

บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาระดับความสามารถของผู้ดูแลในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวจากผู้ดูแล และความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถของผู้ดูแลกับการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลและผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาที่หน่วยรังสีรักษาจำนวน 100 ราย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือน กันยายน ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2548 ผลการวิจัยที่ได้นำเสนอด้วยการบรรยายประกอบตารางดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

ส่วนที่ 3 ความสามารถของผู้ดูแลในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา

ส่วนที่ 4 การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถของผู้ดูแลในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณกับการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70) มีอายุเฉลี่ย 38.97 ปี (SD = 9.78, ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด = 22-64 ปี) โดยมีอายุอยู่ในช่วง 31 – 40 ปี (ร้อยละ 36) รองลงมาคือ มีอายุในช่วง 41 – 50 ปี (ร้อยละ 25) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 74) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 75) มีการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา เท่ากัน (ร้อยละ 30) รองลงมาคือระดับอนุปริญญาหรือประกาศนียบัตร (ร้อยละ 25) ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 44) มีความเพียงพอของรายได้ (ร้อยละ 97) มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบุตร (ร้อยละ 56) รองลงมาเป็นผู้สมรส (ร้อยละ 41) ภาวะสุขภาพขณะดูแลผู้ป่วยแข็งแรงดี (ร้อยละ 59) ดังแสดงรายละเอียดในตาราง 1

ตาราง 1

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ($N = 100$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ร้อยละ
เพศ	
ชาย	30
หญิง	70
อายุ	
18 – 30 ปี	24
31 – 40 ปี	36
41 – 50 ปี	25
51 – 60 ปี	13
มากกว่า 60 ปี	2
($\bar{X} = 38.97$ ปี, $SD = 9.78$, $Min-Max = 22 - 64$ ปี)	
ศาสนา	
พุทธ	74
อิสลาม	26
สถานภาพสมรส	
โสด	25
คู่	75
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา	30
มัธยมศึกษา	30
อนุปริญญาหรือประกาศนียบัตร	25
ปริญญาตรี	15
อาชีพ	
ทำงานบ้าน	7
ค้าขาย	24
รับจ้าง	44

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ร้อยละ
อาชีพ	
ข้าราชการ	5
เกษตรกร	20
รายได้	
ไม่เพียงพอ	3
เพียงพอ	97
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	
บิดา / มารดา	1
คู่สมรส	41
บุตร / ธิดา	56
สะใภ้	2
ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน	
ค่อนข้างแข็งแรง	1
แข็งแรง	16
แข็งแรงดี	59
แข็งแรงมาก	24

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

ผู้ป่วยเป็นเพศชายมากที่สุด (ร้อยละ 66) มีอายุเฉลี่ย 56.03 ปี (SD = 11.98, ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด = 20 – 83 ปี) โดยส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 39) รองลงมาคือ มีช่วงอายุ 51 – 60 ปี (ร้อยละ 29) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 74) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 87) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 51) รองลงมา คือ ไม่ได้เรียนหนังสือ (ร้อยละ 19) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 34) มีความเพียงพอของรายได้ (ร้อยละ 97) มีความสัมพันธ์กับผู้ดูแลโดยเป็นบิดา/มารดา (ร้อยละ 60) รองลงมา เป็นคู่สมรส (ร้อยละ 39) ภาวะสุขภาพปัจจุบันแข็งแรงปานกลาง (ร้อยละ 39) ดังแสดงรายละเอียดใน ตาราง 2

ตาราง 2

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N = 100)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ร้อยละ
เพศ	
ชาย	66
หญิง	34
อายุ	
18 – 30 ปี	1
31 – 40 ปี	9
41 – 50 ปี	22
51 – 60 ปี	29
มากกว่า 60 ปี	39
(X̄=56.03 ปี, SD=11.98 , Min- Max = 20–83ปี)	
ศาสนา	
พุทธ	74
อิสลาม	26
สถานภาพสมรส	
โสด	1
คู่	87
หม้าย/หย่าหรือแยกกันอยู่	12
ระดับการศึกษา	
ไม่ได้เรียน	19
ประถมศึกษา	51
มัธยมศึกษา	13
อนุปริญญาหรือประกาศนียบัตร	11
ปริญญาตรี	6

ตาราง 2 (ต่อ)

	ข้อมูลทั่วไป	ร้อยละ
อาชีพ		
ทำงานบ้าน		21
ค้าขาย		22
รับจ้าง		17
ข้าราชการ		6
เกษตรกร		34
รายได้		
ไม่เพียงพอ		3
เพียงพอ		97
ความสัมพันธ์กับผู้ดูแล		
บิดา/มารดา		60
คู่สมรส		39
บุตร / ธิดา		1
ภาวะสุขภาพปัจจุบัน		
ค่อนข้างอ่อนแอ		14
แข็งแรงปานกลาง		39
ค่อนข้างแข็งแรง		38
แข็งแรงดี		8
แข็งแรงมาก		1

ความสามารถของผู้ดูแลในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ

ความสามารถของผู้ดูแลในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรับรังสีรักษาโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.71$, $SD = .58$) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ผู้ดูแลมีความสามารถในการคาดการณ์ และความสามารถในการลงมือปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.95$, $SD = .48$ และ $\bar{X} = 4.68$, $SD = .66$ ตามลำดับ) ส่วน

ความสามารถในการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติ ผู้ดูแลมีความสามารถอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 4.30$, $SD = .78$) ดังแสดงรายละเอียดในตาราง 3

ตาราง 3

ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความสามารถของผู้ดูแลในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ โดยรวม และรายด้าน ($N = 100$)

ความสามารถในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ	ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด	\bar{X}	SD	ระดับความสามารถของผู้ดูแล
ความสามารถในการคาดการณ์	3.58 – 5.92	4.95	.48	สูง
ความสามารถในการปรับเปลี่ยน	2.33 – 6.00	4.30	.78	ปานกลาง
ความสามารถในการลงมือปฏิบัติ	3.33 – 6.00	4.68	.66	สูง
โดยรวม	3.23 – 5.83	4.71	.58	สูง

เมื่อพิจารณา ความสามารถของผู้ดูแลในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา ด้านความสามารถในการคาดการณ์ จำแนกเป็นรายชื่อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การเห็นว่าชีวิตผู้ป่วยมีคุณค่า มีความหมาย ($\bar{X} = 5.85$, $SD = .36$) การเห็นว่าการเสริมความหวังในชีวิตของผู้ป่วยมีความสำคัญ ($\bar{X} = 5.63$, $SD = .49$) และการรับรู้คุณค่าความหมายของชีวิตผู้ป่วย ($\bar{X} = 5.34$, $SD = .87$) ตามลำดับ ดังแสดงรายละเอียดในตาราง 4

ตาราง 4

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความสามารถของผู้ดูแลในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ ด้านความสามารถในการคาดการณ์ เรียงลำดับจากมากไปน้อย (N=100)

ความสามารถในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ ด้านความสามารถในการคาดการณ์	\bar{X}	SD	ระดับความสามารถ
1. ท่านเห็นว่าชีวิตผู้ป่วยมีคุณค่า ความหมายมากน้อยเพียงใด	5.85	.36	สูง
2. ท่านเห็นว่าการเสริมความหวังในชีวิตของผู้ป่วยมีความสำคัญมากน้อยเพียงใด	5.63	.49	สูง
3. ท่านรับรู้คุณค่า ความหมายของชีวิตผู้ป่วยมากน้อยเพียงใด	5.34	.87	สูง
4. ท่านเห็นว่าการช่วยผู้ป่วยตั้งเป้าหมายในชีวิตมีความสำคัญมากน้อยเพียงใด	5.32	.80	สูง
5. ท่านเห็นว่าการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับความ ต้องการของผู้ป่วยมีความสำคัญมากน้อยเพียงใด	5.18	.76	สูง
6. ท่านเห็นว่าการช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามความเชื่อ/ศรัทธา ของผู้ป่วยมีความสำคัญมากน้อยเพียงใด	5.17	.67	สูง
7. ท่านรับรู้ถึงเป้าหมายในชีวิตของผู้ป่วยมากน้อยเพียงใด	4.90	.70	สูง
8. ท่านรู้วิธีการช่วยเสริมความหวังในชีวิตของผู้ป่วยมากน้อย เพียงใด	4.82	.78	สูง
9. ท่านรู้วิธีการช่วยให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามความเชื่อ/ศรัทธาของ ผู้ป่วยมากน้อยเพียงใด	4.48	.82	สูง
10. ท่านรู้วิธีการช่วยผู้ป่วยให้รับรู้ถึงคุณค่าของชีวิตมากน้อย เพียงใด	4.46	.91	สูง
11. ท่านรู้วิธีการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้พูดคุยกับผู้อื่นมากน้อย เพียงใด	4.19	.93	ปานกลาง
12. ท่านเห็นว่าการให้ผู้ป่วยได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้สึกกับ ผู้อื่นมีความสำคัญมากน้อยเพียงใด	4.14	1.05	ปานกลาง

เมื่อพิจารณาความสามารถของผู้ดูแลในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรับรังสีรักษา ด้านความสามารถในการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติ จำแนกเป็นรายชื่อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การได้ช่วยผู้ป่วยปรับเปลี่ยนวิธีการสร้างความหวังในชีวิต ($\bar{X} = 4.50, SD = .92$) การได้ช่วยผู้ป่วยปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ($\bar{X} = 4.39, SD = .89$) การได้ช่วยผู้ป่วยในการเลือกวิธีปฏิบัติตามความเชื่อที่เหมาะสม ($\bar{X} = 4.39, SD = .95$) ตามลำดับ ดังแสดงรายละเอียดในตาราง 5

ตาราง 5

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความสามารถของผู้ดูแลในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณด้านความสามารถในการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติ เรียงลำดับจากมากไปน้อย ($N=100$)

ความสามารถในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณด้านความสามารถในการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติ	\bar{X}	SD	ระดับความสามารถ
1. ท่านได้ช่วยผู้ป่วยปรับเปลี่ยนวิธีการสร้างความหวังในชีวิตมากน้อยเพียงใด	4.50	.92	สูง
2. ท่านได้ช่วยปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยมากน้อยเพียงใด	4.39	.89	สูง
3. ท่านได้ช่วยผู้ป่วยในการเลือกวิธีปฏิบัติตามความเชื่อที่เหมาะสมกับผู้ป่วยมากน้อยเพียงใด	4.39	.95	สูง
4. ท่านได้ช่วยผู้ป่วยปรับวิธีการเสริมคุณค่าให้กับชีวิตมากน้อยเพียงใด	4.30	.86	ปานกลาง
5. ท่านได้ช่วยผู้ป่วยปรับเปลี่ยนเป้าหมายของชีวิตมากน้อยเพียงใด	4.27	.85	ปานกลาง
6. ท่านได้ช่วยผู้ป่วยปรับเปลี่ยนวิธีการสร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่นมากน้อยเพียงใด	3.97	.88	ปานกลาง

เมื่อพิจารณาความสามารถของผู้ดูแลในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรับรังสีรักษา ด้านความสามารถในการลงมือปฏิบัติ จำแนกเป็นรายชื่อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ผู้ดูแลมีความพึงพอใจในการส่งเสริมความหวังในชีวิตให้กับผู้

ป่วย ($\bar{X} = 5.01$, $SD = .70$) ผู้ดูแลมีความพึงพอใจในการช่วยให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามความเชื่อ/ศรัทธาของผู้ป่วย ($\bar{X} = 4.95$, $SD = .76$) ผู้ดูแลมีความพึงพอใจในการช่วยผู้ป่วยตั้งเป้าหมายในชีวิต ($\bar{X} = 4.92$, $SD = .77$) ตามลำดับ ดังแสดงรายละเอียดในตาราง 6

ตาราง 6

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความสามารถของผู้ดูแลในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณด้านความสามารถในการลงมือปฏิบัติ เรียงลำดับจากมากไปน้อย (N=100)

ความสามารถในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณด้าน ความสามารถในการลงมือปฏิบัติ	\bar{X}	SD	ระดับความ สามารถ
1. ท่านมีความพึงพอใจในการส่งเสริมความหวังในชีวิตให้กับ ผู้ป่วย มากน้อยเพียงใด	5.01	.70	สูง
2. ท่านมีความพึงพอใจในการช่วยให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามความเชื่อ /ศรัทธาของผู้ป่วยมากน้อยเพียงใด	4.95	.76	สูง
3. ท่านพึงพอใจในการช่วยผู้ป่วยตั้งเป้าหมายในชีวิตมากน้อย เพียงใด	4.92	.77	สูง
4. ท่านพึงพอใจในการช่วยเสริมคุณค่าให้กับชีวิตผู้ป่วยมากน้อย เพียงใด	4.90	.77	สูง
5. ท่านมีความพึงพอใจในการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับ ความต้องการของผู้ป่วยมากน้อยเพียงใด	4.82	.78	สูง
6. ท่านได้ช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้หรือเห็นถึงคุณค่าของชีวิตมากน้อย เพียงใด	4.80	.84	สูง
7. ท่านได้ช่วยผู้ป่วยให้ตั้งเป้าหมายในชีวิตให้สอดคล้องกับ ความเป็นจริงมากน้อยเพียงใด	4.65	.85	สูง
8. ท่านมีความพึงพอใจในการช่วยให้ผู้ป่วยได้สร้างสัมพันธ์กับ บุคคลอื่นมากน้อยเพียงใด	4.62	.84	สูง
9. ท่านมีความชำนาญในการช่วยเสริมความหวังในชีวิตให้กับ ผู้ป่วยมากน้อยเพียงใด	4.52	.85	สูง

ตาราง 6 (ต่อ)

ความสามารถในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ ด้านความสามารถในการลงมือปฏิบัติ	\bar{X}	SD	ระดับความ สามารถ
10. ท่านมีความชำนาญในการช่วยผู้ป่วยให้สามารถสร้างสัมพันธ์ กับบุคคลอื่นมากน้อยเพียงใด	4.37	.99	สูง
11. ท่านมีความชำนาญในการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับ ความต้องการของผู้ป่วยมากน้อยเพียงใด	4.35	.88	สูง
12. ท่านมีความชำนาญในการช่วยให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามความเชื่อ / ศรัทธาของผู้ป่วยมากน้อยเพียงใด	4.31	.92	ปานกลาง

การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา

การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.47$, $SD = .26$) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณในระดับสูงทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านความต้องการการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต ($\bar{X} = 3.62$, $SD = .33$) และด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งเหนือตน ($\bar{X} = 3.18$, $SD = .37$) ด้านการมีความหวัง ($\bar{X} = 3.62$, $SD = .23$) ดังแสดงรายละเอียดในตาราง 7

ตาราง 7

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ จำแนกโดยรวมและรายด้าน (N = 100)

การได้รับการตอบสนองความต้องการ ด้านจิตวิญญาณ	\bar{X}	SD	ระดับการได้รับการ ตอบสนอง
ด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต	3.62	.33	สูง
ด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ	3.18	.37	สูง
ด้านการมีความหวัง	3.62	.23	สูง

โดยรวม	3.47	.26	สูง
--------	------	-----	-----

เมื่อพิจารณาระดับการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา ด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต จำแนกเป็นรายข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ผู้ดูแลให้ความจริงใจและสามารถเป็นที่พึ่งพิงได้ ($\bar{X} = 3.94, SD = .24$) ผู้ดูแลมีส่วนช่วยให้รู้สึกว่ามีคุณค่า มีความหมาย ($\bar{X} = 3.88, SD = .38$) ผู้ดูแลคอยสนใจ เอาใจใส่และแสดงความห่วงใยเมื่อต้องการความช่วยเหลือ ($\bar{X} = 3.87, SD = .34$) ดังแสดงรายละเอียดในตาราง 8

ตาราง 8

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต เรียงลำดับจากมากไปน้อย ($N=100$)

การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ	\bar{X}	SD	ระดับการได้รับการตอบสนอง
ด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต			

1. ผู้ดูแลให้ความจริงใจและสามารถเป็นที่พึ่งพิงสำหรับท่านได้	3.94	.24	สูง
2. ผู้ดูแลมีส่วนช่วยให้ท่านได้รู้สึกว่าคุณค่า มีความหมาย	3.88	.38	สูง
3. ผู้ดูแลคอยสนใจ เอาใจใส่และแสดงความห่วงใยท่าน เมื่อท่านต้องการความช่วยเหลือ	3.87	.34	สูง
4. ผู้ดูแลได้บอกหรือแสดงให้ท่านทราบว่าท่านมีความหมาย และเป็นคนสำคัญ	3.83	.38	สูง
5. ผู้ดูแลมีเวลาพูดคุยกับท่านเพื่อให้ท่านได้ค้นหาเป้าหมายและ ความต้องการของตนเอง	3.62	.55	สูง
6. ผู้ดูแลบอกท่านว่าชีวิตของท่านมีค่า สามารถทำประโยชน์ ให้แก่ครอบครัวและสังคมได้	3.55	.56	สูง
7. ผู้ดูแลเปิดโอกาสให้ท่านได้แสดงความคิดเห็นและ วางเป้าหมายในชีวิตร่วมกัน	3.48	.59	สูง
8. ผู้ดูแลเปิดโอกาสให้ท่านได้แสดงออกหรือบอกถึง ความต้องการ	3.47	.56	สูง
9. ผู้ดูแลเปิดโอกาสให้ท่านได้ระบายความรู้สึก ความคับข้องใจ	3.46	.58	สูง
10. ผู้ดูแลได้พาท่านไปปรึกษาทนาย สร้างบุญกุศล	3.16	.65	สูง

เมื่อพิจารณาคะแนนการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย
มะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา ด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งเหนือตน จำแนก
เป็นรายชื่อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ใน 3 อันดับแรก คือ ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจที่มีสมาชิกในครอบครัวคอย
ดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด ($\bar{X} = 3.91, SD = .29$) ผู้ดูแลได้บอกว่า สิ่งสูงสุดที่ผู้ป่วยนับถือ (พระพุทธเจ้า,
พระฮัลลอส พระเยซู) และศักดิ์สิทธิ์จะช่วยคุ้มครองในระหว่างเจ็บป่วยได้ ($\bar{X} = 3.80, SD = .40$) ผู้
ดูแลได้นำบุคคลที่ผู้ป่วยรัก เคารพนับถือมาเชื่อมโยงให้กำลังใจท่าน ($\bar{X} = 3.57, SD = .59$) ดังแสดงราย
ละเอียดในตาราง 9

ตาราง 9

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ
ด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งเหนือตน เรียงลำดับจากมากไปน้อย
($N=100$)

การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ ด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งแวดล้อม สิ่งเหนือตน	\bar{X}	SD	ระดับการได้รับ การตอบสนอง
1. ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจที่มีสมาชิกในครอบครัวคอยดูแลเอาใจใส่ อย่างใกล้ชิด	3.91	.29	สูง
2. ผู้ดูแลได้บอกว่า สิ่งสูงสุดที่ผู้ป่วยนับถือ (พระพุทธเจ้า, พระอัลลอฮ์ พระเยซู) และศักดิ์สิทธิ์จะช่วยคุ้มครองใน ระหว่างเจ็บป่วยได้	3.80	.40	สูง
3. ผู้ดูแลได้นำบุคคลที่ผู้ป่วยรัก เคารพนับถือมาเยี่ยมให้กำลังใจ ท่าน	3.57	.59	สูง
4. ผู้ดูแลได้แนะนำให้ท่านได้สวดมนต์เพื่อระลึกถึงผู้นำทาง ศาสนาหรือสิ่งที่ท่านนับถือ	3.55	.59	สูง
5. ผู้ดูแลได้จัดสถานที่ให้ท่านสำหรับสวดมนต์ภาวนา ทำสมาธิ/ ละหมาด/อ่านคัมภีร์	3.30	.66	สูง
6. ผู้ดูแลได้แสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณจาก ผู้ที่มีความรู้มาดูแลท่าน	3.29	.62	สูง
7. ผู้ดูแลได้แนะนำให้ท่านให้อภัยในสิ่งต่างๆ ที่ผ่านมา	3.01	.69	สูง

ตาราง 9 (ต่อ)

การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ ด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งแวดล้อม สิ่งเหนือตน	\bar{X}	SD	ระดับการได้รับ การตอบสนอง
8. ผู้ดูแลได้จัดให้สิ่งที่ท่านเคารพบูชาไว้ใกล้ตัวหรือให้ท่าน พกติด ตัวเป็นประจำเพื่อเป็นที่พึ่งทางใจ	2.71	1.17	ปานกลาง
9. ผู้ดูแลได้นำท่านไปพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้สึกกับผู้ป่วย ที่มารับรังสีด้วยกัน	2.37	.60	ปานกลาง
10. ผู้ดูแลได้นำภาพถ่ายของบุคคลที่ท่านนับถือและผูกพันมาไว้ ติดตัวท่าน	2.34	1.00	ปานกลาง

เมื่อพิจารณาคะแนนการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย
มะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษาด้วยความหวัง จำแนกเป็นรายชื่อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3 อันดับแรก

คือ ผู้ดูแลได้จัดอาหารที่ผู้ป่วยชอบและพอใจมาให้เพื่อหวังให้ผู้ป่วยมีความภาคภูมิใจและอาการดีขึ้น ($\bar{X} = 3.96, SD = .20$) ผู้ดูแลได้บอกถึงความหวังของผู้ดูแลคือได้เห็นอาการของผู้ป่วยดีขึ้น ($\bar{X} = 3.93, SD = .26$) ผู้ดูแลได้คอยเป็นกำลังใจและแสดงให้ท่านทราบว่าชีวิตนี้ยังมีความหวัง ($\bar{X} = 3.91, SD = .29$) ดังแสดงรายละเอียดในตาราง 10

ตาราง 10

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ ด้านความหวัง เรียงลำดับจากมากไปน้อย ($N=100$)

การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ ด้านความหวัง	\bar{X}	SD	ระดับการได้รับการตอบสนอง
1. ผู้ดูแลได้จัดอาหารที่ผู้ป่วยชอบและพอใจมาให้เพื่อหวังให้ผู้ป่วยมีความภาคภูมิใจและอาการดีขึ้น	3.96	.20	สูง
2. ผู้ดูแลได้บอกถึงความหวังของผู้ดูแลคือได้เห็นอาการของผู้ป่วยดีขึ้น	3.93	.26	สูง
3. ผู้ดูแลได้คอยเป็นกำลังใจและแสดงให้ท่านทราบว่า ชีวิตนี้ยังมีความหวัง	3.91	.29	สูง

ตาราง 10 (ต่อ)

การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ ด้านความหวัง	\bar{X}	SD	ระดับการได้รับการตอบสนอง
4. ผู้ดูแลได้สวดมนต์ / อธิษฐานจิตและภาวนาให้ท่านมีอาการดีขึ้น	3.85	.39	สูง

5. ท่านและผู้ดูแลมีความหวังร่วมกันว่าท่านจะไม่ทุกข์ทรมานไปมากกว่านี้	3.81	.42	สูง
6. ผู้ดูแลได้บอกท่านว่าทุกอย่างจะเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น	3.77	.42	สูง
7. ท่านและผู้ดูแลมีความหวังร่วมกันว่าคงจะไม่มีเหตุการณ์เช่นนี้เกิดขึ้นกับคนในครอบครัวอีก	3.72	.47	สูง
8. ผู้ดูแลได้บอกท่านว่าในอนาคตแพทย์จะสามารถรักษาอาการเจ็บป่วยของท่านได้	3.47	.28	สูง
9. ผู้ดูแลได้พาท่านไปขอพร อ้อนวอนพระผู้เป็นเจ้าหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ หวังให้ท่านพบสิ่งที่ดีในชีวิต	3.45	.66	สูง
10. ผู้ดูแลได้บอกท่านว่าการเจ็บป่วยของท่านจะหายเร็วหรือช้าขึ้นอยู่กับชะตาชีวิต	2.38	.71	ปานกลาง

ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถของผู้ดูแลในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณและการได้รับการตอบสนองของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank-order correlation coefficient) เนื่องจากเมื่อทดสอบลักษณะของข้อมูลไม่มีการกระจายแบบโค้งปกติ (ดำรงค์, 2545) ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถของผู้ดูแลในการตอบสนองความต้องการด้านจิต วิญญาณไม่มีความสัมพันธ์กับการได้รับการตอบสนองของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ดังแสดงรายละเอียดในตาราง 11

ตาราง 11

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน ระหว่างความสามารถของผู้ดูแลในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ และการได้รับการตอบสนองในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา
($N = 100$)

ตัวแปร	การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ
ความสามารถของผู้ดูแลในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ	0.021 ^{NS}

NS = non significant

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ผู้วิจัยได้สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมในข้อที่ 31 เกี่ยวกับ ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ โดยรวมตามการรับรู้ของผู้ดูแล และในส่วนของ การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ โดยรวมตามการรับรู้ของผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยได้สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ผู้ดูแลมีการรับรู้ว่ามีสามารถในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ โดยรวม (ข้อที่ 31) อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.82$, $SD = .60$) และมีความสัมพันธ์กับความสามารถโดยรวม (ข้อที่ 1-30) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .57$, $p < 0.01$)

2. ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ โดยรวม (ข้อที่ 31) อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.88$, $SD = .32$) และมีความสัมพันธ์กับการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ โดยรวม (ข้อที่ 1-30) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .45$, $p < 0.01$)

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาครั้งนี้ มีประเด็นที่ได้ใช้ในการอภิปราย 5 ประเด็น ได้แก่ ลักษณะทั่วไปของผู้ดูแล ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย ความสามารถของผู้ดูแลในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษาและความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถของผู้ดูแลกับการได้รับการตอบสนองความ

ต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษา

ลักษณะทั่วไปของผู้ดูแล

ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาในครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70) มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบุตรและเป็นคู่สมรส (ร้อยละ 56 และ 41 ตามลำดับ) ทั้งนี้เนื่องมาจากในสังคมไทยเพศหญิงจะถูกอบรมเลี้ยงดูและปลูกฝังให้เป็นผู้ดูแลบ้านและสมาชิกในครอบครัว เช่น เด็กเล็ก ผู้สูงอายุ เป็นต้น (จารุวรรณ, 2544) ดังนั้นการรับบทบาทเป็นผู้ดูแลในเพศหญิงจึงง่ายกว่าเพศชาย (วิลรัตน์, 2537) นอกจากนี้ในขนบธรรมเนียมประเพณีไทย เมื่อบิดามารดาเกิดการเจ็บป่วยเป็นหน้าที่ของบุตรที่จะต้องให้การดูแลเป็นการแสดงความกตัญญูตอบแทนผู้มีพระคุณ ทั้งนี้ความกตัญญูรู้คุณจะเป็นแรงจูงใจที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความพยายามเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยด้วยความตั้งใจ และรับรู้ว่าเป็นโอกาสดีที่จะได้ตอบแทนผู้มีพระคุณ และต้องปฏิบัติต่อผู้ป่วยให้ดีที่สุดจึงจะได้รับบุญกุศล (จอม, 2541; จินตนา, ช่อลดา และ สาวิตรี, 2542; ชูชื่น, 2541) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุริสา (2548) ซึ่งได้ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เช่นเดียวกัน และพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นภรรยาและบุตร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไทย พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งโดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบุตรและคู่สมรสใกล้เคียงกัน (สายพิน, วิลรัตน์, วัฒนา, และภัสพร, 2539; ชูชื่น, 2541; สุริสา, 2548) และสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งในต่างประเทศ พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งโดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นคู่สมรสและบุตร (Andrews, 2001; Carter, 2002; Chan & Chang, 2000; McMillan & Moody, 2003; Mellon, 2002; Northouse, 2005; Stetz, 1987)

ผู้ดูแลมีอายุเฉลี่ย 38 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของชูชื่น (2541) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับอิทธิพลภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติผู้ดูแลและความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งในระยะลูกกลม และพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งในระยะลูกกลมส่วนใหญ่มีช่วงอายุ 31 – 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 68.5 เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านอายุตามแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 2001) ซึ่งเชื่อว่า อายุเป็นปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลที่บ่งชี้ถึงระดับของพัฒนาการภาวะสุขภาพ และความสมบูรณ์ทางวุฒิภาวะ และจะพัฒนาเต็มที่ในวัยผู้ใหญ่ ดังนั้นในวัยผู้ใหญ่ซึ่งถือว่าเป็นวัยที่มีสุขภาพดี มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ และมีการงานที่มั่นคงจึงมีความพร้อมในการดูแลสำหรับผลการศึกษาที่พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 74) เนื่องมาจากศาสนาพุทธเป็นศาสนาประจำชาติ สังคมวัฒนธรรมของคนไทยส่วนใหญ่มีเชื้อสายไทยพุทธ จึงทำให้ผู้

ดูแลส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธมากที่สุด รองลงมานับถือศาสนาอิสลาม (ร้อยละ 26) เนื่องจากลักษณะภาคใต้ตอนล่างเป็นสังคมที่มีความหลากหลายทางศาสนาและวัฒนธรรม ประชากรบางส่วนนับถือศาสนาอิสลาม ในเรื่องของอาชีพ จากการศึกษพบว่า ผู้ดูแลมีอาชีพรับจ้าง ค้าขาย และเกษตรกรรม (ร้อยละ 44, 24 และ 20 ตามลำดับ) ซึ่งเป็นอาชีพที่ไม่กำหนดเวลาแน่นอนแล้วแต่ช่วงฤดูกาลและการว่าจ้าง จึงสามารถจัดเวลาในการดูแลได้ อีกทั้งสามารถให้ผู้อื่นทำแทนได้ จึงทำให้การตัดสินใจหยุดงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วยเป็นไปได้ง่ายกว่าผู้ที่มีอาชีพประจำ เช่น อาชีพรับราชการ สอดคล้องกับรายงานการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยอื่นๆ ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลมีอาชีพรับจ้าง เกษตรกรรม ค้าขาย (กนกรัตน์, 2547; จอม, 2540; จินตนา, 2540; ทูลภา, 2545) นอกจากนี้จากการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลจบการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 30) อาจเป็นเพราะระบบการศึกษาในอดีตนั้น การศึกษาภาคบังคับของประเทศไทยมีถึงชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 เท่านั้น นอกจากนี้ ผู้ดูแลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับแข็งแรงดี (ร้อยละ 59) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งถือเป็นวัยที่มีสุขภาพดี ทำให้มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง เนื่องจากสามารถดึงเอาแหล่งประโยชน์หรือพลังงานในตัวมาใช้ได้อย่างเต็มที่ (จอม, 2540) ทำให้มีศักยภาพเพียงพอที่จะจัดการดูแลบุคคลที่ต้องการการดูแล (Orem, 1991)

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย

อายุของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาในการศึกษารั้งนี้ พบว่า มีจำนวนเพิ่มขึ้นตามช่วงอายุ คือ จากร้อยละ 1 ในช่วงอายุ 18 – 30 ปี เพิ่มขึ้นร้อยละ 39 ในผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า อุบัติการณ์การเกิดมะเร็งมักจะพบมากในผู้สูงอายุมากกว่าวัยอื่น เพราะมีช่วงเวลาของการสะสมสารก่อมะเร็ง (carcinogen) ตั้งแต่วัยต้นมานาน (จารุวรรณ, 2544) นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 66) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า เพศชายมีพฤติกรรมสุขภาพและแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสม เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา อดยาเส้น ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้มักพบมากในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ทำให้เพศชายมีโอกาสเกิดโรคมะเร็งได้มากกว่าเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเป็นเพศชาย และมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป (ชูชื่น, 2541; สุธิสา, 2548; Andrews, 2001; Chan & Chang, 2000; Fernsler, Klemm, & Miller, 1999; McMillan & Moody, 2003; Rose-Ped, et al., 2002; Saleh & Brockopp, 2001) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 74) รองลงมานับถือศาสนาอิสลาม (ร้อยละ 26) เนื่องจากสังคมวัฒนธรรมของคนไทยส่วนใหญ่มีเชื้อสายไทยพุทธ จึงทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ นับถือศาสนาพุทธมากที่สุด เช่นเดียวกับผู้ดูแล นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 87) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (Andrews, 2001; Chan &

Chang, 2000; Jahraus, Sokolosky, Thurston, & Guo, 2002; Mellon, 2002; Saleh & Brockopp, 2001) ในเรื่องของอาชีพจากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 34) อธิบายได้ว่า อาชีพเกษตรกรเป็นอาชีพที่ต้องสัมผัสกับสารเคมี และแสงแดดจัดเป็นเวลานานทำให้มีโอกาสเกิดมะเร็งได้ (นิยา, 2546) กลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาในระดับประถมศึกษามากถึงร้อยละ 51 รองลงมาไม่ได้รับการศึกษาร้อยละ 19 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากประเทศไทยสมัยก่อนมีการศึกษาภาคบังคับถึงระดับประถมศึกษาปีที่ 4 เท่านั้นจึงทำให้พบว่าการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา

ความสามารถของผู้ดูแลในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ดูแลมีความสามารถในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ โดยรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.71$, $SD = .58$ จากคะแนนเต็ม 6 คะแนน) สามารถอธิบายได้ว่า ปัจจัยพื้นฐานเป็นองค์ประกอบที่สำคัญสำหรับการดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพา (Orem, 2001) ซึ่งจากผลการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลทุกคนมีการศึกษาตั้งแต่ระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา อนุปริญญา หรือประกาศนียบัตร และปริญญาตรี (ร้อยละ 30, 30, 25 และ 15 ตามลำดับ) ซึ่งการศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ โดยบุคคลที่มีการศึกษาจะสามารถแสวงหาข้อมูล คิดพิจารณา ตัดสินการกระทำ มีเหตุผลและใฝ่รู้ การศึกษาส่งเสริมให้บุคคลรู้จักคิด และแสวงหาข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจ ตลอดจนสนใจซักถามปัญหา และใช้แหล่งประโยชน์ได้มากกว่าบุคคลที่ไม่มีการศึกษา นอกจากนี้การศึกษายังเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ และการมีทักษะการเรียนรู้ก็เป็นองค์ประกอบหนึ่งของความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานที่ทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย สามารถคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีและความผาสุก (Orem, 2001) และเมื่อพิจารณาอายุ จากการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลมีอายุเฉลี่ย 38.97 ปี ซึ่งจัดว่าเป็นวัยผู้ใหญ่ที่มีวุฒิภาวะ มีพัฒนาการ มีประสบการณ์ด้านการคิด การตัดสินใจที่ดี สามารถแปลความหมายสถานการณ์การดูแลรวมถึงปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับ โอเร็ม (Orem, 2001) ที่กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพาขึ้นอยู่กับอายุ อายุเป็นสิ่งที่แสดงถึงความสามารถในการจัดการและการรับรู้ ความเข้าใจ การแปลความหมาย และการตัดสินใจ โดยผู้ดูแลที่อยู่ในวัยเติบโตเต็มที่และมีวุฒิภาวะสมบูรณ์จะมีศักยภาพในการริเริ่ม และมีการพัฒนาความสามารถในการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ดูแลมีการรับรู้และประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยว่าอยู่ในระดับที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของชูชื่น (2541) พบว่า ผู้ดูแลที่มีอายุมากมีแนวโน้มปรับตัวได้ดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อย เนื่องจากมีประสบการณ์และพัฒนาการเพิ่มขึ้น สามารถพิจารณาเหตุการณ์ได้อย่างรอบคอบ

นอกจากนี้การที่ผู้ดูแลมีความสามารถในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบทบาทสัมพันธภาพกับผู้ป่วยโดยเกี่ยวข้องเป็นบุตร (ร้อยละ 56) สามารถอธิบายได้ว่า ลักษณะของสังคมไทยจะมีความผูกพันทางสายโลหิตมาก ทำให้เกิดความรักความผูกพัน รู้สึกเอื้ออาทรต่อกันทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี (สุพัตรา, 2542) ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีจะเป็นแรงจูงใจสำคัญในการตัดสินใจเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแล เพราะรู้สึกว่าตนเป็นผู้รู้ใจ รับรู้ถึงความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุด (จอม, 2541) ส่งผลให้ผู้ดูแลให้ความสนใจ เอาใจใส่ มีความมุ่งมั่นและเต็มใจให้การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของโอเร็ม ที่กล่าวว่า ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว ซึ่งเป็นความรับผิดชอบของสังคมที่จะต้องให้ความช่วยเหลือ นอกจากนี้การรับบทบาทเป็นผู้ดูแลของบุตร เนื่องจากอิทธิพลของการยอมรับในเรื่องศีลธรรมอันดีงามที่บุคคลในครอบครัวจะต้องรับผิดชอบต่อดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วยหรือความกลัวที่จะถูกตำหนิจากบุคคลในสังคม และเป็นเรื่องการตอบแทนบุญคุณ (จินตนา, ซอลดา และสาวิตรี, 2540; สุพัตรา, 2542) สอดคล้องกับรายงานการศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยซึ่งผลการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องเป็นบุตร (จอม, 2540; จินตนา, ซอลดา และ สาวิตรี, 2542; เฟื่องลดา, 2539; Chan & Chang, 2000)

เมื่อพิจารณาคะแนนความสามารถของผู้ดูแลในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา รายด้าน พบว่า คะแนนความสามารถในการคาดการณ์มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.95$, $SD = .48$) และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ผู้ดูแลเห็นว่าชีวิตผู้ป่วยมีคุณค่า มีความหมาย มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 5.85$, $SD = .36$) รองลงมาคือ ผู้ดูแลเห็นว่าการเสริมความหวังในชีวิตของผู้ป่วยมีความสำคัญ ($\bar{X} = 5.63$, $SD = .49$) อธิบายได้จากความสัมพันธ์ของผู้ดูแลซึ่งมีความเกี่ยวข้องเป็นบุตรและคู่สมรส ทำให้ผู้ดูแลได้ตระหนักและเห็นความสำคัญของผู้ป่วยว่ามีคุณค่าต่อความรู้สึก มีความหมาย และมีความสำคัญต่อครอบครัว ทำให้เกิดความรักความผูกพันห่วงใย และปรารถนาที่จะให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ ผู้ดูแลจึงพยายามหาวิธีการช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตหรือมีอาการดีขึ้น โดยการส่งเสริมความหวัง เนื่องจากความหวังจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้น และทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับการเจ็บป่วยได้ดีขึ้น และการที่ผู้ดูแลเห็นว่าชีวิตผู้ป่วยมีคุณค่า มีความหมาย และการเสริมความหวังให้กับผู้ป่วยมะเร็งขณะได้รับรังสีรักษาเป็นสิ่งสำคัญ ทำให้ผู้ดูแลให้ความสนใจ เอาใจใส่ดูแล ทุ่มเทกำลังใจและแรงใจในการพัฒนาความสามารถของตนเอง เพื่อให้มีความสามารถในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง

สำหรับความสามารถในการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติ จากการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลมีความสามารถในการปรับเปลี่ยนการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 4.30$, $SD = .78$) สามารถอธิบายได้จากระดับความรุนแรงของโรค และอาการต่างๆที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาของผู้ป่วยขณะได้รับรังสีรักษา อาจส่งผลให้ผู้ดูแลประสบกับข้อจำกัดในการดูแล โดยผู้ดูแลต้องมีการปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลต่างๆ เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยในขณะนั้นๆ เช่น การปรับเปลี่ยนวิธีการเสริมคุณค่า การปรับเปลี่ยนเป้าหมายการดำเนินชีวิต การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย การปรับเปลี่ยนวิธีการสร้างความหวัง ซึ่งการที่ผู้ดูแลต้องมีการปรับกิจกรรมการดูแลในด้านต่างๆ ทำให้ผู้ดูแลประเมินว่าตนเองไม่สามารถให้การตอบสนองได้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย หรือให้การตอบสนองได้ไม่เต็มที่ จึงทำให้ผู้ดูแลมีคะแนนความสามารถในการปรับเปลี่ยนอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า ผู้ดูแลได้ช่วยเหลือผู้ป่วยโดยการปรับเปลี่ยนวิธีการสร้างความหวังในชีวิตมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.50$, $SD = .92$) รองลงมา คือ ผู้ดูแลได้ช่วยผู้ป่วยในการเลือกวิถีปฏิบัติตามความเชื่อที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ($\bar{X} = 4.39$, $SD = .95$) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า บางครั้งระดับความรุนแรงของโรค และอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้นจากอาการข้างเคียงขณะที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายชีวิต ลึกลับ หวาดกลัว กังวลที่จะดำเนินชีวิตไปสู่เป้าหมายได้ (อภิรัตน์, 2547) ทำให้ผู้ดูแลต้องหาวิธีการปรับเปลี่ยนวิธีการสร้างความหวังให้แก่ผู้ป่วยโดยการใช้ทักษะต่างๆ เช่น การพูดคุย การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดระบายความรู้สึก หรือการช่วยผู้ป่วยในการเลือกวิถีปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ตามความเชื่อ ความศรัทธา (ทักษิณีย์, 2545; Timby, 2003) ซึ่งการที่ผู้ดูแลมีความสามารถในการปรับเปลี่ยนวางแผนการดูแลและตัดสินใจปรับกิจกรรมการดูแลให้เหมาะสมกับอาการและความต้องการของผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยได้ค้นหาเครื่องยึดเหนี่ยวด้านจิตใจ หรือค้นหาสิ่งที่เป็นความหวัง หรือกำลังใจของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ และมีความหวังในการเผชิญกับโรค

เมื่อพิจารณาความสามารถในการลงมือปฏิบัติ จากการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลมีความสามารถในการปฏิบัติดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.68$, $SD = .66$) สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ดูแลในฐานะที่เป็นผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาโดยตลอด ทำให้มีประสบการณ์ในเรื่องการดูแล สามารถสอดแทรกการดูแลด้านจิตวิญญาณให้เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยขณะได้รับรังสีรักษา นอกจากนี้การที่ผู้ดูแลได้ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ดูแลเกิดทักษะในการใช้กระบวนการทางด้านความคิดและสติปัญญา มีความมั่นใจ รู้จักใช้เหตุผลที่เหมาะสม สามารถจดจำ และนำความรู้ไปใช้สำหรับการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความ

สามารถในการลงมือปฏิบัติการดูแลอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ผู้ดูแลมีความพึงพอใจในการส่งเสริมความหวังให้กับผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 5.01$, $SD = .70$) รองลงมา คือผู้ดูแลมีความพึงพอใจในการช่วยให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามความเชื่อ/ศรัทธาของผู้ป่วย ($\bar{X} = 4.95$, $SD = .76$) สามารถอธิบายได้ว่า การที่ผู้ดูแลมีความพึงพอใจในการส่งเสริมความหวังให้แก่ผู้ป่วย และช่วยให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามความเชื่อ/ศรัทธา เนื่องจากการมีศรัทธาในสิ่งที่เชื่อถือ หรือการมีความศรัทธาในศาสนาจะทำให้ระดับความหวังของผู้ป่วยสูงขึ้น (Saleh & Brockopp, 2001)

การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณจากผู้ดูแลโดยรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.47$, $SD = .26$ จากคะแนนเต็ม 4 คะแนน) (ตาราง 7) และเมื่อพิจารณาการได้รับการตอบสนองความต้องการรายด้าน พบว่า ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณทุกด้านอยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกัน สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ดูแลซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วย และมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยโดยเกี่ยวข้องเป็นบุตร และคู่สมรสจะสามารถรับรู้ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี (Nuckolls, 2000) เนื่องจากบุคคลในครอบครัวเดียวกันจะมีการถ่ายทอดวัฒนธรรม ความเชื่อทางสังคม ศาสนา รวมทั้งแบบแผนการดำรงชีวิตที่เหมือนกัน (Craven & Hirnle, 2003) โดยผู้ดูแลจะได้รับแบบของความประพฤตินการปฏิบัติต่อกัน ทำให้เกิดวัฒนธรรม ความเชื่อ ความศรัทธาที่คล้ายกัน ถ่ายทอดกันมาโดยการเรียนรู้ เกิดเป็นวิถีชีวิตเดียวกัน (สุพัตรา, 2542) ทำให้ผู้ดูแลสามารถรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยได้และสามารถให้การตอบสนองได้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการอยู่ในระดับสูง

เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยรายด้าน พบว่า ด้านความหวังมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 3.62$, $SD = .23$) รองลงมา คือ ด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต ($\bar{X} = 3.62$, $SD = .33$) และด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งเหนือตนเอง ($\bar{X} = 3.18$, $SD = .37$) ซึ่งสามารถอภิปรายผลการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณในแต่ละด้านต่างๆ ดังต่อไปนี้

ด้านความต้องการการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต จากผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิตจากผู้ดูแลอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.62$, $SD = .33$) และพบว่าคะแนนเฉลี่ยการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านนี้มีค่าเป็นอันดับสองรองลงมาจากด้านความหวัง สามารถอธิบายได้ว่า การดูแลของผู้ดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิตของผู้ป่วยขณะได้รับรังสีรักษา เป็นการ

ดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในส่วนลึกที่เกี่ยวกับตัวตนของผู้ป่วย (Highfield, 1992) การที่ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดผูกพันกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถที่จะรู้ถึงสิ่งที่เป็นความหมาย จุดมุ่งหมายและเป้าหมายในชีวิตของผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลสามารถดูแลให้การตอบสนองได้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองอยู่ในระดับสูง และเมื่อพิจารณาข้อที่ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองมากที่สุด คือ ผู้ดูแลให้ความจริงใจและสามารถเป็นที่พึ่งพิงสำหรับผู้ป่วยได้มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 3.94$, $SD = .24$) รองลงมาคือ ผู้ดูแลมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า มีความหมาย ($\bar{X} = 3.88$, $SD = .38$) สามารถอธิบายได้ว่า การที่ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เป็นการแสดงถึงความเป็นเจ้าของในตัวผู้ป่วยที่จะเป็นผู้ปกป้องดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุด ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าผู้ดูแลมีความจริงใจในการดูแล และสามารถเป็นที่พึ่งพิงของผู้ป่วยได้ตลอดเวลา และจากการที่ผู้ดูแลรับรู้ถึงคุณค่าและความสำคัญในตัวผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลแสดงความรัก ความสนใจ เอาใจใส่ แสดงความห่วงใย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและมีความหมาย ซึ่งในสังคมไทยการแสดงความรัก ความเคารพ และมีความกตัญญูต่อบิดามารดา ปฏิบัติการดูแลบิดามารดาด้วยความจริงใจ หรือคู่สมรสมีความห่วงใย เอาใจใส่ดูแลซึ่งกันและกัน ถือเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของบุตร และคู่สมรสที่พึงปฏิบัติ (สุพัตรา, 2542) ทั้งนี้ความกตัญญูรู้คุณหรือความต้องการที่จะให้การดูแลจะเป็นแรงจูงใจที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความพยายามที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยด้วยความตั้งใจ และรับรู้ว่าเป็นโอกาสที่ดีที่จะได้ตอบแทนผู้มีพระคุณ (จอม, 2541; จินตนา, ซอลดา และสาวิตรี, 2542) ซึ่งการที่ผู้ดูแลได้ตอบสนองความต้องการได้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย จะส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความหมาย มีความสำคัญ ทำให้ผู้ป่วยเกิดพลังใจ และมีแรงจูงใจในการเผชิญกับความเจ็บป่วย สามารถยอมรับการเจ็บป่วยได้อย่างมีความสุข

ด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งแวดล้อม สิ่งเหนือตน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับรังสีรักษาได้รับการตอบสนองความต้องการ ด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งแวดล้อม สิ่งเหนือตนจากผู้ดูแลอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.18$, $SD = .37$) และเมื่อพิจารณาข้อที่ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองมากที่สุด คือ ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจที่มีสมาชิกในครอบครัวคอยดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด ($\bar{X} = 3.91$, $SD = .29$) สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ดูแลซึ่งส่วนใหญ่เป็นบุตรและคู่สมรส ทำให้มีความรักและความผูกพัน เกิดความรู้สึกเอื้ออาทรต่อกัน (สุพัตรา, 2542) ส่งผลให้ผู้ดูแลคอยดูแล สนใจ เอาใจใส่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับความสุข รู้สึกสบายใจและอบอุ่นใจ (Craven & Hirml, 2003) และจากการที่ผู้ดูแลได้บอกผู้ป่วยว่าสิ่งสูงสุดที่ผู้ป่วยนับถือและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ต่างๆ จะช่วยคุ้มครองผู้ป่วยในระหว่างเจ็บป่วยได้ ($\bar{X} = 3.80$, $SD = .40$) สามารถอธิบายได้ว่า การมีความศรัทธาและนับถือสิ่งศักดิ์สิทธิ์จะเป็นสิ่งที่จะช่วยยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจ โดยจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้

อย่างมีทิศทาง (Highfield, 1992) ซึ่งจากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้ดูแลและผู้ป่วยจะใช้ศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางจิตใจและใช้เป็นวิธีในการเผชิญปัญหาเมื่อประสบปัญหาวิกฤติในชีวิต สามารถอธิบายได้ว่า ศาสนาเป็นสถาบันที่สำคัญของสังคมไทย คนไทยมีความผูกพันกับศาสนา เนื่องจากศาสนาเป็นส่วนหนึ่งของจิตวิญญาณ (Tanyi, 2002; Swaney, 2001) การที่บุคคลเกิดมาในศาสนาใดก็มักจะนับถือศาสนานั้นๆ ทำให้บุคคลในครอบครัว มีความคิด ความประพฤติ การปฏิบัติ และความเชื่อที่คล้ายๆกัน (สุพัตรา, 2542) ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถให้การตอบสนองความต้องการด้านศาสนาได้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าได้รับการตอบสนองอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของกอลด์ (Gall, 2004) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับ การใช้ศาสนาในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก ผลการศึกษา พบว่า ศาสนามีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะปฏิบัติกิจกรรมด้านศาสนาอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ซึ่งจากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้ดูแลได้แนะนำให้ผู้ป่วยสวดมนต์เพื่อระลึกถึงผู้นำทางศาสนา หรือสิ่งที่ผู้ป่วยนับถือ ($\bar{X} = 3.55, SD = .59$) และผู้ดูแลได้จัดสถานที่ให้ผู้ป่วยสำหรับสวดมนต์ภาวนา ทำสมาธิ/ละหมาด/อ่านคัมภีร์ ($\bar{X} = 3.30, SD = .66$) ซึ่งการกระทำดังกล่าวเป็นการแสดงออกถึงการสนใจ เอาใจใส่ดูแล และความหวังดีของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย เนื่องจากการสวดมนต์ จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าไม่ได้อยู่อย่างโดดเดี่ยวอย่างน้อยยังมีสิ่งยึดเหนี่ยวที่อาจเป็นพระเจ้า หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ผู้ป่วยนับถือคอยคุ้มครองรักษาและเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วย (Saleh & Brockopp, 2001) และสอดคล้องกับการศึกษาของเมอราวิเกลีย (Meraviglia, 2002) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับ การสวดมนต์ในผู้ป่วยมะเร็ง ผลการศึกษา พบว่าการสวดมนต์เป็นส่วนหนึ่งของความเชื่อทางด้านจิตวิญญาณที่มีคุณค่าอยู่ในจิตใจของผู้ป่วย และมีผลต่อการยอมรับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งว่าสามารถบรรเทาอาการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจได้

ด้านความหวัง ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษาได้รับการตอบสนองความต้องการด้านความหวังอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.62, SD = .23$) และมีค่าเฉลี่ยสูงสุดในจำนวนการได้รับการตอบสนองความต้องการทั้ง 3 ด้าน สามารถอธิบายได้ว่า ความหวังเป็นกำลังใจและเป็นพลังที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ โดยเฉพาะในยามเจ็บป่วยความหวังเป็นแรงจูงใจที่จะให้ผู้ป่วยคิดที่จะต่อสู้ และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับชีวิตได้ (ดวงรัตน์, 2542) ผู้ดูแลจึงเป็นแหล่งสนับสนุนของความหวังและกำลังใจที่สำคัญของผู้ป่วย เนื่องจากเป็นผู้ใกล้ชิด ให้ความรัก ความเอื้ออาทร ให้ความจริงใจในการดูแล เมื่อพิจารณาข้อที่ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองมากที่สุด คือ ผู้ดูแลได้จัดหาอาหารที่ผู้ป่วยชอบและพอใจมาให้ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีความภาคภูมิใจและมีอาการดีขึ้น ($\bar{X} = 3.96, SD = .20$) อธิบายได้ว่าขณะที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาจะเกิดผลกระทบทางด้านร่างกาย เช่น อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ปากแห้ง เยื่อในช่องปาก

อักษะ (อภิชัย, 2543) ซึ่งมีผลทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อย ผู้ดูแลจึงพยายามจัดหาอาหารที่ผู้ป่วยชอบและพอใจมาให้เพื่อหวังที่จะให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้มากขึ้นและจะได้เห็นอาการของผู้ป่วยดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ นางลักษณ์, ประไพวรรณ และทัศนีย์ (2546) เกี่ยวกับความหวังในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความหวังของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังคือ การดูแลสุขภาพของตนเอง โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยอมรับว่าความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ส่วนหนึ่งเกิดจากพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตไม่เหมาะสม จึงหันมาสนใจดูแลสุขภาพตนเองในด้านต่างๆ เช่น ด้านการรับประทานอาหาร ซึ่งเชื่อว่าการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค งดหรือหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้อาการกำเริบ จะทำให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีขึ้น นอกจากนี้จากการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลได้บอกผู้ป่วยว่าความหวังของผู้ดูแลคือได้เห็นอาการของผู้ป่วยดีขึ้น ($\bar{X} = 3.93$, $SD = .26$) โดยผู้ดูแลได้สร้างความหวังให้กับผู้ป่วยโดยผู้ดูแลได้คอยเป็นกำลังใจ และแสดงให้เห็นผู้ป่วยทราบว่าชีวิตนี้ยังมีความหวัง ($\bar{X} = 3.91$, $SD = .29$) สามารถอธิบายได้ว่า ความหวังไม่ใช่เรื่องเฉพาะของแต่ละบุคคลเท่านั้น แต่จะเกี่ยวข้องกับมิติด้านความผูกพัน และความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆด้วย ได้แก่ บิดา มารดา สามิ ภรรยา บุตร ความเชื่อทางศาสนา หรือความเชื่อในพระเจ้า (เบญจวรรณ, 2546) ดังจะเห็นได้จากผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตร และคู่สมรส ซึ่งถือว่าเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญโดยจะมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เป็นกำลังใจให้กัน และเนื่องจาก ความหวังเป็นความเชื่อ ความศรัทธา (ดวงรัตน์, 2542) ศาสนาจึงเป็นแหล่งสนับสนุนทางจิตวิญญาณที่สำคัญที่ช่วยสร้างความหวัง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้น (Gall, 2004) สอดคล้องกับการศึกษาของ โปส-ไวท์ และคณะ (Post- White et al, 1996 อ้างตาม ดวงรัตน์, 2542) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับความหวัง จิตวิญญาณ ความเข้มแข็งในการมองโลก และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง ผลการศึกษาพบว่า สิ่งที่เป็นความหวังของผู้ป่วยคือ การมีสิ่งศรัทธา และการได้ปฏิบัติตนตามความเชื่อทางศาสนา ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ดูแลได้สวมมนต์/อธิษฐานจิตและภาวนาเพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ($\bar{X} = 3.85$, $SD = .39$) และผู้ดูแลได้พาผู้ป่วยไปขอพร อ้อนวอนพระเจ้าเป็นเจ้าหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เพื่อหวังให้ผู้ป่วยพบสิ่งที่ดีในชีวิต ($\bar{X} = 3.45$, $SD = .66$)

ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถของผู้ดูแลและการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา

จากผลการศึกษา พบว่า ความสามารถของผู้ดูแลในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ ไม่มีความสัมพันธ์กับการได้รับการตอบสนองของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) สามารถอธิบายได้ว่า ถึงแม้ผู้ดูแลจะมีความสามารถในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูงแต่ก็ไม่ได้มีผลให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความ

ต้องการด้านจิตวิญญาณจาก ผู้ดูแลในระดับที่สูงด้วย ทั้งนี้เนื่องจาก ความต้องการด้านจิตวิญญาณ เป็นความต้องการเกี่ยวกับตนเอง และเป็นความต้องการที่ลึกซึ้ง (Coyle, 2002) รับรู้เฉพาะบุคคล (Meraviglia, 2002) ยากที่จะเข้าใจและให้การดูแลได้เหมาะสม (จอณพะจง, 2546) ดังนั้นเมื่อผู้ป่วย ต้องเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับรังสีรักษา ภาวะเหล่านี้จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการแสดงออกด้านจิตวิญญาณที่เด่นชัดขึ้น โดยแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในการเผชิญปัญหา

คือ จิตวิญญาณของตนเอง (Narayanasamy, 1995)

จากการทบทวนวรรณกรรมโดยพิจารณาข้อมูลด้านปัจจัยพื้นฐานของผู้ป่วยซึ่งมีผลทำให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณได้ในระดับสูง โดยไม่ได้ขึ้นกับความสามารถของผู้ดูแล พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 39) ซึ่งอายุมีส่วนเกี่ยวข้องกับความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับตนเอง การรับรู้ การแปลความหมาย การเข้าใจ ความหมายในชีวิต การตัดสินใจรวมถึงความต้องการต่างๆ (สมพร, 2541) โดยเฉพาะเมื่ออายุมากขึ้น ผู้สูงอายุจะมีการพัฒนาจิตวิญญาณไปในลักษณะที่สัมพันธ์กับประสบการณ์ในชีวิตที่ผ่านมา โดยผู้สูงอายุจะใช้ประสบการณ์การเรียนรู้ที่ผ่านมาในการแก้ปัญหาทำให้สามารถยอมรับการเจ็บป่วยได้ดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า (Heriot, 1992)

จากการศึกษาของไฮฟิลด์ (Highfield, 1992) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับสภาวะจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งตามมุมมองของพยาบาลและผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้ซึ่งเป็นผู้ป่วยมะเร็งปอดในระยะที่ 3 และระยะที่ 4 มีการประเมินภาวะทางสุขภาพจิตวิญญาณว่าอยู่ในระดับค่อนข้างสูง ซึ่งตรงข้ามกับผลการวิจัยที่ผ่านมา โดยไฮฟิลด์ได้อธิบายเหตุผลว่า 1) ผู้ป่วยอาจมีแหล่งของจิตวิญญาณที่ใช้ในการเผชิญปัญหาอย่างได้ผลขณะเจ็บป่วย 2) ผู้ป่วยได้รับการคุกคามทางด้านร่างกายในระดับต่ำ ทำให้มีความทุกข์ด้านจิตวิญญาณในระดับต่ำด้วย 3) อายุที่มากขึ้นหรือโรคที่เป็นมานานทำให้ผู้ป่วยสามารถยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตและได้มีการพัฒนาจิตวิญญาณให้มากขึ้น โดยเปรียบเสมือนเป็นแหล่งของการค้นหาความหมายให้กับชีวิต และ 4) ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการวิจัย

นอกจากนี้ การที่ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณในระดับสูง อาจเนื่องมาจาก ผู้ป่วยมีแหล่งของจิตวิญญาณที่ใช้ในการเผชิญปัญหาได้อย่างได้ผล คือ การพึ่งพาศาสนา หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เนื่องจากศาสนาเป็นส่วนหนึ่งของจิตวิญญาณ (Swaney, 2001) โดยกลุ่มตัวอย่างนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 74) ซึ่งพุทธศาสนิกชนย่อมมีความเชื่อ ความศรัทธาในหลักคำสอนของพระพุทธศาสนา ได้แก่ การยึดพระรัตนตรัยเป็นที่พึ่ง ความเชื่อในเรื่องกฎแห่งกรรม (พระธรรมปิฎก, 2542) และกลุ่มตัวอย่างนับถือศาสนาอิสลาม (ร้อยละ 26) ซึ่งชาวมุสลิมจะมีความศรัทธาพระเจ้า เนื่องจากพระเจ้าเป็นผู้เริ่มให้จิตวิญญาณ โดยมีจุดมุ่งหมายของชีวิต คือ การมีชีวิตที่

ผาสุกนิรันดร (นุรุดดิน, 2540) ซึ่งการใช้ศาสนาเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต การมีความเชื่อ ความศรัทธาในศาสนาจะทำให้บุคคลมีหลักที่จะปฏิบัติตาม และการปฏิบัติตามหลักศาสนาจะช่วยให้จิตวิญญาณของคนสมบูรณ์ขึ้น (ทัศนีย์, 2545ข)

นอกจากนี้จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 87) สามารถอธิบายได้ว่า สถานภาพสมรสเป็นตัวบ่งชี้ของระบบครอบครัวและแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญของบุคคล ที่ทำให้เกิดความมั่นคงทางอารมณ์ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (ภัสพร, กาญจนา, และ กาญจณี, 2543) คู่สมรส ซึ่งจัดเป็นบุคคลที่ใกล้ชิด ผูกพันและไว้วางใจมากที่สุด จะคอยให้ความช่วยเหลือ ดูแลเอาใจใส่ ห่วงใย ทำให้ผู้ป่วยได้รับความรัก ความเอาใจใส่ และกำลังใจจากคู่สมรส ซึ่งทำให้ภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยมีการพัฒนาไปในทางที่ดี ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นคงทางอารมณ์ ซึ่งอาจช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับปัญหาหรือการเปลี่ยนแปลงที่เหมาะสมได้ (ธิวาสา, 2547; สมพร, 2541)

เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านการศึกษา จากผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับ ประถมศึกษาถึงระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 81) สามารถอธิบายได้ว่า บุคคลที่มีการศึกษาจะสามารถแสวงหาข้อมูล มีเหตุผลและใฝ่รู้ การศึกษาจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลรู้จักคิด และแสวงหาข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจ ตลอดจนสนใจซักถามปัญหา และใช้แหล่งประโยชน์ได้มากกว่าบุคคลที่ไม่มีการศึกษา นอกจากนี้การศึกษายังเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ และการมีทักษะการเรียนรู้ก็เป็นองค์ประกอบหนึ่งของความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณได้โดยไม่ได้ขึ้นอยู่กับความสามารถของผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีและความผาสุก (Orem, 2001)

ภาวะสุขภาพ จากผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาในครั้งนี้ มีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับแข็งแรงปานกลางจนถึงแข็งแรงมาก (ร้อยละ 86) สามารถอธิบายได้ว่า การรักษาด้วยรังสีรักษาในครั้งนี้ ไม่ได้ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมากนัก ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีและมีความสามารถในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณได้โดยไม่ได้ขึ้นอยู่กับความสามารถของผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของสุริสา (2548) เกี่ยวกับสุขภาพกายของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา จำนวน 80 คน โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสงขลานครินทร์เช่นเดียวกัน พบว่า ผู้ป่วยทุกรายมีระดับความสามารถด้านร่างกายระดับปานกลางถึงค่อนข้างดี โดยผู้ป่วยยังสามารถดูแลตนเองในเรื่องต่างๆ ได้เป็นส่วนใหญ่ ถึงแม้จะเป็นผู้ป่วยสูงอายุและเป็นมะเร็งในระยะลุกลามร้อยละ 77.25 และมีอาการข้างเคียงและผลกระทบจากรังสีรักษาทุกราย แต่โดยส่วนใหญ่ไม่ถึงขั้นรุนแรงจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และการศึกษารังสีรักษานี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับความ

สามารถทางด้านร่างกายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในประเทศไทย พบว่า ผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่มีความต้องการการช่วยเหลือเป็นครั้งคราว แต่ยังสามารถดูแลตนเองในเรื่องต่างๆ ได้เป็นส่วนใหญ่ (ชูชื่น, 2541)

แหล่งประโยชน์ ซึ่งจากการที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูลที่หน่วยรังสีรักษา โรงพยาบาลสงขลา นครินทร์ พบว่า เจ้าหน้าที่หน่วยรังสีรักษาจะจัดกิจกรรมต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย เช่น การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การฟังธรรมะ การให้ผู้ป่วยสวดมนต์ขอพรจากสิ่งที่ผู้ป่วยให้ความเคารพนับถือ การนิมนต์พระภิกษุ หรือผู้นำทางศาสนามาประกอบพิธีทางศาสนา การจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมร่วมกัน นอกจากนี้เจ้าหน้าที่จะให้ความรู้เกี่ยวกับโรค อาการ การรักษา การดูแลและการปฏิบัติตัวขณะได้รับรังสีรักษา โดยผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำและได้รับการสนับสนุนข้อมูลต่างๆ จากเจ้าหน้าที่บุคลากรในทีมสุขภาพเพื่อติดตามผลการรักษาและอาการข้างเคียงจากรังสีรักษาทุกสัปดาห์ สอดคล้องกับการศึกษาของจาฮ์ราว, ซาโคลอสกี, เทอร์สตัน และ กัว (Jahraus, Sokolosky, Thurston, & Guo, 2002) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการให้สุขศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับรังสีรักษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 79 คน ที่ได้รับการสอนสุขศึกษาจะได้รับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลของโรคและการรักษาเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้จากการเก็บข้อมูลในระยะเวลา 3 เดือน ผู้วิจัยพบว่า ขณะรอรับการรักษาผู้ป่วยจะนั่งพูดคุยสนทนาและมีการซักถามเกี่ยวกับอาการและวิธีการดูแลตนเอง ซึ่งจะรวมถึงการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ด้านจิตวิญญาณด้วย เช่น ผู้ป่วยที่นับถือศาสนาพุทธจะสวดมนต์ไหว้พระก่อนนอน การไปวัดทำบุญตักบาตร ส่วนผู้ป่วยที่นับถือศาสนาอิสลามจะสวดมนต์ขอพรจากพระอัลลอฮ์ให้มีอาการดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของมอร์แกน และคณะ (Morgan et al., 2005) เกี่ยวกับความเข้มแข็งและความสำเร็จในการเผชิญปัญหามะเร็งเต้านม ผลการศึกษา พบว่า คู่สมรสชาวแอฟริกันและอเมริกันนิยมใช้การสวดมนต์เป็นวิธีหนึ่งในการติดต่อขอพรจากพระเจ้า โดยการสวดมนต์จะช่วยให้เกิดความเข้มแข็งและสามารถยอมรับความเจ็บป่วยได้ และจากการศึกษามีผู้ป่วยรายหนึ่งเล่าให้ฟังว่า ฝันว่าต้องก่อไฟ 300 กองแล้วจะหาย ทำให้ผู้ป่วยก่อไฟวันละกองเป็นประจำทุกวันเพื่อความหวังที่จะหายจากการเจ็บป่วย จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยได้มีการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณได้ด้วยตนเอง

สามารถสรุปได้ว่า การที่ผู้ดูแลมีความสามารถในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณในระดับสูง และผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณในระดับสูง แต่ความสามารถของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับการได้รับการตอบสนองของผู้ป่วย อาจเป็นเพราะปัจจัยด้านอื่นๆ ได้แก่ ปัจจัยพื้นฐานของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ภาวะสุขภาพ และแหล่งประโยชน์ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณได้ในระดับสูงได้โดย

ไม่ต้องการการพึ่งพาจากผู้ดูแลหลัก ถึงแม้ผู้ดูแลหลักจะมีความสามารถในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูงก็ตาม แต่ทั้งนี้การที่ผู้ดูแลหลักมีความสามารถในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาอยู่ในระดับสูงก็จะเป็นผลดีสำหรับผู้ป่วยที่มีความพร้อมในการดูแลตนเองและจำเป็นต้องได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณจากผู้ดูแล