู้สึกเช่นเดียวกับข้อความน้อย

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านรู้สึกเช่นเดียวกับข้อความน้อยที่สุด

| ข้อความ | มากที่สุด | มาก | ปานกลาง | น้อย | น้อยที่สุด |
|--|-----------|-----|---------|------|------------|
| 1. การดูแลผู้ป่วยถึงแม้มีความลำบากยุ่งยากแต่ท่านรู้สึกเป็นสุขที่ได้ทำความดี | | | | | |
| 2. ท่านรู้สึกจิตใจว่าวุ่น ไม่มีความสงบในจิตใจตั้งแต่เริ่มให้การดูแลผู้ป่วย | | | | | |
| 3. ท่านรู้สึกอึดอัดใจและคลายทุกข์จากสถานการณ์ความยุ่งยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยจากการบริจาคตาน | | | | | |
| 4. ท่านมีความรู้สึกพร้อมที่จะให้อภัยแก่ผู้ป่วยถึงแม้มีเหตุการณ์ที่ทำให้ท่านเสียใจ | | | | | |
| 5. | | | | | |
| 6. | | | | | |
| 7. | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 34. | | | | | |
| 35. | | | | | |
| 36. | | | | | |

ภาคผนวก ข

เครื่องมือในการวิจัยส่วนที่ 1 คือ โปรแกรมการพยาบาลประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรม

เนื้อหาหลักพุทธธรรมประยุกต์

วันนี้เป็นโอกาสดีที่ท่านจะได้พิจารณาสิ่งที่อยู่ใกล้ตัวท่านมากที่สุด สิ่งนั้น คือ ชีวิตหากจะถามว่า ชีวิต คืออะไร เป็นคำถามที่ตอบยาก และความหมายนั้นแสนกว้าง เกินที่จะสรรหาคำจำกัดความ ไม่สามารถตอบแบบเจาะจงได้ เพราะชีวิตเกี่ยวข้องกับสรรพสิ่งทั้งหลายทั่วจักรวาล และชีวิตนี้ ถูกกำหนดด้วยอะไร คำตอบ คือธรรมชาติเป็นผู้กำหนด ชีวิตทุกชีวิตต้องตกอยู่ภายใต้กฎธรรมชาติทั้งสิ้น ธรรมชาติเหนือสิ่งใดไม่มีสิ่งใดไปบีบบังคับได้ มีแต่ต้องทำให้ถูกต้องตามครรลองของธรรมชาติ เพราะฉะนั้นเราจึงควรต้องรู้จักกฎเกณฑ์ของชีวิตที่ธรรมชาติกำหนดให้ เพื่อเป็นเสมือนเครื่องมือ ที่จะช่วยประคับประคองชีวิตนี้ให้ดำเนินไปด้วยความถูกต้อง

กฎธรรมชาติมีลักษณะอันเป็นธรรม 3 อย่าง คือ ความไม่เที่ยง มีลักษณะเปลี่ยนแปลงเรื่อย อยู่ทุกขณะมิได้ว่างเว้น หากเราเห็นเด็กแรกเกิดสักคนหนึ่ง เมื่อเวลาผ่านไปสิบปีหากเราได้เห็นเด็กคนนั้นอีกครั้งหนึ่ง เราจะพบกับความเปลี่ยนแปลงอย่างมากมาย เมื่อเวลาผ่านไปยี่สิบปี เราจะยิ่งพบกับความเปลี่ยนแปลงมากยิ่งขึ้น เมื่อเวลาผ่านไปเจ็ดสิบปี หรือแปดสิบปีผ่านไป ก็พบว่าความเปลี่ยนแปลงช่างมากมาย มิใช่ว่าทุกสิบปีเมื่อเข้านอนตอนกลางคืน พระผู้เป็นเจ้าของเขา ปล่อยให้เขาไปกายสิทธิ์ แต่ตัวของเขารุ่งเช้าตัวเขาก็เปลี่ยนเป็นคนละคนก็มีใช่ เราว่ามันมิได้เป็นเช่นนั้นเลย แต่มนุษย์มักจะมองข้ามประมาทว่าไม่เป็นไร ยังหนุ่ม ยังสาวอยู่ ยังมีเวลาอีกมาก ใครจะรู้ได้บ้างว่า มันจะมาถึงเวลาใดเมื่อใด บ้างก็กลัวว่าจะต้องประสบกับความเปลี่ยนแปลงที่ไม่พึงปรารถนา ไม่ยอมสังเกต ไม่ยอมรับรู้ความเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น ไม่อยากเห็นความเหี่ยว ไม่อยากเห็นรอยย่น นั่นคือความไม่เที่ยงในส่วนของร่างกาย เมื่อหันมาดูความไม่เที่ยงที่เกิดขึ้นในจิตใจ ประเดี๋ยวดี ประเดี๋ยวร้าย ประเดี๋ยวสุขประเดี๋ยวทุกข์ ประเดี๋ยวรักประเดี๋ยวชัง ประเดี๋ยวมีหวังประเดี๋ยวหมดหวัง สารพัดจะเปลี่ยนแปลงไม่มีอาการอยู่กับที่ คงเปลี่ยนแปลงขึ้นๆ ลงๆ อยู่ตลอดเวลา หากเราเห็นความจริงนี้ภายในตัวของเราเอง เราก็จะเริ่มคลายความยึดมั่นในจิตใจ คลายความยึดมั่นในตนเอง คลายความยึดมั่นในตัวเราของเรา

ลักษณะธรรมดอันดับต่อไป คือโลกมนุษย์เต็มไปด้วยความขัดแย้งบีบคั้นและเกิดเป็นความทุกข์ ความขัดแย้งภายในตนเองบ้าง ความขัดแย้งกับสิ่งแวดล้อมรอบตัวตั้งแต่คนในครอบครัว เป็นต้น ความขัดแย้ง ความบีบคั้นมีทั้งภายในตน คือ ความปรารถนาของตนที่ไม่สมอยาก บีบคั้นให้ตนเอง ร้อนรุ่ม กระวนกระวายไม่รู้จักหยุดหย่อน ส่วนความบีบคั้นจากภายนอกเช่น คนที่มีอำนาจเหนือเรา ความยากจน ความหิวกระหาย โรคภัยไข้เจ็บ สิ่งเหล่านี้ล้วนแต่ก่อให้เกิดความทุกข์ทั้งสิ้น

ลักษณะธรรมชาติอีกอย่างหนึ่ง คือ ความไม่มีตัวตน ไม่มีของตน ในระดับที่ปรากฏแก่ตา จะดูเหมือนว่า นี่เป็นของเรา แต่ในความเป็นจริงนั้น ไม่มีตัวเรา เป็นเพียงคำที่สมมุติขึ้น เมื่อรวมอยู่เป็นกลุ่มก้อนทำให้เข้าใจผิดได้มาก แต่เมื่อท่านแยกแยะแบ่งย่อยมันออก ท่านก็จะเห็นความจริงที่เป็นแก่นแท้ และทำให้ไม่หลง เช่น เมื่อผู้ชายมองดูร่างกายที่ประกอบกันเป็นกลุ่มก้อนของผู้หญิง เขาจะคลั่งไคล้หลงใหลว่า สวยเหลือเกิน เมื่อท่านวิเคราะห์แยกดูว่า สวยลองดูว่าสวยอย่างไร เริ่มจากเส้นผม ผมสวย ผมสีbronze ผมเป็นเงาเหมือนเส้นไหม พอเช้าวันรุ่งขึ้นขณะทำครัว หญิงนั้นได้ทำเส้นผมหล่นลงไป ในถาดอาหาร เมื่อนำอาหารไปให้สามี สามีเห็นผมหล่นในอาหาร กลับตะโกนว่า ผมสกปรก ทั้งที่เมื่อคืนนี้ยังชมว่าผมสวยอยู่เลย อาหารที่น่าอร่อยประดับด้วยผมสวยที่เงางาม มันควรจะสวยงามเป็นสองเท่ามิใช่หรือ ฟันที่แลดูเหมือนไข่มุกเป็นแถวเป็นแนว สวยงามมาก แต่ถ้าฟันซี่หนึ่งหลุดออกมาคงไม่มีใครเก็บเอาไว้ในคลัง มีแต่จะโยนทิ้งสิ่งใดก็ตามจะงดงามก็เฉพาะเมื่อมันรวมกันอยู่เป็นสัดส่วนเป็นกลุ่มก้อน ทันทีที่มันแยกจากกันความจริงก็จะปรากฏขึ้น ไม่สวยงามเลย นั่นคือในส่วนตัวของความจริงนั้น ไม่มีมัน มันเป็นเพียงสิ่งสมมุติขึ้นเท่านั้น จะของฉัน ได้อย่างไร ถ้าเป็นของฉัน ฉันต้องบังคับมันได้ ต้องครอบครองมันได้ ฉันบังคับมันได้หรือฉันครอบครองมันได้ หรือ ฉันครอบครองมันไม่ได้แม้แต่ร่างกายนี้ พออายุประมาณสี่สิบปีเรามองตนเองในกระจก เส้นผมที่เริ่มหงอก เราจะรีบไปพยายามข้อมผม เราพยายามหลอกคนอื่นพยายามหลอกตัวเอง หลอกธรรมชาติ ได้อย่างไรจะปฏิเสธความจริงได้อย่างไรว่า ร่างกายกำลังเสื่อมกำลังใกล้ตายถ้าเราบังคับร่างกายนี้ได้จริง เราจะบอกกับมันว่าไม่ได้เจ้าจะเสื่อมสลายไม่ได้ เจ้าจะต้องคงทนอยู่อย่างที่คุณต้องการ หากแต่ไม่สำเร็จ ร่างกายยังคงเสื่อมสลายต่อไปเรื่อยๆ เสื่อมสลายไป ตามกฎธรรมชาติ ท่านแก้ไขมันไม่ได้ ท่านไม่สามารถบังคับได้ เมื่อท่านบังคับไม่ได้ครอบครองไม่ได้ แม้แต่ร่างกายนี้ ท่านจะครอบครองอย่างอื่น นอกเหนือจากนี้ได้อย่างไร ตามความเป็นจริงแล้วทุกอย่างล้วนบังคับไม่ได้ ครอบครองไม่ได้ โลกเป็นเรื่องของโลก มันเกิดขึ้น ตั้งอยู่ดับไปอยู่อย่างนั้นตลอดกาลตามธรรมชาติ ในเรื่องของใจ ถ้าต่างคนต่างอยู่ตามทางของตนก็ไม่มีปัญหาอะไร แต่ความยุ่งยากเกิดขึ้นเมื่อเราเข้าไปยุ่งกับโลก เราพยายามเข้าไปปรับโลกให้ถูกใจ เมื่อโลกมันไม่ยอมตามใจเรา เราจึงเป็นทุกข์ เมื่อเราปรับโลกให้ถูกใจเราไม่ได้ เราต้องปรับใจเราให้เข้ากับโลก ด้วยการยอมรับการเกิดขึ้น ตั้งอยู่ และการดับไปของโลกแล้วเราจะไม่ทุกข์

ชีวิตคนเรานั้นแท้จริง คือ การเดินทางชนิดหนึ่ง ซึ่งเดินจากความเต็มไปด้วยทุกข์ไปยังที่สุดจบสิ้นของทุกข์ที่ตนเองเคยผ่านมาแล้วนั่นเอง ใครก็ตามที่มีความอยากแล้วไม่ได้สมอยากก็จะต้องมีทุกข์ทุกคนไป นี่คือกฎธรรมชาติ เมื่อเกิดความยึดมั่นขึ้นมา เมื่อนั้นความทุกข์ก็จะเกิดขึ้น และยังมี ความยึดมั่นถือมั่นมากเท่าใดความทุกข์ก็จะเกิดมากขึ้นเท่านั้น ตลอดชีวิตคนเรามีความยึดมั่นอยู่ 4 ประการ คือ

ประการแรก ความยึดติดกับความอยาก เมื่อใดที่เรามีความอยากก็แสดงว่าเราไม่พอใจกับสิ่งที่มีอยู่หรือเป็นอยู่ สิ่งที่มีอยู่ไม่สามารถทำให้รู้สึกพอใจได้ หากเริ่มอยากในสิ่งที่มีได้มีอยู่ ท่านจะเกิดความยุ่งยากทรมานทรมายใจ ผลของความอยากในสิ่งที่มีได้มีอยู่คือ ความทุกข์

ความยึดติดอีกอย่างหนึ่ง คือ ยึดติดกับตัวเรา ของเรา โดยไม่รู้ว่าเป็นเราที่เกิดจากจินตนาการโดยแท้แล้วก็ไปยึดติดกับมันอย่างเหนียวแน่น โดยยึดมั่นที่สุดว่าต้องเป็นไปอย่างใจฉัน คืออย่างที่เราจินตคิด ฉันหวัง ฉันต้องการ เมื่อมีใครมาเอ่ยกระทบกับตัวตนของเรา เราก็จะเกิดความไม่สบายใจ หรือมีใครมาทำอะไรที่กระทบตัวตนของเรา เราก็จะเกิดความไม่พึงพอใจ จากตัวเราขยายไปถึงสิ่งที่เรียกว่า ของเรา ของฉัน เช่น ชื่อของฉัน สกุลของฉัน ทั้งที่ตอนเกิดมาหาได้มีชื่อฉันหรือสกุลไม่ ชื่อก็ดี สกุลก็ดี เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายหลังทั้งสิ้น บิดามารดา ปู่ย่าตายายช่วยกันคิดตั้งให้ แล้วฉันก็ยึดเอาชื่อที่สมมุติตั้งกันขึ้นนี้เอามาเป็นเอาตายว่า นี่คือชื่อของฉัน ถ้าใครพูดในทางสรรเสริญเยินยอเกี่ยวกับชื่อของฉันก็จะยิ้มย่องผ่องใส ถ้าได้ยินคำพูดในทางนินทาว่าร้ายเกี่ยวกับชื่อฉันก็สลดเศร้าหมอง ขัดเค้น ขุ่นเคือง นอกจากชื่อของฉันแล้วยังมี รูปร่างหน้าตาของฉัน พ่อแม่พี่น้องของฉัน ตำแหน่งของฉัน สิ่งของของฉัน ยิ่งผูกพันยึดมั่นกับสิ่งนั้นๆ มากเท่าใด ความทุกข์ก็จะเกิดมากขึ้นเท่านั้น

ความยึดติดชนิดต่อไปที่คนเราทำให้เกิดอยู่ตลอดเวลาและเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ คือ ความยึดมั่นถือมั่นตามความคิดเห็นของตน และความยึดมั่นในประเพณีของตน พิธีกรรมต่างๆ ที่ปฏิบัติกันมานาน หากใครมาพูดกระทบประเพณี ความเชื่อถือของตน เขาจะไม่พอใจ และพยายามอธิบายความเชื่อของเขา ถ้าคนอื่นยังไม่เข้าใจก็จะไม่พอใจมากขึ้น ความเห็นของแต่ละบุคคลย่อมแตกต่างกันมากมาย จนหาที่อยู่ไม่ได้ เพราะความเห็นของแต่ละคนย่อมมาจากความเคยชินอันเกิดจากสิ่งแวดล้อม ประสบการณ์ รสนิยม ความรู้ของแต่ละบุคคล มันเปลี่ยนไปได้ ไม่มีความแน่นอน แต่ด้วยความยึดมั่นในตัวฉัน มนุษย์จึงยึดถืออย่างเอาเป็นเอาตาย หากผู้ใดไม่เห็นด้วยกับวิถีของตนที่ได้กำหนดไว้ก็จะนำไปสู่การโต้เถียงเพราะต่างก็ไม่ยอมรับสิ่งที่สมมุติของคนอื่น ผลก็คือต่างคนต่างตกอยู่ในความทุกข์ด้วยความอึดอัดใจ ขุ่นเคือง โกรธเค้น

สรุปแล้ว ความยึดมั่นถือมั่นว่าเป็นความทุกข์รวบยอด แล้วเหตุใดเราจึงเกิดความยึดมั่นถือมั่นขึ้น ทุกสิ่งทุกอย่างเกิดขึ้นล้วนมีเหตุปัจจัยทั้งสิ้น ตลอดชีวิตมีความทุกข์ชนิดต่างๆ เกิดขึ้น ทุกข์จากความชรา ทุกข์จากความตาย ทุกข์จากโรคร้ายไข้เจ็บ ทุกข์จากการไม่ได้สิ่งที่ต้องการ มีความทุกข์เกิดขึ้นทั้งทางร่างกาย และทางใจ ทำไม่ถึงเป็นเช่นนั้น เพราะคนเราเกิดมาแล้วเป็นไปไม่ได้ที่จะไม่มีความทุกข์ เป็นไปไม่ได้ที่จะไม่แก่ ไม่เจ็บ และไม่ตาย และเป็นไปไม่ได้ที่จะได้ทุกสิ่งทุกอย่างที่ปรารถนา โดยที่สิ่งใดที่ไม่ปรารถนาจะไม่เกิดขึ้นเลยในชีวิต การเกิดของความทุกข์ก็มีเหตุปัจจัยเนื่องจากมนุษย์มีทางรับรู้อารมณ์อยู่ 6 อย่าง คือ หู ตา จมูก ลิ้น กาย ใจ เมื่อมีสิ่งมากระทบก็จะเกิด

การรับรู้ หากผลการรับรู้ที่สอดคล้องกับสภาวะแห่งใจก็จะรู้สึกสบายใจ พอใจ แต่หากผลการรับรู้ที่นั้นไม่สอดคล้องกับสภาวะแห่งใจก็ไม่ใช่ที่สบายใจ เสียใจ ขัดแย้งในใจ เมื่อเกิดความรู้สึกเหล่านี้ขึ้นมา ก็จะมีการปรุงแต่งทำให้เกิดความอยาก หากความรู้สึกนั้นน่าพอใจ ก็อยากมี อยากเป็น อยากได้ หากความรู้สึกนั้นไม่น่าพอใจ ก็ไม่อยากมี ไม่อยากเป็น ไม่อยากได้ ความอยากทำให้เกิดความยึดถือ ความปรารถนาอยากได้สิ่งที่พอใจมากขึ้นเรื่อยๆ เมื่อได้ตามความปรารถนาแล้วความรู้สึกนั้นก็ก็จะเสื่อมสลายไป หากความยึดถือยังมีเพราะความอยากยังอยู่ก็จะเกิดอาการไม่พอใจ เสียใจ เศร้าใจ ทุกข์ใจขึ้นอีกวนเวียนอยู่อย่างนี้ แล้วเราจะทำลายลูกโซ่แห่งความทุกข์นี้ได้อย่างไร จุดสำคัญที่สุด คือ ความอยากนั่นเองที่ทำให้เกิดการยึดถือภาวะต่างๆ มากมายการปรุงแต่งความรู้สึกที่เกิดขึ้นเป็นบ่อเกิดแห่งความทุกข์ เมื่อใดที่ความรู้สึกต่างๆ เกิดขึ้น ไม่ว่าจะความรู้สึกนั้นจะไม่สบายสักเพียงใดมันจะไม่คงอยู่ตลอดไป และไม่ว่าความรู้สึกนั้นจะเบาสบายสักเพียงใด ความรู้สึกนั้นก็ไม่มีเที่ยง ไม่คงทนอยู่ได้ เมื่อเราหยุดสร้างการปรุงแต่งในความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้ ความทุกข์ก็จะค่อยๆ หดไป การที่จะแก้ไขความทุกข์ได้นั้นจะต้องมีรากฐานที่สำคัญ คือ สิ่งทั้งหลายเกิดจากภายในจิตใจของเราเอง ภายนอกเป็นตัวประกอบเท่านั้น คนที่เขวออกไปนอกรทาง คือนึกไปว่าสิ่งนั้นทำให้ทุกข์ สิ่งนี้ทำให้เป็นทุกข์ ถ้าคิดอย่างนั้นไม่มีทางแก้ไข เพราะเราไปจัดการสิ่งภายนอกไม่ได้ เราไปจัดการคนอื่นไม่ได้ วิธีปฏิบัติที่จะเอาชนะความวุ่น ความอยากภายในใจของตนเองที่ก่อให้เกิดความทุกข์ เริ่มจากการหยุดคิดพิจารณาสภาวะธรรมชาติ ทั้งปวงตามความเป็นจริงว่า เป็นสิ่งปรุงประกอบกันขึ้นมา เปลี่ยนแปลงไปเสมอ และไม่มีสภาพที่คงทนอยู่ได้ เมื่อเข้าใจแล้วควรประพฤติตนเพื่อละความวุ่นวายทางใจ ได้แก่ การคิดที่จะออกจากความอยาก ความไม่พยายามมุ่งร้าย หรือคิดเบียดเบียนผู้อื่น การละความวุ่นวายอันเกิดจากกวางา ได้แก่ การไม่พูดเท็จ ไม่พูดคำหยาบ ไม่พูดเพื่อจ้อ การละความวุ่นวายอันเกิดจากการกระทำทางกาย ได้แก่ ไม่ฆ่า ไม่ลักขโมย ไม่ประพฤติผิดในกาม การเลี้ยงชีวิตด้วยอาชีพสุจริต เมื่อสามารถสำรวจตนในพฤติกรรมอันควรแล้วใจก็จะสุขสงบ ควรเพียรที่จะสร้างสิ่งนี้ให้เกิดขึ้นในจิตใจและรักษาไว้ไม่ให้เสื่อมไป มีสติเตือนตัวเองอยู่เสมอเพื่อจะควบคุมจิตใจไม่ให้ตกอยู่ในอำนาจของความอยากทั้งหลายอันนำไปสู่ความทุกข์ ความเดือดร้อนใจ ขอให้ทุกท่านใช้โอกาสที่มีอยู่ก้าวไปบนเส้นทางแห่งการหลุดพ้นจากความทุกข์ทั้งปวง เพื่อที่จะได้ชื่นชมกับความสงบและ ความสุขที่แท้จริง

เนื้อหาของคู่มือการฝึกสมาธิ

สมาธิแบบอานาปานสติ

การฝึกสมาธิเป็นการทำจิตใจให้สงบ ในพุทธศาสนาพระพุทธองค์ทรงแสดงไว้ถึง 40 วิธี สาเหตุที่วิธีการฝึกสมาธิกล่าวไว้หลายวิธี เพื่อสนองความต้องการของบุคคลที่มีความแตกต่าง การฝึกแบบหนึ่งอาจเหมาะสมกับคนหนึ่ง แต่อาจไม่เหมาะสมกับอีกคนหนึ่งก็ได้ พระสัมมาสัมพุทธเจ้าจึงทรงสอนไว้หลายวิธี เพื่อความเหมาะสมในแต่ละคน การฝึกสมาธิเพื่อให้จิตใจสงบ เพื่อให้เกิดสติไม่ปล่อยใจให้เลื่อนลอย ไม่ปล่อยให้ความคิดฟุ้งซ่านไปในอารมณ์ต่างๆ แต่คอยเฝ้าระวังอารมณ์ที่ผ่านมาแต่ละอย่างเมื่อต้องการกำหนดอารมณ์ใดแล้วก็พินิจดู ใช้สติเป็นตัวควบคุมใช้ปัญญา เป็นสิ่งคอยป้องกันยับยั้งตนเองตลอดเวลา ไม่ให้ตั้งอยู่ด้วยความประมาท

สมาธิ หมายถึง ความตั้งใจมั่น ความตั้งมั่นแห่งจิต ความสำรวมใจแน่วแน่ เพ่งเล็งในสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือกิจกรรมที่กระทำอยู่เพียงอย่างเดียว โดยไม่คิดเรื่องอื่น เป็นผลให้จิตใจมีความสงบ เพื่อให้เกิดปัญญาเห็นแจ้งในสิ่งนั้น เพื่อจุดหมายในทางหลุดพ้นเป็นไปเพื่อปัญญาที่รู้เข้าใจสิ่งทั้งหลายตามความเป็นจริง เรียกว่า สัมมาสมาธิ

สมาธิมีคุณประโยชน์ในด้านการเตรียมจิตใจให้มีความเข้มแข็งและพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหาต่างๆ เป็นองค์หนึ่งในมรรค 8 ประการ ซึ่งเป็นหนทางปฏิบัติในการดับทุกข์ อันเป็นจุดมุ่งหมายสูงสุดในศาสนาพุทธเป็นการเตรียมจิตใจพร้อม เพื่อสร้างปัญญาที่รู้แจ้ง เพื่อพิจารณาในการแก้ไขปัญหามาตริเป็นการบังคับจิตใจของตัวเองให้อยู่ในสภาพที่จะทำประโยชน์ให้มากที่สุดตามที่ต้องการ

คิด สมาธิ และปัญญา เป็นวัฏจักรของการเกี่ยวคู่กัน ภาวะหนึ่งเกิดตามและส่งเสริมอีกภาวะหนึ่ง ผู้ปฏิบัติในศีลย่อมอ่อนน้อมทำให้เกิดสมาธิและปัญญาได้ตามลำดับ วงจรนี้อาจจะย้อนกลับได้ เช่น สมาธิทำให้เกิดศีล และปัญญา หรือปัญญาอ่อนน้อมทำให้เกิดสมาธิและศีล ปัญญาเป็นผลที่เด่นชัดของการมีจิตที่เป็นสมาธิ พุทธศาสนาได้แสดงที่เกิดของปัญญาไว้ 3 ประการ คือ

1. สุตตามยปัญญา ปัญญาที่ได้ด้วยการเรียน
2. จินตามยปัญญา ปัญญาที่ได้จากการคิด
3. ภวานมยปัญญา ปัญญาที่ได้จากการภาวนา

เมื่อผู้ใดได้เจริญสมาธิภาวนา เมื่อจิตสงบแม้อยู่ในระดับสมาธิต่ำ แต่ก็อาจมีความกระจ่างในเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่ติดค้างอยู่ในใจ โดยเกิดขึ้นมาเองโดยไม่ได้คิดถึงเรื่องนั้นแต่อย่างใด การเกิดสำนึกรู้ได้เองโดยไม่ต้องใช้ความคิด จึงเป็นปัญญาที่บริสุทธิ์ นั่นคือการตรัสรู้ แปลว่ารู้แจ้ง แม้ในเรื่องเล็กน้อย คือ ภวานมยปัญญา ท่านพุทธทาสได้อธิบายกลไกของการหยั่งรู้ถึงปัญหาทั้งปวงอันเกิดจากสมาธิไว้ชัดเจนดังนี้

ความเกี่ยวเนื่องกันระหว่างสมาธิศึกษาและปัญญาศึกษา พระพุทธเจ้าตรัสไว้ว่าเมื่อจิตเป็นสมาธิย่อมเห็นสิ่งทั้งปวงตามที่เป็นจริง หมายถึงอาการที่จิตประกอบด้วยสมาธิในลักษณะที่พร้อมจะปฏิบัติหน้าที่ ถ้าปฏิบัติสมาธิที่ถูกต้อง ปัญหาต่างๆที่สะสมอยู่ได้จิตสำนึก จะมีคำตอบออกมาขณะที่จิตเป็นสมาธินั้น หากไม่ออกให้น้อมจิตไปสู่การพิจารณาปัญหาด้วยกำลังของสมาธิ ซึ่งเรียกว่าปัญญาศึกษา ในคืนวันที่ตรัสรู้ พระพุทธเจ้าได้ตรัสรู้ปัจจุสมุปบาท คือ รู้อะไรเป็นอะไร ทอยยกกันไปตามลำดับ โดยสมาธิ ในขณะที่จิตเป็นสมาธิก็น้อมจิตไปเพื่อพิจารณาปัญหานั้นๆ

แนวปฏิบัติในอิริยาบถ 4 ในการฝึกสมาธิ

1. ท่านั่ง เรียกว่า นั่งกรรมฐาน หรือนั่งภาวนา นั่งแบบสมาธิหรือนั่งขัดสมาธิ โดยเอาเท้าขวาวางทับเท้าซ้าย เอามือขวาวางทับมือซ้าย โดยวางทับลงบนเท้า นั่งให้ตัวตรง หลังไม่โก่ง หลังคาหรือลิ้มตาก็ได้ กำหนดภาวนาตามแต่อารมณ์กรรมฐาน เช่น เพ่งกสิณ ตั้งสติให้มั่นคง กำหนดลมหายใจเข้าออกให้พอดี เริ่มภาวนาตามที่กำหนดไว้

2. เดิน เรียกว่าเดินจงกรม คือการเดินภาวนา จัดสถานที่ให้สะดวก กำหนดระยะทางให้พอเหมาะ ประมาณ 25-30 เมตร เดินด้วยอาการสำรวม เดินกลับไปกลับมา จนเกิดความรู้สึกว่าจิตสงบ ขณะเดินสายตาจ้องไปข้างหน้าในระดับต่ำ ประมาณ 2 เมตร

3. ยืน อาจจะเป็นการยืนเพ่งกสิณ หรือยืนภาวนา ยืนให้ตัวตรง ศีรษะตั้งตรง สายตาทอดลงต่ำ มีอาการกาย วาจา สงบ เพ่งจนรู้สึกจิตเกิดอาการสงบไม่ฟุ้งซ่าน

4. นอน เรียกว่านอนภาวนา หรือนอนกรรมฐาน นอนตะแคงเบื้องขวา กายด้านขวาอยู่ด้านล่าง เอามือขวารองรับศีรษะ หรือวางมือขวาหงายรับแก้มที่แก้มขวา ซ่อนเท้าเหลืองมเท้า คือเหยียดเท้าขวาตรงแล้วหดเท้าซ้ายเล็กน้อย โดยวางเท้าซ้ายทับเท้าขวา เลื่อมขึ้นบนประมาณเท้าซ้ายอยู่ตรงคอดุมเท้าขวา เมื่อพร้อมเริ่มภาวนาตามอารมณ์ที่กำหนดไว้ นอนตั้งสติมั่น

การฝึกสมาธิแบบอานาปาสติ เป็นการฝึกอบรมจิต ด้วยการระลึกลู่ในลมหายใจเข้าและออก เป็นการใช้ลมหายใจเป็นอารมณ์ในการทำสมาธิ ต้องควบคุมให้การนึกหรือการระลึกหรือการรู้สึกลู่เป็นไปอย่างสม่ำเสมอทุกครั้งทีลมหายใจเข้าออก ที่ผ่านเข้าออกที่บริเวณจมูก ตรงจุดของลมกระทบเพียงแห่งเดียวเท่านั้น

ความสำคัญของสมาธิ

มนุษย์ทั้งหลายในโลกตามธรรมชาติ เมื่อถือกำเนิดขึ้นมาในโลกล้วนมีความทุกข์ด้วยกันทั้งนั้น เนื่องจากยังต้องเวียนว่ายตายเกิดในสังสารวัฏ จัดเป็นทุกข์ในวัฏฏะ เพราะการเกิด แก่ เจ็บ และตาย และเมื่อเกิดขึ้นมาแล้ว ต้องประสบกับสภาพที่ทนได้ยากต่างๆ จัดเป็นทุกข์ในชีวิตประจำวัน ซึ่งเรียกว่าปภินททุกข์ ดังนั้น มนุษย์ทั้งหลายจึงมีความมุ่งหมายหรือความต้องการสำคัญสูงสุด คือ ความสุข

ทุกคนล้วนปรารถนาความสุขเป็นที่ตั้ง ตามหลักพุทธศาสนา กล่าวถึงความสุขไว้ 2 ประการ คือ สุขทางกาย (กายิกสุข) และสุขทางใจ (เจตสิกสุข) ความสุขทางกาย อาศัยปัจจัย 4 ได้แก่ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย และยารักษาโรค ทำให้ร่างกายนี้ดำรงอยู่ได้ ส่วนความสุขทางใจนั้นเพียงปัจจัย 4 ไม่สามารถให้ความสุขแก่ใจได้ ต้องอาศัยหลักธรรมเข้าประกอบ หลักธรรมที่สามารถให้ผลได้ประการหนึ่งคือ สมภาติ เป็นความสุขที่เป็นอิสระจากอามิสหรือปัจจัย 4 เป็นความสุขที่ปลอดโปร่งเพราะใจสงบ (จิตเป็นสมภาติ) หรือ ได้รู้แจ้งตามความเป็นจริง (เกิดปัญญา) ส่งผลให้บุคคลมีจิตใฝ่มั่นคง สามารถควบคุมตนเอง ความสุขสงบที่มนุษย์ต้องการแตกต่างกันตามพื้นฐานแห่งจิตใจ หรือภูมิธรรมที่ได้สั่งสมมา บางคนต้องการความสุขสงบระดับต้น เช่น ในชีวิตประจำวัน แต่บางคนต้องการมากกว่านั้น ความสุขสงบ จึงมีทั้งระดับโลกียวิสัยที่เกี่ยวข้องกับกามารมณ์ และเกียรติกษชื่อเสียง เป็นความสุขธรรมดาสามัญมนุษย์จะพึงมีพึงได้ และความสุขระดับโลกุตตรวิสัยที่ปราศจากกามารมณ์และเกียรติกษชื่อเสียง เป็นความสุขความสงบอันเกิดขึ้นในด้านการปฏิบัติธรรม อันมีมรรค ผล และนิพพานเป็นเป้าหมาย ซึ่งเป็นไปในระดับสูงตามปฏิทาแห่งพระอรหันต์ สมภาติทำให้เข้าใจสภาพทั้งหลายได้ตามความเป็นจริง ทางพุทธศาสนาถือว่า ความสุขยิ่งกว่าความสงบไม่มี หมายความว่า ความสุขใดๆ อันเกิดขึ้นทางกาย ไม่เท่ากับความสุขอันเกิดจากความสงบ อันเกิดขึ้นทางใจ โดยอาศัยหลักสมภาติ และปัญญา ความสุขทางในนี้มีทั้งในระดับโลกียวิสัย จนถึงระดับโลกุตตรวิสัย ซึ่งมีพระนิพพานเป็นที่สุด พระนิพพาน เป็นความสุขสูงสุดยิ่ง

ลักษณะของจิตที่เป็นสมภาติ

อธิจิตตสิกขา คือ การฝึกปรือเพื่อเสริมสร้างคุณภาพและสมรรถภาพของจิต จิตที่เป็นสมภาติ หรือมีคุณภาพดี มีสมรรถภาพสูง มีลักษณะที่สำคัญ ดังนี้ (พุทธทาสภิกขุ, มปป.)

1. แข็งแรง มีพลังมาก เปรียบเหมือนกระแสน้ำที่ถูกควบคุมให้ไหลพุ่งไปในทิศทางเดียว ข่อมมีกำลังแรงกว่าน้ำที่ถูกปล่อยให้ไหลพรวดกระจายออกไป
2. ราบเรียบ สงบซึ่ง เหมือนสระหรือบึงน้ำใหญ่ ที่มีน้ำนิ่ง ไม่มีลมพัดต้อง ไม่มีสิ่งรบกวน ให้กระเพื่อมไหวไม่ว่าจะเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคามเพียงใด
3. ใส กระฉ่าง มองเห็นอะไรๆ ได้ชัด เหมือนน้ำสงบนิ่ง ไม่เป็นริ้วคลื่น และฝุ่นละอองที่มี ก็ตกตะกอนหมด
4. นุ่มนวล ควรแก่งาน หรือเหมาะแก่การใช้งาน เพราะไม่เครียด ไม่กระด้าง ไม่วุ่น ไม่ขุ่น มัว ไม่สับสน ไม่เร่าร้อน ไม่กระวนกระวาย

ขั้นตอนการฝึกอานาปานสติสมาธิ

การเตรียมกายและใจ สวมเสื้อผ้าที่ไม่คับเกินไป ทำจิตใจให้สดชื่น สะดวก โกรธความเกลียดชัง ความโลภ ความรัก ความหลงตลอดจนความกังวลต่างๆ ออกไปให้หมด พยายามทำจิตใจให้สดชื่น เบิกบาน แจ่มใส เต็มไปด้วยความเมตตา กรุณา

สถานที่ ควรเงียบสงบ มีเสียงรบกวนให้น้อยที่สุด

เลือกท่าใดก็ได้ที่ทำให้ร่างกายอยู่ในภาวะผ่อนคลายที่สุด แม้ปฏิบัติอยู่นานๆ ก็ไม่เมื่อยล้า และช่วยให้การหายใจคล่องสะดวก แต่ท่านั่งที่ได้รับการยอมรับว่าได้ผลดีที่สุดตามหลักการ ได้แก่ การนั่งขัดสมาธิ หรือ นั่งคู่บัลลังก์ (ตั้งกายตรง) คือ นั่งขัดสมาธิราบ เท้าขวาทับเท้าซ้าย มือขวาทับมือซ้าย ตัวตั้งตรง หรือนั่งเก้าอี้ห้อยเท้าก็ได้ หากนั่งขัดสมาธิไม่ได้ จะหลับตาหรือลืมตาก็ได้

กล่าวคำบูชาพระรัตนตรัย

อิมิณา สักกาเรนะ พุทธัง อะภิปูชะยามิ

อิมิณา สักกาเรนะ ธัมมัง อะภิปูชะยามิ

อิมิณา สักกาเรนะ สังฆัง อะภิปูชะยามิ

นะโม ตัสสะ ภะคะวะโต อะระหะโต สัมมา สัมพุทฺธัสสะ

นะโม ตัสสะ ภะคะวะโต อะระหะโต สัมมา สัมพุทฺธัสสะ

นะโม ตัสสะ ภะคะวะโต อะระหะโต สัมมา สัมพุทฺธัสสะ

นมัสการพระรัตนตรัย

อะระหัง สัมมาสัมพุทฺโธ ภะคะวา พุทธัง ภะคะวันตัง อะภิวาเทมิ

สวากขาโต ภะคะวะตาธัมโม ธัมมัง นมัสสามิ

สุปะฏิปันโน ภะคะวะโต สาวะกะสังโฆ สังฆัง นมามิ

กล่าวคำแผ่เมตตา

สัตว์ทั้งหลาย อเวรา อภัยปัทมา อะนีชา สุขี อัตตานัง ประหะรันตฺ

สัตว์ทั้งหลายที่เป็นเพื่อนทุกข์ เกิดแก่เจ็บตาย ด้วยกันทั้งหมดทั้งสิ้น จงเป็นสุขเป็นสุขเถิด อย่าได้มีเวรซึ่งกันและกันเลย จงเป็นสุขเป็นสุขเถิด อย่าได้เบียดเบียนซึ่งกันและกันเลย จงเป็นสุขเป็นสุขเถิดอย่าได้มีความทุกข์กายทุกข์ใจเลย จงมีความสุขกาย สุขใจ รักษาตนให้พ้นจากทุกข์ภัยทั้งสิ้นเถิด

การฝึกสมาธิ

การกำหนดสติและทำสมาธิ โดยกำหนดลมหายใจเข้าออกให้มีสติอยู่ที่ลมหายใจ หายใจเข้า ออกลึกๆ ช้าๆ หายใจเข้าก็รู้ หายใจออกก็รู้ จุดที่รู้คือ ที่ปลายกระพุ้งจมูก หรือ ริมฝีปากเบื้องบน อันเป็นจุดที่ลมกระทบเมื่อหายใจเข้าออก ขณะเดียวกันหายใจเข้าท้องพอง หายใจออกท้องยุบ เมื่อปรับลมหายใจเข้าช้าๆ นับ 1-2-3-4-5 ท้องค่อยๆ พองขึ้น แล้วกลั้นหายใจชั่วครู่หลังจากนั้น หายใจออกช้าๆ นับ 6-7-8-9-10 ท้องค่อยๆ ยุบลงอาจเพิ่มเข้า 10 ออก 10 เมื่อทำครบ 3 ครั้ง แล้วให้ หายใจตามปกติโดยจิตจดจ่อ และพยายามที่จะสร้างสติในการระลึกรู้ลมหายใจเข้า-ออก ที่บริเวณ จมูกที่จุดของลมกระทบเพียงแห่งเดียวเท่านั้น อาจใช้การภาวนาช่วย คือ หายใจเข้าภาวนาว่า พุท หายใจออกภาวนาว่า โธ พยายามรักษาสติ ธรรมชาติของลมหายใจเข้า-ออกที่จุดของลมกระทบอยู่ ตลอดเวลา ไม่ว่าสิ่งใดจะเกิดขึ้นไม่ต้องสนใจ ให้กำหนดรู้ ได้ยินเสียง กำหนดรู้ว่า ได้ยินหนอ แล้ว ดึงจิตกลับมาดูการขึ้นลงของท้อง ไปเรื่อยๆ ทำจนผู้ดูแลกำหนดได้ เมื่อจิตกำหนดได้ดีสัมพันธ์กับ การขึ้นลงของท้องตามความเป็นจริง กำหนดได้ทันเป็นปัจจุบันจิตกับกายจะผสานเป็นหนึ่งเดียว ทำ ให้ผู้ดูแลรู้สึกผ่อนคลาย ลมหายใจจะละเอียดลงเรื่อยๆ จนบางรายอาจจะหลับไปเลย ใช้เวลา ประมาณ 3-5 นาที จนกว่าผู้ดูแลจะทำได้แล้วค่อยๆ เพิ่มขึ้นเป็น 15-30 นาทีตามความเหมาะสม ต่อไป เมื่อจิตมีความสงบ ระวังอย่าผลอสติ พยายามระลึกถึงลมหายใจเข้า-ออกให้มั่นคง สร้าง คุณสมบัติ อินทรีย์ 5 ให้มีความสม่ำเสมอ ไม่ให้ตัวหนึ่งตัวใด ยิ่งหย่อนไปกว่ากัน ได้แก่ ศรัทธา ความเพียร สติ ความตั้งใจมั่น ปัญญา เมื่อจิตสงบเต็มที่ พึงระลึกไว้ว่า ความสงบนั้นเกิดขึ้น เนื่องจากผลที่เกิด จากเหตุ อินทรีย์ 5 เมื่อออกจากสมาธิ ค่อยๆ ลดความสงบในจิตใจลงมา สูดลมหายใจเข้า- ออกให้ แรงขึ้น ค่อยๆ สังเกตความสงบของจิตใจที่ลดลงมา ความตั้งมั่นค่อยๆ หายไป ความรู้สึกนึกคิดต่างๆ จะเข้ามาสู่จิตใจของเรามากขึ้น เมื่อความสงบลดลงมาอยู่ในสภาวะปกติแล้ว จึงค่อยลืมตาขึ้นถอย ออกจากสมาธิ

ภาคผนวก ก

การคำนวณขนาดอิทธิพล

การคำนวณขนาดอิทธิพล (effect size) โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดอิทธิพลความแตกต่าง จากสูตรของโคเฮน (Cohen, 1988)

การคำนวณหาค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) จากสูตร

$$\text{effect size} = \frac{X_C - X_E}{\sqrt{\frac{SD_C^2 + SD_E^2}{2}}}$$

การศึกษผลของโปรแกรมการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดย เนตรลาวัณย์ เกิดหอม (2548)

$$\text{Effect size} = \frac{284 - 30.9}{\sqrt{\frac{368^2 + 2.64^2}{2}}}$$

$$\text{Effect size} = \frac{-2.5}{3.16} = 0.79$$

จากนั้นเปิดตารางอำนาจการทดสอบของโคเฮน (Cohen, 1988) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 ราย ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างรวม 50 ราย

ภาคผนวก ง

เอกสารรับรองจริยธรรมในการวิจัยคณะแพทยศาสตร์

เอกสารรับรองจริยธรรมในการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์

เอกสารอนุญาตการใช้เครื่องมือ

เอกสารอนุญาตการใช้ลิขสิทธิ์



EC: 54-291-19-6-3

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
 ตำบลคอหงส์ อำเภอหาดใหญ่
 จังหวัดสงขลา 90110

หนังสือรับรองนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

- โครงการวิจัยเรื่อง : ผลของโปรแกรมการพยาบาลประยุกต์ใช้พุทธธรรมต่อความผาสุกทางวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยทางนรีเวชระยะลุกลามในโรงพยาบาล
 (The Effect of Buddha' Principle Application on Spiritual Well-Being Among Caregivers of Hospitalized Patients with Gynecological advanced cancer)
- หัวหน้าโครงการ : นางสาวสมพร ปานผดุง
- ภาควิชา/คณะ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการอนุกรรมการจริยธรรมด้านวิจัยเกี่ยวกับบริบาลผู้ป่วย สิ่งส่งตรวจ และสังคมศาสตร์ ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ แล้ว

ให้ไว้ ณ วันที่ 18 สิงหาคม 2554

ประธานอนุกรรมการ
 (รองศาสตราจารย์นายแพทย์วีระพล จันทร์คี้อยิ่ง)
 รองคณบดีฝ่ายวิจัย



ที่ ศธ ๐๕๒๑.๑.๐๕/๑๖๔๙

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ตู้ ปณ.๙ ปทผ.คอหงส์
อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา ๙๐๑๑๒

หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อรับรองว่า นางสาวสมพร ปานผดุง รหัสนักศึกษา ๕๑๑๐๔๒๑๐๗๑ นักศึกษา
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ (ภาคพิเศษ) คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความประสงค์ที่จะทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการพยาบาล
ประยุกต์ใช้พุทธธรรมต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยทางรีเวชระยะลุกลามในโรงพยาบาล
(The Effect of Buddha Principle Application on Spiritual Well-Being Among Caregivers of
Hospitalized Patients With Gynecological advanced cancer) โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร
นิลมานัต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ทั้งนี้วิทยานิพนธ์ของนักศึกษาได้ผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมจาก
คณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรม และสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ผ่านแล้วเมื่อ วันที่ ๒๗ กุมภาพันธ์
๒๕๕๕ แล้ว

ให้ไว้ ณ วันที่ ๕ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๕

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ นະแส)

รองคณบดีฝ่ายวิจัยและบัณฑิตศึกษา ปฏิบัติราชการแทน

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์



| | |
|---------|-----|
| ย.บ. ๖๖ | ๙๕๓ |
| ๖๖ | ๖๖ |
| ๖๖ | ๖๖ |

ที่ ศธ ๐๕๑๕.๑๐/๐๖๖๖๕

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ๔๐๐๐๒

๕ เมษายน ๒๕๕๕

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือในการวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

อ้างถึง หนังสือที่ ศธ ๐๕๒๑.๑.๐๕/๗๕๒ ลงวันที่ ๑๖ มีนาคม ๒๕๕๕

ตามหนังสือที่อ้างถึงซึ่งนางสาวสมพร ปานผดุง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยจากวิทยานิพนธ์ของนางสาววรรณ ชำนาญช่าง มหาบัณฑิต หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ความแจ้งแล้ว นั้น

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น ยินดีให้นางสาวสมพร ปานผดุง ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ แต่ทั้งนี้ ต้องมีการอ้างอิงที่มาของเครื่องมืออย่างถูกต้อง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาคำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์อภัยสิทธิ์ ตัดตะวะศาสตร์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

รักษาการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทรศัพท์ (๐๔๓) ๒๐๒๔๒๐ ต่อ ๓๒

โทรสาร (๐๔๓) ๒๐๒๔๒๑

๕๖ บัณฑิตวิทยาลัย
A



® Green Music

Green Music Co., Ltd. (Little Bird Record Par., Ltd.)
 46 Taksin 13 Taksin Rd. Bangkok 10600 Thailand
 Tel 662 8609036 661 31475 Fax 662 8609033 E-mail :info@greenmusic.org

6 มีนาคม 2555

เรื่อง อนุญาตให้ใช้ผลงาน เพลงของคุณจรัส เสวตาภรณ์ เพื่อใช้ในงานวิจัย

เรียน คุณสมพร ปานสง
 พยาบาลชำนาญการ
 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ตามที่ท่านได้ขอใช้ผลงานเพลงของคุณจรัส เสวตาภรณ์ ในอัลบั้ม Green Music
 เพื่อใช้ในการทำวิทยานิพนธ์ของ “ผลของโปรแกรมการพยาบาลประยุกต์ใช้หลักพุทธ
 ธรรมต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม”

ทางบริษัท กรีนมิวสิก จำกัด อนุญาตให้ใช้ผลงานเพลงของคุณจรัส เสวตาภรณ์
 ในวัตถุประสงค์ที่ท่านได้แจ้งมาแล้วนั้น โดยมีได้คิดแบ่งค่าตอบแทนหรือชิงหวะของคนตรี
 และหากท่านได้ผลสรุปของผลการวิจัยขึ้นนี้แล้ว ทางบริษัท ขอสำเนารายงานผลงานวิจัย
 ขึ้นนี้ด้วย เพื่อเป็นประโยชน์แก่ผู้ที่สนใจในคนตรีบ้างก็ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นุณวรา นีเองจาย)
 กรรมการผู้จัดการ

ภาคผนวก จ

ใบการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (กลุ่มทดลอง)

แบบการอธิบายและการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ดิฉัน นางสาวสมพร ปานผดุง เป็นนักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์กำลังทำการศึกษา เรื่อง “ผลของโปรแกรมการพยาบาลประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามในโรงพยาบาล และท่านเป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ท่านและผู้ป่วย ซึ่งเป็นญาติของท่านจะได้รับการดูแล โดยผู้วิจัยจะให้คำแนะนำ ฟังเทพธรรมะ ฟีกนั่งสมาธิ และติดตามประเมินผล

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการพยาบาลประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามในโรงพยาบาล การเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจของท่านไม่ว่าท่านจะเข้าร่วมหรือไม่ก็ตาม จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อท่านและผู้ป่วย นอกจากนี้ท่านสามารถจะยกเลิก หรือออกจากกรวิจัยในครั้งนี้ เมื่อใดก็ได้ตามความต้องการ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาต่างๆ ที่จะได้รับจากโรงพยาบาล

หากท่านประสงค์จะเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ท่านจะได้รับแบบสอบถามวัดระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ดิฉันขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม และท่านมีอิสระในการเลือกตอบแบบสอบถามตามความรู้สึกของตนเอง ในระหว่างการเก็บข้อมูล หากท่านเกิดข้อสงสัยใดๆ ท่านสามารถสอบถามจากผู้วิจัยได้ตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ การนำข้อมูลไปเผยแพร่เพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น และเป็นการนำเสนอในภาพรวมไม่เฉพาะเจาะจงเป็นรายบุคคล

ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อท่าน รวมทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามรายอื่นต่อไป

หากท่านยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ กรุณาลงนามไว้เป็นหลักฐาน หรือประสงค์ไม่ลงนาม แต่สมัครใจเข้าร่วมวิจัย ดิฉันขอขอบคุณที่ท่านให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ ดิฉันจะอธิบายข้อมูลเพิ่มเติมอีกครั้งในการพบกันครั้งต่อไป

.....

(.....)

(วัน/เดือน/ปี)

.....

(.....)

พยาน

.....

(นางสาวสมพร ปานผดุง)

ผู้วิจัย

ใบพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง (กลุ่มควบคุม)

แบบการอธิบายและการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ดิฉัน นางสาวสมพร ปานผดุง เป็นนักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังทำการศึกษา เรื่อง “ผลของ โปรแกรมการพยาบาลประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณ ในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามในโรงพยาบาล และท่านเป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ท่านและผู้ป่วยซึ่งเป็นญาติของท่านจะได้รับการดูแลจากแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่ดูแลตามปกติ การเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจของท่านไม่ว่าท่านจะเข้าร่วมหรือไม่ก็ตามจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อท่านและผู้ป่วย นอกจากนี้ท่านสามารถจะยกเลิก หรือออกจากกรวิจัย ในครั้งนี้เมื่อใดก็ได้ตามความต้องการ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาต่างๆ ที่จะได้รับจากโรงพยาบาล

หากท่านประสงค์จะเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ท่านจะได้รับแบบสอบถามวัดระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณครั้งแรก และครั้งที่สองหลังจากครั้งแรก 5 วัน ดิฉันขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม และท่านมีอิสระในการเลือกตอบแบบสอบถามตามความรู้สึกรู้สึกของท่านเอง ในระหว่างการเก็บข้อมูลหากท่านเกิดข้อสงสัยใดๆ ท่านสามารถสอบถามจากผู้วิจัยได้ตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ การนำข้อมูลไปเผยแพร่เพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น และเป็นการนำเสนอในภาพรวมไม่เฉพาะเจาะจงเป็นรายบุคคล

ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อท่าน รวมทั้งผู้ป่วย และผู้ดูแล ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามรายอื่นต่อไป

หากท่านยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ กรุณาลงนามไว้เป็นหลักฐาน หรือประสงค์ไม่ลงนาม แต่สมัครใจเข้าร่วมวิจัย ดิฉันขอขอบคุณที่ท่านให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

.....

(.....)

(วัน/เดือน/ปี)

.....

(.....)

พยาน

.....

(นางสาวสมพร ปานผดุง)

ผู้วิจัย

ภาคผนวก ฉ
การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ตาราง ฉ1

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจทางจิตวิญญาณระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง โดยรวมใช้สถิติทีอิสระ ($N = 45$)(independent t-test)

| | กลุ่มทดลอง | | กลุ่มควบคุม | | t | p-value |
|-------------------------------|------------|-------|-------------|-------|-------|--------------------|
| | (n = 20) | | (n = 25) | | | |
| | M | SD | M | SD | | |
| ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณโดยรวม | 124.70 | 11.64 | 117.20 | 14.54 | 1.874 | .068 ^{ns} |

ns= no significance, $p > .05$

ตาราง ฉ2

การตรวจสอบลักษณะการแจกแจงของคะแนนความพึงพอใจทางจิตวิญญาณก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov Test

| | ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ | | one sample | Asymp. |
|------------------|-------------------------|-------|------------|--------------------|
| | M | SD | K-S test | Sig 2 tailed |
| กลุ่มควบคุม n=25 | 117.2 | 14.45 | 1.064 | .207 ^{ns} |
| กลุ่มทดลอง n=20 | 124.7 | 11.64 | .436 | .991 ^{ns} |

ns= no significance, $p > .05$

ตาราง น3

การตรวจสอบลักษณะการแจกแจงของคะแนนความพึงพอใจทางจิตวิญญาณหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov Test

| | ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ | | one sample | Asymp. |
|------------------|-------------------------|-----------|------------|--------------------|
| | <i>M</i> | <i>SD</i> | K-S test | Sig 2 tailed |
| กลุ่มควบคุม n=25 | 118.8 | 11.88 | 1.014 | .255 ^{ns} |
| กลุ่มทดลอง n=20 | 145.70 | 10.83 | .950 | .328 ^{ns} |

ns= no significance, $p > .05$

ตาราง น4

การทดสอบความแปรปรวนของคะแนนความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทาง นรีเวชระยะลุกลามกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Levene test of Equality of variances

| ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ | Levene statistic | df1 | Df2 | Sig |
|-------------------------|------------------|-----|--------|--------------------|
| ก่อนทดลอง | .483 | 43 | 42.998 | .491 ^{ns} |
| หลังทดลอง | .701 | 43 | 42.216 | .407 ^{ns} |

ns= no significance, $p > .05$

ภาคผนวก ข
ตารางนำเสนอผลการวิจัย

ตาราง ข 1

เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของกลุ่มทดลองก่อนและหลังนำโปรแกรมไปใช้ในแต่ละด้านและโดยรวม

| ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ | ก่อนทดลอง | | หลังทดลอง | | <i>t</i> | p-value |
|--------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|---------|
| | <i>M</i> | <i>SD</i> | <i>M</i> | <i>SD</i> | | |
| ด้านความสุขสงบ จากความดี | 33.47 | 4.02 | 34.18 | 3.21 | 3.823 | .000*** |
| ด้านการใช้ชีวิตอย่างมีความหมาย | 50.90 | 4.86 | 55.15 | 4.04 | 5.101 | .000*** |
| ด้านการมีสติ สมาธิ และปัญญา | 39.50 | 5.02 | 49.95 | 4.09 | 12.610 | .000*** |
| ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณโดยรวม | 124.70 | 11.64 | 145.70 | 10.83 | 13.324 | .001*** |

***=sig ($p < .001$)

ตาราง ข 2

เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ โดยรวมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทีคู่ ($N = 45$)

| กลุ่มตัวอย่าง | n | คะแนนความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ โดยรวม | | | | | | <i>t</i> | p-value |
|---------------|----|-------------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------------|----------|--------------------|
| | | ก่อนทดลอง | | หลังทดลอง | | \bar{D} | \overline{SD} | | |
| | | <i>M</i> | <i>SD</i> | <i>M</i> | <i>SD</i> | | | | |
| กลุ่มควบคุม | 25 | 117.2 | 14.54 | 118.8 | 11.88 | 1.6 | 2.66 | 1.41 | .169 ^{ns} |
| กลุ่มทดลอง | 20 | 124.7 | 11.64 | 145.7 | 10.83 | 21 | 0.81 | 13.3 | .000*** |

^{ns} = no significance, *** = sig ($p < .001$)

ภาคผนวก ข
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

| ผู้ทรงคุณวุฒิ | สังกัด |
|--|--|
| 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภาวี คงอินทร์ | ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อังศุมา อภิชาโต | ภาควิชาการพยาบาลบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| 3. คุณอวยพร ภัทรภักดีกุล | ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |

ประวัติผู้เขียน

| | | |
|----------------------|-----------------------|---------------------|
| ชื่อ สกุล | นางสาวสมพร ปานผดุง | |
| รหัสประจำตัวนักศึกษา | 5110421071 | |
| วุฒิการศึกษา | | |
| วุฒิ | ชื่อสถาบัน | ปีที่สำเร็จการศึกษา |
| พยาบาลศาสตรบัณฑิต | จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย | 2530 |

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พยาบาลชำนาญการ หอผู้ป่วยพิเศษสูติ- นรีเวช โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

การนำเสนอผลงาน

การประชุมมหาดใหญ่วิชาการ ครั้งที่ 4 เรื่อง การวิจัยเพื่อพัฒนาสังคมไทย ณ มหาวิทยาลัยมหาดใหญ่