



ความต้องการด้านจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งและ ความต้องการการสนับสนุนด้านจิตใจจากพยาบาล

Spiritual needs of cancer and spiritual supports need from nurses

พรพรรณ วทโรดม*
จรัล ลัมภเวช*
อังกาบ แสนยัณฑ์*
ภทิตรา บัวพูล*
ปทุมภรณ์ แซ่จิ่ง*
ชนากานต์ บุญหนูช**

* พยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลรังสีวิทยา ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

**พยาบาลวิชาชีพ งานวิจัยและวิชาการ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

ความต้องการด้านจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งและความต้องการการสนับสนุนด้านจิตใจจากพยาบาล

Spiritual needs of cancer patients and spiritual supports needs from nurses

พรพรรณ วณโรดม* จำรัส ลัมภเวษ* อังกาบ แสนยันต์*

ภัทธา บัวพูล* ปทุมภรณ์ แซ่จิ่ง* ชนากานต์ บุญนุช**

การวิจัยเชิงบรรยายและทดสอบคุณภาพเครื่องมือครั้งนี้เพื่อระบุความต้องการด้านจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งความต้องการการสนับสนุนด้านจิตใจจากพยาบาล และเพื่อพัฒนาเครื่องมือประเมินความต้องการด้านจิตใจของผู้ป่วยมะเร็ง โดยใช้กรอบแนวคิดของไฮฟีลด์ ประยุกต์กับของนานานักวิชาการไทยได้องค์ประกอบหรือปัจจัย 3 ด้าน คือการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต(คะแนนเต็ม=28) การมีความหวังในชีวิต(คะแนนเต็ม=28) และการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น(คะแนนเต็ม=32) กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยมะเร็งทุกชนิดที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยสาขาวิชารังสีรักษา โรงพยาบาลศิริราช จำนวนได้156ราย ได้คำตอบที่สมบูรณ์ 91 ราย เครื่องมือคือแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสัมภาษณ์ ๗ มีค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา = 0.8 ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficients) ทั้งของความต้องการด้านจิตใจ และ ความต้องการการสนับสนุนจากพยาบาล ต่างก็มีค่า >0.85 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ปัจจัย

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง(ร้อยละ 61.4) มีอายุ 47 ปี (ค่ามัธยฐาน) ศาสนาพุทธ(ร้อยละ 96.7) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 61.5) และอยู่โรงพยาบาลประมาณ 3-5 วันก่อนวันสัมภาษณ์ ผู้ป่วยมีความต้องการด้านจิตใจในระดับมาก(ระดับให้ความสำคัญและเห็นว่าเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในการดำเนินชีวิต) 2 ด้านคือ การมีความหมาย/เป้าหมายในชีวิต และการมีความหวังในชีวิต (mean± S.D.= 20.1 ± 4.6 และ 19.0 ± 6.9 ตามลำดับ) แต่ความต้องการด้านจิตใจที่อยู่ในระดับปานกลาง(ระดับค่อนข้างสำคัญในชีวิต)มี1ด้าน คือ การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น(mean± S.D.=20.0± 7.7) การระบุความต้องการการสนับสนุน จากพยาบาลพบว่า มี 2 ด้านที่อยู่ระดับปานกลาง(ต้องการในบางครั้งบางคราว)คือการมีความหวังในชีวิตและการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น(mean± S.D.= 10.5± 9.0 และ mean± S.D.= 14.5 ± 16.0 ตามลำดับ) และมี 1ด้านที่ผู้ป่วยต้องการการสนับสนุนในระดับน้อย(ผู้ป่วยไม่เรียกร้องจากพยาบาลและยอมรับสถานการณ์ที่จำกัดขณะอยู่โรงพยาบาล) คือการมีความหมาย/เป้าหมายในชีวิต(mean± S.D.= 8.1 ± 7.2) จากการทดสอบคุณภาพเพื่อพัฒนาเครื่องมือประเมินความต้องการด้านจิตใจของผู้ป่วยมะเร็ง (ข้อคำถาม 22ข้อ) นำมาวิเคราะห์ปัจจัยได้ 8 ปัจจัย มีค่าน้ำหนัก แต่ละปัจจัย = 0.5 ขึ้นไป ทุกปัจจัย อธิบายความแปรปรวนคิดเป็นร้อยละ 70.0 ได้ข้อคำถามใหม่ทั้งหมด17 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นทั้งหมด (Cronbach's alpha coefficients) = 0.8 ข้อค้นพบต่างๆควรนำมาพัฒนา การดูแลผู้ป่วยด้านจิตใจ เช่น การจัดทำแนวปฏิบัติหรือจัดโครงการเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตใจในด้านที่ผู้ป่วยมีความต้องการในระดับมาก ส่วนความต้องการการสนับสนุนจากพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยมีการรับรู้ในข้อจำกัดเรื่องภาระงานพยาบาล องค์การจึงควรมีนโยบายสนับสนุนการเพิ่มทักษะการดูแลด้านจิตใจให้ชัดเจนและส่งเสริมปัจจัยที่เอื้อต่อการให้บริการด้านนี้ เครื่องมือประเมินความต้องการด้านจิตใจควรพัฒนาต่อไป เช่น เพิ่มตัวแปรในแต่ละปัจจัยและเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่ขนาดใหญ่ขึ้น การประยุกต์ใช้เครื่องมือต้องเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย.

คำสำคัญ : ความต้องการด้านจิตใจ ความต้องการสนับสนุนด้านจิตใจ เครื่องมือความต้องการด้านจิตใจ

* งานการพยาบาลรังสีวิทยา ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

**งานวิจัยและวิชาการ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

Spiritual needs of cancer patients and spiritual support needs from nurses

**Pornpun Wanawarodom*, Jamrak Lampavaj*, Augkarb Sanyan*,
Patira Baupul*, Pratumporn Saejing* Chanakan Boonnuch**.**

Spiritual need was an inherent quality of all patients that drove the search for the better-way of life. This influenced patients' ability (especially in cancer patients) to cope with their diagnosis and symptoms. The purposes of this cross-sectional descriptive research were to determine the level of spiritual needs of cancer patients, spiritual support needs from nurses and to formulate the spiritual needs inventory by using Highfield's and Thai scholars' concepts composed of the meaning or purpose needs in life (total score=28), the hope need(total score =28), and relationship need (total score=32),. One hundred and fifty six cases were calculated for sample size but 91 cases were completed. A demographic data record-form and a set of interviewing forms (spiritual needs and spiritual support needs from nurses) were used. The content validity index=0.8 and each reliability (Cronbach's alpha coefficient) > 0.85. The data were analyzed by percent, mean, mode, standard deviation and factor analysis. The results revealed that the majority of cancer patients were female (61%), 47 years of age (average by median), length of stay before interviewing =3-5 days.The mean scores of 2 aspects of spiritual needs fell within the high level (the importance and necessary level) that were the meaning /purpose and hope needs (mean \pm S.D.= 20.0 \pm 4.6 and 19 \pm 6.9 respectively) but 1 aspect fell within the moderate level (fairly important in life) that was relationship need (mean \pm S.D.= 20.0 \pm 7.7). In spiritual support need from nurses, There were 2 aspects (the hope and the relationship needs) that fell within the moderate level (having need sometimes)(mean \pm S.D.= 10.5 \pm 9.0 and 14.5 \pm 16.0 respectively) and 1 aspect (the meaning need) fell within the low level(perceiving nurses' limitation) (mean \pm S.D.= 8.1 \pm 7.2). The spiritual needs inventory was tested by exploratory factor analysis. Extraction method was principal component analysis and oblique rotation method having 8 components (8 factors), each factor loading value > 0.5 and total variance explained = 70.0%. The internal consistency reliabilities (Cronbach's alpha coefficient) = 0.8. The organization should pay attention on spiritual need such as: having clinical practice guideline for spiritual needs, spiritual needs project in clinic etc. Evaluation research in clinical education for any spiritual needs projects for supporting skill among nurses should be emerged. The spiritual needs inventory should be developed again with an appropriate sample size and creating more numbers of variables in each factor.

Key word : spiritual needs, spiritual supports need, spiritual needs inventory

*Radiological Nursing Division, Nursing Department Siriraj Hospital

**Research and Academic Affairs, Nursing Department Siriraj Hospital

ความต้องการด้านจิตใจของผู้ป่วยมะเร็ง และความต้องการการสนับสนุนด้านจิตใจจากพยาบาล Spiritual needs of cancer patients, spiritual supports need from nurses

ความสำคัญและที่มาของหัวข้อการวิจัย

ผู้ป่วยมะเร็งทุกรายมีโอกาสเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจหรือจิตวิญญาณได้ตลอดเวลาการถูกวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งก่อให้เกิดความหวาดกลัวมีผลด้านจิตใจต่อผู้ป่วยและครอบครัว ผลที่เกิดขึ้นไม่ได้เกิดจากตัวโรคซึ่งรักษาให้หายได้ยากเท่านั้น แต่ยังเกี่ยวพันกับความหมายของคำว่า “มะเร็ง” เนื่องจากคำว่า “มะเร็ง” มักทำให้บุคคลนึกถึงความเจ็บปวด การสูญเสียภาพลักษณ์ ความทุกข์ทรมานและความตาย ความเจ็บป่วยนี้อาจจำกัดความสามารถทางการงาน บทบาทหน้าที่ต่อครอบครัว (Greenberg, Gaster and Casssern, 1982) โรคมะเร็งจึงไม่ใช่โรคที่มีผลต่อร่างกายเท่านั้นแต่ยังมีผลต่อทุกสิ่งที่ห้อมล้อมผู้ป่วยทั้งหมด (Blick and Nuland, 1982) และส่งผลถึงภาวะวิกฤตทางจิตใจต่อผู้ป่วย สอดคล้องกับงานวิจัยของบุบผา ซอบิไซ (2543) แต่จากการสำรวจพบว่าลักษณะการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์มักให้ความสำคัญกับปัญหาด้านร่างกายก่อนเสมอ ส่วนด้านจิตใจหรือจิตวิญญาณจะกระทำต่อเมื่อพบว่ามมีปัญหาหรือได้แก้ไขปัญหาด้านร่างกายแล้ว ประเด็นด้านจิตใจนี้พบว่าผู้ป่วยประมาณร้อยละ 60 จะแสดงอาการเสียใจด้วยการร้องไห้เมื่อถูกสัมภาษณ์ แสดงว่ายังไม่ได้รับการประคับประคองด้านจิตใจ (สุขอรุณ วงษ์ทิม, 2548) บ่อยครั้งพบว่าแพทย์และพยาบาลมักมุ่งเน้นการดูแลรักษาความเจ็บป่วยทางกายก่อนเสมอ ทำให้การดูแลด้านจิตใจไม่เพียงพอ เพราะความต้องการด้านจิตใจเป็นเรื่องนามธรรมยากแก่การเข้าใจและยากต่อการให้การพยาบาล (พิไลรัตน์ ทองอุไร, 2542) นอกจากนี้การขาดความรู้ ความเข้าใจ ทักษะการประเมินและประเมินการณ์ในการดูแลผู้ป่วย เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการดูแลด้านจิตใจ (Piles, 1990 อ่างโน บุบผา ซอบิไซ, 2543) สอดคล้องกับการติดตามและประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งในหอผู้ป่วยของงานการพยาบาลรังสีวิทยา ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช ระหว่างเดือนมกราคม – มิถุนายน พ.ศ. 2548 พบว่าบุคลากรมีการประเมินปัญหาและให้การพยาบาลด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม เพียงร้อยละ 15 จากจำนวนผู้ป่วยมะเร็งทุกเพศ ทุกวัยจำนวนประมาณ 640 ราย ในปี 2548 สาเหตุสำคัญในการประเมินปัญหาและให้การพยาบาลด้านจิตใจ อาจเกิดจากประสบการณ์ในการประเมินไม่ดีพอ (Highfied, M.F., 1992) อีกทั้งปัจจุบันยังไม่มียุทธวิธีแบบประเมินความต้องการด้านจิตใจและการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งของไทย คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความต้องการด้านจิตใจและความต้องการการสนับสนุนด้านนี้จากพยาบาล โดยนำแนวคิดความต้องการด้านจิตใจ (Spiritual Need) ของไฮฟีลด์ (Highfied, M.F., 1992) ประยุกต์กับของนานา นักวิชาการไทย เพื่อความครอบคลุมและเหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการด้านจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งของไทย และเพื่อการพัฒนางานตามจุดเน้นนโยบายคุณภาพของคณะและการบริการพยาบาลที่เป็นเลิศต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อระบุความต้องการด้านจิตใจของผู้ป่วยมะเร็ง
2. เพื่อระบุความต้องการการสนับสนุนด้านจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งจากพยาบาล
3. เพื่อพัฒนาเครื่องมือประเมินความต้องการด้านจิตใจของผู้ป่วยมะเร็ง

กรอบแนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดความต้องการทางจิตใจ (Spiritual Need) ของไฮฟีลด์ Highfield, M.F. (1992) มาประยุกต์ใช้กับของนักวิชาการไทย บุปผา ซอบไช้ (2543) อัจฉรา ตันศรีรัตน์วงศ์ (2541) และ สุขอรุณ วงษ์ทิม (2548) ได้องค์ประกอบ ดังนี้

1. ด้านความต้องการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต (the meaning and purpose needs in life)
2. ด้านความต้องการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งแวดล้อมและสิ่งเหนือตน (the relationships need with others and / or a supreme other)
3. ด้านความต้องการมีความหวัง (the hope need)

วิธีการดำเนินการวิจัย

วิธีดำเนินการปกป้องสิทธิ ของ การวิจัยเชิงบรรยาย (A cross-sectional descriptive research design) ครั้งนี้ ทีมวิจัยดำเนินการตามโครงสร้างที่ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล รหัสโครงการ 102/2550

ประชากรเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยสาขาวิชารังสีรักษา ภาควิชารังสีวิทยา โรงพยาบาลศิริราช

กลุ่มตัวอย่าง หรือ ประชากรที่ศึกษา (Study Population/ Sample)ได้จากวิธีเลือก แบบ Accidental Sampling

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้จากแนวคิดการประมาณค่าเฉลี่ย คำนวณจากสูตร ดังนี้

$$n (\text{ขนาดกลุ่มตัวอย่าง}) = (Z_\alpha)^2 \cdot \sigma^2 \div e^2 \quad (\text{ศิริชัย พงษ์วิชัย, 2547:120})$$

Z_α = ค่า ณ ตำแหน่งพื้นที่ใต้โค้ง (one tailed โดยกำหนดความเชื่อมั่น 95%= 1.65)

σ^2 = ค่าความแปรปรวน ได้จากค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานยกกำลังสอง จาก pilot study ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว = 0.57

e = ทีมวิจัยกำหนดขนาดของความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ = 0.1 หรือ 10 % เนื่องจากการวิจัยทางสังคมศาสตร์ กำหนดความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ ไม่เกิน 2 (อุทุมพร จามรมาน, 2537: 7)

ดังนั้น คำนวณกลุ่มตัวอย่าง ได้ 156 ราย แต่ ทีมวิจัยได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ 91 ราย

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. ไม่จำกัดเพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ฐานะทางเศรษฐกิจและแผนการรักษา
2. มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่ทราบว่าตนเองเป็นโรคมะเร็ง
3. สามารถสื่อสารโต้ตอบภาษาไทยได้ ไม่มีความผิดปกติทางการได้ยิน
4. ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

1. มีอาการป่วยทางจิตหรือมีการเจ็บป่วยจนทำให้ไม่สามารถสื่อสารหรือดำรงสติได้
2. ไม่สามารถสื่อสารโต้ตอบภาษาไทยได้
3. รับประทานสารกัมมันตภาพรังสีไอโอดีน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบบันทึกและแบบสัมภาษณ์ 2 ส่วน คือ

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลารุนแรงของโรคจำนวนวันที่รับการรักษาในโรงพยาบาลถึงวันสัมภาษณ์เพื่อนำมาเป็นข้อมูลประกอบการอภิปรายผล

2. แบบสัมภาษณ์ความต้องการด้านจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งและความต้องการการสนับสนุนด้านจิตใจ จากพยาบาล ซึ่งทีมวิจัยสร้างขึ้นเองตามกรอบแนวคิดแบบสัมภาษณ์มีจำนวน 22 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นเชิงปริมาณ (quantitative data) และมาตรวัดข้อมูลเป็นข้อมูลแบบต่อเนื่อง (Interval scale) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ

2.1 ด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต มีจำนวน 7 ข้อ

2.2 ด้านการมีความหวังในชีวิต มีจำนวน 7 ข้อ

2.3 ด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น/สิ่งอื่น มีจำนวน 8 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ความตรงของเนื้อหา (contents validity) ของแบบสัมภาษณ์ คือความต้องการด้านจิตใจและความต้องการการสนับสนุนด้านจิตใจ จากพยาบาล นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาตามแบบของโรวิลเนลลีและแฮมเบลตัน (Rovilynely and Hambleton, 1978 อ้างในประภาพรรณ อุ่หนอง, 2548 และ ศิริวิทย์ กุลโรจนภัทร, 2540 : 69-83) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความตรงของเนื้อหา = 0.8

2. การหาความเที่ยง (Reliability) ของแบบสัมภาษณ์ความต้องการด้านจิตใจ และ ความต้องการการสนับสนุนด้านจิตใจ จากพยาบาล จากการทดลองใช้ กับกลุ่มตัวอย่างก่อนนำไปใช้จริง 20 ราย ได้ ค่าความเที่ยง/ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแต่ละด้าน > 0.85 (ทั้งแบบสัมภาษณ์ความต้องการด้านจิตใจ และ ความต้องการการสนับสนุนด้านจิตใจจากพยาบาล)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง สถิติที่ใช้ คือ ร้อยละ มัธยฐาน

2. คะแนนที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง ใช้การคำนวณ โดยค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ การวิเคราะห์ปัจจัย (Factor Analysis) โดยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสังคมศาสตร์ (Statistical Package for Social and Sciences :SPSS/PC.) จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 91 ราย เพื่อพัฒนาและทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

เกณฑ์การให้คะแนน

ในข้อย่อยแต่ละข้อ ถ้าตอบไม่ต้องการเลย (ตอบปฏิเสธ) = 0% ให้ 0 คะแนน

ถ้าตอบต้องการน้อย = 1-24.9 % ให้ 1 คะแนน

ถ้าตอบต้องการปานกลาง = 25-49.9% ให้ 2 คะแนน

ถ้าตอบต้องการมาก = 50-74.9% ให้ 3 คะแนน

ถ้าตอบต้องการมากที่สุด = 75-100% ให้ 4 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนนความต้องการด้านจิตใจ

ผู้วิจัยนำคะแนนที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาแบ่งช่วงคะแนนแบบอันตรภาคชั้นโดยใช้ค่าพิสัยคำนวณจากค่าสูงสุด-ค่าต่ำสุด แล้วนำผลลัพธ์ที่ได้มาแบ่งเป็น 3 ช่วงเท่าๆกัน ซึ่งสามารถแปลความหมายของคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ น้อย ปานกลาง มาก เนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมา ยังไม่มีเกณฑ์มาตรฐานในการแบ่งที่ชัดเจน ขึ้นอยู่กับตัวอย่างที่ทำการศึกษา เกณฑ์นี้จะสามารถลดความอคติในการแบ่งเกณฑ์คะแนนที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง เพชรน้อย สิงห์ชัยและคณะ (2539) ดังนี้

- ด้านการมีความหมาย/เป้าหมายในชีวิตและด้านการมีความหวังในชีวิต แต่ละด้าน มีจำนวนข้อคำถามอย่างละ 7 ข้อ เท่ากัน ดังนี้

คะแนน 0 ถึง 9.3 = มีความต้องการในระดับน้อย หมายถึง การที่ผู้ป่วยปฏิเสธความต้องการหรือมีความต้องการอยู่บ้างเพียงเล็กน้อย หรือมีความต้องการแต่อยู่ในระดับไม่ให้ความสำคัญ ไม่เห็นความจำเป็นเท่าใดนัก

คะแนน 9.4 ถึง 18.7 = มีความต้องการในระดับปานกลาง หมายถึง ความต้องการอยู่ระดับให้ความสำคัญและเห็นว่าจำเป็น ในบางครั้งบางคราว

คะแนน 18.8 ถึง 28.0 = มีความต้องการในระดับมาก หมายถึง ความต้องการอยู่ระดับให้ความสำคัญและเห็นว่าจำเป็นอย่างยิ่ง ในการดำเนินชีวิตของตน

- ด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น/ สิ่งอื่น มีจำนวนข้อคำถาม 8 ข้อ มีเกณฑ์ ดังนี้

คะแนน 0 ถึง 10.6 = มีความต้องการในระดับน้อย หมายถึง ความต้องการอยู่ในระดับให้ความสำคัญและเห็นว่าจำเป็น อยู่บ้าง

คะแนน 10.7 ถึง 21.3 = มีความต้องการในระดับปานกลาง หมายถึง ความต้องการอยู่ระดับให้ความสำคัญและเห็นว่าจำเป็น ในบางครั้งบางคราว

คะแนน 21.4 ถึง 32.0 = มีความต้องการในระดับมาก หมายถึง ความต้องการอยู่ระดับให้ความสำคัญและเห็นว่าจำเป็นอย่างยิ่ง ในการดำเนินชีวิตของตน

เกณฑ์การให้คะแนนความต้องการ การสนับสนุนด้านจิตใจจากพยาบาล

มีเกณฑ์การให้คะแนน เช่นเดียวกับ เกณฑ์การให้คะแนนความต้องการด้านจิตใจ แต่การแปลความหมาย แต่ละระดับต่างกัน ดังนี้

- ความต้องการ การสนับสนุนด้านจิตใจจากพยาบาล ในระดับน้อย หมายถึง ผู้ป่วยไม่เรียกร้องการสนับสนุนด้านจิตใจจากพยาบาลเพิ่มเติม และ/หรือยอมรับสถานการณ์ที่จำกัดขณะอยู่โรงพยาบาล

- ความต้องการ การสนับสนุนด้านจิตใจจากพยาบาล ในระดับปานกลาง หมายถึง ผู้ป่วยต้องการการสนับสนุนด้านจิตใจจากพยาบาลอยู่บ้าง ในบางครั้งบางคราว

- ความต้องการ การสนับสนุนด้านจิตใจจากพยาบาล ในระดับมาก หมายถึง ผู้ป่วยต้องการการสนับสนุนด้านจิตใจจากพยาบาลอย่างยิ่ง การให้การพยาบาลอาจจะละเอียดหรือขาดทักษะ

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีข้อมูลส่วนบุคคล ดังนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง(ร้อยละ 61.4) รองลงมาเป็นเพศชาย (ร้อยละ 38.6) อายุเฉลี่ย(ค่ามัธยฐาน) 47 ปี (อายุสูงสุด =91 ปี อายุต่ำสุด=21 ปี) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ(ร้อยละ 96.7) มีคู่สมรส (ร้อยละ 61.5) อยู่โรงพยาบาลได้ประมาณ 3-5 วันก่อนการสัมภาษณ์ และจบระดับการศึกษาชั้นมัธยม (ร้อยละ 47.1)

ระดับความต้องการด้านจิตใจของผู้ป่วยมะเร็ง

ความต้องการด้านจิตใจของผู้ป่วยมะเร็ง มีรายละเอียดตามข้อคำถาม ดังนี้

1. ผู้ป่วยต้องการการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต ดังนี้ การยอมรับธรรมชาติของชีวิตที่ต้องการเกิด แก่ เจ็บ ตายและความไม่แน่นอนร้อยละ 71.4 ต้องการทำให้ชีวิตมีคุณค่าร้อยละ 63.7 ต้องการเชิญพระภิกษุหรือผู้นำทางศาสนามาประกอบพิธี ร้อยละ 49.5 มุ่งมั่นทำสิ่งต่างๆเพื่อให้ชีวิตประสบความสำเร็จตามเป้าหมายร้อยละ 45.1 พึงพอใจชีวิตที่เป็นอยู่ร้อยละ 42.9 และต้องการทบทวนและ/ หรือค้นหาความหมายในชีวิตร้อยละ 27.5

2. ผู้ป่วยต้องการการมีความหวังในชีวิตดังนี้ ต้องการได้รับความสุขสบายหรือทุกข์ทรมาณน้อยที่สุด ร้อยละ 74.7 ต้องการขอพรสิ่งศักดิ์สิทธิ์ให้ช่วย ร้อยละ 58.2 ต้องการทำบุญสร้างกุศลร้อยละ 48.4 ต้องการได้รับการโอบอุ้มจากผู้อื่น ร้อยละ 42.9 ต้องการปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา ร้อยละ 30.8

3. ผู้ป่วยต้องการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น/สิ่งอื่น ดังนี้ ต้องการกำลังใจร้อยละ 68.7 ต้องการความรักความห่วงใยจากบุคคลรอบข้างร้อยละ 61.5 ต้องการให้บุคคลรอบข้างแสดงความรักความห่วงใยช่วยเหลือ ร้อยละ 59.3 ต้องการมีบุคคลที่สามารถเป็นที่ระบายความทุกข์หรือให้คำปรึกษา ร้อยละ 45.1 และต้องการนำภาพถ่ายของลูกหลานหรือสัตว์เลี้ยงมาไว้ใกล้ตัว ร้อยละ 17.6

ดังนั้น ระดับความต้องการด้านจิตใจของผู้ป่วยมะเร็ง ดังนี้

- ผู้ป่วยมะเร็งมีระดับความต้องการด้านจิตใจในระดับมาก หรือ ความต้องการในระดับให้ความสำคัญและเห็นว่าเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง ในการดำเนินชีวิตของตน 2 ด้านคือ การมีความหมาย/เป้าหมายในชีวิต และการมีความหวังในชีวิต (mean \pm S.D.= 20.1 \pm 4.6 และ mean \pm S.D.= 19.0 \pm 6.9 ตามลำดับ)

- ผู้ป่วยมะเร็งมีระดับความต้องการด้านจิตใจในระดับปานกลาง หรือ มีความต้องการในระดับให้ความสำคัญและเห็นว่าเป็น ในบางครั้งเท่านั้น 1 ด้านคือ การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น/สิ่งอื่น (mean \pm S.D.= 20.0 \pm 7.7)

ความต้องการการสนับสนุนด้านจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งจากพยาบาล

จากข้อมูลเชิงคุณภาพด้านความต้องการการสนับสนุนจากพยาบาลพบว่าผู้ป่วยมีความเห็นว่าพยาบาลมีภาระงานมาก เหน็ดเหนื่อยจากการดูแลด้านร่างกายและเนื่องจากทางหอผู้ป่วยมีกิจกรรมทางศาสนาบริการให้ผู้ป่วยอยู่แล้ว การที่ผู้ป่วยพียงอยู่โรงพยาบาลเพียง3-5วัน (ระยะเวลาสั้นๆ) ผู้ป่วยจึงคิดว่าจะได้กลับบ้าน ไปพบหน้าครอบครัว พบสิ่งแวดล้อมเดิมและสามารถไปประกอบพิธีที่ต้องการปฏิบัติได้เองภายหลังจากออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว

ความต้องการการสนับสนุนด้านจิตใจจากพยาบาล มีดังนี้

1. ความต้องการการสนับสนุนจากพยาบาลด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิตกลุ่มตัวอย่างมีความต้องการในการเชิญพระภิกษุมาประกอบพิธีทางศาสนาขณะที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพียงร้อยละ 39.6 ต้องการทำให้ชีวิตมีคุณค่าโดยพยายามทำตนให้เป็นประโยชน์แก่ผู้อื่น (โดยมีพยาบาลสนับสนุน) ร้อยละ 60.4

2. ความต้องการการสนับสนุนจากพยาบาลด้านการมีความหวังในชีวิต กลุ่มตัวอย่างต้องการได้รับการอภัยหรืออโหสิกรรมจากผู้อื่นร้อยละ 59.3 ต้องการปฏิบัติตามความเชื่อ/ การบนบานจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ร้อยละ 57.1 และต้องการขอพรสิ่งศักดิ์สิทธิ์ให้ช่วยคุ้มครองร้อยละ 51.6

3. ความต้องการการสนับสนุนจากพยาบาลด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น/สิ่งอื่น พบว่า กลุ่มตัวอย่างปฏิเสธความต้องการการสนับสนุนจากพยาบาลในเรื่องการนำภาพถ่ายของลูกหลานและ/หรือสัตว์เลี้ยงมาโรงพยาบาลร้อยละ 60.4 การให้พยาบาลช่วยเหลือเรื่องการทำลูกหลาน/บุคคลที่รักมาเยี่ยมร้อยละ 49.5 และต้องการให้พยาบาลสนับสนุนเรื่องการแสดงความคิดเห็น/ การมีส่วนร่วมในการรักษาโรคที่เป็นอยู่ร้อยละ 45.1

ดังนั้น ระดับความต้องการการสนับสนุนด้านจิตใจจากพยาบาล มีดังนี้

- ผู้ป่วยมะเร็งมีระดับความต้องการการสนับสนุนในระดับน้อย(ผู้ป่วยไม่เรียกร้องการสนับสนุนด้านจิตใจจากพยาบาลเพิ่มเติม และ/หรือยอมรับสถานการณ์ที่จำกัดขณะอยู่โรงพยาบาล) มี 1 ด้าน คือ ด้านการมีความหมาย/เป้าหมายในชีวิต (mean \pm S.D = 8.1 \pm 7.2)

-ผู้ป่วยมะเร็งมีระดับความต้องการการสนับสนุนในระดับปานกลาง (ผู้ป่วยต้องการการสนับสนุนด้านจิตใจจากพยาบาลอยู่บ้าง ในบางครั้ง) มี 2 ด้าน คือ การมีความหวังในชีวิต และ ด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น/สิ่งอื่น (mean \pm S.D.= 10.5 \pm 9.0 และ mean \pm S.D.= 14.5 \pm 16.0 ตามลำดับ)

การพัฒนาเครื่องมือประเมินความต้องการด้านจิตใจของผู้ป่วยมะเร็ง

จากการใช้สถิติวิเคราะห์ปัจจัย (factor analysis) ดังนี้

- วิเคราะห์เมตริกซ์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (correlation matrix) เพื่อสกัดปัจจัยที่มีค่าความร่วมกัน (communality) ที่เหมาะสม โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.3 ขึ้นไป

- จากการตรวจสอบความเหมาะสมของข้อคำถาม(ตัวแปร)ที่คัดเลือก โดยทดสอบเมตริกซ์เอกภาพ(Bartlett's test of Sphericity) ว่ามีหรือไม่ พบว่า มีนัยสำคัญทางสถิติ คือ เมตริกซ์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ไม่ใช่เป็นเมตริกซ์เอกภาพ ข้อมูลจึงเหมาะสมที่จะวิเคราะห์วิเคราะห์ปัจจัย

- ทดสอบค่าความเหมาะสมของข้อมูลว่าเหมาะสมจะใช้วิเคราะห์ โดยพิจารณาจากค่า Kaiser-Meyer-Olkin Measure of sampling adequacy (KMO) พบค่า KMO =0.7 แสดงว่าข้อมูลมีความเหมาะสมระดับปานกลาง

- ทิมวิชัย ใช้วิธีสกัดปัจจัย ด้วยวิธีองค์ประกอบหลัก (Principal component method)โดยวิธีการหมุนแกนแบบมุมแหลม (oblique rotation) เนื่องจากข้อมูลและ/หรือปัจจัยต่างๆมีความสัมพันธ์กัน

- เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมี 91 ราย ทิมวิชัยจึงพิจารณาค่าน้ำหนักปัจจัย โดยกำหนดค่าน้ำหนักปัจจัยเกิน 0.5 เนื่องจาก ขนาดกลุ่มตัวอย่างจะแปรผกผันกับค่าน้ำหนักปัจจัย (Hair J.F. et al,1995: 385) พบว่าได้ปัจจัยความต้องการด้านจิตใจ 8 ด้าน แต่ละด้านมีค่าน้ำหนักปัจจัย 0.5 ขึ้นไป

- ค่าความเที่ยงหรือค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมิน 17 ข้อ จากค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) = 0.8

การวิเคราะห์ปัจจัยของการพัฒนาเครื่องมือรายงานผล ตามหลักเกณฑ์ของสุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ ได้ ดังนี้ (สุชาติ ประสิทธิ์ รัฐสินธุ์, 2540: 451)

- จากการวิเคราะห์ สกัดได้ 8 ปัจจัย (17 ข้อย่อย) ได้ชื่อปัจจัย ดังนี้ 1.) การมีความหมาย/เป้าหมายในชีวิต 2.) ด้านการมีความหวังในชีวิต 3.) ด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น/สิ่งอื่น 4.) ด้านความสุขสบาย/ความทุกข์ทรมาน 5.) ด้านสิทธิผู้ป่วย 6.) ด้านประสบการณ์ชีวิต 7.)ด้านพิธีกรรมทางศาสนา และ 8.) ด้านความใกล้ชิดกับบุคคล/สิ่งที่รัก

-เมื่อวิเคราะห์เมตริกซ์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยใช้ correlation matrix เพื่อสกัดปัจจัยที่มีค่าความร่วมกัน (communality) ที่เหมาะสม ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.3 ขึ้นไป(ทั้ง16 ค่า) มีเพียง 1 ค่าเท่านั้น ที่ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ = 0.25

- ค่า Eigenvalue > 1 ทุกตัวแปร

- ค่าความแปรปรวน พบว่า สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ คิดเป็นร้อยละ70.0

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความต้องการด้านจิตใจในด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิตอยู่ในระดับมาก เนื่องจากมีความหมายและเป้าหมายในชีวิตเป็นความต้องการของบุคคลทุกคน เป็นเรื่องในส่วนลึกที่เกี่ยวกับตัวตนของตนเองและบุคคลต้องการหาความหมายและเป้าหมายในชีวิตเพื่อเป็นเหตุผลในการยอมรับตนเอง เป็นเหตุผลในการมีชีวิตอยู่ โดยเฉพาะในในช่วงความเจ็บป่วย การหาเหตุผลเกี่ยวกับความตายและการมีชีวิตอยู่ตามที่ผู้ป่วยให้คุณค่า สอดคล้องกับงานของ Highfield,M.F.(1992) และ Craven,R.F. and Hinle,C.L.(2000) และผู้ป่วยพยายามทำชีวิตให้มีคุณค่าต่อผู้อื่น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเจเลียว พัฒนกุลและสุดา วิไลเลิศ (2542) เกี่ยวกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคเอดส์ พบว่าในด้านสิ่งที่ให้ความหมายต่อชีวิตมากที่สุดคือ ครอบครัว ญาติพี่น้อง ผู้ป่วยมะเร็งจะให้ความหมายแก่บุคคลเหล่านี้เพราะเป็นบุคคลสำคัญในชีวิต จึงพยายามทำชีวิตให้มีคุณค่าโดยพยายามทำตนให้เป็นประโยชน์แก่บุคคลรอบข้าง ผู้ป่วยต้อง การเชิญพระมาทำพิธีสามารถอธิบายได้ว่า การเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่ไม่แน่นอน ไม่สามารถคาดเดาได้ และกลัวว่าจะต้องเสียชีวิต จึงต้องมีการพึ่งพาอำนาจบารมีของสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เพื่อปกป้องรักษาให้รอดพ้นจากความตายและหายจากโรคที่ประสบอยู่ สอดคล้องกับการศึกษาของ ภัทรพร จันท์ประดิษฐ์.(2543) และ Hermann,C.(2000) ซึ่ง Hermann พบว่าความต้องการด้านจิตใจนี้ เป็นเรื่องของการมีสิ่งยึดเหนี่ยวของมนุษย์ทุกคน(โดยเฉพาะในผู้ป่วยมะเร็ง) การให้ความสำคัญอย่างมากนี้ ก็คือ การมีความหมาย/เป้าหมายของชีวิตของตน และจะนำไปสู่เรื่องการมีสัมพันธภาพของตนเองต่อผู้อื่นและเป็นเรื่องที่มีสัมพันธ์กับความเชื่อ ความศรัทธาและหรือศาสนา ของผู้ป่วย นอกจากนี้ มีข้อสนับสนุนจากงานของ Forbes,S.B.(1994) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยได้รับความไม่สุขสบายจากการเจ็บป่วย รับรู้ถึงภาวะคุกคามในชีวิตของผู้ป่วยส่งผลให้เกิดความกังวล ความไม่แน่นอนในชีวิตและก่อให้เกิดความเครียด ทำให้ผู้ป่วยต้องการความหวังจากการศึกษาพบว่า สิ่งที่น่ามาก่อนความหวังคือสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความเครียด การเผชิญกับโรคหรือมีแนวโน้ม

ที่จะเสียชีวิตจากการเจ็บป่วย ภาวะคุกคามในชีวิต และเมื่อบุคคลเกิดความเครียดจะใช้วิธีเผชิญกับความเครียดได้ 2 ลักษณะ คือ การมุ่งแก้ปัญหาและการมุ่งจัดการอารมณ์ สำหรับในผู้ป่วยมะเร็งไม่สามารถแก้สาเหตุของโรคให้หายไปได้ ฉะนั้นการเผชิญความเครียดจึงต้องปรับอารมณ์ของตนเพื่อลดหรือบรรเทาความเครียด ความไม่สบายใจโดยการสร้างความหวัง เนื่องจากความหวังเปรียบเสมือนอำนาจที่แฝงอยู่ในตัวบุคคล ช่วยให้มีความเข้มแข็งทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับงานของ Herth,K.(1989)

จากการที่ผู้ป่วยมะเร็งมีระดับความต้องการ การมีความหมาย/เป้าหมายในชีวิต และการมีความหวังในชีวิตในระดับมากขึ้น จึงน่าจะมาจากผู้ป่วยต้องการให้ผู้ที่ผูกพันหรือบุคคลที่เกี่ยวข้องพูดคุย ช่วยเหลือดูแล ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความรัก ความหวังใย ซึ่งธรรมชาติของมนุษย์จะขาดความรักไม่ได้ (ประเวศ วะสี,2540)เพราะผู้ต้องการรับรู้ความหมาย ความหวังจากการสัมผัส เช่นการจับมือร่วมกับการพูดคุยที่สอดคล้องกับความรู้สึก อารมณ์ของผู้ป่วยก่อให้เกิดความรู้สึกได้รับการช่วยเหลือ ผลการสัมผัสก่อให้เกิดประสบการณ์ที่ดีสามารถลดความเครียดและความวิตกกังวล ให้เกิดความมั่นใจ ความเอาใจใส่ ทำให้เกิดความสบาย ลดความรู้สึกเจ็บปวดลดลง ซึ่งการศึกษาของ Penny, A.S. (1979) และบุบผา ซอบใช้ (2536) พบว่าผู้ป่วยจะให้ความหมายกับการมีลูกหลาน คู่สมรสมาเยี่ยมให้กำลังใจ ให้ความหวังใย เอื้ออาทรต่อกันและหวังว่าอย่างน้อยขอให้ได้เห็นหน้าพูดคุย แม้ถึงคราวตายก็ขอให้ได้เห็นหน้าก่อนตาย สิ่งต่างๆที่เป็นข้อมูลเหล่านี้ จึงล้วนสนับสนุนความต้องการในระดับมากในด้านการมีความหมาย/เป้าหมายในชีวิต และการมีความหวังในชีวิต ดังกล่าวของผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มนี้.

ผู้ป่วยมีความต้องการ ด้านการมีสัมพันธภาพ พบว่า ระดับความต้องการด้านจิตใจด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นหรือสิ่งอื่นๆ อยู่ระดับปานกลางคือ ผู้ป่วยที่ตกเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ มีความต้องการในเรื่องดังกล่าวในระดับค่อนข้างให้ความสำคัญในชีวิต แม้ว่าการมีสัมพันธภาพ จากการศึกษาของนักวิชาการท่านอื่น ๆจะกล่าวว่าเป็นเรื่องสำคัญจำเป็นมากพอๆกับการมีความหมาย/เป้าหมายและการมีความหวังเช่นการศึกษาของ O'Connor, Wicker and Germino (1990) ที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งมีความรู้สึกว่าอนาคตไม่แน่นอน วิตกกังวลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างตนกับคู่ครองสามี และผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ของตนเองและบุคคลในครอบครัวซึ่งเป็นเรื่องสัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้าง ซึ่ง Hermann, C. (2000) พบว่า การมีความหวังและการที่ให้ความหมายของชีวิตนำมาสู่การสร้าง สัมพันธภาพนอกจากกับบุคคลอื่นๆแล้วจะต้องรวมถึงการมีสัมพันธภาพกับ สิ่งศักดิ์สิทธิ์ และการมีสัมพันธภาพกับตัวตนของตนเองอีกด้วย โดยจะแสดงออกมาในรูปความต้องการด้านจิตใจที่พยาบาลต้องคอยประเมินและร่วมปรึกษากับทีมผู้เชี่ยวชาญ เพื่อสร้างเสริมศักยภาพด้าน การแสวงหาสัมพันธภาพของผู้ป่วยให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคนต่อไป

แม้ว่าผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีความต้องการด้านจิตใจในระดับมาก แต่ความต้องการการตอบสนองจากพยาบาลพบในระดับน้อย อาจเนื่องมาจาก ผู้ป่วยรับรู้ถึงข้อจำกัดในภาระงานของพยาบาลและ อัตรากำลังที่ไม่เพียงพอของพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ สุขอรุณ วงษ์ทิม (2548) ที่พบว่าจำนวนของผู้ป่วยมีมากเมื่อเทียบกับจำนวนของบุคลากรที่มีจำนวนน้อย อาจจะไม่สามารถให้เวลาสำหรับผู้ป่วยตามความต้องการของแต่ละคนได้ หรืออาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยไทยเกรงใจ จนไม่ระบุหรือแสดงความต้องการ การตอบสนองจากพยาบาล สอดคล้องกับดุสิต สถาพร (2543) ที่ว่าในสังคมไทยรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ พยาบาลกับผู้ป่วยหรือญาติมี 2 แบบ แบบบิดาและบุตร กล่าวคือเป็นความสัมพันธ์บนพื้นฐานความเชื่อฟัง เชื่อถือ ยกย่อง เกรงใจ ทำให้ผู้ป่วยเป็นฝ่ายรับข้อมูลจากฝ่ายการรักษาพยาบาลมากกว่าที่จะซักถามหรือ

เรียกร่องสิทธิ์ แบบที่สองเป็นแนวคิดซึ่งตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลักโดยที่ผู้ป่วยเป็นผู้เลือกแผนการรักษาโดยทีมแพทย์จะต้องเป็นผู้ให้ข้อมูลและคอยให้คำปรึกษา ดังนั้นผู้ป่วยโรคมะเร็งของไทยในการศึกษารั้งนี้ อาจจะมีแนวคิดแบบเดิมอยู่และน่าจะต้องการเป็นฝ่ายรับข้อมูล มากกว่าแสดงความคิดเห็นหรือเรียกร่องความต้องการและจากการสัมภาษณ์พบว่าผู้ป่วยให้ข้อมูลว่ารู้สึกเกรงใจบุคลากรทางการแพทย์เนื่องจากเห็นว่ามีการงานมากในทุกวัน และผู้ป่วยส่วนใหญ่ ฟังพอใจกับการดูแลทุกวัน ที่ได้รับอยู่แล้ว ประกอบกับข้อมูลส่วนบุคคล ผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ก่อนการสัมภาษณ์ ประมาณ 3-5 วันเท่านั้น ผู้ป่วยจึงมีความคิดเห็นว่ามีบริการทางการแพทย์ที่รวดเร็วหนึ่ง ซึ่งเป็นช่วงระยะเวลาสั้นๆ จะได้กลับบ้านไปอยู่กับครอบครัว ในเร็ววัน จึงมีความต้องการการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากพยาบาลในระดับน้อย ประกอบกับมีความเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยได้รับการพยาบาลด้านนี้อยู่แล้ว โดยพยาบาลได้ให้การพยาบาลด้านนี้ไปโดยไม่รู้ตัว และไม่ได้จำแนกออกว่าเป็นการพยาบาลด้านจิตใจเพราะกิจกรรมด้านนี้มักสอดแทรกไปพร้อมกับการพยาบาลด้านร่างกายอยู่แล้ว (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2545: 7) ดังนั้นผู้ป่วยจึงไม่มีความต้องการการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากพยาบาลในระดับมาก แม้ความเป็นจริงจะมีความต้องการด้านนี้มากก็ตาม

การพัฒนาคุณภาพเครื่องมือใช้วิธีสกัดปัจจัยด้วยวิธีองค์ประกอบหลัก (Principal component method) โดยวิธีการหมุนแกนแบบมุมแหลม (oblique rotation) เนื่องจากข้อมูลและ/หรือปัจจัยต่างๆ มีความสัมพันธ์กัน (วัลย์ลดา ฉันทน์เรืองวณิชย์, ม.ป.ป.) และเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมี 91 ราย ที่วิจัยจึงพิจารณาค่าน้ำหนักปัจจัย โดยกำหนดค่าน้ำหนักปัจจัยเกิน 0.5 สอดคล้องกับข้อกำหนดของ Hair J.F. et al ที่ว่า ขนาดกลุ่มตัวอย่างจะแปรผกผันกับค่าน้ำหนักปัจจัย ถ้าค่าน้ำหนักปัจจัย 0.55 ขนาดกลุ่มตัวอย่างจะ 100 ราย (Hair J.F. et al, 1995: 385) และค่าน้ำหนักปัจจัย (factor loading) = 0.55 ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ดี (good overlap variance 30%) (วัลย์ลดา ฉันทน์เรืองวณิชย์, ม.ป.ป.) นอกจากนี้ ภายหลังจากการหมุนแกนแบบมุมแหลมแล้ว พบว่าแบบประเมินความต้องการด้านจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งประกอบด้วย 8 ปัจจัย (17 ข้อย่อย) สามารถอธิบายความแปรปรวนคิดได้ คิดเป็นร้อยละ 70.0 ซึ่งค่าความแปรปรวนในการวิเคราะห์ปัจจัย ควรมีค่าเกินร้อยละ 50 (Munro, B.H., 2001) ดังนั้นถือว่าเครื่องมือนี้ได้พัฒนาสำหรับนำไปประเมิน ความต้องการด้านจิตใจได้ดีในระดับหนึ่ง แต่ 8 ปัจจัย (17 ข้อย่อย) นั้นพบว่า มี 2 ปัจจัย ที่มีตัวแปรหรือข้อคำถามเพียงข้อเดียว จึงอาจจะเพิ่มข้อคำถามเพิ่มขึ้น โดยข้อคำถามในแต่ละปัจจัย ควรมีอย่างน้อย 3 ข้อคำถาม แต่หากเพิ่มข้อคำถาม เท่ากับเป็นการเพิ่มตัวแปร Munro (2001) เสนอว่า 1 ตัวแปร ควรมีขนาดตัวอย่าง = 10 ราย แต่ Tabachnick, B.G. and Fidell, L.S. (1983) เสนอว่า การวิเคราะห์ ปัจจัยควรมีขนาดตัวอย่างอย่างน้อย 300 ราย ซึ่ง Hair J.F. et al. (1995) กำหนดว่า ถ้าปัจจัยหรือองค์ประกอบ มีจำนวนน้อย เช่น 2-3 ด้าน และตัวแปรมีความสัมพันธ์กันมาก จะใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 150 รายก็ได้ แต่ขนาดกลุ่มตัวอย่างจะแปร ผกผันกับค่าน้ำหนักปัจจัย ถ้าค่าน้ำหนักปัจจัย 0.6 ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจะใช้ 85 ราย (โดยกลุ่มตัวอย่างนั้นๆ ต้องมีคุณลักษณะ เหมือนกัน หรือเป็น homogeneity) ดังนั้นผู้ใช้แบบประเมินควรพิจารณาคุณลักษณะอื่นๆ ประกอบกัน

สรุปและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความต้องการด้านจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งทุกชนิด ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง นับถือศาสนาพุทธ และอยู่โรงพยาบาลได้ประมาณ 3-5 วันก่อนการสัมภาษณ์ ผู้ป่วยมีความต้องการด้านจิตใจในระดับมาก (ระดับให้ความสำคัญและเห็นว่าเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในการดำเนินชีวิต) 2 ด้านคือ การมีความหมาย/เป้าหมายในชีวิต และการมีความหวังในชีวิต (mean \pm S.D.= 20.1 \pm 4.6 และ 19.0 \pm 6.9 ตามลำดับ) และความต้องการด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง (ระดับค่อนข้างสำคัญในชีวิต) คือ การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (mean \pm S.D.= 20.0 \pm 7.7) ส่วนความต้องการการสนับสนุนด้านจิตใจจากพยาบาล อยู่ระดับปานกลาง (ต้องการการสนับสนุนจากพยาบาลในบางครั้ง) 2 ด้านคือการมีความหวังในชีวิตและการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (mean \pm S.D.= 10.5 \pm 9.0 และ mean \pm S.D.= 14.5 \pm 16.0 ตามลำดับ) แต่ความต้องการการสนับสนุนในระดับน้อย (ผู้ป่วยไม่เรียกร้องจากพยาบาลและยอมรับสถานการณ์ที่จำกัดขณะอยู่โรงพยาบาล) คือการมีความหมาย/เป้าหมายในชีวิต (mean \pm S.D.= 8.1 \pm 7.2) ทีมวิจัยทำการทดสอบคุณภาพเพื่อพัฒนาเครื่องมือประเมินความต้องการด้านจิตใจของผู้ป่วยมะเร็ง (ข้อคำถาม 22 ข้อ) โดยการวิเคราะห์ปัจจัยหรือวิเคราะห์องค์ประกอบ ได้ 8 ปัจจัย โดยมีค่าน้ำหนักปัจจัยหรือค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากกว่า.5 ขึ้นไป ใช้วิธีหมุนแกนแบบมุมแหลม อธิบายความแปรปรวนคิดเป็นร้อยละ 70.0 ได้ข้อคำถามใหม่ทั้งหมด 17 ข้อ ค่าความเที่ยงตรงทั้งหมด (Cronbach's alpha coefficients) =0.80

ข้อเสนอแนะ บนพื้นฐานการค้นพบต่างๆ จึงควรนำมาพัฒนาการดูแลผู้ป่วยด้านจิตใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านหรือในปัจจัยที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญในระดับมาก เช่นการจัดทำแนวปฏิบัติหรือจัดโครงการเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตใจนั้นๆ ส่วนความต้องการการสนับสนุนจากพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยมีการรับรู้ในข้อจำกัดเรื่องภาระงานพยาบาล องค์การจึงควรมีนโยบายสนับสนุนการเพิ่มทักษะการดูแลด้านจิตใจให้ชัดเจน และส่งเสริมปัจจัยที่เอื้อต่อการให้บริการด้านนี้ สำหรับเครื่องมือประเมินความต้องการด้านจิตใจควรพัฒนาต่อไป เช่น เพิ่มตัวแปรในแต่ละองค์ประกอบหรือแต่ละปัจจัยและเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่ขนาดใหญ่ขึ้น โรงพยาบาลควรพัฒนาในด้านทักษะการดูแลหรือให้การพยาบาลด้านจิตใจ ให้เหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งอาจแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล การนำเครื่องมือมาใช้ประเมินความต้องการด้านจิตใจซึ่งประกอบด้วย 8 ปัจจัย (17 ข้อ) นี้จะเพิ่มข้อคำถามในบางปัจจัยที่มีตัวแปรน้อย (ข้อคำถามย่อยๆ น้อยไป) ได้.

ข้อจำกัดของการวิจัย จำนวนตัวแปรหรือข้อคำถามที่จะนำมาทดสอบด้วยการวิเคราะห์ปัจจัย (องค์ประกอบ) ควรจะมีจำนวนมากพอสมควร แต่เนื่องจากพิจารณาจากอาการอ่อนล้าของผู้ป่วยมะเร็งจึงสร้างจำนวนตัวแปรจำกัดลง และพบว่าความสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปรภายในปัจจัยเดียวกันมี 1 คู่ที่มีความสัมพันธ์กันเพียง 0.25 (ซึ่งควรมีความสัมพันธ์กันมากกว่า 0.30 ขึ้นไป) แม้ว่าข้อมูลจาก 91 รายจะมีการแจกแจงแบบปกติแต่กลุ่มตัวอย่างไม่ได้มาจากการสุ่ม และการวิเคราะห์ปัจจัยครั้งนี้ มิได้มาจากกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่

บรรณานุกรม

- เฉลียว พัฒนกุล และสุดา วิไลเลิศ(2542).การพยาบาลไทยในระยะเปลี่ยนสู่ศตวรรษที่ 21. เอกสารประกอบการบรรยายเรื่องความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคเอดส์. วันที่ 1-6 พฤศจิกายน 2542.กรุงเทพมหานคร: สมาคมพยาบาล และสภาการพยาบาล.
- ดุสิต สถาพร.(2543).การดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตระยะสุดท้าย.ใน ดุสิต สถาพรและอดิสร วงษา (บรรณาธิการ), What you should know in critical care. (หน้า 267-276). กรุงเทพมหานคร : ภาพพิมพ์.
- ทัศนีย์ ทองประทีป.(2545).การพยาบาลด้านจิตวิญญาณกับกระบวนการพยาบาล. วารสารสภาการพยาบาล (ม.ค.-มี.ค.),17(1),3-7.
- บุบผา ชอบใช้.(2536).ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- บุบผา ชอบใช้. (2546). การพยาบาลในมิติจิตวิญญาณ โดยใช้กระบวนการพยาบาล. ขอนแก่น : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- บุบผาชอบใช้.(2543).ความสามารถทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยในมิติจิตวิญญาณ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประเวศ วะสี. (2540). บนเส้นทางชีวิต : แม่...พลังแห่งความรัก.หมอชาวบ้าน,19(220),16-23.
- พีไลรัตน์ ทองอุไร.(2542). ภาวะจิตสังคมในผู้ป่วยเรื้อรัง.วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์,19(2),45.
- เพชรน้อย สิงห์ชัย ศิริพร ชัมภลิจิต และทัศนีย์ นะแส. (2539). วิจัยทางการพยาบาล : หลักการและกระบวนการ (พิมพ์ครั้งที่ 2). สงขลา : เทพการพิมพ์.
- ภัทรพร จันท์ประดิษฐ์.(2543). ประสบการณ์ของผู้ป่วยในการได้รับเครื่องช่วยหายใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วงรัตน์ ไสสุข. (2544). ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณและการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วัลย์ลดา ฉันทน์เรื่องวณิชย์ (ม.ป.ป.).การวิเคราะห์องค์ประกอบ.เอกสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประภาพรรณ อุ่นอบ.(2548).เอกสารประกอบการอบรมเรื่องการสร้างและใช้เครื่องมือในกระบวนการวิจัย. 19 กุมภาพันธ์2548 ณ อาคารบัณฑิตวิทยาลัย ศาลายา มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริชัย พงษ์วิชัย. (2544) .การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์.(หน้า 121). กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุขอรุณ วงษ์ทิม. (2548). การให้คำปรึกษาเชิงบูรณาการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระหว่างได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษาบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ.
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์.(2540) . ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เลื่องเชียง.
- อัจฉรา ตันศรีรัตนวงศ์. (2541).การเยียวยาจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่นับถือพุทธศาสนา.

วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.

อุทุมพร จามรมาน.(2537). การสัมพันธ์อย่างทางการศึกษา.กรุงเทพมหานคร: ฟันนี่พับบลิชชิง 7

Bilick,H.A.& Nuland,W.A. (1982) .Psychological model in the treatment of cancer patients. In Psychotherapeutic treatment of cancer patients (pp.58-70).USA: A Division of Macmillan.

Campbell, A. (1972). Aspiration, Satisfaction, and Fulfillment. In A. Campbell and P.E. converse (Eds), The Human Meaning of social change (pp.51). New York :Russell sage Foundation.

Craven,R.F.& Hirnle,C.L.(2000).Fundamentals of nursing :Human health and function. (3rd ed.) Philadelphia : Lippincoff.

Forbes, S.B.(1994).Hope :An essential human and need in the elderly. Journal of Gerontological,20(6),5-10.

Greenberg, D.B., Gates, C.C. and Cassem, E.H.(1982).Psychiatric complications of cancer. In Cancer a manual for practitioners (pp.83-95). USA: American Cancer Society Massachusetts Division.

Hair J.F. et al.(1998).Multivariate data analysis. New Jersey: Prentice Hall.

Herth, K.(1989). The relationship between level of hope and level of coping response and other variables in patient with cancer. Oncology Nursing Forum,16(1).67-72.

Hermann,C.(2000). A guide to the spiritual needs of elderly cancer patients. Geriatric nursing 2000,21(6):324-325.

Highfied,M.F.(1992).Spiritual health of oncology patient. Nurse and patient perspective.Cancer Nursing,15(1),1-8.

Munro, B.H. (2001). Statistical methods for health care research. Philadelphia: Lippincott – Raven Publishes.

O' Connor,A.P.,Wicker,C.A. & Germino,B.B. (1990).Understanding the cancer patient's search for meaning. Cancer Nursing,13,167-175.

Penny, A.S.(1979).Postpartum perception of touch received during labor, Research Nursing Health.2(1),9.

Tabachnick, B.G. and Fidell, L.S. (1983).Using multivariate statistics. New York: Harper and Row.