มุมมองเชิงบวกในชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง

ปาริฉัตร ดอกไม้

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2556

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

มุมมองเชิงบวกในชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง

.....

นางสาวปาริฉัตร ดอกไม้

ผู้วิจัย

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วีณา ศิริสุข, Dr.P.H.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

.....

รองศาสตราจารย์ชลเวช ชวศิริ,

พบ., ว.ว. ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....

รองศาสตราจารย์ลือชัย ศรีเงินยวง, Ph.D.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พบ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....

รองศาสตราจารย์สุรีย์ กาญจนวงศ์, Ph.D.

ประธานกรรมการบริหารหลักสูตร

ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข

คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

มุมมองเชิงบวกในชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข)
วันที่ 21 มีนาคม พ.ศ. 2556

.....	.....
รองศาสตราจารย์ชลเวช ชวศิริ,	นางสาวปาริฉัตร ดอกไม้
พ.บ., ว.ว. ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์	ผู้วิจัย
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์	
.....	.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วีณา ศิริสุข, Dr.P.H.	อาจารย์ดรุณี ภู่ขาว, Ph.D.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์	ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์
.....	.....
พ.ต. หญิงพนมพร พุ่มจันทร์, Ph.D.	รองศาสตราจารย์ลือชัย ศรีเงินยวง, Ph.D.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์	กรรมการสอบวิทยานิพนธ์
.....	.....
ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,	รองศาสตราจารย์วริยา ชินวรรโณ, Ph.D
พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์	คณบดี
คณบดี	คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล	มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วีณา ศิริสุข อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ที่ได้สละเวลาอันมีค่าให้คำแนะนำคำปรึกษา ช่วยเหลือแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ของวิทยานิพนธ์จนสำเร็จสมบูรณ์ด้วยความเอาใจใส่ ความเมตตา พร้อมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจ ให้ความรู้สึกอบอุ่นใจและเกื้อกูลผู้วิจัยทั้งในด้านการเรียน การทำงานและการใช้ชีวิต อีกทั้งท่านได้เป็นแบบอย่างที่ดีแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง และขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ นพ. ชลเวช ชวศิริ ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ในการดำเนินการเก็บข้อมูลให้สำเร็จลุล่วงไปได้อย่างดียิ่ง และให้คำแนะนำที่มีคุณค่าและเป็นประโยชน์อย่างมาก รวมถึงได้ชี้แนะแนวทางเพื่อให้ได้มองเห็นภาพรวมในด้านต่างๆ ของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง ตลอดจนท่านได้ให้กำลังใจและสอบถามความก้าวหน้ามาโดยตลอด และขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ลือชัย ศรีเงินยวง ที่ได้ให้คำปรึกษาในกระบวนการวิจัย ซึ่งทำให้ผู้วิจัยเห็นภาพระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพอย่างชัดเจนยิ่งขึ้น นอกจากนี้ท่านยังได้ให้คำแนะนำต่างๆที่เป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

การวิจัยครั้งนี้ บุคคลที่สำคัญที่สุดกลุ่มหนึ่ง คือ ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ป่วยทั้ง 8 ท่าน แม้ว่าผู้ป่วยจะมีภาวะบาดเจ็บไขสันหลัง แต่ก็ยังมีความเมตตา เสียสละเวลาในการให้ข้อมูลและการอ่านผลการวิจัยภายหลังการสัมภาษณ์ อีกทั้งยังให้ความรู้ กำลังใจตลอดช่วงเวลาการเก็บข้อมูล

ตลอดการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยขอขอบคุณ พี่ๆเพื่อนๆ หอผู้ป่วยบาดเจ็บทางกระดูกสันหลัง โรงพยาบาลศิริราชทุกท่าน ที่เอื้ออำนวยความสะดวกในเรื่องของเวลาและเป็นกำลังใจที่ได้ให้ผู้วิจัยเสมอมา

เหนือสิ่งอื่นใด ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณพระคุณคุณพ่อ คุณแม่ คุณย่า คุณอา พี่สาว ที่ให้ความห่วงใย เป็นกำลังใจ หล่อหลอมผู้วิจัยด้วยความรักและความอบอุ่นและสนับสนุนการศึกษาของผู้วิจัยมาโดยตลอด คุณค่าและประโยชน์อันพึงมีของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบแด่ผู้มีพระคุณทุกท่านและผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่สนับสนุนและเป็นกำลังใจในการศึกษาตลอดมา

ปาริฉัตร ดอกไม้

มุมมองเชิงบวกในชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง

POSITIVE PERSPECTIVES IN THE LIVES OF SPINAL CORD INJURED PATIENTS

ปาริฉัตร ดอกไม้ 5336396 SHMS/M

ศศ.ม. (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: วีณา ศิริสุข, Dr.P.H., ลือชัย ศรีเงินยวง, Ph.D., ชลเวช ชวศิริ, พ.บ. ว.ว. (ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษามุมมองเชิงบวกในชีวิต (ชีวิตอันปีติ ชีวิตที่มีความดีงามและชีวิตที่มีคุณค่า มีความหมาย) ของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยบาดเจ็บทางกระดูกสันหลังและมีภาวะอัมพาต โรงพยาบาลศิริราช โดยใช้กรอบแนวคิดจากสำนักคิดจิตวิทยาเชิงบวก ด้วยวิธีการศึกษารายกรณีกับผู้ป่วย 8 ราย โดยมีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และการสังเกตอย่างไม่มีส่วนร่วม

ข้อค้นพบของการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังมีชีวิตอันปีติในอดีต โดยเมื่อวัยเด็กความปีติเกิดจากการได้ทำกิจกรรมที่ชื่นชอบ ได้เล่นสนุกสนานท่ามกลางธรรมชาติ การได้อยู่รวมกันเป็นครอบครัว ชีวิตอันปีติในวัยทำงาน และสร้างครอบครัว เป็นปีติจากความสำเร็จในด้านการงาน ปีติจากการได้เห็นลูกเติบโตก้าวหน้า/ประสบความสำเร็จ ส่วนความปีติในยามสูงวัย เป็นความปีติจากการที่เห็นลูกได้ดี สำหรับชีวิตอันปีติในปัจจุบัน ภายหลังจากอุบัติเหตุพบว่า แม้ความปีติจะไม่เกิดขึ้นในช่วงแรก มีเพียงความโกรธแค้น และอยากฆ่าตัวตาย แต่หลังจากนั้น ภาวะปีติก็เกิดขึ้นได้ โดยเป็นความปีติที่เกิดจากการยอมรับได้ อันมีสาเหตุมาจากการมีผู้อื่นให้กำลังใจ ความเชื่อทางศาสนา ความภูมิใจกับการมีชีวิตรอด ส่วนชีวิตอันปีติในอนาคต เกิดจากการคาดหวังว่าจะมีคนดูแล การมองอนาคตในเชิงบวกด้วยการได้กลับไปอยู่บ้าน และคาดหวังว่าจะกลับไปประกอบอาชีพได้ ชีวิตอันปีติล้วนเกี่ยวโยงกับการมีชีวิตที่ดีงาม โดยมาจากการมีครอบครัวที่ดีแม้จะไม่ได้ร่ำรวย รวมไปถึงการมีมุมมองความคิดเปลี่ยนไปในแบบที่ดีขึ้น ส่วนการมีชีวิตที่มีคุณค่ามีความหมาย เป็นการมองเห็นศักยภาพที่มีอยู่ในตนเองว่าตนยังเป็นที่พึ่งของคนในครอบครัวได้ และตนยังคงบทบาท (เช่น พ่อ สามี) ของสมาชิกในครอบครัวอยู่

จากข้อค้นพบในการวิจัยครั้งนี้ช่วยให้มั่นใจได้ว่า แม้จะเป็นผู้บาดเจ็บไขสันหลังที่มีภาวะอัมพาต แต่ด้วยกระบวนการทางความคิดและการปรับตัวของปัจเจก ผู้ป่วยก็จะมีชีวิตอันมีความสุขได้ อย่างไรก็ตาม สภาพแวดล้อมทางกายภาพและสังคมทั้งจากครอบครัว สถานรักษาพยาบาลและรัฐที่ได้มีการจัดการอย่างเหมาะสม รวมไปถึงการให้การฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลหลักและผู้ป่วยเองย่อมมีความสำคัญยิ่งต่อการเกิดมุมมองเชิงบวกในผู้ป่วย

คำสำคัญ: ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง / มุมมองเชิงบวกในชีวิต / ชีวิตอันปีติ / ชีวิตที่มีความดีงาม / ชีวิตที่มีคุณค่า มีความหมาย

160 หน้า

POSITIVE PERSPECTIVES IN THE LIVES OF SPINAL CORD INJURED PATIENTS

PARICHAT DOKMAI 5336396 SHMS/M

M.A. (MEDICAL AND HEALTH SOCIAL SCIENCES)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: VEENA SIRIS00K, Dr.P.H., LUECHAI SRINGERNYUANG, Ph.D., CHOLAVECH CHAVASIRI, M.D.

ABSTRACT

The purpose of this study was to examine positive perspectives in the lives of spinal cord injury patients with paralysis admitted to the spinal injury and rehabilitation unit, Siriraj Hospital. By using the positive psychology framework, in-depth interviews and non-participant observation were used to investigate the positive perspectives (pleasant life, good life, and meaningful life) of eight available inpatient cases.

The findings revealed that all the spinal cord injury patients with paralysis reported pleasant lives since a young age. Most cases live in rural areas, reported feeling happy, and enjoyed their daily activities in the past due to cohesive families and peaceful life settings. Their happiness mostly came from knowing of their children's prosperity. After the injuries, cases reported feeling angry and hostile, while some expressed suicidal ideation. Learning to accept and forgive made them happier, peaceful, and helped them to embrace the idea they were lucky to be alive. For future pleasant life, positive feelings were derived from the expectation of having someone take care of them when they returned home. This pleasant life also came from expectation for having work in the future. Regarding good life, it was found to be related with having a good family, even if they might not be affluent. With regard to meaningful life, the cases thought their lives were useful as they felt competent through support from their families; they reported feeling valued as a family member, taking on father and husband roles.

From the findings, it was confirmed that spinal cord injury patients with paralysis, whose cognitive elements are well-functioning, together with individual adjustment, will definitely be happy, with support from families and health care institutes, with good management, and needed infrastructure. Family is reported to be important for a spinal cord injury patient's adjustment. Therefore, training and education should be properly provided for caregivers.

KEY WORDS: SPINAL CORD INJURED PATIENT / POSITIVE PERSPECTIVE / PLEASANT LIFE / GOOD LIFE / MEANINGFUL LIFE.

160 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	**ค**
บทคัดย่อภาษาไทย	**ง**
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	**จ**
สารบัญตาราง	**ฌ**
สารบัญภาพ	**ญ**
บทที่ 1 บทนำ	**1**
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 คำถามการวิจัย	5
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
1.4 ขอบเขตของการวิจัย	6
1.5 ข้อจำกัดของการวิจัย	6
1.6 คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	6
1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย	7
1.8 กรอบแนวคิดของการวิจัย	8
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	**9**
2.1 แนวคิดเกี่ยวกับจิตวิทยาเชิงบวก	9
2.1.1 ชีวิตอันเป็นปีติ (The Pleasant Life)	12
2.1.2 ชีวิตที่มีความดีงาม (The Engaged Life or The Good Life)	16
2.1.3 ชีวิตที่มีคุณค่า (The Meaningful Life)	17
2.2 แนวคิดเกี่ยวกับภาวะอัมพาต	19
2.2.1 ความหมาย สาเหตุและประเภทของภาวะอัมพฤกษ์ อัมพาต	19
2.2.2 ผลและผลกระทบของภาวะอัมพาต	24
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	**31**
3.1 ประชากรและกรณีตัวอย่าง	31

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	32
3.3 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	33
3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล	35
3.5 การตรวจสอบข้อมูลและการสร้างความน่าเชื่อถือให้กับงานวิจัย	36
3.6 การยืนยันข้อมูล	38
3.7 จริยธรรมในการวิจัย	38
บทที่ 4 ผลการวิจัย	**40**
4.1 ข้อมูลเกี่ยวกับหอผู้ป่วยบาดเจ็บทางกระดูกสันหลัง	40
4.2 ภูมิหลังของกรณีศึกษา	49
4.3 มุมมองเกี่ยวกับชีวิตอันปีติ	74
4.3.1 ชีวิตอันปีติในอดีต	74
4.3.2 ชีวิตอันปีติในปัจจุบัน	80
4.3.3 ชีวิตอันปีติในอนาคต	86
4.4 ชีวิตที่มีความดีงาม	88
4.5 มุมมองเกี่ยวกับชีวิตที่มีคุณค่า มีความหมาย	97
บทที่ 5 สรุปและการอภิปรายผล	**104**
5.1 สรุปผลการวิจัยและการอภิปรายผล	104
5.1.1 ชีวิตอันปีติ	107
5.1.2 ชีวิตที่มีความดีงาม	111
5.1.3 ชีวิตที่มีคุณค่า มีความหมาย	114
5.2 ข้อเสนอแนะ	115
5.2.1 ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้	116
5.2.2 ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต	117
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	**119**
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	**135**
บรรณานุกรม	**146**

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ภาคผนวก	153
ภาคผนวก ก	154
ภาคผนวก ข	156
ประวัติผู้วิจัย	160

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
4.1	สรุปผู้ป่วยแต่ละรายกรณีศึกษา	71

สารบัญภาพ

ภาพ		หน้า
4.1	หอผู้ป่วยบาดเจ็บทางกระดูกสันหลัง	44
4.2	ห้องพิเศษ	45
4.3	ห้องสาธิตการพึ่งพาตนเอง: ห้องทำงานและห้องครัว	46
4.4	ห้องสาธิตการพึ่งพาตนเอง: ห้องนอน	47
4.5	ห้องสาธิตการพึ่งพาตนเอง: ห้องน้ำ	48

บทที่ 1
บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันอุบัติการณ์การเกิดการบาดเจ็บไขสันหลังของประเทศไทย มีแนวโน้มสูงขึ้น จากสถิติที่พบในประเทศไทย พบว่ามีการเกิดภาวะอัมพาตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี 2551-2553 จำนวน 9,487 ราย, 10,440 ราย และ 11,462 รายตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2553) สำหรับสหรัฐอเมริกามีอุบัติการณ์ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของไขสันหลังประมาณปีละ 12,000 ราย ในสหราชอาณาจักรซึ่งมีพลเมืองใกล้เคียงกับประเทศไทย มีผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของไขสันหลัง ประมาณ 1,000 รายต่อปี โดยเป็นการบาดเจ็บที่กระดูกสันหลังส่วนคอ (cervical spine injury) ประมาณร้อยละ55 ระดับทรวงอก (thoracic spine injury) ประมาณร้อยละ 40 ระดับเอว (lumbar spine injury) ประมาณร้อยละ15 สำหรับกลุ่มอายุ พบว่า ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยมีอายุระหว่าง 16 ถึง 30 ปี ซึ่งเป็นวัยหนุ่มสาวที่กำลังมีที่ชีวิตที่สดใส กำลังเรียนรู้และสร้างสิ่งต่างๆให้กับตนเอง ครอบครัวและสังคม อีกประมาณร้อยละ 25 ของผู้ป่วยมีอายุมากกว่า 45 ปี และมีเพียงร้อยละ 10 เป็น ผู้ป่วยเด็ก (อังคณา เหลืองนทีเทพ, 2548)

การบาดเจ็บของไขสันหลัง เป็นปัญหาที่มีความสำคัญมาก เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะ อัมพาตของร่างกายส่วนล่าง และขาทั้ง 2 ข้าง (paraplegia) และภาวะอัมพาตทั้งแขน ขา และลำตัว (quadriplegia) ประเทศสหรัฐอเมริกา ในผู้ใหญ่พบว่าสาเหตุเกิดจากอุบัติเหตุทางรถยนต์ จากแรง กระแทก จากการเล่นกีฬา และตกจากที่สูง ร้อยละ 40, 15, 13 และ 12 ตามลำดับ (สุคนธา ผดุงวัฒน์, 2548) สำหรับประเทศไทย จากการศึกษาของ วิไล คุปต์นิรัติศัยกุล (2543) พบว่าสาเหตุของการ บาดเจ็บของไขสันหลังส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุจราจร(รถยนต์และรถจักรยานยนต์ ร้อยละ 49.4 และ 25.3 ตามลำดับ) สาเหตุรองลงมา ได้แก่ ตกจากที่สูง ร้อยละ 16.9 และถูกยิง ร้อยละ 8.4

ปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บทางไขสันหลังคือการเปลี่ยนแปลงทางด้าน ร่างกาย อันทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความสูญเสียที่เกิดขึ้น ซึ่งได้แก่ การสูญเสียความรู้สึก การ เคลื่อนไหวและหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย การสูญเสียเหล่านี้นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงใน การดำเนินชีวิตและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยเปลี่ยนจากที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้กลับ กลายเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น ปัญหาที่พบจึงมักเป็นภาวะแทรกซ้อนจากพยาธิสภาพทางด้านร่างกายที่ไม่

สามารถเคลื่อนไหวได้ เช่น การเกิดแผลกดทับ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ข้อติดแข็งและกล้ามเนื้อลีบ (Krause, 2004 อ้างใน พัชราภรณ์ ทัพโพทยาน, 2550) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวนิดา ไวกิตติพงษ์ (2546) ในประเด็นของความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายของผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง 3 อันดับแรก คือ การไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมตามบทบาทของตนเองได้ดังเดิม (ร้อยละ 68.8) การไม่สามารถยืน เดิน นั่ง เพื่อปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ (ร้อยละ 63.8) และการไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายส่วนล่างได้ตามความต้องการ (ร้อยละ 62.5)

จากความสามารถทางด้านร่างกายที่ลดลงอันทำให้มีปัญหาในเรื่องของการเคลื่อนไหวและการช่วยเหลือตนเอง รวมทั้งยังมีผลกระทบทางด้านจิตใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในด้านความคิดความรู้สึกที่มีต่อความพิการของตนเอง ซึ่งต้องการเวลาและการช่วยเหลือเพื่อให้เกิดการปรับสภาพจิตใจจนยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้น ในทางตรงกันข้าม ถ้าไม่สามารถปรับสภาพจิตใจได้ ก็อาจเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา จากการศึกษาของ Denise (1994) (พัชราภรณ์ ทัพโพทยาน, 2550) พบว่าภาวะซึมเศร้าพบได้มากที่สุดในผู้ที่มีปัญหาทางด้านจิตใจ และจากการศึกษานี้ยังกล่าวอีกว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับปัญหาทางด้านจิตใจในผู้ป่วยบาดเจ็บทางไขสันหลัง ภาวะซึมเศร้ามีอิทธิพลเชิงลบในผู้ป่วยบาดเจ็บทางไขสันหลังในหลายด้าน ไม่ว่าจะเป็นทางด้านสุขภาพร่างกาย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านอารมณ์ ความคิด และสัมพันธภาพทางสังคม

จากการเป็นผู้พิการที่มีภาวะอัมพาตท่อนล่าง ย่อมก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้นั้นเป็นอย่างยิ่ง สำหรับความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจของผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ความโศกเศร้าเสียใจ การสูญเสียพลังอำนาจ การไม่สามารถควบคุมตนเองให้กระทำการใดๆให้ตอบสนองความต้องการพื้นฐานของตนเองได้ หรือแม้กระทั่งการที่ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวนิดา ไวกิตติพงษ์ (2546) ที่ว่า ความทุกข์ทรมานด้านจิตสังคมซึ่งพบมากที่สุด คือ การที่ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่นหรือการเป็นภาระของครอบครัว (ร้อยละ 78.8)

การเจ็บป่วยจากการเป็นอัมพาตย่อมส่งผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ด้านร่างกายมักเกิดจากการสูญเสียการรับความรู้สึก การสูญเสียการสั่งการ ทำให้ไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวร่างกายส่วนที่เป็นอัมพาตได้ สำหรับทางด้านจิตใจและสังคมจากการสูญเสียภาพลักษณ์ สูญเสียหน้าที่และบทบาทในครอบครัว บทบาททางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง อีกทั้ง การไม่สามารถประกอบอาชีพได้ดังเดิม ก่อให้เกิดการขาดรายได้เป็นปัญหาเศรษฐกิจตามมา

อย่างไรก็ตาม ในท่ามกลางความทุกข์ของผู้ป่วยก็ต้องมีความสุขแอบแฝงอยู่ แทรกอยู่หรือทำให้เกิดขึ้นได้ จากการศึกษาของพนมพร พุ่มจันทร์ (2553) ที่พบว่า ผู้ป่วยซึมเศร้าส่วนใหญ่

มีความสุขในขณะที่ยังซึมเศร้า และจากการวิเคราะห์องค์ประกอบพบว่า ความสุขและความซึมเศร้าอยู่ในมิติคนละมิติกัน แม้ว่าจะมีบางส่วนซ้อนทับกันในขั้วตรงกันข้าม อย่างไรก็ตามจากการสัมภาษณ์เชิงลึกยังพบคำตอบที่แตกต่างไป เช่นพบว่าผู้ป่วยบางรายมองว่าความสุขและความซึมเศร้าอาจเป็นเส้นที่ขนานกันไป แม้ว่าสาเหตุสำคัญที่พบคือความสัมพันธ์ในครอบครัวจะทำให้เกิดทั้งความสุขและความซึมเศร้าได้ แต่ส่วนใหญ่แล้วรูปแบบการอ้างเหตุแห่งความสุขจะ กล่าวอ้างว่ามาจากตนเอง ซึ่งมักจะไม่เปลี่ยนแปลง แต่สามารถที่จะควบคุมได้ ในทางตรงกันข้าม สำหรับความซึมเศร้านั้น แม้ว่าจะถูกกล่าวอ้างสาเหตุว่ามาจากตนเองและควบคุมได้ แต่กลับถูกมองว่าไม่มีความมั่นคง คือมักเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ (พนมพร พุ่มจันทร์, 2553) การศึกษาในภาพกว้างนี้สอดคล้องกับการศึกษาของธัญพร ชื่นกลิ่น เกี่ยวกับความหมายในระยะอยู่กับอัมพาตท่อนล่าง ที่พบว่าผู้เป็นอัมพาตท่อนล่างให้ความหมายว่าตนเอง *"เป็นคนธรรมดาคนหนึ่ง ที่พิการเฉพาะกายเท่านั้น แต่หัวใจและสมองไม่พิการ"* กล่าวอีกนัยหนึ่งคือ ความหมายที่ผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่างเปรียบเทียบตนเองและชีวิตของตนเองว่า เป็นเพียงชีวิตที่เดินไม่ได้เท่านั้น นอกเหนือจากนี้ ก็ไม่ได้แตกต่างจากคนอื่นๆที่ไม่ได้เป็นอัมพาตท่อนล่าง ยิ่งไปกว่านั้น ผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่างยังยอมรับความเป็นคนพิการและสภาพความเป็นอยู่อย่างคนพิการได้ โดยถือว่าเป็นความพิการทางด้านร่างกายเท่านั้น แต่สภาพสมองและจิตใจไม่ได้พิการไปด้วย ตนยังสามารถใช้สมอง ใช้ความคิดในการตัดสินใจต่างๆได้เช่นเดียวกับบุคคลอื่นๆทั่วไปที่ไม่มีความพิการทางด้านร่างกาย ดังเช่นกรณีของผู้ป่วยคนหนึ่งได้กล่าวว่า *"ในใจผม ผมว่าผมเป็นคนธรรมดา มีความคิดความอ่านเหมือนคนอื่นทุกอย่าง มีโกรธ โลภ กิเลสยังมี รัก ผมก็ยังมี...ถึงตัวเองจะพิการ แต่ความคิดเรายังดี ความจำก็ดีทุกอย่างเสียอย่างเดียว เดินไม่ได้ แต่ความคิดความอ่านเหมือนคนอื่นทุกอย่าง พิการนี่เป็นส่วนหนึ่งของร่างกาย ก็ถือว่าเรารับใช้ประเทศชาติมา บางทีผมก็คิดว่า บางคนเดินได้ ทำไม่ได้แบบผม อย่างเช่นผมสร้างบ้านได้ ซื้อที่ดินได้ ซื้อรถได้ แล้วมีพอใช้จ่าย"* (ธัญพร ชื่นกลิ่น, 2543)

จากงานวิจัยต่างๆข้างต้นแสดงให้เห็นว่า แม้การที่ผู้ป่วยมีภาวะอัมพาต จะพบกับปัญหาหรือวิกฤตของชีวิต แต่ความสุขก็ยังมิได้หายไปจากชีวิต ความเป็นมนุษย์ก็ยังไม่จบลงเพียงเท่านี้ หัวใจยังสามารถเต้นได้ สมองยังสามารถสั่งการทำงานได้ ชีวิตยังสามารถอยู่ต่อไปได้ การเข้าใจเกี่ยวกับการมีชีวิตอันปีติและชีวิตอันดีงาม มีคุณค่า มีความหมายของผู้ป่วยอัมพาตจึงมีความสำคัญ วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้จึงมุ่งค้นหาเกี่ยวกับโครงสร้างเชิงสันนิษฐานหรือองค์ประกอบของมุมมองเชิงบวกในชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง โดยอาศัยแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกของ Martin Seligman (Seligman cited in Alan Carr, 2004) Sheldon, Frederickson, Rathunde, Csikszentmihalyi และ Haidt ได้ร่วมกันแสดงให้เห็นถึงมุมมองต่างๆของจิตวิทยาเชิงบวกและได้ร่วมกันให้คำนิยามของจิตวิทยาเชิงบวกว่าเป็นการศึกษาเชิงวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับหน้าที่

ที่เหมาะสมของบุคคล คือการมีจุดมุ่งหมายเพื่อที่จะค้นหาและส่งเสริมปัจจัยที่ช่วยให้บุคคล ชุมชน และสังคมเกิดความเจริญรุ่งเรือง (Compton, 2005) อีกทั้งยังได้เสนอว่าจิตวิทยาเชิงบวกไม่ใช่การเรียนรู้เกี่ยวกับความอ่อนแอและความเสียหาย แต่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับความแข็งแกร่งและความดีงาม ฉะนั้นการให้การรักษา เยียวยาหรือดูแลจึงไม่ได้เฉพาะอยู่กับเพียงความล้มเหลว แต่ควรได้ดูสิ่งที่ทำให้เกิดความเจริญรุ่งเรืองในคนด้วย (Seligman cited in Compton, 2005) โดยสรุปแล้วจิตวิทยาเชิงบวกเป็นการศึกษาอะไรก็ตามที่บุคคลจะจัดการและทำในสิ่งที่เหมาะสมเพื่อตนเอง และครอบครัว รวมถึงการกระทำเพื่อสังคม ดังนั้นแนวคิดและแนวทางต่างๆในจิตวิทยาเชิงบวกน่าจะช่วยให้บุคคลพัฒนาไปสู่ชีวิตที่ดีงามเพื่อตนเองและผู้อื่น (Compton, 2005)

จากแนวคิดเกี่ยวกับความสุขของ Seligman มีการอธิบายว่า ความสุขที่แท้จริง (authentic happiness) ของบุคคล มีรากเหง้ามาจากกลุ่มของประสบการณ์ 3 ประเภทหลักในชีวิต คือ (1) ชีวิตอันปีติ (pleasant life) เป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจากการมีความสุข ความเพลิดเพลิน ความพอใจอยู่เสมอในการดำเนินชีวิต (2) ชีวิตที่มีความดีงาม หรือชีวิตที่น่าปรารถนา เป็นที่ต้องตาต้องใจ (engaged life or good life) เป็นประสบการณ์อย่างสูงในการได้ทำกิจกรรมหรือสิ่งที่น่าพึงพอใจ และ (3) ชีวิตที่มีความหมาย (meaningful life) เป็นประสบการณ์ในการเชื่อมโยงทุกสิ่งทุกอย่างในตนเองให้เป็นชีวิตที่มีคุณค่า มีความหมาย (Seligman cited in Sirgy and Wu, 2009) โดยทั่วไป บุคคลจะมีทั้ง 3 ประสบการณ์ชีวิตข้างต้น เพื่อเกิดการพัฒนาในระดับที่ตนเองพอใจ อย่างไรก็ตาม การมีความคิดหรือมุมมองเกี่ยวกับชีวิตที่ต่างกันจะทำให้บุคคลมีจุดมุ่งหมายและการพัฒนาไปในทิศทางที่แตกต่างกัน ยิ่งไปกว่านั้น Seligman ยังได้กล่าวอีกว่า ชีวิตที่ดีมีความสุขนั้นไม่เพียงแต่เป็นเรื่องราวของความรู้สึกที่มีความสุขหรือความพอใจอย่างมาก แต่ควรต้องมีความเจ็บปวดน้อยที่สุด (Seligman and Royzman cited in Sirgy and Wu, 2009) แนวคิดนี้สอดคล้องกับการศึกษาของขนิษฐา เทวินทรภักติ (2540) เกี่ยวกับความสุขของบุคคลพิการ โดยพบว่า คนพิการอธิบายความสุขว่ามิได้หมายถึงการที่ได้รับการตอบสนองการดำเนินชีวิตเพียงแค่ปัจจัยสี่เท่านั้น แต่ความสุขและความสำเร็จของบุคคลพิการ คือการยอมรับให้เป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวที่มีส่วนร่วมทุกข์ร่วมสุขกัน ไม่ถูกกำหนดให้แปลกแยกจากครอบครัวและสังคม มีโอกาสร่วมใช้ความคิดความสามารถ และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมด้วยความเสมอภาค ในฐานะเจ้าของประเทศเช่นเดียวกับพลเมืองดีทั่วไป (ขนิษฐา เทวินทรภักติ, 2540)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่างานวิจัยที่เกี่ยวกับมุมมองเชิงบวกของผู้ป่วยในประเทศไทยมีน้อยมาก โดยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาถึงการเผชิญกับความเครียด ความท้อแท้ และความสิ้นหวังของผู้ป่วย การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับมุมมองเชิงบวกในชีวิตของผู้ป่วยอัมพาต อันจะช่วยให้ทราบถึงความคิด อารมณ์ และความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีความสำคัญต่อการ

พัฒนาตนเอง การสร้างความสุขในครอบครัว และการมีส่วนร่วมในการสร้างประโยชน์ในสังคมของผู้ป่วยอัมพาต โดยคาดหวังว่าผลการวิจัยนี้จะเป็นแนวทางในการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตแก่ผู้ป่วยอันจะย้อนกลับมาสู่สังคมโดยรวมได้

1.2 คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังมีมุมมองเกี่ยวกับชีวิตอันปีติ (pleasant life) อย่างไร
2. ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังมีมุมมองเกี่ยวกับชีวิตที่มีความดีงาม (engaged life or good life) อย่างไร
3. ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังมีมุมมองเกี่ยวกับชีวิตที่มีคุณค่า มีความหมาย (meaningful life) อย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเข้าใจโครงสร้างเชิงสันนิษฐานหรือองค์ประกอบของมุมมองเชิงบวกในชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง โดยใช้กรอบแนวคิดจากสำนักคิดจิตวิทยาเชิงบวก (positive psychology)

วัตถุประสงค์เฉพาะของการวิจัย

1. เพื่อศึกษามุมมองเกี่ยวกับชีวิตอันปีติ (pleasant life) ของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง
2. เพื่อศึกษามุมมองเกี่ยวกับชีวิตที่มีความดีงาม (engaged life or good life) ของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง
3. เพื่อศึกษามุมมองเกี่ยวกับชีวิตที่มีคุณค่า มีความหมาย (meaningful life) ของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง

1.4 ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษามุมมองชีวิต จากแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกในชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง มีการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บไขสันหลังในขณะอยู่โรงพยาบาล โดยผู้ป่วยยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย ขณะที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยบาดเจ็บทางกระดูกสันหลัง (Spinal Unit) อย่างต่อเนื่อง จนถึงระยะฟื้นฟู ภาควิชาศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลศิริราช การเก็บรวบรวมข้อมูลอยู่ในช่วงระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2555

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศิริราชเท่านั้น มิอาจครอบคลุมไปถึงผู้ป่วยที่มีเศรษฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลอื่นๆ โดยเฉพาะในโรงพยาบาลเอกชนได้

1.5 ข้อจำกัดของการวิจัย

1.5.1 จากการศึกษาครั้งนี้ ในระหว่างทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ไม่มีผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังเพศหญิงมาเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยบาดเจ็บทางกระดูกสันหลัง กรณีตัวอย่างที่ทำการศึกษาจึงมีเพียงผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังเพศชายเท่านั้น

1.5.2 จากการที่การศึกษานี้มุ่งศึกษาเกี่ยวกับมุมมองเชิงบวกในชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง อีกทั้ง ในการถามคำถามเชิงลบ อาจกระทบกระเทือนต่อจิตใจของผู้ป่วยได้ ดังนั้น แนวคำถามในการสัมภาษณ์จึงเป็นคำถามในลักษณะเชิงบวก โดยไม่มีการถามในเชิงลบ และแม้อาจมีการถามเกี่ยวกับความรู้สึกแบบกว้างๆ แต่ก็มิได้มุ่งถามในเชิงลบ ด้วยเหตุนี้ อาจทำให้ข้อมูลที่ได้มีความจำกัดเฉพาะมุมมองเชิงบวกเท่านั้น

1.6 คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

มุมมองเชิงบวก หมายถึง ภาวะเชิงสันนิษฐาน (construct) เชิงความคิดและอารมณ์ที่ประกอบกันเข้า แล้วช่วยให้ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังเกิดความสุข จากแนวคิดทางจิตวิทยาเชิงบวก โครงสร้างเชิงสันนิษฐานนี้ ประกอบด้วย 3 มิติ คือ ความปีติ ความดีงามและความมีคุณค่าในชีวิต

ชีวิตอันปีติ หมายถึง อารมณ์เชิงบวกอันเนื่องจากความเพียบพร้อม ความผาสุกในชีวิตทั้งในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต

ชีวิตที่มีความดีงาม หมายถึง การมีสิ่งที่ดีในชีวิตหรือมีทุนภายในตัว มีการใช้ความแข็งแกร่งเฉพาะตนเพื่อได้มาซึ่งความชื่นชมยินดีในชีวิต

ชีวิตที่มีคุณค่า หมายถึง การกระทำที่ยิ่งใหญ่นอกเหนือจากตนเอง มีความเชื่อความศรัทธาในการทำเพื่อสังคมหรือประโยชน์ส่วนรวม เพื่อได้มาซึ่งความสุขโดยผ่านชีวิตที่มีความหมาย

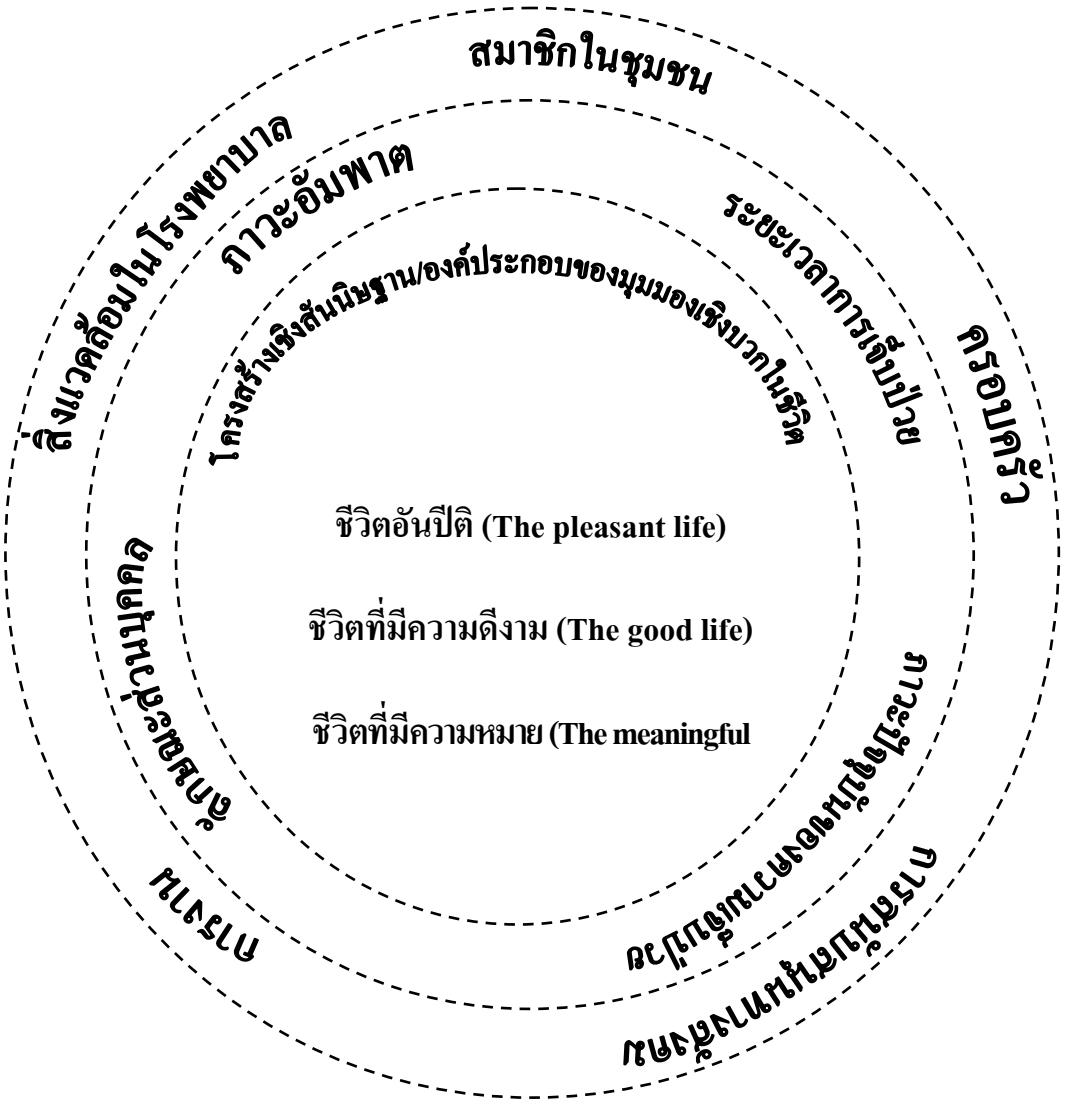
ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง (spinal cord injury) หมายถึง ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุต่างๆ การถูกทำร้าย การจงใจทำร้ายตนเอง หรือจากสิ่งอื่นๆที่มีผลทำให้กระดูกคอและกระดูกสันหลังเคลื่อนไปกดทับเส้นประสาท หรือทำให้เกิดการบาดเจ็บของไขสันหลังบางส่วนหรือทั้งหมด ก่อให้เกิดการสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะนั้นๆ เช่น แขน ขา มีอาการชา อ่อนแรงหรือเป็นอัมพาต ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้จะเลือกผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยที่แพทย์ได้วินิจฉัยแล้วว่าได้รับบาดเจ็บทางกระดูกสันหลังของโรงพยาบาลศิริราช

1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

จากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยหวังว่าข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะช่วยให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับมุมมองเชิงบวกในชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นเกี่ยวกับความปีติ ความดีงาม ความมีคุณค่า มีความหมายของชีวิต และคาดหวังว่าข้อมูลที่ได้จะสามารถใช้เป็นแนวทางในการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่ผู้ป่วยได้ต่อไป นอกจากนี้ยังอาจเป็นประโยชน์ต่อทีมบุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ พยาบาล รวมไปถึงผู้ดูแลผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยอีกด้วย เพื่อสามารถเข้าใจความคิด อารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับมุมมองเชิงบวก อันก่อให้เกิดการมีชีวิตอยู่กับโรคได้อย่างมีความสุขตามอัตภาพและก่อให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

1.8 กรอบแนวคิดของการวิจัย

โครงสร้างเชิงสันนิษฐาน/องค์ประกอบของมุมมองเชิงบวกในชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง



บทที่ 2
ทบทวนวรรณกรรม

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับจิตวิทยาเชิงบวก

จิตวิทยาเชิงบวก (positive psychology) เป็นการศึกษาเชิงวิทยาศาสตร์ที่มุ่งสนใจเกี่ยวกับการคงไว้ซึ่งสภาพของจิตใจของบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสร้างความแข็งแกร่งและอารมณ์เชิงบวก (strengths and positive emotions) รวมทั้งเป็นการช่วยเพิ่มความหมายให้แก่ชีวิตของบุคคล ทั้งนี้เพื่อที่จะบรรเทาความทุกข์ทางจิตใจและก่อให้เกิดความสุขได้ อย่างไรก็ตามแม้ว่านักจิตวิทยาเชิงบวกจะให้ความสนใจในเรื่องของอารมณ์เชิงบวก แต่ก็ยังคำนึงถึงประสบการณ์ของมนุษย์โดยสัมพันธ์กับปัญหา ด้วยการตั้งเป้าหมายเพื่อบูรณาการทั้งในเชิงบวกและเชิงลบไปพร้อมๆกัน ตัวอย่างเช่น การช่วยเหลือมนุษย์ในการฟันฝ่าอุปสรรค บุคคลจะต้องแสดงให้เห็นถึงความแข็งแกร่งซึ่งถูกพัฒนามาจากผลของประสบการณ์ในเชิงลบ เหมือนดังที่ว่า บุคคลมีความรู้สึกเศร้า วิตกกังวล เพราะตนรู้สึกว่าตนเองอยู่ในห้วงของความผิด การมีความทุกข์หรือความเจ็บป่วยทางกาย อาจทำให้คนในครอบครัวรู้สึกไม่ดีด้วย อย่างไรก็ตามการที่คนใกล้ชิดในครอบครัวได้ทำสิ่งดีๆให้กับผู้ป่วยอัมพาตและทำให้ผู้ป่วยรับรู้สิ่งดีๆเหล่านั้นได้ นับเป็นพฤติกรรมและผลเชิงบวก อันเนื่องมาจากสิ่งลบๆในชีวิตและของครอบครัว โดยครอบครัวอาจจะต้องใช้เวลาในการช่วยเหลือเพื่อทำสิ่งดีๆต่อผู้ป่วย (Rashid, 2008 cited in Magyar-Moe, 2009)

ได้มีข้อสันนิษฐานหลายประเด็นเกี่ยวกับจิตวิทยาเชิงบวก ข้อสันนิษฐานแรกคือ บุคคลทุกคนมีแนวโน้มที่จะมีการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ แม้กระนั้นก็ตามแต่ละคนก็สามารถยึดมั่นอยู่ในความสุขได้ ทั้งนี้ด้วยความสุขและความทุกข์เหล่านี้ โดยทั่วไปพัฒนาขึ้นจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งรอบข้าง เพราะฉะนั้นนักจิตวิทยาเชิงบวกจึงมองเห็นว่าบุคคลทุกคนมีสิทธิในตัวของตนเองและยังสามารถพัฒนาศักยภาพในตนขึ้นได้ด้วยตัวเอง ส่วนข้อสันนิษฐานที่สองของจิตวิทยาเชิงบวก คือ การมองประเด็นที่หยั่งลึกถึงความแข็งแกร่งและอารมณ์เชิงบวกเท่าๆกับการมองความอ่อนแอและอารมณ์เชิงลบที่แท้จริงของบุคคล เมื่อเป็นดังนี้แล้วความสนใจในมุมมองเชิงบวกจึงมีประเด็นซับซ้อนที่ต้องใช้ร่วมในการรักษาและการเข้าถึงสภาพจิตใจของบุคคล และองค์ประกอบทางจิตเชิงบวกเหล่านี้ถือเป็นรากฐานที่สำคัญสำหรับวางแผนการรักษา (Rashid, 2008 cited in Magyar-Moe, 2009)

จุดเริ่มต้นของการศึกษาเชิงวิชาการทางด้านจิตวิทยาเชิงบวกเริ่มต้นมาจากงานของ Seligman (2002) จากแนวความคิดของเขาเกี่ยวกับความสุข (happiness) ซึ่งประกอบด้วยชีวิตอันเป็นปีติ (pleasant life) ชีวิตที่มีความดีงาม (engaged life) และชีวิตที่มีคุณค่า (meaningful life) กล่าวคือชีวิตอันปีติจะมีได้เมื่อบุคคลมีประสบการณ์หรืออารมณ์ในเชิงบวกเกี่ยวกับชีวิตในอดีตที่ผ่านมา ชีวิตในปัจจุบันและชีวิตในอนาคต ส่วนชีวิตที่มีความดีงามนั้นจะเกิดขึ้นได้เมื่อบุคคลมีความลึกซึ้งและซึมซับถึงการปฏิบัติในบทบาทหน้าที่ต่างๆของชีวิตโดยหมายรวมถึงความรัก การงานและการสันทนาการต่างๆ และสุดท้ายชีวิตที่มีคุณค่า นับเป็นการใช้ความแข็งแกร่งของบุคคลในการที่จะช่วยเหลือผู้อื่น นอกเหนือไปจากตนเอง (Seligman, 2002)

แม้ว่าจิตวิทยาเชิงบวกจะเป็นแนวคิดที่ค่อนข้างใหม่ แต่ที่จริงแล้ว ก่อนหน้านี้ได้มีผู้ที่กล่าวถึงแนวคิดหรือการนิยามเกี่ยวกับความสุขเหล่านี้ ดังต่อไปนี้

อริสโตเติล กล่าวว่า คนเราไม่ว่าหญิงหรือชายมีความต้องการในการแสวงหาความสุขโดยขณะที่มีความสุข จากตัวของความสุขเองนั้น ไม่ว่าจะหมายถึงการมีสุขภาพดี ความสวยงาม การมีเงิน หรือพลังอำนาจ ล้วนเป็นการให้คุณค่าทั้งสิ้นเพราะเราหวังว่าสิ่งเหล่านี้จะนำซึ่งความสุขมาให้ ดังนั้นความสุขจึงเป็นภาวะอารมณ์หรือคุณลักษณะที่มีผลกระทบในเชิงบวก โดยมีความรู้สึกถึงความสนุกสนาน ความพึงพอใจ ซึ่งเป็นภาวะที่น่าชื่นชมยินดี เป็นภาวะที่ทุกคนต้องการให้ได้มาและให้อยู่ยืนยาวตราบเท่าชีวิต เรื่องราวเกี่ยวกับความสุขเหล่านี้เริ่มต้นมาตั้งแต่ 300 ปี ก่อนคริสตกาล โดยมีพื้นฐานมาจากนักปรัชญาที่ศึกษาในเรื่องของความสุข (Hedonism) และได้วิพากษ์เรื่องราวของความสุขเหล่านี้ด้วยการจำแนกออกเป็น 2 แนวคิด แนวคิดแรก กล่าวถึงความสุขว่าเป็นสิ่งที่ต้องแสวงหามา โดยมีต้นกำเนิดมาจาก Aristippus และอีกแนวคิดหนึ่งจะกล่าวถึงความสุขในปัจจุบันว่าหมายถึงชีวิตที่ดี เพื่อคนเราได้รับความสุขที่ยืนยาวมากขึ้น แนวคิดนี้ เรียกว่า ความสุขส่วนบุคคล (personal happiness) ซึ่งกล่าวถึงโดยนักปราชญ์ Epicurus (Pipat, 2007 อ้างใน พนมพร พุ่มจันทร์, 2010)

การศึกษาทางด้านจิตวิทยาเชิงบวกนี้ มีการศึกษาที่หลากหลาย เป็นภาพกว้าง โดยการศึกษาเหล่านี้จะมุ่งสนใจเกี่ยวกับประสบการณ์หรือชีวิตของบุคคล ซึ่ง Seligman และ Csikszentmihalyi (2000) ได้กล่าวถึงมิติของจิตวิทยาเชิงบวก ว่าแบ่งออกเป็น 3 มิติ ได้แก่

มิติที่หนึ่ง คือ จิตวิทยาในระดับบุคคล ซึ่งเป็นอารมณ์ในเชิงบวกและความคิดเชิงบวกเฉพาะของปัจเจกบุคคล อันได้แก่ ความสุข (happiness) ความสบาย (joy) ความพึงพอใจในชีวิต (satisfaction with life) ความผ่อนคลาย (relaxation) ความรัก (love) ความผูกพันใกล้ชิด (intimacy) และความอยู่เย็นเป็นสุข (contentment) ภาวะเชิงบวกกลุ่มนี้ได้รวมถึงการที่บุคคลจะสร้างความคิดเกี่ยวกับตัวของตนเองในอนาคตด้วย เช่น การมองโลกในแง่ดี (optimism) และความหวัง (hope)

ภาวะเชิงบวกเหล่านี้จึงอาจจะรวมถึงอารมณ์ ความรู้สึกที่ก่อให้เกิดพลัง ความมีชีวิตชีวา (vitality) และความเชื่อมั่นในตนเอง (confidence) อันจะส่งผลต่อพฤติกรรมในเชิงบวก เช่น การหัวเราะ เป็นต้น

มิติที่สอง คือ ในระดับปัจเจกบุคคลเช่นกัน แต่เป็นจิตวิทยาเชิงบวกที่มุ่งศึกษาอุปนิสัยหรือบุคลิกภาพที่ดีในแต่ละบุคคล หรือความกระตือรือร้นและความมุ่งมั่น ซึ่งเป็นรูปแบบของพฤติกรรมที่จะพบในบุคคลทั่วไปเกือบตลอดเวลา ในการศึกษาเหล่านี้รวมถึงลักษณะเฉพาะของบุคคล เช่น ความกล้าหาญ (courage) ความมุ่งมั่น (persistence) ความซื่อสัตย์ (honesty) ความเฉลียวฉลาด (wisdom) นอกจากนั้นการศึกษาจิตวิทยาเชิงบวกในมิตินี้ยังได้รวมถึง การศึกษาพฤติกรรมเชิงบวกและอุปนิสัยในอดีตที่จะสามารถนำมาใช้ในการอธิบายลักษณะบุคลิกภาพที่แข็งแกร่ง รวมทั้งความดีในบุคคล โดยบุคคลสามารถที่จะพัฒนาความรู้สึกและสร้างศักยภาพอันแข็งแกร่งเพื่อที่จะได้มาซึ่งความดีเหล่านั้น

ส่วนมิติที่สาม เป็นจิตวิทยาเชิงบวกในระดับปัจเจกบุคคลเช่นเดียวกัน แต่เป็นปัจเจกบุคคลที่มุ่งพัฒนาตนเองเพื่อกลุ่มหรือเพื่อสังคม โดยจิตวิทยาเชิงบวกในมิตินี้มุ่งที่จะศึกษาถึงการพัฒนา การสร้างสรรค์และการคงไว้ซึ่งภาวการณ์ในเชิงบวก ในขณะเดียวกันนี้ บุคคลจะมุ่งสนใจศึกษาในเรื่องเกี่ยวกับการพัฒนาความดีของกลุ่มคน โดยบุคคลจะต้องการสร้างความแข็งแรงในครอบครัว รวมถึงสุขภาวะสิ่งแวดล้อมในการทำงานและชุมชนอันถือเป็นมิติในเชิงบวก ยิ่งไปกว่านั้น การศึกษาจิตวิทยาเชิงบวกในมิตินี้ อาจจะเกี่ยวข้องกับการกระทำเพื่อให้กลุ่มคนในสังคมทำงานที่ดี โดยจะสนับสนุนและก่อให้เกิดความเจริญงอกงามในสังคม ด้วยเหตุนี้เอง ในหลายๆ ประเด็นที่มุ่งศึกษาในมิตินี้ ล้วนเป็นการศึกษาเชิงวิทยาศาสตร์ซึ่งเกี่ยวข้องกับการกระทำหน้าที่ของมนุษย์ในเชิงบวกรวมทั้งความเจริญรุ่งเรืองในหลายๆระดับ เช่น ในเชิงชีววิทยา ในระดับปัจเจกบุคคล ซึ่งมีความสัมพันธ์กับสถาบัน วัฒนธรรม หรือระดับโลก เป็นต้น (Seligman and Csikszentmihalyi, 2000)

จากมิติต่างๆข้างต้นจึงย้อนกลับไปสู่อีกประเด็นหนึ่งที่ได้กล่าวมาบ้างแล้วข้างต้น ก็คือ มุมมองเชิงบวกตามแนวคิดจิตวิทยากลุ่ม positive psychology ที่ได้กล่าวว่า ความสุขที่แท้จริงของบุคคลมาจาก 3 ส่วน โดยจำแนกจากประสบการณ์ของชีวิต ส่วนแรกเป็นประสบการณ์ที่ได้พบกับความสุขอย่างสม่ำเสมอ หรือที่เรียกว่า ชีวิตอันเป็นปีติ (pleasant life) ส่วนที่สองเป็นประสบการณ์ของการได้ทำสิ่งที่ตนเองพอใจ หรือที่เรียกว่าชีวิตที่มีความดีงาม (engaged life) และส่วนสุดท้ายเป็นประสบการณ์ของการมีสัมพันธไมตรีกับผู้อื่นอันเป็นประโยชน์หรือที่เรียกว่าชีวิตที่มีคุณค่า (meaningful life) ซึ่งจะแยกกล่าวในส่วนต่อๆไป

2.1.1 ชีวิตอันเป็นปีติ (The Pleasant Life)

ชีวิตอันเป็นปีติ (the pleasant life) คือ ชีวิตที่เพียบพร้อมด้วยความสำเร็จทางอารมณ์เชิงบวกในขณะปัจจุบัน (present) อดีต (past) และอนาคต (future) (The pleasant life: a life that successfully pursues the positive emotions about the present, past, and future) (Seligman, 2002) อย่างไรก็ตาม เพื่อให้เข้าใจชีวิตอันปีติได้มากขึ้น จึงจะกล่าวถึงคำว่า ความสุข (happiness) กับการมีชีวิตที่สุขสบาย (well-being)โดยทั้งสองคำนี้สามารถสลับสับเปลี่ยนหรือใช้แทนกันได้ในบางครั้ง เนื่องจากทั้งสองคำนี้มีความหมายคล้ายคลึงกันและเป็นเป้าหมายของจิตวิทยาเชิงบวก (positive psychology) กระนั้นก็ดีการศึกษาจิตวิทยาเชิงบวกยังมุ่งศึกษาทั้งอารมณ์ในเชิงบวก (positive feelings) และกิจกรรมในเชิงบวก (positive activities) ด้วย ทั้งนี้เพราะคนทั่วไป เมื่อกล่าวถึงความสุข (happiness) และการมีชีวิตที่สุขสบาย (well-being) มักจะนึกถึงอารมณ์ในเชิงบวก (positive feelings) จนอาจไม่คำนึงถึงกิจกรรมในเชิงบวก (positive activities) แต่กิจกรรมเชิงบวกจะนำมาซึ่งอารมณ์เชิงบวกและท้ายสุดคือความสุขและการมีชีวิตที่สุขสบายนั่นเอง

นักจิตวิทยาเชิงบวกอธิบายว่าชีวิตอันปีติจะประกอบด้วยอารมณ์เชิงบวก (positive emotions) และได้จำแนกอารมณ์เชิงบวกเหล่านี้ออกเป็นสามประเภทด้วยกัน คือ อารมณ์เชิงบวกในขณะปัจจุบัน (present) ในอนาคต (future) และในอดีต (past) ซึ่งการวัดอารมณ์เชิงบวกนี้ เป็นการประเมินความรู้สึกหรืออารมณ์เชิงบวกของปัจเจกบุคคลเอง อารมณ์เหล่านี้จะคงที่ แม้ว่าช่วงเวลาจะผ่านไปและแม้สถานการณ์จะแตกต่างกัน ความคงที่ของอารมณ์นั้นก็จะยังคงอยู่ (Seligman, 2002)

(1) อารมณ์เชิงบวกในอดีต (past) ประกอบไปด้วย การให้อภัย (forgiveness) ความพึงพอใจในชีวิต (satisfaction) ความสำราญใจ (contentment) ความภูมิใจ (pride) และความสงบ (serenity)

การให้อภัย (forgiveness) เป็นส่วนหนึ่งของความพึงพอใจของชีวิตในอดีตที่ผ่านมา เป็นการแสดงถึงพฤติกรรมการเปลี่ยนแปลงในลักษณะของการช่วยเหลือผู้อื่น (prosocial) หรือการมีน้ำใจต่อผู้อื่นที่เกิดขึ้นภายในบุคคล ผู้ที่มีความขุ่นเคืองใจหรือมีลักษณะของความสัมพันธ์ซึ่งทำให้ผู้อื่นเดือดร้อน เมื่อบุคคลมีการให้อภัย มีความรู้สึกหรือการกระทำที่จะก่อให้เกิดการให้อภัยแก่ผู้กระทำผิดจะเกิดเป็นความรู้สึกในเชิงบวกแก่ผู้ที่ให้อภัย เกิดเป็นความเมตตากรุณาขึ้นหรืออาจกล่าวได้ว่ามีความเป็นลบน้อยลง ไม่มีจิตใจที่จะพยาบาท ปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยง ซึ่งจะเป็นการสร้างประโยชน์ที่เห็นได้ชัดเจนระหว่างการให้อภัย นอกจากนี้การให้อภัยยังเป็นความคิดที่เป็นการเปลี่ยนแปลงในเชิงจิตวิทยา โดยเฉพาะที่เกิดขึ้นกับบุคคลที่กระทำผิดในเรื่องนั้นๆ การให้อภัยถูกพิจารณาว่าแตกต่างจากความสงสาร (mercy) ซึ่งเป็นแนวคิดที่กว้างขึ้นไปอีก ความสงสารจะ

สะท้อนถึงความเมตตา (kindness) ความเห็นอกเห็นใจ (compassion) ความปราณี (leniency) อีกทั้งความสงสารนั้นมองที่ผู้กระทำผิดหรือใครก็ตามที่มีอำนาจเหนือกว่าเรา หรือใครก็ตามที่มีความเศร้าโศกเสียใจ เราไม่เรียกว่าการให้อภัย แต่เราเรียกสิ่งนี้ว่าความสงสาร (Peterson and Seligman, 2004)

นักวิชาการสมัยใหม่และนักวิทยาศาสตร์มีความเชื่อเกี่ยวกับการให้อภัย โดยประการแรกกล่าวว่า การให้อภัย (forgiveness) ควรมีลักษณะที่เด่นชัดซึ่งแตกต่างจากการยกโทษ การขอโทษ ข้อแก้ตัวหรือข้ออ้าง การลืมหรือแม้กระทั่งการปฏิเสธ โดยการให้อภัยนี้จะมีลักษณะที่โดดเด่นออกมา ยิ่งไปกว่านั้น นักวิชาการส่วนใหญ่ยังเน้นย้ำว่า การให้อภัยควรมีลักษณะที่แตกต่างจากการสมานฉันท์หรือการปรองดอง (reconciliation) ซึ่งเป็นการกลับไปสู่สภาพเดิมของการไว้ใจในความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลผ่านพฤติกรรมที่ได้สร้างคุณค่าร่วมกันมา นอกจากนี้ นักวิชาการยังกล่าวอีกว่าเขาไม่เห็นด้วยกับสิ่งใดก็ตามที่เกี่ยวข้องกับการให้อภัย โดยกล่าวว่า การให้อภัยจะต้องเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงในเชิงจิตวิทยาสังคมที่ดีระหว่างบุคคล เมื่อใครคนหนึ่งกระทำการให้อภัย การตอบสนองในจิตวิทยาเชิงบวก จะก่อให้เกิดสิ่งที่ดี หรืออาจกล่าวได้ว่าบุคคลที่กระทำผิดต้องยอมรับว่าการกระทำนั้นเป็นความผิด เมื่อมีการให้อภัยเกิดขึ้น ความผิดนั้นก็จะกลายเป็นความรู้สึกเชิงบวก เป็นความเมตตาปราณี แต่ถ้าส่งผลในเชิงลบคือไม่มีการให้อภัยก็จะเป็นความโหดร้ายเกลียดชัง (Peterson and Seligman, 2004)

ลักษณะของผู้ที่มีการให้อภัย อาจมีการแสดงออกลักษณะดังนี้ คือมีการคำนึงถึงความยุติธรรม การไม่คิดแก้แค้น ไม่ถือโกรธหรือมองข้ามอารมณ์ความเดือดเนื้อร้อนใจของตนเองไป อีกทั้งใครก็ตามที่ทำร้ายหรือทรยศหักหลัง โดยไม่ถือโทษโกรธ นี่คือการให้อภัย นอกจากนี้ลักษณะของผู้ที่มีการให้อภัยคือจะไม่เสียเวลากับการนึกถึงเหตุการณ์หรือบุคคลที่คิดร้ายกับตน จะไม่เสียเวลาคิดหรือหาทางโต้ตอบเพื่อเป็นการทำร้ายหรือเอาคืน (Peterson and Seligman, 2004)

การให้อภัยเชื่อมโยงกับความหลากหลายของอุปนิสัย เป็นสิ่งที่บอกลักษณะของบุคคลและเป็นความปกติสุขของสังคม ก่อให้เกิดสังคมที่สงบ การที่บุคคลมีการให้อภัยซึ่งกันและกันจะเกิดผลเชิงลบในแง่ของความโกรธ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความไม่เป็นมิตร ในลักษณะเช่นนี้น้อย การให้อภัยยังเป็นสิ่งที่ต้องการหรือปรารถนาของสังคม ในที่สุดแล้วการให้อภัยอาจมีอิทธิพลมาจากลักษณะอุปนิสัยและความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในผู้ที่กระทำผิด จากการศึกษาพบว่าเขายินดีที่จะให้อภัยสำหรับผู้ที่กระทำผิด ถ้าหากว่าเขายอมรับและมีความใกล้ชิดสนิทกันมากกว่า หรืออาจกล่าวได้ว่าการให้อภัยมีการเชื่อมโยงถึงความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในระดับสูงในความใกล้ชิดสนิทสนมกัน พลวัตรของการให้อภัยอาจแตกต่างกันไปแล้วแต่แง่ของความสัมพันธ์

นักจิตวิทยาไม่ได้คาดหวังว่าบุคคลจะให้อภัยบุคคลแปลกหน้า หรือในที่สุดแล้วบุคคลจะให้อภัยแก่ผู้ที่มีความใกล้ชิดสนิทกันมากกว่า (Peterson and Seligman, 2004)

(2) อารมณ์เชิงบวกในขณะปัจจุบัน (present) อันประกอบไปด้วย ความพึงพอใจ (pleasures) และความชื่นชมยินดี (gratifications)

โดยความพึงพอใจ (pleasures) นั้นได้แบ่งออกเป็น ความพึงพอใจทางร่างกาย (bodily pleasures) และความพึงพอใจในระดับที่สูงกว่า (higher pleasures) ความพึงพอใจทางร่างกาย (bodily pleasures) เป็นอารมณ์เชิงบวกในชั่วขณะจิต และผ่านเข้ามาทางประสาทสัมผัส เช่น การที่ลิ้นรับรสอร่อย การได้กลิ่นที่หอม การมีความสุขทางเพศ การเคลื่อนไหวทางกาย ความรื่นรมย์ในการมองภาพที่สวยและฟังเสียงที่ไพเราะ ส่วนความพึงพอใจในระดับที่สูงกว่า (higher pleasures) จะเป็นเหตุการณ์ที่มีความซับซ้อนมากกว่าและต้องใช้การเรียนรู้มากกว่าการใช้ประสาทสัมผัส และในการเข้าถึงความพึงพอใจในระดับสูงนั้นจะต้องมีอารมณ์และความรู้สึกหลายลักษณะประกอบกัน เช่น ความปลาบปลื้มยินดี (ecstasy) ความดีใจ (rapture) ความวาบหวาม (thrill) ความสำราญ (bliss) ความยินดี (gladness) ความเพลิดเพลิน (mirth) ความร่าเริง (glee) ความสนุกสนาน (fun) ความกระตือรือร้น (ebullience) ความสบาย (comfort) ความขบขัน (amusement) ความผ่อนคลาย (relaxation) เป็นต้น ความพึงพอใจทั้งในปัจจุบัน อดีตและอนาคตนั้นเป็นอารมณ์เฉพาะบุคคล บางคนอาจมีความชอบไม่เหมือนกัน หรือมีการตีความที่แตกต่างกันออกไป (Seligman, 2002)

ความชื่นชมยินดี (gratification) เป็นอารมณ์เชิงบวกในปัจจุบัน ซึ่งแตกต่างจากความพึงพอใจ (pleasures) ด้วย ไม่ใช่การแสดงออกของความรู้สึกเท่านั้น แต่เป็นอารมณ์ต่อกิจกรรมที่ทำ (activities) เช่น การอ่านหนังสือ การปีนเขา การเต้นรำ การสนทนาในสิ่งที่ดี การเล่นกีฬาที่ชื่นชอบ เป็นต้น ถ้าเรามีความชื่นชมยินดี เราก็จะมีความสุขอยู่กับปัจจุบันในขณะนั้น เลิกนึกถึงอารมณ์ความรู้สึกอื่นๆเกี่ยวกับตนเอง แต่จะมีอารมณ์ร่วมไปกับกิจกรรมนั้นๆ ในความชื่นชมยินดีนี้ จะไม่สามารถเกิดขึ้นได้อย่างต่อเนื่อง หรือการที่จะคงไว้อย่างถาวรนั้น จะต้องมีการพัฒนาจุดแข็งของตนเองและความดีงามขึ้นมาก่อน และจะนำมาซึ่งความสุข (happiness) อันจะไม่ได้เกิดขึ้นเพียงชั่วขณะหนึ่งเท่านั้น แต่จะเป็นภาวะที่อยู่คู่กับเราไปอย่างถาวร จึงมีการใช้คำว่า authentic happiness หรือเรียกว่าเป็นความสุขที่แท้จริง ในความสุขที่แท้จริงนี้ การมีความชื่นชมยินดีหรืออารมณ์ในเชิงบวกนั้น ล้วนมาจากความแข็งแกร่งเฉพาะบุคคล (signature strengths) และจะแตกต่างกันออกไปเป็นลักษณะของแต่ละบุคคลและความชื่นชมยินดีจะสามารถเกิดขึ้นได้บ่อยครั้ง ถ้าตัวเรามีการพัฒนาจุดแข็งภายในเสียก่อน (Seligman, 2002)

(3) อารมณ์เชิงบวกในอนาคต (future) ประกอบด้วย การมองโลกในแง่ดี (optimism) การมีความหวัง (hope) ความเชื่อมั่น (confidence) ความไว้วางใจ (trust) และความศรัทธา (faith)

ในการมองโลกในแง่ดีและการมีความหวัง (optimism and hope) นั้น มีการศึกษาในเรื่องนี้จำนวนมาก การที่คนเรามีการมองโลกในแง่ดีและการมีความหวังนั้นเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความยืดหยุ่นต่อความซึมเศร้า หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งว่า การที่บุคคลมีการมองโลกในแง่ดีหรือมีความหวัง เมื่อประสบกับเหตุการณ์ร้ายๆหรือภายใต้ความกดดัน จะสามารถกลับเข้าสู่ภาวะปกติได้อย่างรวดเร็ว อีกทั้งการมองโลกในแง่ดีและการมีความหวังนั้นจะส่งผลทำให้มีประสิทธิภาพในการทำงานที่ดี โดยเฉพาะงานที่ท้าทายความสามารถ รวมทั้งก่อให้เกิดสุขภาวะที่ดีอีกด้วย (Seligman, 2002) การมีความหวัง (hope) การมองโลกในแง่ดี (optimism) และการมองอนาคตในทิศทางที่ดี (future-orientation) เป็นการแสดงออกถึงความคิด อารมณ์ การกระทำหรือพฤติกรรมที่เป็นการมองไปยังอนาคต มีการคิดเกี่ยวกับอนาคต โดยคาดหวังว่า เหตุการณ์ใดๆที่เกิดขึ้นกับตนเองหรือผลของการกระทำที่เกิดขึ้น ในแนวทางที่พึงปรารถนา มีความเชื่อมั่นว่าสิ่งเหล่านี้จะนำมาซึ่งสิ่งที่ดี มีความเหมาะสม เป็นแรงกระตุ้นเพื่อไปยังเป้าหมายที่ต้องการของชีวิต บุคคลที่จะมีลักษณะของการมีความหวัง แม้ว่าจะอยู่ในสถานการณ์ที่ท้าทาย แต่ยังคงมีความหวังในอนาคตอยู่เสมอ และเชื่อมั่นว่าสิ่งที่ตนเองกระทำอยู่นั้น เป็นสิ่งที่ดีที่สุดแล้ว มีการมองโลกในแง่บวก อีกทั้งได้มีการตั้งระดับความหวังในอนาคตหรือคาดหวังเกี่ยวกับอนาคต โดยเชื่อมั่นว่า ทุกอย่างจะต้องได้รับชัยชนะเหนือความยุ่งยาก ทุกสิ่งทุกอย่างจะราบรื่น (Peterson and Seligman, 2004) ความหวังนี้เป็นอารมณ์ในเชิงบวก เป็นสิ่งนำไปสู่ความสำเร็จในเป้าหมายอย่างแท้จริง เกิดเป็นความรู้สึกมั่นคงแข็งแกร่ง ในขณะเดียวกัน บุคคลที่สิ้นหวังจะมีอารมณ์ในเชิงลบ ไม่มีเป้าหมายในชีวิต ทำสิ่งใดก็ประสบแต่ความล้มเหลว (Synder and Lopez, 2007)

การมองโลกในแง่ดี เป็นการรับรู้ สะท้อนถึงเหตุผลเกี่ยวกับการตัดสินใจในสิ่งที่ดีมากกว่าสิ่งที่เลวร้าย แม้ว่าในบางครั้งความดีหรือสิ่งที่ดีนั้นจะเกี่ยวข้องกับความทุกข์ แต่ปัจเจกก็ยังคาดการณ์ในสิ่งที่ดีๆว่าจะสามารถเกิดขึ้นได้อยู่เสมอ บุคคลที่มองโลกในแง่ดี จะมองด้านดีๆของชีวิต และคาดหวังว่าสิ่งที่ท้าทายต่างๆจะออกมาในลักษณะที่ดี มองเห็นโอกาสในอนาคต ในขณะที่บุคคลที่มองโลกในแง่ร้ายจะกลัวการต่อสู้ ซึ่งจะนำไปสู่ความล้มเหลว ผู้ที่มองโลกในแง่ดีมีแนวโน้มที่จะประสบความสำเร็จมากกว่า มีความต้านทานต่อความผิดปกติทางอารมณ์รวมทั้งภาวะซึมเศร้า ในทางกลับกัน ผู้ที่มองโลกในแง่ร้ายมักมีความกังวลเกี่ยวกับอนาคตในการบรรลุเป้าหมาย จะนึกถึงสิ่งไม่ดี สิ่งเลวร้ายที่จะเกิดขึ้น จากการศึกษาพบว่า บุคคลที่มองโลกในแง่ร้ายมีแนวโน้มในการเป็นโรคซึมเศร้า และสามารถนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ (Schueller and Seligman, 2008)

2.1.2 ชีวิตที่มีความดีงาม (The Engaged Life or The Good Life)

ชีวิตที่มีความดีงาม (the good life or the engaged life) เป็นการที่เราใช้ความแข็งแกร่งในตัวเรา (signature strengths) เพื่อที่จะได้มาซึ่งความชื่นชมยินดีในชีวิต (gratification) (The good life: using your signature strengths to obtain abundant gratification in the main realms of your life) อันประกอบไปด้วย การมีปัญญาและความเฉลียวฉลาด (wisdom and knowledge) ความกล้าหาญ (courage) ความรักและการมีมนุษยธรรม (humanity and love) ความเป็นธรรม (justice) การควบคุมอารมณ์ (temperance) และความเลื่อมใสศรัทธา (transcendence) (Seligman, 2002) การมีชีวิตที่ดีนั้นมักมาจากการได้รับความรู้สึกที่ดีๆจากบุคคลรอบข้าง การสร้างความสัมพันธ์ที่ดี หรือแม้แต่การที่ตนเองนั้นมีความเจริญรุ่งเรือง สามารถกระทำสิ่งต่างๆได้ตามสิทธิของตนเอง โดยมีการค้นพบจุดมุ่งหมายของชีวิตและสามารถดำเนินชีวิตตามสภาพความเป็นจริงได้ การมีชีวิตที่มีความดีงามนี้จึงเกี่ยวข้องกับการมีความสุขในชีวิตจากการใช้ศักยภาพของตนเอง โดยแนวคิดเกี่ยวกับความดีนี้ จะนำไปสู่ชีวิตที่ดีงามและก่อให้เกิดการประสบความสำเร็จในชีวิต หรืออาจกล่าวได้ว่า การมีชีวิตที่ดีและการมีจุดมุ่งหมายในชีวิตที่ดีนี้แสดงให้เห็นถึงความเป็นอยู่ที่ดีของแต่ละบุคคลด้วย (Schueller and Seligman, 2010)

จิตวิทยาเชิงบวก ชีวิตที่ดีงาม ประกอบไปด้วยสัมพันธภาพในเชิงบวก ลักษณะที่ดีของบุคคล และการรู้จักควบคุมตนเอง (Compton, 2005) โดยแนวคิดของสัมพันธภาพในเชิงบวกได้กล่าวถึงความสามารถในการรัก การให้อภัย การเอาใจใส่ดูแล และช่วยเหลือผู้อื่น เป็นการสร้างความหมายและจุดมุ่งหมายในชีวิต ส่วนลักษณะที่ดีของบุคคล ได้กล่าวถึงความซื่อสัตย์ ความสามารถในการทำกิจกรรม ความคิดสร้างสรรค์ ความกล้าหาญและความอ่อนน้อมถ่อมตน และส่วนสุดท้าย การรู้จักควบคุมตนเอง ซึ่งทำให้เราสามารถควบคุมพฤติกรรมในแต่ละวันได้ สามารถบรรลุถึงเป้าหมาย ก่อให้เกิดความเฉลียวฉลาด ซึ่งความเฉลียวฉลาดนี้เป็นตัวบ่งชี้พัฒนาการของบุคคล การอยู่ในสถานที่หรือสังคมที่ดี มีจุดมุ่งหมายในการดำเนินชีวิต ซึ่งทั้งความเฉลียวฉลาดและความกล้าหาญจะช่วยให้ผ่านพ้นอุปสรรคไปได้ อีกทั้งสติปัญญาและความแข็งแกร่งก็เป็นสิ่งที่ส่งเสริมให้บุคคลนำไปสู่ความเจริญรุ่งเรืองในชีวิตได้อีกด้วย (Synder and Lopez, 2007)

เส้นทางที่จะนำไปสู่ความเป็นอยู่ที่ดีหรือการมีชีวิตที่ดีงาม โดยผ่านการทำกิจกรรมหรือการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ โดยซึมซับเข้าไปในจิตใจของแต่ละบุคคล ตัวอย่างการมีชีวิตที่ดีอย่างหนึ่ง คือการเพลิดเพลินทำงานได้อย่างต่อเนื่อง (flow) จากการศึกษาของ Csikszentmihalyi (1990) เกี่ยวกับ flow ที่ว่าประสบการณ์ของบุคคลนั้นขึ้นอยู่กับสภาวะทางอารมณ์ ความคิด (reflection) การอยู่ในสถานการณ์ที่เพลิดเพลิน ภาวะ flow จะช่วยให้บุคคลมีความเข้าใจเมื่อเขามีประสบการณ์และได้เลือกทำกิจกรรมที่เขาสามารถกระทำได้ นอกจากนี้ flow ยังเปลี่ยนแปลงไป

ตามกิจกรรมที่น่าสนใจอีกด้วย flow จะเกิดขึ้นได้ต้องมีการรับรู้ถึงความท้าทายหรือโอกาสในการกระทำ มีความจดจ่อ โดยไม่มากหรือน้อยจนเกินไป แต่จะต้องอยู่ในระดับที่บุคคลแต่ละบุคคลจะสามารถสร้างทักษะของตนเองได้ และจะต้องมีความสมดุลของความท้าทายและทักษะที่ตนเองมีอยู่ ภาวะ flow นี้จะกลายเป็นความชอบ เมื่อได้ทำกิจกรรมที่ท้าทายความสามารถหรือการมีใจจดจ่ออยู่กับกิจกรรมนั้นๆ รวมถึงการตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน การที่บุคคลจะมีความสุขได้นั้น ขึ้นอยู่กับการได้ลงมือทำกิจกรรมและการตระหนักถึงกิจกรรมที่ทำ โดยในขณะที่ทำกิจกรรมนั้นๆความรู้สึกนึกคิดหรือการรับรู้เกี่ยวกับตนเองนั้นจะหายไป แต่จะมุ่งสนใจต่อกิจกรรมที่ทำ จนบางครั้งอาจรู้สึกว่าเวลาได้ผ่านไปอย่างรวดเร็วกว่าปกติ (Jackson and Csikszentmihalyi, 1999) ภาวะ flow จะนำไปสู่ความปกติสุขของชีวิตในระยะยาวก่อเกิดเป็นแหล่งพลังในเชิงบวก เช่น ความสามารถในการบ่มเพาะการสร้างจุดสนใจ การสร้างทักษะความชำนาญ เป็นต้น โดยแหล่งพลังนี้จะนำไปสู่ชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีและจุดมุ่งหมายในชีวิตที่ดี ฉะนั้นแล้ว แต่ละบุคคลสามารถทำให้ตนเองนั้นอยู่ในภาวะ flow นี้ได้เพื่อที่จะทำให้เกิดความคิดสร้างสรรค์และได้รับความสำเร็จในระดับที่สูง หรืออาจกล่าวได้ว่า ผู้ที่มีความมุ่งมั่นหรือเอาใจใส่กับงานของตนเอง ย่อมได้รับผลลัพธ์ที่ดีกว่า (Csikszentmihalyi, 1990) ทฤษฎีความสุขของ Seligman (2002) ยังได้กล่าวว่า ภาวะ flow หรือชีวิตที่มีความดีงามนี้จะเกิดขึ้นในแต่ละบุคคล โดยผ่านการพิสูจน์ที่ทำให้เห็นว่าตนเองนั้นมีความแข็งแกร่งหรือการที่บุคคลใช้ชีวิตที่ดีงามอยู่เสมอจะก่อให้เกิดเป็นความสุขได้ หรืออาจกล่าวได้ว่า การมีชีวิตที่ดีงามเป็นการใช้ความแข็งแกร่งเฉพาะตนในทุกเวลา เพื่อที่จะเกิดเป็นความสุขที่แท้จริงและมีความชื่นชมยินดี (Seligman, 2002)

2.1.3 ชีวิตที่มีคุณค่า มีความหมาย (The Meaningful Life)

ชีวิตที่มีคุณค่า มีความหมาย (the meaningful life) เป็นการที่แต่ละบุคคลใช้ความแข็งแกร่งและความดีงาม ในการที่แต่ละบุคคลจะทำบางสิ่งทียิ่งใหญ่กว่านอกเหนือจากตัวเอง แต่เป็นการกระทำเพื่อประโยชน์ส่วนรวม (The meaningful life: using your signature strengths and virtues in the service of something much larger than you are) (Seligman, 2002) ในการได้มาซึ่งความสุขโดยผ่านชีวิตที่มีความหมายนี้ จากการศึกษาพบว่าชีวิตที่มีคุณค่านั้นมีความสำคัญ เพราะจะเป็นตัวกำหนดทางจิตวิทยาเกี่ยวกับชีวิตที่ปกติสุข ไม่ว่าจะเป็นความสัมพันธ์เชิงบวกหรือการติดต่อโดยผ่านทางจิตวิญญาณ แต่ละบุคคลจะได้รับความหมายในชีวิต เมื่อบุคคลประสบความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย เห็นความสำคัญและมีความเข้าใจซึ่งกันและกัน ความรู้สึกเหล่านี้จะทำให้บุคคลพบถึงจุดมุ่งหมายอันนำไปสู่การกระทำและการมีชีวิตที่ปกติสุข (Schueller and Seligman, 2010)

การที่บุคคลจะสร้างชีวิตที่มีคุณค่าได้ หมายถึง การที่บุคคลนั้นได้ใช้จุดแข็งของตนเองมากที่สุดเพื่อที่จะทำให้ตนเองสามารถอยู่และช่วยเหลือสังคมได้ (Seligman, 2002) บุคคลผู้ซึ่งประสบความสำเร็จจะสามารถกระทำสิ่งต่างๆ โดยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นอย่างมีเป้าหมาย นั่นคือบุคคลคนเหล่านี้เรียกได้ว่าเป็นผู้ที่มีชีวิตที่มีคุณค่า การกระทำสิ่งต่างๆมักจะทำได้สำเร็จโดยมีความสัมพันธ์ต่อบุคคลอื่นอย่างใกล้ชิด มีความผูกพันกันในสังคม มีประสบการณ์ในอาชีพ โดยผ่านทางสถาบันทางสังคมในเชิงบวกที่หลากหลาย เช่น โบสถ์, วัด, มัสยิด หรือมูลนิธิ, สิ่งแวดล้อม หรือองค์การสิทธิมนุษยชน เป็นต้น (Rashid, 2008 cited in Magyar-Moe, 2009)

การค้นหาความหมายของชีวิต มีความเกี่ยวข้องในเชิงบวกกับความเป็นอยู่ที่ดี การมีความพึงพอใจในชีวิต ก่อให้เกิดความสุขยิ่งขึ้น และมีความกังวลน้อยลง ถ้าบุคคลมีสิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่ทดแทนความหมายของชีวิต การค้นหาความหมายที่มีคุณค่าในเชิงวัฒนธรรม แม้ว่าจะทำให้เกิดความสำเร็จ นัยของผลการกระทำนี้ ก็จะช่วยส่งเสริมภาวะสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดีได้ โดยจุดมุ่งหมายเกี่ยวกับสุขภาพในแต่ละบุคคล นอกจากการมีชีวิตที่สุขสบายของตนเองแล้ว การตั้งเป้าหมายและการให้ความหมายสิ่งอื่นที่นอกเหนือจากตนเอง คือการกระทำเพื่อสังคมหรือส่วนรวม โดยก่อให้เกิดเป็นความรู้สึกในเชิงบวกที่มากขึ้น เป็นการมองโลกและชีวิตในแง่ที่ดีมากขึ้น (Park et al., 2010)

อย่างไรก็ตาม ทฤษฎีความสุขที่แท้จริงของ Seligman (2002) รวมกับแนวคิดเกี่ยวกับความสุขและความดี (hedonic and eudaimonic) ที่กล่าวว่า ทั้งประสบการณ์ของชีวิตอันเป็นปีติ (pleasant life) ชีวิตที่มีความดีงาม (engaged life or good life) และชีวิตที่มีคุณค่า (meaningful life) ล้วนก่อให้เกิดความสุขที่แตกต่างกัน การที่บุคคลจะมีความสุข (happiness) หรือมีชีวิตที่สุขสบายหรือผาสุก (subjective well-being) นั้น Sirgy and Wu (2009) เสนอว่าจะต้องมีความสมดุลของทั้งสามประสบการณ์ นอกจากนี้ยังต้องมีความต้องการพื้นฐาน(survival needs) และความต้องการในการเจริญเติบโต (growth needs) อีกด้วย ถ้ามีเพียงแค่อย่างใดอย่างหนึ่งก็จะไม่สามารถมีชีวิตที่ผาสุกได้ ดังนั้นการที่บุคคลจะมีชีวิตที่สุขสบายหรือผาสุก (subjective well-being) ในการดำรงชีวิตจะต้องประกอบไปด้วยความต้องการพื้นฐานและการเจริญเติบโตควบคู่กันไป (Sirgy and Wu, 2009) จากการศึกษาของ Peterson (2005) พบว่าในแต่ละประสบการณ์ล้วนมีความสำคัญที่จะก่อให้เกิดชีวิตที่เติมเต็ม (full life) โดยแต่ละประสบการณ์จะเป็นตัวชี้วัดความพึงพอใจของชีวิตที่ต่างมิติแต่สัมพันธ์กัน และทั้งสามประสบการณ์นี้ก็มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตระดับสูง โดยสรุปการศึกษาของ Peterson ยังได้สนับสนุนการศึกษาของ Seligman (2002) เกี่ยวกับชีวิตที่เติมเต็ม (full life) ว่าประกอบไปด้วยประสบการณ์ของอารมณ์เชิงบวก การดำเนินชีวิตไปในทิศทางที่ดีและการคงไว้ซึ่งชีวิตที่มีคุณค่า มีความหมาย (Peterson et al., 2005)

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับภาวะอัมพาต

ภาวะอัมพฤกษ์ อัมพาตของร่างกาย ไม่ว่าจะเป็นภาวะอัมพาตครึ่งซีก (hemiplegia) ภาวะอัมพาตของร่างกายส่วนล่างและขาทั้งสองข้าง (paraplegia) หรือแม้กระทั่งภาวะอัมพาตของแขน ขา และลำตัว (quadriplegia) อาจเกิดขึ้นได้จากโรคทางสมองหรือการบาดเจ็บของไขสันหลัง อันส่งผลให้เกิดภาวะอัมพาตของร่างกายตามพยาธิสภาพนั้นๆ ภาวะอัมพาตไม่เพียงแต่ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวหรือการทำงานของอวัยวะต่างๆเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อสภาพจิตใจ อารมณ์ และการดำรงชีวิต จากเดิมที่สามารถกระทำสิ่งต่างๆได้ด้วยตนเอง กลับกลายเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น จนก่อให้บุคคลเกิดการสูญเสียพลังอำนาจ ภาพลักษณ์ และยังส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตในสังคมและภาวะทางเศรษฐกิจผู้ที่มีภาวะอัมพาตและครอบครัวอีกด้วย

2.2.1 ความหมาย สาเหตุและประเภทของภาวะอัมพฤกษ์ อัมพาต

ศาสตราจารย์ Roaf Robert ศัลยแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญทางด้านออร์โธปิดิกส์ของมหาวิทยาลัยลิเวอร์พูล แห่งสหราชอาณาจักร ได้ให้ความหมายของภาวะอัมพฤกษ์ อัมพาต ว่าคือการสูญเสียหน้าที่ในส่วนต่างๆของร่างกายไม่ว่าจะเป็นแบบชั่วคราวหรือถาวร อันเป็นผลมาจากการสูญเสียประสาทส่วนรับความรู้สึกหรือการเคลื่อนไหวต่างๆ (Roaf et al., 1977) สำหรับประเทศไทย คำว่าอัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นคำภาษาไทย ที่อาจมีการพูดถึงและเป็นที่เข้าใจกันได้ในคนทั่วไป และบางครั้งก็พูดคำทั้งสองติดกันเป็น “อัมพฤกษ์ อัมพาต” สำหรับพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับภาวะทั้งสองนี้ว่า อัมพฤกษ์ หมายถึง อาการที่อวัยวะบางส่วน เช่น แขน ขา อ่อนแรง ส่วนอัมพาต หมายถึง อาการที่อวัยวะบางส่วน เช่น แขน ขา ตายไปกระดิกไม่ได้ อย่างไรก็ตามทางการแพทย์ รองศาสตราจารย์ กิ่งแก้ว ปาจรีย์ ศัลยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู มหาวิทยาลัยมหิดล ได้อธิบายว่า อัมพฤกษ์ คือ ภาวะที่ร่างกายมีอาการอ่อนแรงไม่มากหรือมีอาการเพียงชั่วคราว ส่วนอัมพาต คือ ภาวะที่ส่วนของร่างกายมีการอ่อนแรงอย่างถาวร (กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2547) เป็นที่น่าสังเกต ในทางการแพทย์นั้น คำว่าอัมพฤกษ์ อัมพาตได้ถูกนิยามเป็นคำเดียวกัน โดยใช้คำว่า paralysis หรือคำรวมในภาษาไทยที่ใช้คำว่าอัมพฤกษ์ อัมพาต ซึ่งหมายถึง การสูญเสียหน้าที่ในส่วนต่างๆของร่างกายไม่ว่าจะเป็นแบบชั่วคราวหรือถาวร

กล่าวโดยสรุป คำว่า paralysis หรือที่เรียกกันว่าภาวะอัมพฤกษ์ อัมพาต แม้ว่าภาษาไทยจะเขียนแยกกัน แต่ภาษาอังกฤษใช้คำเดียวกัน คือคำว่า paralysis ว่าหมายถึง การสูญเสียการเคลื่อนไหวในส่วนของร่างกาย จากการได้รับอุบัติเหตุหรือโรคทางระบบประสาท ที่ส่งผลต่อการรับความรู้สึกหรือการเคลื่อนไหวต่างๆ (Alexander, 1999)

ในทางการแพทย์ได้อธิบายสาเหตุของการเกิดภาวะอัมพฤกษ์ อัมพาต โดยแบ่งออกเป็น 2 สาเหตุหลัก ตามตำแหน่งที่มีพยาธิสภาพ คือ สาเหตุเนื่องมาจากสมอง (the brain) และไขสันหลัง (the spinal cord) สำหรับสาเหตุอันเนื่องมาจากสมอง (the brain) เมื่อสมองได้รับความกระทบกระเทือนด้านใดก็จะส่งผลทำให้ร่างกายด้านตรงข้ามเกิดการเป็นอัมพาตหรืออ่อนแรง ซึ่งโรคทางสมองที่สำคัญคือโรคหลอดเลือดสมอง หรือ stroke โดย Wilcock (1986) ได้แบ่งโรคหลอดเลือดสมองออกเป็น 2 สาเหตุ คือ การตีบหรืออุดตันของหลอดเลือด (stenosis or occlusion of a vessel) และการแตกของหลอดเลือด (cerebral haemorrhage, aneurysms, angiomas)

การตีบและการอุดตันของหลอดเลือดแดง (stenosis or occlusion of a vessel) เกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น โรคความดันโลหิตสูงซึ่งเกิดจากการตีบของหลอดเลือดฝอยในสมอง และอีกโรคหนึ่งที่เป็นสาเหตุหลักที่สำคัญเช่นกัน คือ โรคของหลอดเลือดแดงเกิดการอุดตัน หรือการเกิดลิ่มเลือดของหลอดเลือดแดงในสมอง ส่วนการแตกของหลอดเลือด (cerebral haemorrhage, aneurysms, angiomas) นอกจากสาเหตุที่เกิดจากความดันโลหิตสูงแล้วนั้น อาจเกิดจากการที่ไขมันมาเกาะบริเวณหลอดเลือดแดง ทำให้เกิดการอุดตัน มีผลทำให้หลอดเลือดฝอยแตก และก่อให้เกิดลิ่มเลือดอุดตันทางเดินของหลอดเลือด จึงทำให้สมองเกิดการขาดเลือดอย่างเฉียบพลัน ส่วนสาเหตุอื่นๆ ที่สามารถพบได้ เช่น การได้รับอุบัติเหตุ การมีเนื้องอกและการมีเลือดออกในเยื่อหุ้มสมอง เป็นต้น (Wilcock, 1986) โดยสรุป National Institute of Neurological Disorders and Stroke แห่งสหรัฐอเมริกา ได้อธิบายว่า stroke เป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นเมื่อเนื้อสมองขาดเลือดมาเลี้ยงหรือมีเลือดออก เนื้อสมองเกิดการตายจากการขาดเลือดมาเลี้ยงเป็นเวลานานหรือการมีเลือดออกในสมองอย่างเฉียบพลัน (Wilcock, 1986)

ส่วนในระบบไขสันหลัง (the spinal cord) เมื่อไขสันหลังได้รับความกระทบกระเทือนหรือการบาดเจ็บก็จะเกิดอัมพาตของร่างกายส่วนเดียวกันกับไขสันหลังที่ได้รับบาดเจ็บ โดยมีการอ่อนแรง ไม่ว่าจะเป็นส่วนบนหรือส่วนล่างของร่างกาย กล่าวคือ เมื่อเกิดการบาดเจ็บไขสันหลังบริเวณกระดูกสันหลังส่วนบั้นเอว (lumbar) จะทำให้เกิดการอ่อนแรงของขาทั้งสองข้าง (paraplegia) แต่ถ้าเกิดการทำลายไขสันหลังบริเวณที่อยู่สูงขึ้นไป เช่น กระดูกสันหลังส่วนต้นคอ จะทำให้เกิดอัมพาตทั้งตัว คือแขนและขาทั้งสองข้างจะอ่อนแรง (quadriplegia) (Alexander, 1999)

ในทางการแพทย์ การเกิดภาวะอัมพฤกษ์ อัมพาตท่อนล่างหรือทั้งตัวนี้ มักระบุสาเหตุโดยรวมว่าเป็นการบาดเจ็บของไขสันหลัง (spinal cord injury) อันหมายถึง การที่ไขสันหลังได้รับบาดเจ็บ ซึ่งทำให้เกิดการสูญเสียในด้านการรับความรู้สึกและความสามารถในการเคลื่อนไหว โดยอาจเกิดได้ทุกระดับของไขสันหลัง และมีระดับความรุนแรงตั้งแต่รุนแรงน้อยจนถึงรุนแรงมาก ซึ่งZejdlik ได้แบ่งการบาดเจ็บของไขสันหลังออกเป็น 2 ประเภท คือ Complete cord lesion และ

Incomplete cord lesion โดย Complete cord lesion เป็นการสูญเสียการทำงานของประสาทสั่งการและประสาทรับความรู้สึกในบริเวณที่ต่ำกว่าระดับที่มีพยาธิสภาพหรือบริเวณที่ได้รับบาดเจ็บ ซึ่งส่งผลให้ไขสันหลังเกิดการขาดเลือด ไม่สามารถที่จะฟื้นตัวได้ จึงเป็นสาเหตุทำให้เกิดอัมพาตท่อนล่างหรืออัมพาตทั้งตัวได้ โดยขึ้นอยู่กับระดับของไขสันหลังที่ได้รับบาดเจ็บ ส่วน Incomplete cord lesion เป็นการที่ไขสันหลังถูกทำลายบางส่วน มีโอกาสในการฟื้นตัวของประสาทไขสันหลัง การรับความรู้สึกหรือการอ่อนแรงจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพหรือระดับไขสันหลังที่ได้รับบาดเจ็บ (Zejdlik, 1992) กล่าวคือ กรณีเมื่อมีพยาธิสภาพที่กระดูกต้นคอระดับที่ 1 ถึงระดับที่ 4 จะมีภาวะอัมพาตอ่อนแรงของแขน ลำตัวและขา รวมทั้งสูญเสียความรู้สึกในส่วนของร่างกายที่เป็นอัมพาต ไม่สามารถหายใจได้เองเพราะกระบังลมไม่ทำงาน มีอัมพาตแบบแข็งเกร็ง (spastic paralysis) ความดันโลหิตต่ำ ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ในอีกกรณีหนึ่ง เมื่อมีพยาธิสภาพที่กระดูกต้นคอระดับที่ 5 ถึงระดับที่ 6 จะมีอัมพาตแบบอ่อนเปียก (flaccid paralysis) ของกล้ามเนื้อต้นแขน กล้ามเนื้อสะบักและกล้ามเนื้อที่ช่วยในการงอข้อศอก แต่ผู้ป่วยจะยังสามารถหายใจได้เอง และกรณีเมื่อมีพยาธิสภาพที่กระดูกต้นคอระดับที่ 8 ถึงกระดูกทรวงอกระดับที่ 1 จะมีอัมพาตอ่อนแรงที่มือ และมักพบอัมพาตของระบบประสาทอัตโนมัติชนิดซิมพาเทติกที่มาควบคุมตา ทำให้รูม่านตาเล็กลง หนังตาตกและเหงื่อไม่ออกที่ใบหน้าร่วมด้วย แต่ถ้ากรณีที่มีพยาธิสภาพที่กระดูกทรวงอกระดับล่าง กล้ามเนื้อหน้าท้องส่วนล่างจะเป็นอัมพาต แต่ส่วนบนจะยังปกติ ร่วมกับมีอัมพาตเกร็งของขา และกรณีเมื่อมีพยาธิสภาพที่กระดูกทรวงอกระดับที่ 12 ถึงกระดูกบั้นเอวที่ 1 กล้ามเนื้อหน้าท้องจะยังคงปกติ แต่เกิดอัมพาตเกร็งของขา กรณีเมื่อมีพยาธิสภาพที่กระดูกบั้นเอวระดับที่ 3 ถึงระดับที่ 4 กล้ามเนื้อที่ช่วยงอและหุบสะโพกจะยังดีอยู่ ถ้ากระตุ้นที่ฝ่าเท้าจะมีการตอบสนองของบาบินสกี (Babinski's response) คือมีการตอบสนองของนิ้วหัวแม่เท้าโดยการกระดกขึ้น (dorsiflexion) กรณีเมื่อมีพยาธิสภาพที่กระดูกก้นกบระดับที่ 1 ถึงระดับที่ 2 กล้ามเนื้อของขาส่วนใหญ่จะปกติดี ยกเว้นกล้ามเนื้อในฝ่าเท้า กล้ามเนื้อน่องที่ช่วยเขย่งเท้า แต่ยังมีปฏิกิริยาการตอบสนองของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนัก (anal and bulbocavernosus reflex) นอกจากนี้ กรณีเมื่อมีพยาธิสภาพที่กระดูกก้นกบระดับที่ 3 ถึงระดับที่ 4 กล้ามเนื้อขาจะปกติ ลำไส้ใหญ่และกระเพาะปัสสาวะจะเป็นอัมพาตแบบอ่อนเปียก มีการคั่งของปัสสาวะและอุจจาระ ทั้งนี้เป็นเพราะกล้ามเนื้อหูรูดชั้นในจะยังคงทำงานปกติภายใต้การควบคุมของระบบประสาทอัตโนมัติชนิดซิมพาเทติก แต่กล้ามเนื้อหูรูดชั้นนอกเป็นอัมพาต ผู้ป่วยจะสูญเสียความรู้สึกที่บริเวณก้น และไม่มีปฏิกิริยาการตอบสนองของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนัก (anal and bulbocavernosus reflex) และสุดท้าย กรณีเมื่อมีพยาธิสภาพที่ระดับกลุ่มรากประสาทหางม้า (cauda equine) อาการที่เกิดขึ้นมักไม่แน่นอน ทั้งนี้ขึ้นกับว่าเส้นประสาทเส้นใด

ถูกกดทับหรือตัดขาด โดยมักจะเป็นเพียงบางส่วนเท่านั้น ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรงบ้างและมีความรู้สึกลดลง (Luckmann and Sorensen, 1974 ; Morton and Fomtaine, 2009)

สำหรับสาเหตุของการเกิดภาวะอัมพฤกษ์ อัมพาตอันเนื่องมาจากไขสันหลัง มีที่มาทั้งจากสาเหตุภายใน (ร่างกาย) และสาเหตุภายนอก (ร่างกาย) โดยสาเหตุภายในเกิดจากการกดทับเส้นประสาท ไม่ว่าจะเป็น การเสื่อมสภาพของกระดูกสันหลัง (degernative change) เช่น การเสื่อมสภาพของกระดูกสันหลังตามวัย โดยพบว่า หมอนรองกระดูกสันหลังของคนเราจะเริ่มเสื่อมเมื่ออายุพ้นวัย 25 ปีขึ้นไป เพราะหลังจากนี้หมอนรองกระดูกสันหลังจะได้รับอาหารมาเลี้ยงน้อยลง ความยืดหยุ่นหรือการทรงรูปเมื่อถูกกระแทกจึงเสื่อมประสิทธิภาพ นอกจากนี้ การกดทับเส้นประสาท อาจเกิดได้จากการเคลื่อนของกระดูกสันหลัง (spondylolisthesis) การยื่นของหมอนรองกระดูกสันหลังจนกดทับเส้นประสาท (herniatednucleus pulposus) หรือแม้กระทั่งหมอนรองกระดูกสันหลังมีการเสื่อมสภาพเนื่องจากหินปูนเกาะ ส่วนสาเหตุภายในที่สำคัญอื่นๆยังอาจเป็นการติดเชื้อที่กระดูกสันหลัง (spondylitis) เช่น วัณโรคของกระดูกสันหลัง (tuberculous spondylitis) ความวิกลของรูปกระดูกสันหลัง (spinal deformity) เช่น กระดูกผิดรูปมาแต่กำเนิดหรือเป็นรอยโรคที่เกิดขึ้นภายหลังโดยมีการผิดรูปของกระดูกสันหลัง เช่น กระดูกสันหลังแอ่น (lordosis) กระดูกสันหลังค่อม (kyphosis) กระดูกสันหลังคด (scoliosis) เป็นต้น และสาเหตุภายในประสาทสุดท้าย คือ การเกิดเนื้องอก (tumor) (ภานุพันธ์ ทรงเจริญและบรรจง มไหสวริยะ, 2539)

สำหรับสาเหตุภายนอก อาจแบ่งออกได้เป็น แรงที่มากระทำต่อกระดูกสันหลังทั้งทางตรงและทางอ้อม สำหรับแรงที่มากระทำโดยทางตรง อาจมาจากการปฏิบัติตัว ท่าทางหรืออิริยาบถที่ไม่ถูกต้องในชีวิตประจำวัน เช่น การนั่ง, การนอน, การยืนและการเดิน เป็นต้น นอกจากนี้อาจเกิดจากการได้รับแรงกระแทกที่ศีรษะ, สะโพก, ขา ทำให้กระดูกสันหลังหักงอพับมากเกินไปจนเกิดการหักขึ้น อันเป็นผลทำให้เกิดการบาดเจ็บที่ไขสันหลัง โดยที่พบบ่อย คือ การตกจากที่สูง, การมีของหนักตกทับ อุบัติเหตุในการเล่นกีฬา อุบัติเหตุทางท้องถนน ซึ่งอาจมีการกระเด็นออกจากรถและศีรษะกระแทกพื้น กรณีเหล่านี้ระดับของการบาดเจ็บส่วนใหญ่พบที่กระดูกสันหลังที่ต่อระหว่างช่วงอกกับเอว ส่วนแรงที่มากระทำโดยอ้อมนั้นอาจเกิดจากอาชญากรรมหรืออุบัติเหตุ เช่น ถูกกระสุนปืน, สะเก็ดระเบิด, ถูกแทงด้วยของมีคม เป็นต้น โดยการบาดเจ็บที่ไขสันหลัง (spinal cord injury) ด้วยสาเหตุเหล่านี้จะพบว่าเซลล์ประสาทไขสันหลังและรากประสาท จะได้รับบาดเจ็บจากแรงกดของกระดูกสันหลัง หมอนรองกระดูกสันหลังยื่น ก้อนเลือดและเอ็นฉีกขาด แรงที่มากระทบอย่างรุนแรงทันทีทันใดต่อไขสันหลังนั้น ทำให้ประสาทไขสันหลังแยกจากกันทันทีไม่สามารถประสานหน้าที่กันได้ ทำให้เกิดอาการอัมพาตและสูญเสียความรู้สึกในส่วนที่ต่ำกว่าพยาธิสภาพนั้น (ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู, 2536)

ดังที่ได้กล่าวในตอนต้นว่า ภาวะอัมพฤกษ์ อัมพาต อาจเกิดได้จากสมอง โดยโรคที่พบบ่อย คือ โรคหลอดเลือดสมองหรือ stroke ซึ่งภาวะดังกล่าวที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมองนี้ ทำให้เกิดการเป็นอัมพาตครึ่งซีก (hemiplegia) จะมีอาการอ่อนแรงของแขนและขาซีกใดซีกหนึ่งของร่างกาย อัมพาตครึ่งซีกนั้น มักเกิดจากการที่สมองซีกใดซีกหนึ่งมีพยาธิสภาพ จึงทำให้การควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อแขนและขาด้านตรงข้ามสูญเสีย (น้อมจิตต์ นวลเนตร์, 2552) นอกจากความผิดปกติของโรคหลอดเลือดสมองที่ทำให้เกิดอัมพาตด้านการเคลื่อนไหวแล้ว ยังมีความผิดปกติอื่นๆ เช่น ความผิดปกติที่ศูนย์ควบคุมการพูดที่อยู่บริเวณเปลือกสมองด้านข้าง ทำให้เกิดอาการพูดไม่ได้ เป็นความผิดปกติของการพูดซึ่งมีลักษณะที่พูดไม่ออก มีเสียงอยู่ในลำคอไม่สามารถที่จะเปล่งเสียงออกมาได้ และถ้าเป็นมากจะไม่สามารถเข้าใจคำพูดของคนอื่นได้ แต่ถ้าความผิดปกติอยู่ที่บริเวณก้านสมองจะมีการเปล่งเสียงออกมาผิดไปจากธรรมดาเป็นลักษณะพูดไม่ชัด (ปัญญ บุรณศิริ, 2525) นอกจากนั้นยังอาจมีความผิดปติของเส้นประสาทสมอง เส้นที่ 3, 4, 6 โดยความผิดปกติที่พบบ่อย ได้แก่ การรับรู้ด้านการมองเห็นผิดปกติ ตาบอดครึ่งซีกด้านเดียวกันทั้ง 2 ตา ทำให้ไม่สามารถมองเห็นซีกที่เป็นอัมพาต นอกจากนี้อาจมีความผิดปกติเกี่ยวกับสติปัญญา ได้แก่ การสูญเสียความจำ ขาดสมาธิ เบี่ยงเบนความสนใจได้ง่าย เป็นต้น นอกจากนั้นการที่มีภาวะเลือดออกในสมองอาจทำให้เกิดการกลืนลำบาก มองเห็นภาพซ้อน เวียนศีรษะบ้านหมุน แขนขาสะเปะสะปะใช้การไม่ได้ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544)

สำหรับอัมพาตที่เกิดจากไขสันหลัง แบ่งออกเป็น อัมพาตท่อนล่าง (paraplegia) หมายถึง การเป็นอัมพาตของส่วนล่างของร่างกาย รวมถึงลำตัวและขาทั้งสองข้าง พบได้จากการบาดเจ็บกระดูกสันหลังส่วนอกระดับที่ 2 หรือต่ำกว่า ซึ่งภาวะอัมพาตท่อนล่างนี้ แบ่งได้เป็น 2 ประเภท คืออัมพาตท่อนล่างในระดับสูง (high paraplegia) เกิดจากการบาดเจ็บของไขสันหลังจากกระดูกสันหลังส่วนอกระดับที่2 ถึงระดับที่ 6 และอัมพาตท่อนล่างระดับต่ำ (low paraplegia) เกิดจากการที่ไขสันหลังได้รับบาดเจ็บบริเวณกระดูกสันหลังส่วนอกระดับที่ 7 หรือต่ำกว่า โดยอัมพาตท่อนล่างทั้งสองประเภทนี้ร่างกายส่วนบนยังสามารถใช้การได้ปกติ ส่วนภาวะอัมพาตทั้งตัว (quadriplegia or tetraplegia) หมายถึง การเป็นอัมพาตทั้งส่วนบนและส่วนล่างของร่างกาย รวมไปถึงมือและแขนทั้งสองข้าง ภาวะอัมพาตทั้งตัวนี้ เกิดจากการได้รับบาดเจ็บบริเวณกระดูกสันหลังส่วนอกระดับที่ 1 หรือเหนือขึ้นไป อันก่อให้เกิดอัมพาตของกล้ามเนื้อบริเวณคอและหลัง รวมไปถึงกระบังลมและกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจ ปัญหาที่สำคัญที่พบได้ในภาวะนี้คือ การหายใจล้มเหลว ในผู้ที่ได้รับบาดเจ็บไขสันหลังบริเวณกระดูกสันหลังส่วนต้นคอระดับที่ 4 หรือเหนือขึ้นไปโดยจะต้องใช้เครื่องช่วยหายใจในการมีชีวิตอยู่ (Zejdlik, 1992)

สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจะทำการศึกษาจากผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต อันเนื่องจากไขสันหลังบาดเจ็บเท่านั้น โดยจะไม่ศึกษาในผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาตอันเนื่องจากโรคทางสมอง เนื่องจากภาวะอัมพฤกษ์ อัมพาตของโรคทางสมองเป็นไปได้ยากที่จะทำการศึกษาเกี่ยวกับมุมมองเชิงบวก อีกทั้งพยาธิสภาพทางด้านร่างกายของผู้ป่วยไม่เอื้ออำนวยต่อการตอบคำถามที่เกี่ยวข้องกับมุมมองเชิงบวกในชีวิตได้อย่างสมบูรณ์

2.2.2 ผลและผลกระทบของภาวะอัมพาต

ภาวะอัมพาต นอกจากจะส่งผลกระทบโดยตรงต่อร่างกาย คือไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายในส่วนต่างๆ ได้แล้วนั้น ยังส่งผลกระทบต่อภาวะจิตใจ ไม่ว่าจะเป็นการรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจหรือภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป อีกทั้งอาจส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัว เศรษฐกิจและสังคมอีกด้วย

<u>ผลกระทบทางด้านร่างกาย</u>

เมื่อร่างกายมีการบาดเจ็บเกิดขึ้น ผลโดยตรงคือความเจ็บปวด (pain) ไขสันหลังก็เช่นเดียวกัน ความเจ็บปวดบริเวณที่ได้รับบาดเจ็บ เมื่อกระดูกสันหลังหักหรือเคลื่อน ในระยะแรกอาการปวดมักเกิดจากการบอบช้ำหรือฉีกขาดของเนื้อเยื่อกล้ามเนื้อ เอ็น พังผืด เยื่อหุ้มข้อที่ได้รับการกระทบกระแทก ทำให้เกิดความเจ็บปวด ยิ่งมีการขยับเขยื้อนก็จะยิ่งปวดเพิ่มขึ้น (เนตรนภา คู่พันธวี, 2541) ความเจ็บปวดเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทางกระดูกสันหลัง โดยอาจเกิดขึ้นจากอาการปวดกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ อาการปวดที่มีสาเหตุมาจากการมีพยาธิสภาพของอวัยวะภายในหรือเป็นความเจ็บปวดที่มาจากระบบประสาท ไม่ว่าจะเป็นในบริเวณที่เหนือพยาธิสภาพหรือเหนือบริเวณที่เกิดโรคหรืออาจจะเป็นในบริเวณที่ต่ำกว่าพยาธิสภาพก็ตาม ส่วนในกรณีของรากประสาทที่ออกจากโพรงของกระดูกสันหลังในระดับใกล้เคียงอาจถูกกดทับหรือฉีกขาดก็เกิดเป็นความเจ็บปวดได้ เช่น ผู้ที่บาดเจ็บกระดูกสันหลังส่วนต้นคอจะมีอาการปวดร้าวบริเวณคอและแขน ในขณะเดียวกันผู้ที่มีพยาธิสภาพของไขสันหลังระดับทรวงอกต่อระดับเอว จะมีอาการเจ็บปวดบริเวณกลางหลังแล้วร้าวไปบริเวณชายโครงหรือท้องน้อยส่วนบน เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีลักษณะอาการปวดซึ่งเป็นผลโดยตรงจากพยาธิสภาพหรือเป็นความเจ็บปวดที่เกิดจากเส้นประสาทหรือระบบประสาทส่วนใดส่วนหนึ่งได้รับบาดเจ็บ (neuropathic pain) ส่วนใหญ่มักจะปวดเรื้อรังและมีอาการเสียวแปลบเหมือนไฟช็อต (lancinating) แสบร้อน (burning) ปวดเย็นเหมือนถูกน้ำแข็ง รู้สึกยิบๆซ่าๆ (tingling) แปลบปลาบคล้ายเข็มตำ (pins and needles) คัน (itching) หรือชา (paresthesia) เป็นต้น (Siddall, Taylor and Cousins, 1997) ในผู้ที่มีภาวะอัมพาต การผลิตเหงื่อไม่สามารถเกิดขึ้นได้ในบริเวณที่อัมพาต ผิวหนังจึงแห้ง ชั้นหนังกำพร้าจะหนาตัวและหลุดลอกออกไปอย่างช้าๆคงเหลือ

เพียงหนังแท้ที่บางเป็นมัน มีการสูญเสียความยืดหยุ่น ร่วมกับการที่ไม่ได้ขยับเขยื้อน ทำให้มีการคั่งของเลือดและน้ำเหลือง เกิดการบวมและขาดสารอาหารมาเลี้ยงบริเวณดังกล่าว ฉะนั้นผิวหนังในส่วนที่เป็นอัมพาต จึงมีโอกาสเกิดบาดแผลได้ง่าย เพราะชั้นผิวหนังที่บางลงขาดเลือดมาเลี้ยง ไม่มีความรู้สึก อีกทั้งไม่สามารถขยับเขยื้อนได้ แผลกดทับ (pressure sore) จึงเป็นปัญหาใหญ่ที่เกิดขึ้นได้ง่าย ตำแหน่งของแผลกดทับมักเกิดขึ้นบริเวณที่เป็นปุ่มกระดูก และอยู่ชิดผิวหนัง ได้แก่ ส้นเท้า ตาตุ่ม ก้นกบ เป็นต้น (อภิชนา โฆวินทะ, 2533) นอกนั้นยังมีความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับนี้ กล่าวคือ ผิวหนังซึ่งเดิมมีหน้าที่ปกป้องเชื้อโรคเข้ามาในร่างกาย เมื่อผิวหนังเกิดแผลกดทับและเกิดการฉีกขาดจึงเป็นเหตุทำให้เชื้อโรคเข้ามาในร่างกายโดยง่าย ก่อให้เกิดการติดเชื้อได้ (Alexander, 1999)

ยิ่งไปกว่านั้นยังมีผลกระทบที่เกิดขึ้นกับร่างกาย คือระบบการขับถ่ายปัสสาวะ โดยปกติระบบประสาทโซมาติก ซึ่งมีเซลล์อยู่ที่ไขสันหลังส่วนกระเบนเหน็บระดับที่ 2 ถึงระดับที่ 4 ส่งกระแสประสาทไปสั่งงานกล้ามเนื้อหูรูดชั้นนอกภายใต้การควบคุมของสมอง แต่เมื่อมีภาวะไขสันหลังบาดเจ็บเกิดขึ้น สมองจะไม่สามารถควบคุมการทำงานของกระเพาะปัสสาวะได้ต่อไป และไม่สามารถรับความรู้สึกปวดปัสสาวะได้อีก อันอาจทำให้เกิดการถ่ายปัสสาวะเล็ดราดหรือกลั้นปัสสาวะไม่ได้ เป็นต้น ดังนั้นผู้ที่มีรอยโรคของไขสันหลังส่วนกระเบนเหน็บระดับที่ 2 ถึงระดับที่ 4 จะมีกระเพาะปัสสาวะแบบปวกเปียก (flaccid bladder) ถ้าไม่ช่วยระบายปัสสาวะออก กระเพาะปัสสาวะจะโป่งพองได้มากๆ ทำให้เลือดมาเลี้ยงผนังกระเพาะปัสสาวะได้น้อยลง และมีผลถึงภูมิต้านทานของเยื่อบุกระเพาะปัสสาวะ อีกทั้งในการสูญเสียการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ ทำให้มีปัสสาวะเหลือค้างมากในกระเพาะปัสสาวะส่งผลให้ความยืดหยุ่นของกระเพาะปัสสาวะเสียไป ความดันในกระเพาะปัสสาวะที่สูงจะทำให้ปัสสาวะไหลย้อนกลับสู่ไต เกิดการติดเชื้อได้ง่าย นอกจากนี้ผู้ที่มีภาวะอัมพาตไม่สามารถเคลื่อนไหวขาทั้งสองข้างได้ เมื่อมีปัสสาวะเล็ดราด ทำให้เกิดการหมักหมมของเชื้อโรค จนอาจเกิดกระเพาะปัสสาวะอักเสบ ซึ่งเป็นสาเหตุของการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2543)

ส่วนในระบบการขับถ่ายอุจจาระก็อาจมีปัญหา ซึ่งแบ่งได้เป็น 2 ประเภท โดยประเภทแรกนั้น คือการที่ลำไส้ใหญ่บีบตัวอัตโนมัติ พบในผู้ที่มีพยาธิสภาพของไขสันหลังระดับสูงกว่ากระดูกกระเบนเหน็บที่ 2-4 ซึ่งเป็นเซลล์ประสาทสั่งการส่วนล่างของลำไส้ใหญ่ส่วนปลายและหูรูดทวารหนัก จะมีการขับถ่ายอุจจาระออกได้เมื่อส่วนของลำไส้ตรงถูกกระตุ้นจากอุจจาระที่เคลื่อนลงมาถึง แต่ไม่สามารถกลั้นอุจจาระได้ เพราะไม่สามารถควบคุมกล้ามเนื้อหูรูดชั้นนอกได้ จึงเกิดปัญหาอุจจาระเล็ดตามมา ในทางกลับกัน ประเภทที่ 2 ลำไส้ใหญ่แบบอ่อนปวกเปียกพบในผู้ที่มีพยาธิสภาพของไขสันหลังระดับกระเบนเหน็บที่ 2-4 หรือระดับรากประสาทส่วนหางม้า จะไม่

มีความรู้สึกอยากถ่ายอุจจาระ การควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อหูรูดชั้นนอกเสียไป กล้ามเนื้อหูรูดชั้นในมีความตึงตัวบ้างแต่น้อยกว่าปกติและมีการบีบตัวขับกากอาหารจากลำไส้ใหญ่ลงสู่ลำไส้ตรงลดลง อุจจาระส่วนใหญ่จะยังคงค้างอยู่ในลำไส้ตรงเกิดอุจจาระอัดแน่นได้ (เนตรนภา คู่พันธวี, 2541)

นอกจากนี้ ยังมีผลกระทบต่อร่างกายที่สำคัญอีกด้านหนึ่ง คือ ด้านเพศสัมพันธ์ โดยเพศชายที่ได้รับบาดเจ็บเหนือไขสันหลังระดับทรวงอกที่ 12 ขึ้นไป สามารถมีการแข็งตัวของอวัยวะเพศได้จากการกระตุ้นบริเวณอวัยวะเพศและรอบๆทวารหนัก แต่ถ้ามีการบาดเจ็บที่ไขสันหลังเหนือระดับกระเบนเหน็บที่ 2-4 สามารถมีการแข็งตัวของอวัยวะเพศได้บางส่วน จากการกระตุ้นบริเวณอวัยวะเพศ ส่วนผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่ไขสันหลังระดับกระเบนเหน็บที่ 2-4 อวัยวะเพศสามารถแข็งตัวได้บางส่วนจากจินตนาการทางเพศ (กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2543) จากปัญหาเหล่านี้ทำให้เพศชายมักไม่สามารถให้กำเนิดบุตรได้ เนื่องจากการแข็งตัวขององคชาติ บางครั้งเกิดนานไม่พอสำหรับการร่วมเพศ อีกทั้งไม่มีการหลั่งของน้ำอสุจิ ซึ่งเป็นเหตุสำคัญที่ไม่สามารถให้กำเนิดบุตรได้ จากรายงานต่างๆ พบว่า มีเพียงประมาณร้อยละ 10 ของผู้ป่วยอัมพาตที่ยังสามารถหลั่งน้ำอสุจิได้ (อภิชนา โฆวินทะ, 2533) สำหรับเพศหญิง ร้อยละ 50 ของผู้ที่ได้รับการบาดเจ็บทางไขสันหลังร่างกายยังสามารถหลั่งฮอร์โมนเพศได้ ประมาณ 6 เดือนภายหลังการได้รับบาดเจ็บจะสามารถกลับมามีประจำเดือนและตั้งครรภ์ได้ (Hausman, 2009) ในผู้ที่มีพยาธิสภาพเหนือไขสันหลังระดับทรวงอกที่ 10 จะมีการคั่งของโลหิตบริเวณ clitoris และ labia สามารถหลั่งสารหล่อลื่นในช่องคลอดได้เมื่อถูกกระตุ้นด้วยการสัมผัส ส่วนผู้ที่มีพยาธิสภาพของไขสันหลังระดับทรวงอกที่ 10-12 และระดับกระเบนเหน็บที่ 2-4 จะไม่สามารถรับความรู้สึกสุดยอดจากการกระตุ้นของอวัยวะเพศชายที่สอดใส่ในช่องคลอด แต่ผู้ที่มีพยาธิสภาพที่ต่ำกว่าไขสันหลังระดับทรวงอกที่ 5-6 อาจจะมีความรู้สึกดังกล่าวได้จากการกระตุ้นบริเวณรอบหัวนมและส่วนอื่นๆ เช่น ปาก หรือข้างใบหู เป็นต้น (กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2543) ส่วนภาวะการมีบุตรนั้น ในเพศหญิง ผู้ที่มีพยาธิสภาพสูงกว่าไขสันหลังระดับทรวงอกที่ 10 การหดรัดตัวของมดลูกจะยังคงเกิดขึ้น แต่ผู้ป่วยไม่รู้สึกปวด แต่ถ้ามีพยาธิสภาพอยู่ระหว่างไขสันหลังระดับทรวงอกที่ 10-12 ในกลุ่มนี้ มักทราบว่าตนเองเข้าสู่ระยะใกล้คลอดหรือคลอดเพราะความรู้สึกจากมดลูก แต่ไม่มีความรู้สึกที่บริเวณอวัยวะเพศ ทำให้เกิดการฉีกขาดบริเวณช่องคลอดขณะคลอด โดยไม่มีอาการเจ็บ (เนตรนภา คู่พันธวี, 2541)

<u>ผลกระทบทางด้านจิตใจและอารมณ์</u>

จากการเปลี่ยนแปลงหรือมีข้อจำกัดทางด้านร่างกายของผู้ที่มีภาวะอัมพาตดังกล่าวแล้วข้างต้น ย่อมส่งผลต่อความรู้สึกนึกคิดหรือสภาพจิตใจ ทั้งในด้านอัตมโนทัศน์ (self-concept) ที่กล่าวถึงภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป (body image disturbance) การสูญเสียความภาคภูมิใจใน

ตนเอง (disturbance in self-esteem) การสูญเสียพลังอำนาจ (powerlessness) รวมไปถึงความเศร้าโศกเสียใจ (functional grieving) (Richmond and Metcalf, 1986) โดยความรู้สึกนึกคิดที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจนี้ อาจเป็นความรู้สึกต่อภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป จากการศึกษาของ Richmond และ Metcalf (1986) พบว่า ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บไขสันหลังในระยะเฉียบพลันนี้ จะมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย อันมีผลต่อภาพลักษณ์ที่แสดงออกภายนอกซึ่งเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อสภาพจิตใจเป็นอย่างยิ่ง (Richmond and Metcalf, 1986) และมีการกล่าวว่า *"ฉันไม่ต้องการให้เพื่อน เห็นฉันนั่งเก้าอี้รถเข็นสำหรับคนพิการ"* ของผู้ป่วยอัมพาตในสังคมอเมริกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธัญพร ชื่นกลิ่น ที่ว่า ในสังคมไทยก็เช่นกัน ชีวิตผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่างมักเป็นเป้าสายตาหรือเป็นจุดสนใจ จากการเล่าถึงชีวิตเมื่อต้องออกไปนั่งรถเข็นนอกบ้าน แล้วต้องตกเป็นเป้าสายตา ทำให้รู้สึกอายที่ตนเองใช้ชีวิตที่แตกต่างจากผู้อื่น จากความรู้สึกอายที่ตนเองไม่เหมือนเดิม การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนที่ และการไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ตามปกติ โดยรวมแล้วคือเกิดการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ (ธัญพร ชื่นกลิ่น, 2543) นอกจากภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปนั้น ผู้ป่วยอัมพาตยังเกิดการสูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง ดังตัวอย่างที่ผู้ป่วยมักพูดว่า *"มันคงจะดีถ้าทุกโรงพยาบาลมีคนที่มาคอยพูดคุยกับผู้ป่วยในแต่ละวัน และรู้สึกต่อเขา โดยเปรียบเสมือนเขาเป็นบุคคลคนหนึ่ง"* (Richmond and Metcalf, 1986)

สำหรับการสูญเสียพลังอำนาจ (powerlessness) หรือความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจนี้ นับเป็นภาวะที่บุคคลรู้ว่าตนเองไม่สามารถทำในสิ่งที่ตนต้องการได้ หรือไม่สามารถควบคุมสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนได้ (Richmond and Metcalf, 1986) โดยผู้ที่รู้สึกถึงการสูญเสียอำนาจ จะรู้สึกว่าความมีคุณค่าในตนเองได้ลดลง (Taft, 1985) ตัวอย่างของการสูญเสียอำนาจนั้น คือมีผู้ป่วยรายหนึ่งกล่าวว่า *"ฉันรู้สึกกระหายน้ำมาก ก่อนที่ฉันจะเข้านอน แต่ฉันไม่สามารถเอื้อมมือเพื่อที่จะไปสั่นกระดิ่งได้ ฉันพยายามแล้ว ฉันสะกดคำว่าน้ำ (w-a-t-e-r) ฉันทำทุกวิถีทางที่จะสามารถทำได้ แต่ก็ไม่มีใครได้ยิน ในคืนนั้นฉันจึงหลับไปด้วยความกระหาย"* (Richmond and Metcalf, 1986)

ความโศกเศร้าเสียใจ (functional grieving) ความโศกเศร้าไม่ได้เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาสั้นๆ โดยความจริงแล้วในการแก้ไขปัญหาอาจไม่สามารถแก้ไขให้หมดไปได้ และจากประสบการณ์ในความเศร้าโศกเสียใจนี้ซึ่งเกิดเนื่องมาจากการสูญเสียหน้าที่ของร่างกาย เป็นการสูญเสียความสามารถทางสรีระร่างกายของผู้ป่วย จะส่งผลไปถึงสภาพจิตใจ โดยความเศร้าโศกเสียใจอาจเกิดขึ้นในช่วงเวลาที่สำคัญต่างๆ เช่น วันหยุด วันเกิด หรือวันครบรอบต่างๆ อันเป็นความคาดหวังของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ยิ่งไปกว่านั้นถ้ากระบวนการเศร้าโศกเกิดขึ้นยาวนาน จะทำให้เกิดเป็นความทุกข์ได้ในภายหลัง ดังผู้ป่วยรายหนึ่งกล่าวว่า *"ผมตื่นขึ้นมาในกลางดึกคืนหนึ่ง ผมสำรวจโดยมองไปทางซ้าย ผมเห็นนายจ้างนอนบนเตียงถัดไปจากผม เขาดูเหมือนคนตาย เขาใส่*

อุปกรณ์พยุงกระดูกต้นคอและมีสายน้ำเกลือระโยงระยาง เขาไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ ผมร้องขอความช่วยเหลือด้วยเสียงอันดัง ซึ่งผมคิดว่าผมเป็นบ้าไปแล้ว จากนั้น ผมจึงหันไปมองกระจกเงาภายในห้องที่สะท้อนตัวผมเอง" (Richmond and Metcalf, 1986)

ผลกระทบทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ

จากการที่ระดับความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลงจากภาวะอัมพาต อาจทำให้การเคลื่อนย้ายหรือเดินทางไปในที่ต่างๆถูกจำกัด ส่งผลต่อการเข้าสังคมและการประกอบอาชีพ โดยผลจากความพิการที่เกิดขึ้นภายหลังจากภาวะอัมพาตขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ ส่งผลให้ผู้ที่มีภาวะอัมพาตต้องเปลี่ยนอาชีพ ไม่สามารถประกอบอาชีพเดิมต่อไปได้ นอกจากนี้การที่ผู้ดูแลต้องหยุดงานเพื่อคอยดูแลผู้ป่วย ทำให้ขาดผู้หารายได้ของครอบครัวไป 2 คน ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว ในผู้ป่วยบางรายอาจเกิดความอับอายทำให้ต้องแยกตัวออกจากสังคม (สุพัตรา อยู่สุข, 2553) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธัญพร ชื่นกลิ่น (2543) ที่ว่าด้วยเรื่องของการแยกตัวออกจากสังคมหรือการมีโลกของตนเองอยู่ในบ้าน ดังผู้ป่วยรายหนึ่งกล่าว *ว่า "โลกของเราอยู่ในบ้าน จะออกข้างนอกบ้างแต่น้อย"* ผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง ซึ่งมีลักษณะหันหลังให้แก่สังคมเดิม แม้ว่าการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมจะแตกต่างไปจากเดิม แต่ก็ไม่อาจเทียบได้กับบุคคลทั่วไปที่สามารถเดินได้ เนื่องมาจากลักษณะของสังคมซึ่งให้โอกาสแก่คนพิการน้อย และการคมนาคมขนส่งไม่เอื้ออำนวยให้คนพิการสามารถออกมาใช้ชีวิตนอกบ้านได้โดยลำพัง การเคลื่อนไหวไม่สะดวก ไปไหนมาไหนลำบาก หรือการที่ต้องอาศัยคนอื่นช่วยกันยกหามการออกนอกบ้านยังเป็นการเพิ่มภาระให้กับผู้ที่ไปด้วย ผู้ป่วยจึงไม่สะดวกที่จะใช้ชีวิตอยู่นอกบ้าน การหันหลังให้กับสังคมนี้ทำให้ชีวิตส่วนใหญ่อยู่ภายในบ้าน ชีวิตที่อยู่อย่างอัมพาตท่อนล่างจึงเป็นชีวิตที่อยู่ในพื้นที่จำกัด (ธัญพร ชื่นกลิ่น, 2543)

ผู้ป่วยที่มีภาวะอัมพาตของร่างกายส่วนล่างนั้นไม่สามารถทำทุกอย่างที่ตนเคยทำได้ รวมทั้งไม่สามารถกลับไปทำงานที่ตนเองรัก ต้องปรับเปลี่ยนงานใหม่ให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายของตนเองหรืออาจจะถูกให้ออกจากงานเมื่อไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ดังเดิม โดยเฉพาะผู้ที่มีการศึกษาน้อยและมีอาชีพที่ต้องใช้แรงกายในการทำงาน จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีภาวะอัมพาตร้อยละ 86.25 ไม่ได้ประกอบอาชีพใดๆหลังการเจ็บป่วย จึงเกิดความทุกข์ทรมานจากการไม่มีรายได้เป็นของตนเอง (วิไล คุปต์นิรัติศัยกุลและคณะ, 2542) ในทางกลับกัน สำหรับผู้ป่วยที่สามารถกลับไปทำงานในสถานที่เดิมกับนายจ้างคนเดิม แต่อาจปรับเปลี่ยนตำแหน่งหน้าที่ในการทำงานใหม่เพื่อให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายที่พิการ และอาจต้องมีนักอาชีวบำบัดมาให้การช่วยเหลือหรือสนับสนุนในด้านอาชีพนี้ (Brown and Ungar, 1987) ในการปรับบทบาทและหน้าที่ของผู้ป่วยที่มีภาวะอัมพาต อาจทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องรับภาระมากขึ้น บางรายต้องทำหน้าที่แทน

ผู้ป่วย โดยเฉพาะถ้าจากเดิมผู้ป่วยซึ่งเป็นหัวหน้าครอบครัว เมื่อเกิดความพิการ แม่บ้านหรือสมาชิกอื่นในครอบครัวต้องรับภาระหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัวแทน (วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิพานิช, 2552) ในผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีการรับรู้ต่อการเปลี่ยนแปลงบทบาททางครอบครัวอย่างชัดเจน มีการสูญเสียบทบาทของการเป็นผู้นำครอบครัว โดยตนเองนั้นเคยเป็นผู้ปกป้องภริยาและบุตรและเป็นผู้หารายได้เลี้ยงครอบครัว การเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัวนี้ นอกจากจะส่งผลกระทบด้านเศรษฐกิจแล้ว ยังอาจมีผลต่อสัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวอีกด้วย (สุดศิริ หิรัญชุณหะ, 2530) ดังจากคำบอกเล่าของผู้ป่วยที่ว่า *"ความรู้สึกเรามันคิดตลอดเวลา ว่าต่อไปจะทำยังไง ต้องเป็นภาระให้ทางบ้าน ต้องออกจากราชการแน่นอน ถ้าต้องออกจากงานแล้ว จะไปทำอะไร ทำยังไงดี"* (ธัญพร ชื่นกลิ่น, 2543) ผู้ป่วยที่มีความพิการ หากเดิมผู้ป่วยเคยมีบทบาททางสังคม เช่น เป็นหัวหน้างาน ทำงานนอกบ้าน เมื่อเกิดความพิการก็ไม่สามารถไปทำงานได้ดังเดิม ต้องออกจากงาน ทำให้ครอบครัวขาดรายได้ ภรรยาที่เคยเป็นแม่บ้านต้องออกไปทำงานเพื่อหารายได้ทดแทนสามีที่ทำงานไม่ได้ บุตรบางคนอาจต้องหยุดพักการเรียน เพื่อมาดูแลบุพการี จากการที่บทบาททางสังคมของผู้ป่วยลดลง สัมพันธภาพกับสังคมภายนอกก็ลดลง สังคมของผู้ป่วยจึงแคบลง อาจทำให้เกิดการแยกตัวออกจากสังคมในที่สุด (สุรีรัตน์ ช่วงสวัสดิ์ศักดิ์, 2541)

การสนับสนุนทั้งจากครอบครัวและสังคมเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อความคาดหมายในการปรับตัวไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย ภายหลังการเจ็บป่วย หากครอบครัวที่มีความมั่นคงและผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็นอย่างดี ได้มีการศึกษาว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีความสิ้นหวังน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการสนับสนุนใดๆจากครอบครัวหรือสังคม และจากการศึกษาดังกล่าวยังแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ภายในครอบครัวก่อนการเจ็บป่วย ถ้าครอบครัวมีความผูกพันกันอย่างเหนียวแน่น มีการสื่อสารที่ดีและไม่มีความขัดแย้งกัน ผู้ป่วยจะสามารถปรับตัวได้ดีภายหลังการเจ็บป่วย จากการศึกษานี้เองจึงนำไปสู่ข้อแนะนำแก่ผู้ป่วยอัมพาตและครอบครัวว่าสมาชิกในครอบครัวสามารถเป็นส่วนหนึ่งในการรักษาผู้ป่วย รวมทั้งการให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจในระหว่างการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายอีกด้วย (Vocaturo, 2009)

ภาวะอัมพาตเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิด เป็นภาวะวิกฤตของชีวิต การที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ในการมีชีวิตรอดนั้นต้องอาศัยการดูแลจากบุคคลอื่นหรือสมาชิกในครอบครัว อย่างไรก็ตามเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานของชีวิต ผู้ป่วยย่อมต้องดำเนินชีวิตประจำวันต่อไปอย่างมีข้อจำกัด จากการสูญเสียความสามารถทางด้านร่างกาย ซึ่งเป็นผลโดยตรงต่อร่างกายในด้านการสูญเสียความรู้สึกและการควบคุมการเคลื่อนไหว อีกทั้งยังส่งผลต่อสภาพจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย ในการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์หรือความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงจากการสูญเสียบทบาทในงานหรืออาชีพ ทำให้ไม่สามารถทำงานได้ ต้องหยุดงาน เกิดความ

ไม่มั่นคงต่อชีวิตในอนาคต ซึ่งอาจเป็นปัญหาในการทำงาน ทำให้เกิดความไม่คล่องตัว ความสามารถลดลง เกิดความเสียเปรียบในการทำงาน รายได้จึงลดต่ำลง จนอาจเกิดปัญหาทางเศรษฐกิจหรืออาจต้องเปลี่ยนแปลงทั้งบทบาทในครอบครัวและสังคม โดยสูญเสียบทบาทของการเป็นสมาชิกในสังคมบางอย่างไป ต้องเปลี่ยนแปลงบทบาทกับคู่สมรส เช่น ผู้ป่วยไม่สามารถทำหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัวได้อีกต่อไป จะเห็นได้ว่าผลกระทบดังที่กล่าวมาทั้งหมดนี้มีความเชื่อมโยงเกี่ยวเนื่องกันทั้งหมด แต่ถึงอย่างไรก็ตาม การอยู่กับสภาพความพิการจากอัมพาตและมีความหวังที่จะฟื้นฟูสภาพร่างกายเพื่อช่วยเหลือผู้อื่นหรือเพื่อที่จะกระทำชีวิตของตนเองให้มีคุณค่าย่อมทำให้ชีวิตนั้นๆมีสุขสงบและปีติขึ้นได้กับสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นอย่างยอมรับ

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นกรณีศึกษา (case study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษามุมมองเชิงบวกในชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง โดยใช้กรอบแนวคิดจากสำนักคิดจิตวิทยาเชิงบวก (positive psychology) โดยมีรายละเอียดของการดำเนินการวิจัยที่ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยในเชิงคุณภาพดังต่อไปนี้

3.1 ประชากรและกรณีตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง (spinal cord injury) ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยบาดเจ็บทางกระดูกสันหลัง (spinal unit) สำหรับกรณีตัวอย่างที่ศึกษา มีการเลือกอย่างเจาะจง (purposive selection) โดยเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังชนิดสมบูรณ์ จากหอผู้ป่วยบาดเจ็บทางกระดูกสันหลังของโรงพยาบาลศิริราช ซึ่งผู้วิจัยได้ปฏิบัติงานอยู่ เพื่อให้ผู้วิจัยสามารถเข้าถึงผู้ป่วยและสามารถเจาะลึกเกี่ยวกับมุมมองต่างๆในชีวิต ร่วมกับการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ในระยะเวลาที่นานเพียงพอ (non-participant observation) ทั้งนี้ได้เลือกเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในสภาพรู้ตัวและสามารถสื่อสารได้ โดยช่วงเวลาเก็บรวบรวมข้อมูล เริ่มจากเดือนพฤษภาคม 2555 จนถึงเดือนตุลาคม 2555 มีกรณีตัวอย่างอยู่ในสภาพรู้ตัว สามารถสื่อสารได้ ซึ่งทุกรายยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยนี้ จำนวน 8 ราย

แม้ว่าการศึกษาครั้งนี้จะมีเป้าประสงค์เพื่อเข้าใจมุมมองเชิงบวกของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังเป็นรายกรณีตัวอย่าง แต่เพื่อให้เข้าใจกระบวนการทางความคิดและอารมณ์เชิงบวกของผู้ป่วยอย่างเชื่อถือได้ยิ่งขึ้น รวมทั้งเข้าใจบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย การสัมภาษณ์และสังเกตพฤติกรรมของผู้ดูแล สมาชิกครอบครัวและผู้มาเยี่ยมเยียนบางรายของกรณีตัวอย่างแต่ละคน จึงได้ดำเนินการร่วมด้วย บุคคลหรือกลุ่มคนที่จะสัมภาษณ์ร่วมด้วยเหล่านี้ ถือเป็นผู้ให้ข้อมูลอย่างไม่เป็นทางการ (informal interview) ของกรณีตัวอย่างที่ศึกษา (cases)

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ตัวผู้วิจัยถือได้ว่าเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการศึกษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีการสัมภาษณ์เชิงลึกตามวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ดังนั้น การเรียนรู้ของผู้วิจัยจึงเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่ง ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยตนเอง อีกทั้งได้มีการเตรียมความพร้อมในการดำเนินการวิจัย และจัดเตรียมแนวคำถาม แบบบันทึกการสังเกตสำหรับใช้ในการสนทนาและสังเกต ตลอดจนเครื่องมือประกอบอื่นๆเพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ให้เป็นไปตามเป้าหมายอย่างราบรื่น ดังนี้

3.2.1. การเตรียมความพร้อมในด้านความรู้ของผู้วิจัยและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ผู้วิจัยได้เตรียมความรู้ โดยศึกษาแนวคิดของภาวะอัมพาตในแง่ของความหมาย สาเหตุ ประเภทและผลกระทบในด้านต่างๆของภาวะอัมพาต และที่สำคัญคือการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับจิตวิทยาเชิงบวก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง แนวคิดเกี่ยวกับ ชีวิตอันปีติ ชีวิตอันดีงาม และชีวิตอันมีค่า มีความหมาย นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังได้ทบทวนแนวคิดในการศึกษารายกรณีตามระเบียบวิธีการวิจัยทางจิตวิทยาและวิจัยเชิงคุณภาพในประเด็นเกี่ยวกับการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์กรณีตัวอย่าง การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก โดยเน้นเทคนิคการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกเป็นรายบุคคล การสังเกตและการจดบันทึกสนาม ทั้งนี้เพื่อการศึกษาที่ถูกต้องเชื่อถือได้ ครอบคลุมและละเอียดลึกซึ้งมากที่สุด

3.2.2. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับอายุ เพศ สถานภาพสมรส การนับถือศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพและลักษณะงาน รวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ซึ่งประกอบด้วย ผลการวินิจฉัยโรค ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยโรค อาการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการ เป็นต้น

3.2.3. การบันทึกกิจวัตรประจำวัน อันได้แก่ ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการลง wheelchair การพลิกตะแคงตัว การอาบน้ำ การขับถ่าย การสวนปัสสาวะด้วยตนเอง เป็นต้น

3.2.4. แนวทางการสัมภาษณ์ทั้ง 3 มุมมอง ในเรื่องของชีวิตอันปีติ (pleasant life) ชีวิตที่มีความดีงาม (engaged life or good life) ชีวิตที่มีความหมาย (meaningful life)

3.2.5. แนวทางการสัมภาษณ์ informal interview

3.2.6. การจัดเตรียมเครื่องมือประกอบเพื่อช่วยในการวิจัย ผู้วิจัยจัดเตรียมอุปกรณ์การบันทึกเสียง ได้แก่ เครื่องบันทึกเสียง ตลอดจนอุปกรณ์เสริม เช่น แบตเตอรี่ สายไฟฟ้า กล้องถ่ายรูป ให้พร้อมใช้เมื่อเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อเป็นการตรวจสอบและป้องกันความคลาดเคลื่อนของข้อมูล นอกจากนี้ ยังได้เตรียมสมุดจดบันทึกและปากกาเพื่อใช้จดบันทึกในระหว่างเก็บรวบรวมข้อมูลอีกด้วย

แม้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมจะเป็นแนวคำถามรวมที่ใช้ในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกที่ผู้วิจัยได้กำหนดขึ้นเพื่อเข้าใจเกี่ยวกับมุมมองของผู้ป่วยกรณีศึกษา แต่ก็มีการพิจารณาตามสภาวะของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังในแต่ละบุคคล ซึ่งมีความยืดหยุ่นตามกรณีศึกษา แนวคำถามในการสัมภาษณ์เกี่ยวกับมุมมองเชิงบวกในชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง ซึ่งผู้วิจัยเตรียมเป็นแนวคำถามในลักษณะปลายเปิด เพื่อการสัมภาษณ์ในรูปของการสนทนาคล้ายในชีวิตประจำวัน โดยอิงคำถามการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาสาระเนื้อหาที่ปรากฏในรายงานการวิจัย เอกสาร ตำราและบทความต่างๆที่เกี่ยวข้อง และเมื่อได้แนวคำถามที่ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์และเนื้อหาที่ต้องการศึกษาแล้วนั้น ได้นำคำถามเหล่านั้นมาปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อปรับปรุง แก้ไขคำถามให้เหมาะสมยิ่งขึ้นก่อนนำไปใช้ในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

3.3 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth interview) เป็นวิถีทางในการเข้าถึงข้อมูลโดยใช้แนวคำถามที่ผู้วิจัยได้จัดเตรียมไว้ เพื่อใช้ในการสนทนาอย่างมีเป้าหมายเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ในลักษณะปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่เผชิญหน้าซึ่งกันและกันโดยตรง แบบการแลกเปลี่ยนที่เป็นธรรมชาติคล้ายการสนทนาในชีวิตประจำวัน และมีจุดสนใจอยู่ที่การแสดงความคิดเกี่ยวกับมุมมองเชิงบวกในชีวิต ทั้งในด้านความสุขของชีวิตทั้งในอดีตปัจจุบันและอนาคต รวมถึงความดีงามและการมีชีวิตที่อยู่อย่างมีคุณค่า มีความหมายของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง โดยมุ่งเน้นการเข้าใจมุมมองในชีวิตของผู้ป่วย ในการสัมภาษณ์ได้กระทำร่วมกับการบันทึกเสียงการสนทนา และมีการสังเกตขณะสัมภาษณ์ไปด้วย ไม่ว่าจะเป็นการสังเกตพฤติกรรม สีหน้าท่าทางของผู้ป่วย โดยในขณะสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้ดำเนินการสนทนาเป็นไปอย่างธรรมชาติ ในการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง จะสัมภาษณ์เมื่อผู้ป่วยมีความพร้อม ในบรรยากาศที่เป็นส่วนตัวและใช้เวลาประมาณ 45 ถึง 90นาที เพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วน โดยเริ่มต้นด้วยการพูดคุยด้วยเรื่องทั่วไปก่อน จนกว่าบรรยากาศจะเริ่มเป็นธรรมชาติ ทั้งนี้หากผู้ป่วยไม่มีท่าทีอึดอัดประมาณ 5-10 นาที แล้วจึงเริ่มสัมภาษณ์เจาะลึก โดยผู้วิจัยไม่บังคับให้ผู้ป่วยตอบคำถาม และในขณะทำการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้ทำการประมวลขอบเขตของข้อมูลที่ได้จาการสนทนาที่ผ่านมาว่ามีประเด็นใดบ้างที่ต้องการความชัดเจนและความต่อเนื่อง โดยทำการจดบันทึกสั้นๆ และไม่ขัดจังหวะในขณะที่ผู้ป่วยให้ข้อมูล

บางกรณีในขณะสัมภาษณ์ ผู้ป่วยอาจไม่ตอบคำถามในบางช่วงของการสนทนา ซึ่งอาจจะเป็นไปได้ว่าไม่แน่ใจว่าผู้สัมภาษณ์ต้องการอะไร ไม่เข้าใจคำถาม ไม่มีความรู้ในเรื่องที่

ถูกถาม ไม่สามารถแสดงความคิดเห็น ความรู้สึกออกมาเป็นคำพูดได้ หรือคิดว่าเป็นคำถามส่วนบุคคลและผู้วิจัยกำลังละเมิดความเป็นส่วนตัว หรือบางครั้งผู้ป่วยเกิดภาวะเศร้าเมื่อหวนกลับคิดถึงภาวะที่ตนเป็นอยู่ ผู้วิจัยจะทำการคาดเดาเหตุผลของผู้ป่วย เพื่อประกอบการตัดสินใจดำเนินการแก้ไขสถานการณ์ให้เป็นไปอย่างราบรื่นด้วยการเงียบ และรอให้ผู้ป่วยได้ใช้ความคิดสักครู่ หรือภาวะอารมณ์นั้นค่อยระงับลง จากนั้นจึงได้ทำการกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดต่อด้วยภาษาท่าทางและภาษาพูด เช่น การประสานตา ใช้เทคนิคการถามซ้ำคำถามเดิม ปรับคำถามใหม่ให้เข้าใจง่ายขึ้น ถามถึงสาเหตุที่ทำให้ไม่ตอบ และหากยังไม่ได้รับคำตอบ ผู้วิจัยก็จะปล่อยคำถามนั้น และเปลี่ยนหัวข้อการสนทนาอื่นแทน โดยในขณะสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้ตระหนักเสมอว่า ต้องไม่แสดงบทบาทการเป็นบุคลากรสุขภาพจนไปปิดกั้นการให้ข้อมูลของผู้ป่วย แต่ได้เป็นผู้ฟังที่ดี เพื่อให้ผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็นและมีการแสดงออกอย่างเต็มที่

เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตอบคำถามการวิจัยได้ครบถ้วนและครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้ ผู้วิจัยได้ขอนัดผู้ป่วยเพื่อสัมภาษณ์ครั้งต่อไป อย่างไรก็ตาม ต้องขึ้นอยู่กับความสมัครใจและความยินยอมของผู้ป่วยด้วยทุกครั้ง ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์เช่นนี้ไปจนได้ข้อมูลที่มีความอิ่มตัว (saturation of data) โดยพิจารณาจากข้อมูลที่ได้ว่ามีความซ้ำๆกัน หรือไม่มีข้อมูลใหม่เพิ่มขึ้นจากเดิม และได้ข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์ที่สุด

ในการยุติการสนทนา ผู้วิจัยมีการแสดงให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าผู้วิจัยเคารพในความเป็นบุคคล ประสบการณ์และการเสียสละเวลาแบ่งปันให้ผู้วิจัยได้มีโอกาสรับฟัง

การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกในแต่ละรายกรณี ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ประมาณ 3-4 ครั้ง นอกจากนั้นในระหว่างการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ผู้วิจัยได้สังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย ในระหว่างการทำงาน เนื่องจากผู้วิจัยเป็นพยาบาลของหอผู้ป่วยนี้ ผู้วิจัยได้สังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ทำการสังเกตผู้ป่วยและญาติผู้ใกล้ชิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการแสดงออกและลักษณะการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ไม่ว่าจะเป็นเจ้าหน้าที่ ญาติหรือผู้ป่วยเตียงข้างเคียง

นอกจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยแล้ว ผู้วิจัยยังได้สัมภาษณ์ญาติหรือผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการ (informal interview) ผู้ที่ให้สัมภาษณ์ในแต่ละกรณีล้วนแตกต่างกันไป ซึ่งมีทั้งบิดา มารดา ภรรยาและบุตรสาวของผู้ป่วย

ส่วนการจดบันทึกสนาม (field note) ผู้วิจัยใช้เพื่อบันทึกเหตุการณ์และช่วงเวลาในขณะสัมภาษณ์ รวมทั้งจดบันทึกสีหน้า ท่าทาง ลักษณะการพูด น้ำเสียง พฤติกรรมที่แสดงตามความเป็นจริง ซึ่งช่วยให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรม ภาษา ท่าทาง ที่ไม่ใช่คำพูด นอกจากนี้ยังมีการบันทึกเกี่ยวกับความคิด ความรู้สึกหรือปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้วิจัยในขณะที่เก็บรวบรวมข้อมูล (personal note) เพื่อให้ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น

สำหรับการแปลผลข้อมูลได้ทำเป็นรายวัน หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละวัน ผู้วิจัยทำการแปลผลข้อมูลรายวัน โดยนำข้อมูลที่ได้มาบันทึกให้เป็นระเบียบทุกวัน ในการจัดกระทำกับข้อมูล ผู้วิจัยได้นำเสียงบันทึกการสนทนามาถอดเป็นข้อความเชิงบรรยาย เพื่อบันทึกเหตุการณ์ทั้งหมดที่เกิดขึ้นขณะสัมภาษณ์ อีกทั้งยังอ่านข้อความจากการถอดเสียงบันทึกนั้น เพื่อเลือกข้อความเป็นคำบรรยายของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่ศึกษา และทำการตรวจสอบข้อความที่ยังไม่ชัดเจนและครบถ้วน เพื่อที่จะนำข้อความนั้นไปสัมภาษณ์ในครั้งต่อไป

จากการตรวจสอบข้อมูลรายวัน ภายหลังจากผู้วิจัยได้ข้อมูลจากการสังเกตและสัมภาษณ์ รวมทั้งจดบันทึกสนามในแต่ละวัน ตามประเด็นที่ต้องการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยได้นำผลการแปลข้อมูลรายวันไปตรวจสอบความถูกต้อง (validation) โดยย้อนกลับไปถามผู้ป่วย เพื่อให้ยืนยันว่าข้อสรุปนั้นมีความถูกต้องและเป็นจริง ในการตรวจสอบข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่เป็นข้อสรุปเบื้องต้น (preliminary) หรือการแปลความเบื้องต้นให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบ เพื่อดูความครอบคลุม ความลึกซึ้ง และความอิ่มตัวของข้อมูลในประเด็นที่ทำการศึกษา และได้นำข้อสรุปเบื้องต้นกลับไปให้ผู้ป่วยแต่ละรายอ่าน หรือบางรายผู้วิจัยอ่านทบทวนให้ผู้ป่วยแต่ละรายฟังเพื่อยืนยันและตรวจสอบความถูกต้องของข้อสรุปเป็นครั้งสุดท้าย โดยทำเช่นนี้กับผู้ป่วยทุกรายที่ทำการศึกษา

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมๆกับการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เริ่มการสัมภาษณ์ผู้ป่วยคนแรก ในการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

3.4.1. อ่านข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการบันทึกและข้อมูลจากการถอดข้อความเสียงอย่างละเอียด โดยอ่านหลายๆครั้ง เพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับมุมมองเชิงบวกในชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง ภายหลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละวัน ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาทำการถอดข้อความเสียงที่ได้บันทึกไว้อย่างตั้งใจและบันทึกข้อความที่เกี่ยวข้องทั้งหมดลงในสมุดบันทึกประจำตัวของผู้ป่วยแต่ละราย หลังจากถอดข้อความเสียงแล้ว ยังได้นำเอาข้อมูลที่ได้จากการถอดข้อความเสียงและข้อมูลในสมุดบันทึกสนามของผู้ป่วยนั้นๆมาอ่านทำความเข้าใจในภาพรวมของข้อมูลที่ได้และปรากฏการณ์ที่สำคัญ

3.4.2. ตัดตอนหรือหยิบยกข้อความที่มีความสำคัญ (significant phrases or statements) จากคำสัมภาษณ์จากผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งที่เป็นข้อความ วลี หรือประโยค ซึ่งมีความเกี่ยวโยงโดยตรง

กับมุมมองเชิงบวกในชีวิต การให้ความหมายของชีวิตในฐานะที่เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะอัมพาต ซึ่งได้แนวคิดจากคำถามการวิจัย การทบทวนวรรณกรรมต่างๆ โดยนำข้อมูลที่ได้มาจำแนกแยกแยะข้อความที่คล้ายคลึงกัน ก็นำมาจัดเป็นหมวดหมู่เดียวกันเพื่อให้ความหมายต่อไป

3.4.3. ให้ความหมายกับข้อความสำคัญ (formulating meaning) ซึ่งเป็นการให้ความหมายต่อกลุ่มประโยคหรือข้อความที่มีความสำคัญ โดยความหมายต่างๆที่กล่าวถึงนั้นมีความสัมพันธ์กับคำบอกเล่าที่แท้จริงของผู้ป่วย ซึ่งในแต่ละประโยค อาจมีความหมายได้มากกว่าหนึ่งประเด็น หลังจากนั้นก็นำข้อความสำคัญเหล่านั้นไปแยกบันทึกไว้ในแฟ้มข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่จัดไว้ คือ แฟ้มมุมมองเชิงบวกในชีวิตของผู้ป่วยอัมพาต การให้ความหมายของชีวิตเป็นต้น

3.4.4. จัดหมวดหมู่ของแนวเรื่อง (clusters of themes) โดยเป็นการนำความหมายที่ได้มาอ่านซ้ำ แล้วจัดกลุ่มตามประเภท และลักษณะที่มีนัยของความหมายในแนวทางเดียวกันมารวมเข้าไว้ด้วยกัน โดยจัดเป็นแนวเรื่องใหญ่ (themes) และแนวเรื่องย่อย (sub themes) ที่อยู่ภายใต้ความหมายเดียวกันกับแนวเรื่องนั้นๆ โดยแนวเรื่องที่จัดเป็นกลุ่มนั้น ได้มาจากคำบรรยายต่างๆที่เป็นข้อมูลเริ่มต้นและเป็นคำซึ่งมีความเชื่อถือได้ สามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นจริง ถ้ามีความหมายที่ขัดแย้งกันในแนวเรื่องกลุ่มเดียวกันหรือระหว่างกลุ่มหรือไม่มีความสัมพันธ์กับแนวเรื่องอื่นๆ ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบซ้ำในแต่ละวัน ทำให้ผู้วิจัยได้ทราบว่าข้อมูลใดได้มาแล้ว ข้อมูลใดยังขาดไม่ชัดเจนหรือยังไม่ครบถ้วน แล้วได้นำมาวางแผนเก็บข้อมูลเพิ่มเติมในครั้งต่อไป เมื่อข้อมูลใดมีความชัดเจน มีความซ้ำซ้อนกับข้อมูลเดิม ไม่มีข้อมูลใหม่เพิ่มเติม จึงถือเป็นการสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.4.5. บรรยายรายละเอียด (exhaustive description) ซึ่งเป็นการบรรยายเกี่ยวกับมุมมองเชิงบวกต่างๆในชีวิตของผู้ป่วยที่ได้จากการศึกษาและนำมาวิเคราะห์ข้อมูลข้างต้นอย่างละเอียดหลังจากที่ได้รับข้อมูลในแต่ละประเด็นมากเพียงพอแล้ว และตัดข้อมูลส่วนที่ไม่เกี่ยวข้องทิ้งไป

3.4.6. ตรวจสอบข้อสรุปที่ได้จากการศึกษา (validating data) โดยนำข้อสรุปที่ได้ให้ผู้ป่วยทำการตรวจสอบ เมื่อมีข้อมูลใหม่ ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์เพิ่ม เพื่อตรวจสอบความตรงของข้อมูล

3.5 การตรวจสอบข้อมูลและการสร้างความน่าเชื่อถือ (reliability) ให้กับงานวิจัย

เนื่องจากการวิจัยเชิงคุณภาพมีวิธีการตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูลแตกต่างไปจากการวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อให้ข้อมูลมีความตรงน่าเชื่อถือได้ ผู้วิจัยจะกระทำดังนี้

3.5.1. ดำเนินการวิจัยอย่างมีขั้นตอนที่ชัดเจน ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนการได้มาและการเข้าถึงผู้ป่วยหรือผู้ให้ข้อมูล มีการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างละเอียด ตรวจสอบได้ ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลและการแปลความหมาย ผู้วิจัยได้ทำการถอดข้อความบันทึกจากการสัมภาษณ์แบบคำต่อคำและมีการตรวจสอบบทสนทนาอย่างละเอียดถี่ถ้วนทุกๆคำพูด นอกจากนี้อาจารย์ที่ปรึกษายังเป็นผู้คอยให้คำแนะนำและตรวจสอบภายหลังจากที่ผู้วิจัยได้ถอดข้อความบทสนทนาแล้ว หากมีข้อมูลขาดหายหรือไม่สมบูรณ์ ก็ได้นำมาเพิ่มเติมและปรับปรุงให้สมบูรณ์ขึ้น และในขั้นตอนการวิเคราะห์ การจัดหมวดหมู่และการแปลความหมายก็กระทำเช่นเดียวกัน นอกจากนี้เมื่อได้ผลการวิเคราะห์แล้ว ผู้วิจัยมีการนำไปให้ผู้ป่วยได้อ่าน เพื่อให้แน่ใจว่าความหมายต่างๆที่วิเคราะห์ได้จากข้อมูลตรงกับมุมมอง การให้ความหมายของผู้ป่วยจริง

3.5.2. การตรวจสอบสามเส้า (triangulation)

3.5.2.1 ตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (data triangulation) เพื่อเป็นการยืนยันว่าข้อมูลถูกต้องเป็นจริง ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยด้วยตนเอง โดยเลือกเก็บในช่วงเวลาที่ต่างกัน

3.5.2.2 ตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีเก็บรวบรวมข้อมูล (methodological triangulation) เป็นวิธีการตรวจสอบข้อมูลโดยใช้วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลหลายๆวิธี ในการเก็บข้อมูลของการวิจัยนี้ แม้ผู้วิจัยจะใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก โดยใช้คำถามเพื่อให้เกิดการสะท้อนคิด (reflexibility) ทัศนคติ มุมมองของผู้ป่วยเป็นหลัก การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม ร่วมกับการจดบันทึกสนามและการบันทึกข้อความได้ถูกดำเนินควบคู่กันไปตลอดช่วงของการสัมภาษณ์เชิงลึก

3.5.3. ตรวจสอบผลการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา

3.5.4. ผู้วิจัยมีความตระหนักอยู่เสมอว่า ในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลจนกระทั่งการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยไม่ได้นำความรู้สึกส่วนตัวเข้าไปเกี่ยวข้องกับการศึกษา และตลอดการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยเป็นผู้ฟังที่ดี ให้ผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็นและมีการแสดงออกอย่างเต็มที่ และในช่วงที่ผู้ป่วยเกิดอารมณ์โศกเศร้าหรือต้องการความช่วยเหลือทางการพยาบาล ผู้วิจัยก็ได้ให้การช่วยเหลือทุกครั้งตามโอกาสที่เหมาะสม (ทั้งนี้ด้วยผู้วิจัยยังคงมีบทบาทเป็นพยาบาลอีกด้วย) แต่ไม่นำข้อมูลช่วงนั้นมาวิเคราะห์ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและตรงกับความเป็นจริงของผู้ป่วย โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ถ่ายทอดและแปลความหมายของข้อมูลจากมุมมอง ความคิดเห็นของผู้ป่วยเท่านั้น

3.6 การยืนยันข้อมูล (confirmability)

3.6.1. ผู้วิจัยมีการจัดเก็บบันทึกข้อมูลจากการสัมภาษณ์และการสังเกต ตลอดจนผลการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นระบบ อาจารย์ที่ปรึกษาและผู้อื่นสามารถตรวจสอบความถูกต้องและความสอดคล้องของข้อมูลและผลการวิเคราะห์ข้อมูลตลอดกระบวนการได้

3.6.2. ผู้วิจัยมีการใช้คำพูดของผู้ป่วยในการนำเสนอข้อมูล โดยนำคำพูดที่มีความสอดคล้อง สามารถนำเสนอให้เห็นถึงประเด็นมาใช้ในการวิเคราะห์และการแปลความหมายของข้อมูลต่างๆอย่างชัดเจน

3.6.3. การสรุปข้อมูลในขั้นตอนต่างๆ ได้แก่ การใส่รหัสข้อมูล การจัดกลุ่มข้อมูล และการสรุปประเด็นต่างๆได้มีการปรึกษาทบทวนร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาอย่างละเอียด

3.7 จริยธรรมในการวิจัย

ผู้วิจัยตระหนักถึงจริยธรรมในการวิจัย โดยเฉพาะการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยต้องสัมภาษณ์แบบเจาะลึกในเรื่องส่วนตัว ความรู้สึกนึกคิด ซึ่งข้อมูลเหล่านี้บางส่วนอาจสะเทือนใจและอาจไม่อยากเปิดเผย เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจึงต้องคำนึงถึงจริยธรรมในการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยในประเด็นต่างๆ ดังนี้

3.7.1 ในการขอความร่วมมือในการทำวิจัย ผู้วิจัยได้อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนต่างๆของการเก็บรวบรวมข้อมูล ลักษณะของการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก แจ้งถึงความจำเป็นและขออนุญาตบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์ทั้งนี้เพื่อให้มีความถูกต้องครบถ้วนในการจดบันทึกข้อมูล ระยะเวลาที่คาดว่าจะใช้ในการสัมภาษณ์ สถานที่ที่ใช้ในการสัมภาษณ์ ซึ่งขึ้นอยู่กับความเหมาะสมและความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย โดยหอผู้ป่วยบาดเจ็บทางกระดูกสันหลังจะมีห้องที่มีความเป็นส่วนตัว เพื่อใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก

3.7.2 สำหรับความยินยอมของผู้ป่วย ผู้วิจัยให้อิสระแก่ผู้ป่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย โดยมีเวลาเพียงพอให้ผู้ป่วยคิดก่อนที่จะตอบตกลง อีกทั้งผู้ป่วยมีสิทธิที่จะปฏิเสธหรือถอนตัวจากงานวิจัยได้ ซึ่งจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาตามปกติของผู้ป่วยหรือถูกลิดรอนสิทธิต่างๆที่มีอยู่แต่อย่างใด นอกจากนี้ เมื่อตัดสินใจเข้าร่วมงานวิจัยแล้ว ผู้ป่วยสามารถที่จะยุติการให้ความร่วมมือในขั้นตอนใดๆของการวิจัยก็ได้ โดยไม่เกิดผลเสียหายต่อผู้ป่วยเช่นเดียวกัน

3.7.3 สำหรับการรักษาความลับของผู้ป่วย ในการเก็บรวบรวมข้อมูลบางครั้งอาจทำให้เกิดการล่วงล้ำถึงความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย ผู้วิจัยมีการรักษาความลับที่ได้มาโดยไม่เผยแพร่ให้

ผู้อื่นทราบ และผู้วิจัยได้ลบทำลายข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการวิจัย ไม่เปิดเผยชื่อของผู้ป่วย ในส่วนของการนำเสนอข้อมูล การอภิปรายผลหรือการพิมพ์เผยแพร่จะกระทำเฉพาะในภาพรวมเชิงวิชาการเท่านั้น

3.7.4 ในระหว่างการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้กระทำตนเป็นผู้ฟังที่ดี หลีกเลี่ยงการแสดงความคิดเห็นใดๆต่อข้อมูลที่ได้รับ ขัดเกลาคำถามต่างๆก่อนนำไปใช้สัมภาษณ์ เพื่อไม่ให้กระทบกระเทือนต่อสภาวะจิตใจของผู้ป่วย ผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกประสบการณ์หรือมุมมองต่างๆในหลายๆมิติ โดยรักษาเวลาในการสัมภาษณ์ มีท่าทีที่เป็นมิตรและมีความจริงใจอย่างแท้จริง หากผู้ป่วยมีความอึดอัด ความคับข้องใจ หรือเกิดวิกฤตด้านจิตใจขณะให้สัมภาษณ์ ผู้วิจัยยินยอมให้ผู้ป่วยร้องไห้หรือแสดงความรู้สึกต่างๆได้เต็มที่ ด้วยการอยู่เป็นเพื่อน รับฟังอย่างเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ ให้กำลังใจ ตลอดจนการช่วยเหลือผู้ป่วยในสิ่งต่างๆตามความเหมาะสม และทำการสัมภาษณ์ต่อเมื่อผู้ป่วยมีความพร้อม โดยไม่กดดันผู้ป่วยแต่อย่างใด

บทที่ 4
ผลการวิจัย

ผลการวิจัยในบทนี้จะนำเสนอออกเป็น 6 ส่วน โดยเริ่มจากข้อมูลเกี่ยวกับหอผู้ป่วยบาดเจ็บทางกระดูกสันหลังของโรงพยาบาลศิริราช เนื่องจากโดยทั่วไปผู้ป่วยจำเป็นต้องอยู่หอผู้ป่วยนี้เป็นเวลานาน ซึ่งน่าจะเป็นส่วนที่ทำให้เห็นมุมมองเชิงบวกและการปรับตัวของผู้ป่วย และส่วนที่ 2 เป็นภูมิหลังของกรณีศึกษา ที่แสดงให้เห็นสภาพความเป็นอยู่ในช่วงชีวิตก่อนเกิดการบาดเจ็บของผู้ป่วยแต่ละรายกรณี ในส่วนที่สามถึงส่วนที่ห้าจะนำเสนอเกี่ยวกับมุมมองเชิงบวกในชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง โดยส่วนที่สามจะเสนอให้เห็นภาพชีวิตอันปีติของผู้ป่วย ส่วนที่สี่จะเน้นที่ชีวิตที่มีความดีงาม ส่วนที่ห้าจะกล่าวถึงการมีชีวิตที่มีคุณค่ามีความหมาย นอกจากนั้นในส่วนที่สองถึงส่วนที่ห้า จะพยายามเชื่อมโยงให้เห็นถึงปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดมุมมองเหล่านี้ แม้กระนั้นก็ตาม ก็อาจมีข้อจำกัดหรือปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้ ไม่อาจเกิดมุมมองในเชิงบวกได้ซึ่งจะได้นำเสนอด้วย

4.1 ข้อมูลเกี่ยวกับหอผู้ป่วยบาดเจ็บทางกระดูกสันหลัง

ตึกผู้ป่วยสลากกินแบ่งรัฐบาล ซึ่งเป็นที่ตั้งของหอผู้ป่วยบาดเจ็บทางกระดูกสันหลังของโรงพยาบาลศิริราช ตึกนี้ตั้งอยู่ทางทิศตะวันตกของโรงพยาบาลศิริราช ติดกับถนนอรุณอัมรินทร์ โดยชั้นที่ 1 เป็นห้องฝึกกายภาพบำบัด ห้องสาธิตการพึ่งพาตนเอง (demonstrating area for independent living) และหน่วยเตรียมการคืนสู่สังคม (Free Bird Unit) ชั้นที่ 2 เป็นหอผู้ป่วยบาดเจ็บทางกระดูกสันหลัง (Spinal Unit)

หอผู้ป่วยบาดเจ็บทางกระดูกสันหลัง รับผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บทางกระดูกสันหลัง โดยเมื่อผู้ป่วยเกิดอุบัติเหตุภายใน 2 สัปดาห์แรก จะรับเข้าในเตียงผู้ป่วยวิกฤต เพื่อสังเกตอาการ จนกว่าจะพ้นระยะวิกฤตแล้ว จึงย้ายมาอยู่เตียงสามัญ เพื่อทำกายภาพบำบัดต่อไป หอผู้ป่วยนี้ให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย อายุตั้งแต่ 13 ปีขึ้นไป ที่มีการบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลังตั้งแต่ระยะวิกฤต ก่อนและหลังผ่าตัดจนถึงระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ อีกทั้งรับผู้ป่วยที่ส่งต่อมารักษาจากโรงพยาบาลทั่วประเทศ โดยให้บริการรักษาพยาบาลเป็นแบบองค์รวม ด้วยมีทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วยศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู พยาบาล นักกายภาพบำบัด

นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยาการปรึกษา และนักสังคมสงเคราะห์ที่มีการประสานงานระหว่างกัน กับทั้งมีอุปกรณ์เพื่อการกายภาพบำบัด เทคโนโลยีที่ทันสมัยในการรักษาพยาบาลและฟื้นฟู และรวมทั้งห้องสาธิตการพึ่งพาตนเอง

ในชั้นที่ 2 ซึ่งเป็นหอผู้ป่วย ประกอบไปด้วยห้องพิเศษจำนวน 4 ห้อง เตียงสามัญจำนวน 8 เตียง เตียงผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 5 เตียง (ภาพที่ 4.1) ภายในหอผู้ป่วย เป็นพื้นที่โปร่ง มีอากาศถ่ายเทสะดวก ติดตั้งเครื่องปรับอากาศในหอผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะบาดเจ็บไขสันหลัง จะมีอุณหภูมิร่างกายเปลี่ยนตามสิ่งแวดล้อม ถ้าผิวหนังเกิดความเปียกชื้นจะทำให้เกิดแผลกดทับได้ง่าย กลางหอผู้ป่วยมีเคาน์เตอร์พยาบาล 2 เคาน์เตอร์ พยาบาลสามารถมองเห็นผู้ป่วยได้ชัดเจน มีการแบ่งเป็น 2 ทีม คือทีม 1 ดูแลผู้ป่วยเตียงสามัญ และทีม 2 ดูแลผู้ป่วยวิกฤตและผู้ป่วยห้องพิเศษ ในหอผู้ป่วยมีโทรทัศน์ 4 เครื่อง ตู้เย็นส่วนกลาง 1 ตู้สำหรับผู้ป่วยและญาติ เตียงทุกเตียงในหอผู้ป่วยเป็นเตียงไฟฟ้า สามารถปรับขึ้น-ลง โดยมีปุ่มกดบริเวณข้างเตียง สะดวกในการใช้ หรือปรับระดับศีรษะและปลายเท้าขึ้น-ลง โดยแต่ละเตียงห่างกัน 1.5 เมตร มีม่านกั้นระหว่างเตียงทุกเตียง เมื่อผู้ป่วยต้องการความเป็นส่วนตัวหรือเมื่อให้บริการทางการพยาบาลโดยไม่เปิดเผย ข้างเตียงมีเก้าอี้สำหรับญาติผู้ป่วยที่ไม่ได้อยู่ห้องพิเศษ ส่วนมากญาติสามารถมาดูแลได้ทั้งวัน ซึ่งหอผู้ป่วยกำหนดการเยี่ยมเวลา 10.00 น. - 20.00 น. โดยมักให้ญาติผู้ดูแลหลักสามารถเข้าเยี่ยมก่อนได้ เพื่อฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกวิธี เช่น การเช็ดทำความสะอาดร่างกาย การเช็ดสายสวนปัสสาวะในผู้ป่วยที่อัมพาตทั้งตัว เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติที่บ้าน เมื่อผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว

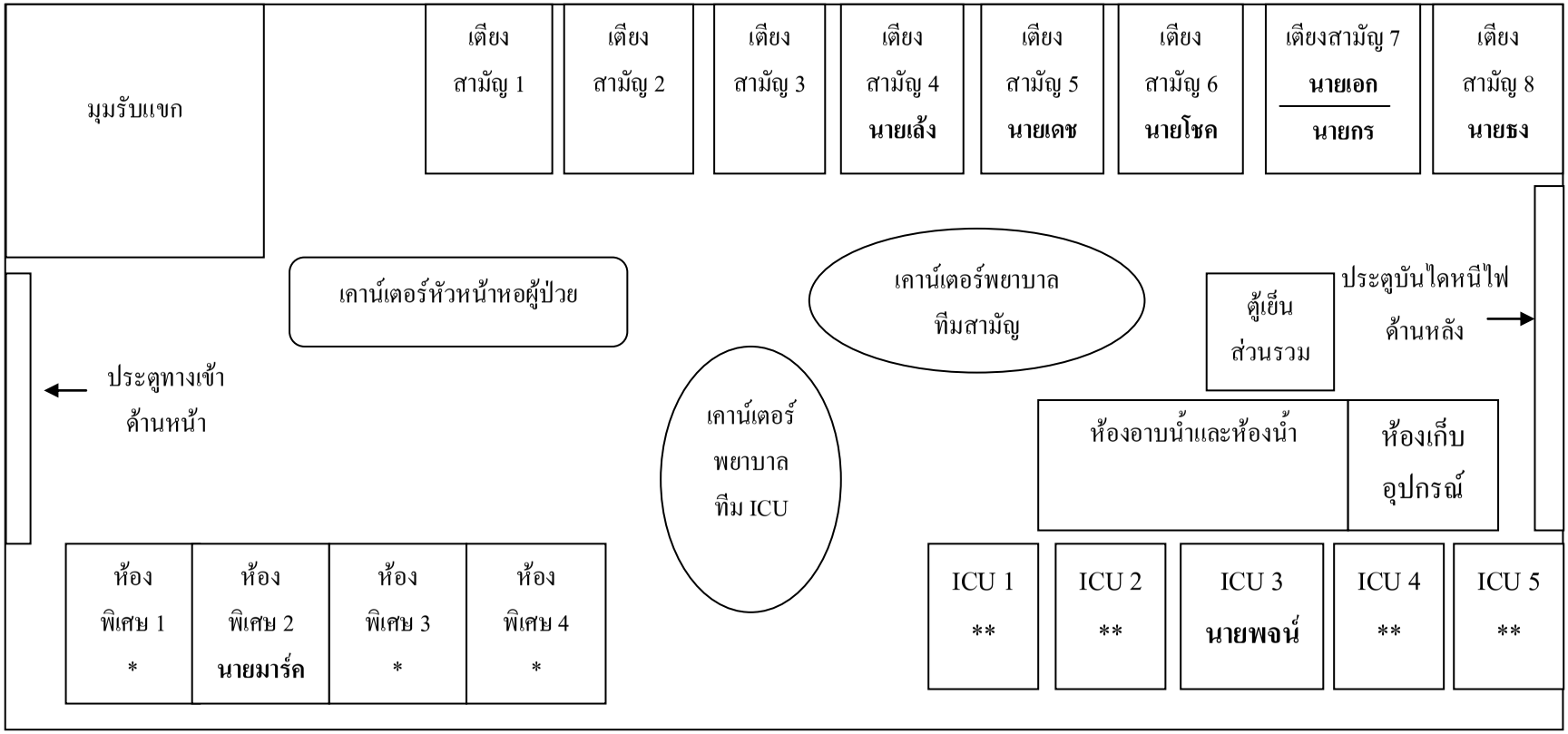
สำหรับห้องพิเศษภายในหอผู้ป่วย (ภาพที่ 4.2) แต่ละห้องมีพื้นที่ประมาณ 56 ตร.ม. (กว้าง 7 เมตร ยาว 8 เมตร) มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นอย่างครบถ้วนไม่ว่าจะเป็นออกซิเจน เครื่องดูดสุญญากาศ (vacuum) อีกส่วนหนึ่งเป็นอุปกรณ์ในตัว มีเฟอร์นิเจอร์ติดตั้งถาวร ประกอบด้วยโต๊ะอเนกประสงค์ มีลิ้นชักและตู้เก็บของ เชื่อมกับส่วนที่ติดตั้งตู้เย็นและไมโครเวฟ ตู้เสื้อผ้าขนาดใหญ่ และยังมีสิ่งอำนวยความสะดวกอื่นๆ เช่น เครื่องปรับอากาศ พัดลมติดผนัง โทรทัศน์ กระติกน้ำร้อน โซฟาสำหรับญาติที่นอนเฝ้า ม่านที่มีภายในห้อง เป็นม่านไฟฟ้า ผู้ป่วยสามารถกดรีโมทเพื่อเปิด-ปิดได้ ภายในห้องมีการจัดสภาพแวดล้อมคล้ายกับการอยู่บ้านมากกว่าอยู่โรงพยาบาล พื้นเป็นไม้ลามิเนทสีน้ำตาลอ่อน มีการตกแต่งผนังด้วยโทนสีอ่อนๆ รู้สึกสบายตาผ่อนคลาย นอกจากนี้ยังมีแสงสว่างที่เพียงพอ หลอดไฟสามารถปรับความมืด-สว่างได้ ภายในห้องพิเศษนี้ยังมีพื้นที่มุมหนึ่งเป็นห้องน้ำ ขนาดกว้าง 2 เมตร ยาว 2 เมตร โดยออกแบบพิเศษที่มีประตูบานเลื่อน สามารถเลื่อนออกได้ทั้งสองมุม ผู้ป่วยที่นั่งรถเข็น สามารถเข้าห้องน้ำได้สะดวก ในห้องน้ำมีการติดตั้งอุปกรณ์ต่างๆ มีเครื่องทำน้ำอุ่น เก้าอี้สำหรับนั่งอาบน้ำ โดยมีสายรัดคาดเอว

อีกทั้งมีราวเหล็กจับยึดเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม ทั้งนี้ ผู้ป่วยห้องพิเศษจะต้องมีญาติเฝ้าอย่างน้อย 1 คนเสมอ มีการใช้กริ่งกดเรียกเจ้าหน้าที่เมื่อต้องการขอความช่วยเหลือ

ในชั้นที่ 2 นี้ ด้านหน้าของหอผู้ป่วยจะมีสวนหย่อมเล็กๆ จัดตกแต่งสวยงาม มองแล้วสบายตานอกจากนี้ยังมีมุมรับแขก เป็นมุมพักผ่อนสำหรับญาติผู้มาเยี่ยม ภายในมุมนี้ มีตู้หนังสือซึ่งมีหนังสือที่หลากหลาย ทั้งบทความทางวิชาการ หนังสือธรรมะ หนังสือนิตยสารต่างๆ สำหรับผู้ป่วยและญาติ บ่อยครั้งที่ผู้ป่วยหยิบหนังสือเหล่านี้มาอ่าน จากการสังเกตมักพบว่าจะเป็นหนังสือที่เกี่ยวกับการให้กำลังใจ การเล่าประสบการณ์การอยู่กับความพิการ หนังสือเพื่อเสริมสร้างกำลังใจให้แก่ผู้ป่วยหรือผู้ที่ท้อแท้ โดยผู้ป่วยบอกว่า หนังสือเหล่านี้เป็นหนังสือที่ดีมาก และมุมนี้เองที่ผู้ป่วยมักจะให้ญาติ พยาบาลหรือตนเองเข็นรถ wheelchair ออกมานั่งดูบรรยากาศรอบนอกโรงพยาบาลผ่านทางหน้าต่างได้

สำหรับชั้นที่ 1 ของตึกสลากกินแบ่งฯ ประกอบไปด้วย 3 ส่วน ส่วนแรกเป็นห้องฝึกกายภาพบำบัด ซึ่งมีอุปกรณ์และเครื่องมือในการทำกายภาพบำบัด ประกอบด้วย เตียงปรับระดับโดยใช้ไฟฟ้า 4 เตียง เตียงปรับยืน (tilt board) 3 เตียง บาร์คู่ขนานไฟฟ้าสำหรับฝึกเดิน ที่สามารถปรับระดับมือ ปรับความกว้าง แคบ สูง ต่ำได้ เครื่องพยุงตัวหัดเดิน จักรยานมือ-เท้า อุปกรณ์บริหารกล้ามเนื้อแขน เครื่องบริหารปอด เครื่องลดปวดโดยคลื่น short wave เครื่องชั่งน้ำหนักผู้ป่วยพร้อมรถเข็นและโต๊ะฝึกทำกิจกรรมต่างๆ เป็นต้น ส่วนที่สอง เป็นห้องสาธิตการพึ่งพาตนเอง (demonstrating area for independent living) ซึ่งประกอบด้วยห้องต่างๆคล้ายบ้าน มีอุปกรณ์จริงในชีวิตประจำวัน ไม่ว่าจะเป็นห้องนอน เคาน์เตอร์ห้องครัว โต๊ะทำงาน ห้องอาบน้ำที่มีอ่างอาบน้ำและอ่างล้างหน้าปรับระดับสูงต่ำได้ เป็นต้น ห้องสาธิตเหล่านี้ จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนการดำรงชีวิตด้วยตนเอง ลดการพึ่งพาผู้อื่นของผู้พิการ และเป็นการเพิ่มความสามารถในการมีส่วนร่วมในสังคมที่ตนอาศัยอยู่ อันจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าและความภาคภูมิใจในตนเอง ทั้งนี้เพื่อผู้ป่วยและญาติสามารถนำไปเป็นตัวอย่างในการปรับปรุงที่อยู่อาศัย ให้เข้ากับรูปแบบการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน โดยห้องทำงาน (ภาพที่ 4.3) ประกอบด้วยโต๊ะทำงานและโต๊ะคอมพิวเตอร์ โดยโต๊ะสูงประมาณ 80 ซม. สามารถปรับระดับความสูงต่ำด้วยไฟฟ้า เพื่อปรับความสูงให้เหมาะสมกับการใช้งานของผู้ป่วย อีกทั้งพื้นที่ใต้โต๊ะโล่ง เพื่อสามารถเลื่อน wheelchair เข้าได้สะดวก นอกจากนี้บนโต๊ะทำงานยังมีโทรศัพท์ที่มีด้ามจับ สามารถสวมมือได้ สำหรับผู้ป่วยที่กำมือไม่ได้ และห้องทำงานนี้ ได้เชื่อมต่อกับห้องครัว ภายในห้องครัวนี้มีตู้เก็บของ สามารถเลื่อนตู้ด้วยไฟฟ้า เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเปิดตู้หยิบของได้ขณะอยู่บน wheelchair อีกทั้งยังมีเคาน์เตอร์บาร์ครัวที่ค่อนข้างกว้าง เพื่อเพิ่มความสะดวกในการใช้สอย ในส่วนของห้องนอน (ภาพที่ 4.4) ขนาดของห้องนอนมีพื้นที่ประมาณ 13 ตร.ม. พื้นที่ข้างเตียงกว้างประมาณ 3 ฟุต เนื้อที่ปลายเตียงกว้างประมาณ

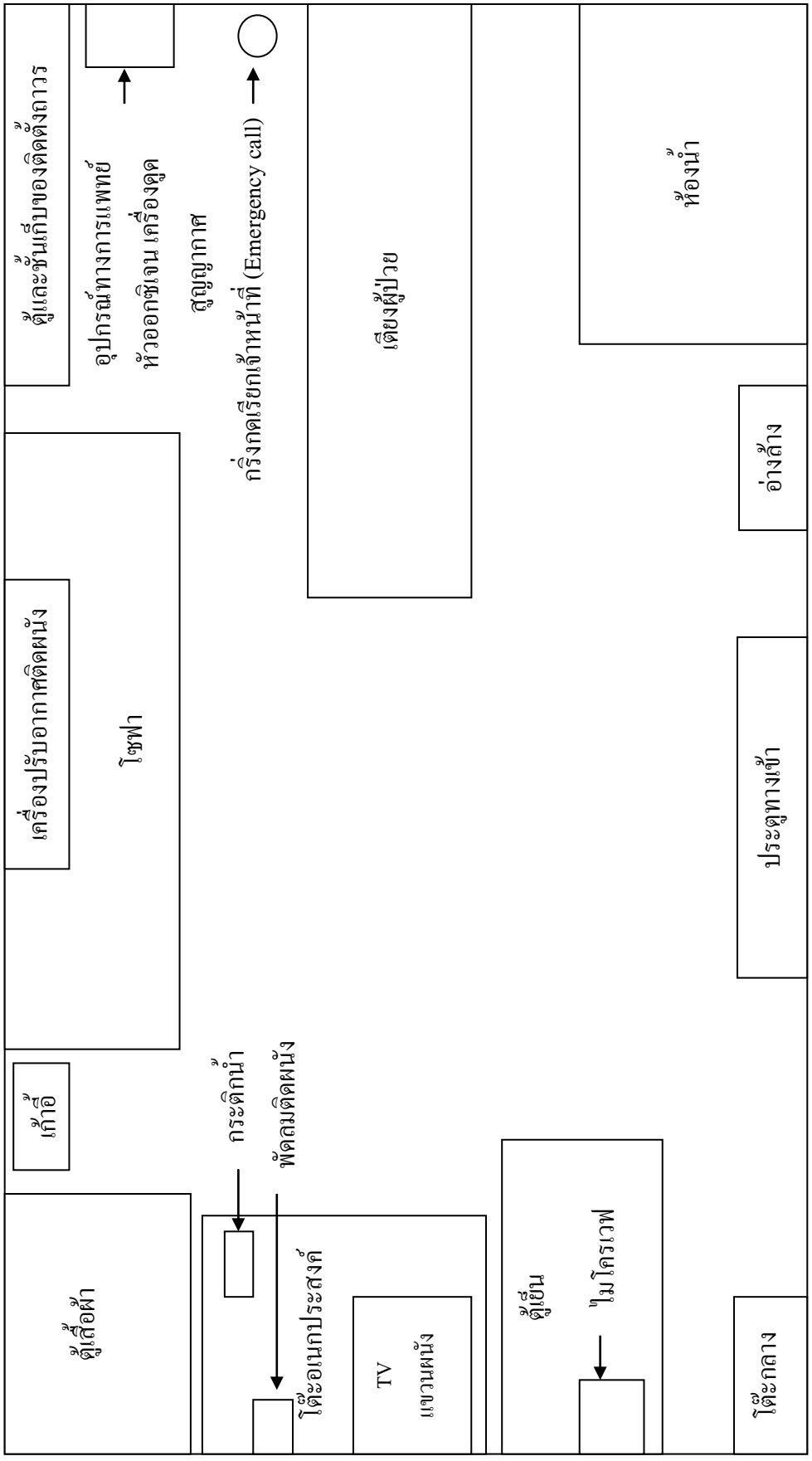
4 ฟุต ปลายเตียงเป็นตู้เก็บ TV สามารถเลื่อนขึ้น-ลงด้วยไฟฟ้า โดยใช้รีโมท บนฝ้าเพดานมีกระจกเงาสามารถปรับมุมและทิศทางด้วยไฟฟ้าด้วยรีโมท เพื่อให้ผู้ป่วยที่อยู่บนเตียงสามารถปรับมุมกระจกเงาให้สะท้อนเห็นผู้ที่เข้ามาในห้องหรือสิ่งแวดล้อมรอบตัว และยังมีกระจกเงาเหนือโต๊ะแต่งตัว เพื่อให้ผู้ป่วยที่ใช้ wheelchair สามารถใช้งานได้ ภายในห้องนอน มีม่านหน้าต่างไฟฟ้า สามารถเลื่อนเปิด-ปิดโดยใช้รีโมท อีกทั้งบริเวณด้านข้างของเตียง มีตู้เสื้อผ้า ซึ่งบานตู้ เป็นบานเลื่อนขนาดกว้าง พื้นตู้เป็นระดับเดียวกับพื้นห้องเพื่อให้ wheelchair เข้าได้ ภายในตู้มีราวแขวนเสื้อ สามารถดึงโยกลงมาได้โดยก้านดึงราวแขวนเพื่อให้เหมาะกับผู้ใช้ wheelchair และห้องสาธิตห้องสุดท้ายคือห้องน้ำ (ภาพที่ 4.5) โดยประตูห้องน้ำเป็นประตูบานเลื่อน กว้าง 32 นิ้ว พื้นห้องน้ำมีระดับเดียวกับพื้นภายนอก ไม่มีขอบหรือพื้นต่างระดับ เพื่อให้ wheelchair เข้าออกได้สะดวก ภายในห้องน้ำมีอ่างล้างหน้าแบบแขวนผนัง เพื่อให้ด้านล่างโล่ง ปรับความสูง-ต่ำของอ่างได้ด้วยไฟฟ้า พร้อมสวิทซ์ควบคุม เพื่อปรับความสูงให้เหมาะกับการใช้งานของผู้ป่วยบน wheelchair อีกทั้งมีโถส้วมชนิดฝารองนั่งมีระบบฉีดล้างชำระอัตโนมัติ ข้างโถส้วมมีราวทรงตัวแบบตั้งพื้นเพื่อให้ผู้ป่วยใช้ในการลุกนั่ง มีความสูงจากพื้นประมาณ 90 ซม. สามารถปรับมุมล็อคในแต่ละมุมได้ เพื่อให้ผู้ป่วยจับยึดเวลาลุกนั่งบนโถส้วม สำหรับส่วนที่สาม เป็นหน่วยเตรียมการคืนสู่สังคม (Free Bird Unit) เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เตรียมพร้อมเพื่อกลับไปสู่สังคม อันประกอบด้วย ห้องสมุด ห้องทำกิจกรรมและห้องฝึกอาชีพ หน่วยนี้จึงมีการจัดกิจกรรมสันทนาการและกีฬา เช่น ปิงปอง ปาเป้า หมากกระดาน เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมโครงการฝึกอาชีพให้ผู้ป่วย โดยมีการเชิญวิทยากรมาให้ความรู้และข้อมูลในเรื่องที่ผู้ป่วยสนใจ ภายหลังการสอบถามผู้ป่วย เพื่อหาความสนใจร่วมกัน จากกิจกรรมเหล่านี้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ทำให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสบการณ์ การใช้ชีวิตต่างๆ เช่น ผู้ป่วยบางคนไม่ทราบเกี่ยวกับสวัสดิการของการจดสิทธิ์คนพิการ ก็จะเกิดเป็นความรู้ใหม่ การจัดกิจกรรมความรู้และสันทนาการเหล่านี้ จัดขึ้นสัปดาห์ละ 2 ครั้ง คือวันอังคารและวันพฤหัสบดี



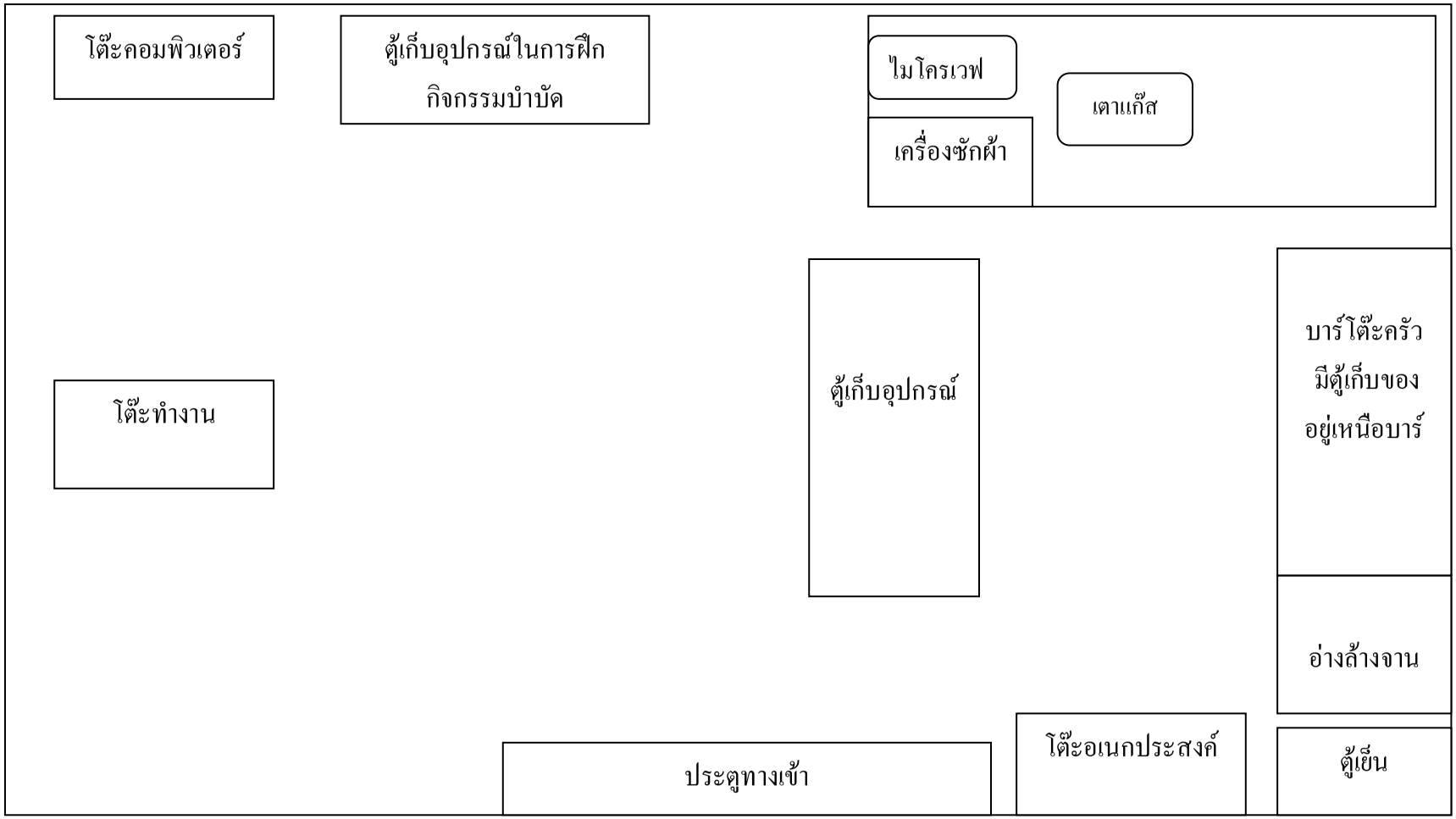
ภาพที่ 4.1 หอผู้ป่วยบาดเจ็บทางกระดูกสันหลัง

หมายเหตุ * ห้องพิเศษที่ผู้ป่วยมีการบาดเจ็บทางกระดูกสันหลัง แต่ไม่มีภาวะอัมพาต

** เตียงผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะอัมพาตทั้งตัว แต่ไม่สามารถพูดสื่อสารได้ เนื่องจากใช้เครื่องช่วยหายใจ

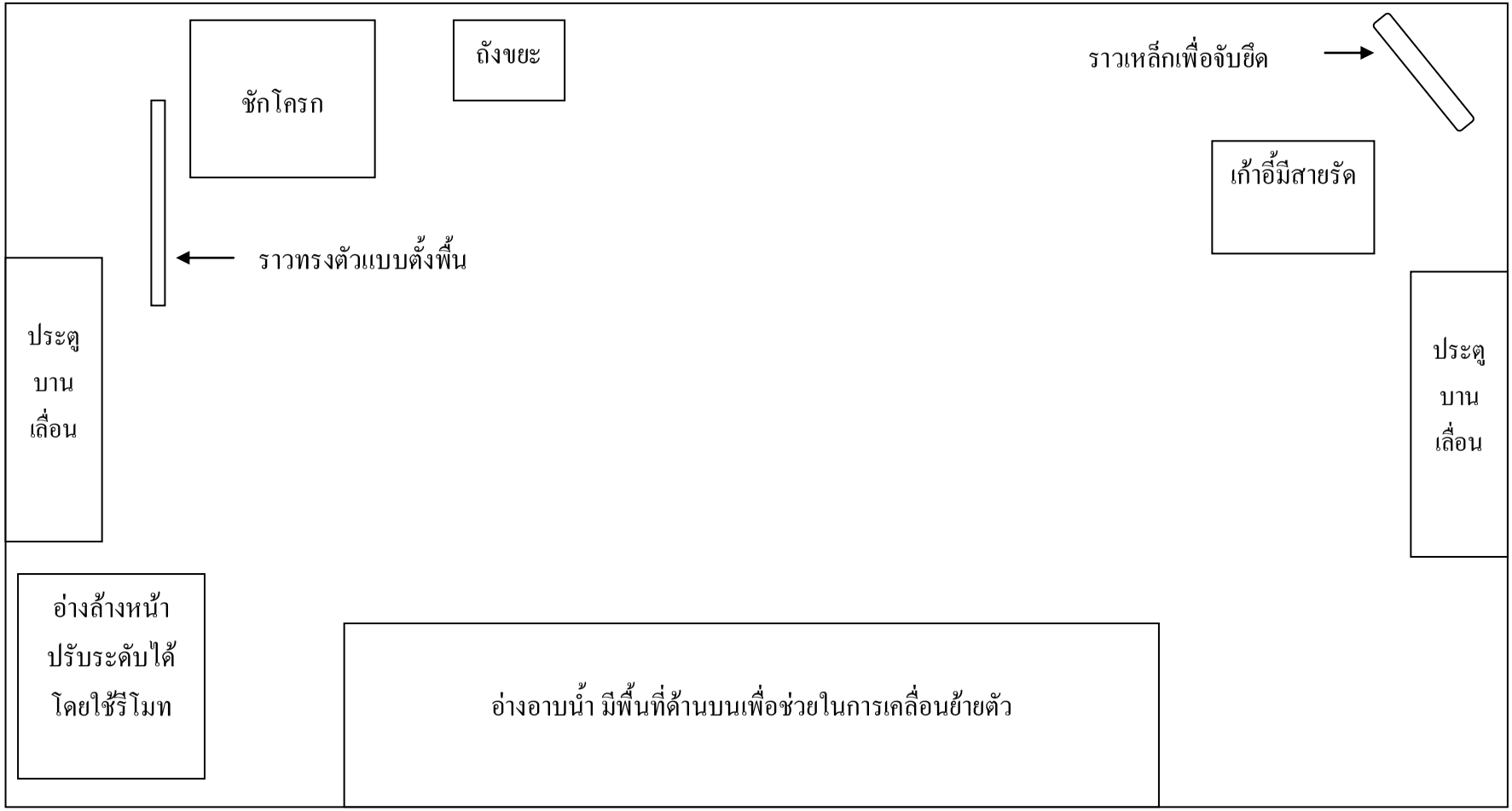


ภาพที่ 4.2 ห้องพิเศษ



ภาพที่ 4.3 ห้องสาธิตการพึ่งพาตนเอง: ห้องทำงานและห้องครัว

ภาพที่ 4.4 ห้องสาธิตการพึ่งพาตนเอง: ห้องนอน



ภาพที่ 4.5 ห้องสาธิตการพึ่งพาตนเอง: ห้องน้ำ

4.2 ภูมิหลังของกรณีศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้ ดังที่ได้กล่าวไว้แล้วในบทที่ 3 ผู้ป่วยบาดเจ็บทางไขสันหลังที่สามารถสื่อสารและยินยอมให้ความร่วมมือทั้ง 8 รายกรณีเป็นผู้ชายทั้งหมด มีอายุอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (21-40 ปี) 4 ราย ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (41-59 ปี) 2 ราย และอยู่ในวัยสูงอายุ (60 ปี) 2 ราย ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ มีเพียง 1รายที่นับถือศาสนาคริสต์ ในด้านการศึกษาผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับชั้นมัธยม ซึ่งมีจำนวน 5 ราย ที่ได้เรียนเพียงชั้นประถมศึกษามีเพียง 1 ราย แต่ก็มีอีก 1 รายที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี และอีก 1 ราย สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาโท โดยมีอาชีพรับจ้าง 3 ราย เกษตรกรรม 2 ราย ธุรกิจส่วนตัว 2 ราย และอีก 1 รายเป็นนักศึกษา ในผู้ป่วยจำนวน 8 รายนี้ มีสถานภาพสมรสคู่ 5 ราย โสด 2 ราย และหย่าอีก 1 ราย

ส่วนสาเหตุของการบาดเจ็บทางไขสันหลังของกรณีตัวอย่าง พบว่าเกิดจากอุบัติเหตุเป็นส่วนใหญ่ อันเนื่องมาจากรถยนต์และรถจักรยานยนต์ ทั้งตนเองเป็นผู้ขับและไม่ได้ขับ แต่เป็นผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์ สาเหตุรองลงมาคือ เกิดจากอุบัติเหตุในการทำงาน เช่น การตกจากหลังคา การตกลิฟต์ ส่วนสาเหตุที่เกิดจากการก่ออาชญากรรมมีเพียง 1 ราย โดยถูกแทงทำให้บาดเจ็บ ผู้ป่วยทั้ง 8 รายนี้เป็นผู้ป่วยอัมพาตทั้งตัว จำนวน 3 ราย ส่วนอีก 5 รายที่เหลือเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะอัมพาตท่อนล่าง ผู้ป่วยเหล่านี้มีการบาดเจ็บทางไขสันหลังมาเป็นระยะเวลาตั้งแต่ 1 เดือนจนถึงระยะเวลา 5 ปี

จากข้อมูลที่กล่าวมาข้างต้น ได้สรุปแสดงไว้ในตารางที่ 4.1 และได้แยกนำเสนอรายละเอียดเป็นกรณีศึกษาของแต่ละราย ในส่วนถัดไป

<u>กรณีศึกษา 1: นายธง</u>

ธง ชายหนุ่มวัย 32 ปี รูปร่างสันทัด ผิวคล้ำ เกิดที่อำเภอหนึ่งในจังหวัดอุทัยธานี มีพี่น้อง 3 คน อายุไล่เลี่ยกัน เป็นชายทั้งหมด ธงเป็นคนกลาง ครอบครัวย้ายมาอยู่ที่จังหวัดนครสวรรค์หลังจากที่ธงเกิด บ้านของธงเป็นบ้านของแม่ ลักษณะเป็นบ้านไม้เก่าๆ ใต้ถุนสูง ไม่มีห้อง นอนรวมๆกันกลางบ้าน พ่อมีอาชีพรับจ้างขุดมัน ตีผึ้งเอาหัวน้ำหวานไปขาย ส่วนแม่เลี้ยงลูกๆอยู่บ้าน ด้วยความยากจน รายได้มีเพียงค่าจ้างขุดมันวันละ 60 บาท ไม่พอเลี้ยงปากเลี้ยงท้อง ครอบครัวจึงย้ายมาอยู่ที่จังหวัดกำแพงเพชร ขณะนั้นธงมีอายุเพียง 8 ขวบ บ้านที่จังหวัดกำแพงเพชรเป็นบ้านของยาย ซึ่งธงเรียกว่าแม่แก่ เป็นบ้านไม้ชั้นเดียวค่อนข้างใหญ่ แม่แก่ถือว่ามีฐานะดีคนหนึ่งในละแวกนั้น ด้วยมีที่นาร้อยกว่าไร่ ซึ่งได้แบ่งให้ลูกๆ คนละ 25 ไร่ พ่อแม่ของธงทำนาอยู่ 2 ปี ต้องรอฤดูกาล ฝนดีก็ได้ข้าวมาก ฝนแล้งก็ได้ข้าวน้อย เงินที่หามาได้หมดไปกับการใช้จ่ายในครอบครัว พ่อและแม่จึงหันหน้าเข้าเมืองเพื่อทำงานเก็บเงินสร้างอนาคต จึงฝากลูกทั้ง 3 คน ไว้กับแม่แก่ โดยส่งเงินให้เดือนละ 3,000 บาท เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายแก่ลูกทั้ง 3 คน แม่แก่อบรมสั่งสอนธงมาตั้งแต่เด็ก ให้เป็นเด็กดี

ตั้งใจเรียน ขยันทำมาหากิน ไม่ให้ไปเที่ยวเตร่ และบอกว่าไปเที่ยวไม่ได้อะไร ธงเชื่อฟังและเคารพแม่แก่มาก แต่บางครั้งธงก็ไม่เชื่อฟัง ธงเคยชวนพี่และน้องชายหนีไปเล่นในทุ่งนา สุมกองไฟ เกิดไฟไหม้ลุกทั่วป่า รามไปถึงบ้านคน ชาวบ้านมาช่วยกันดับไฟวุ่นวาย ธงจึงถูกแม่แก่ตีทำโทษ

ธงเรียนหนังสือที่โรงเรียนเล็กๆในหมู่บ้าน มีผลการเรียนระดับปานกลาง ธงชอบเรียนวิทยาศาสตร์ ชอบการทดลองประดิษฐ์คิดค้น ไม่ว่าจะเป็นการประกอบรถ ทำกรอบรูป หรือปุ๋ยวิทยาศาสตร์ ธงจะตั้งใจเรียน ทั้งสามคนพี่น้องเดินไปโรงเรียนพร้อมกัน แม่แก่ให้เงินไปกินที่โรงเรียนวันละ 2 บาท และห่ออาหารมื้อกลางวันให้ อาหารเป็นแบบเดิมๆคือไข่เจียวและปลาหวาน ธงบอกว่า “เป็นอาหารที่ดีและอร่อยมาก” เมื่อจบชั้นประถม 6 ธงเรียนต่อชั้นมัธยมที่โรงเรียนเดิม ส่วนพี่ชายธงไม่ได้เรียนต่อ เนื่องจากมีอาการชักอยู่บ่อยครั้ง ขณะชักมีอาการตาเหลือก ตัวแข็งเกร็ง ต้องส่งไปรักษาที่สถานีอนามัยใกล้บ้าน หมอให้ยามารับประทาน อาการก็ทุเลาลง ธงดูแลช่วยเหลือพี่ชายเมื่อมีอาการชัก จะช่วยกดท้องให้คลาย เอาน้ำเกลือให้จิบ โดยเอาเกลือไปละลายน้ำ เมื่อได้พักสักชั่วโมงสองชั่วโมงก็หาย เดินได้เหมือนคนปกติ พี่ชายธงจึงอยู่บ้านเฉยๆ บางครั้งแม่แก่ไปรับจ้างเก็บถั่ว ขุดมัน พี่ชายก็จะตามไปด้วย เมื่อขึ้นชั้นมัธยม 3 ธงเกเร ติดเพื่อน ชอบหนีโรงเรียนไปยิงนกแถวคลองอยู่บ่อยๆ กว่าจะจบมัธยม 3 ได้ ต้องเขี้ยวเข็ญ หลังจากจบชั้นมัธยม 3 ก็ไม่ได้เรียนต่อ ออกมาทำนาในที่นาของแม่ ขับรถไปไถนา ใช้รถอีต๊อกซึ่งเป็นควายเหล็ก ทำนาอยู่ 2 ปี นาที่ทำได้ผลทางการเกษตรปีละครั้งเท่านั้น ไม่สามารถมีรายได้ที่แน่นอน สร้างตัวไม่ได้ จึงตัดสินใจไปอยู่กับพ่อและแม่ ซึ่งขณะนั้นทำงานก่อสร้างบริษัทอิตาเลียนไทย มีโครงการก่อสร้างที่จังหวัดภูเก็ต

ธงขยันทำงานตั้งแต่วัยเด็ก ในช่วงโรงเรียนหยุดเสาร์อาทิตย์ก็จะไปรับจ้างเก็บถั่ว เก็บพริก ปลูกมัน ได้ค่าจ้างวันละ 30 บาท แต่เมื่อย้ายมาอยู่กับพ่อและแม่ที่ภูเก็ต ตอนนั้นธงมีอายุ 17 ปี ยังไม่ถึงเกณฑ์ที่บริษัทรับเข้างานได้ พ่อของธงซึ่งมีตำแหน่งผู้ช่วยช่างไม้ ได้ฝากฝังธงกับเจ้านายให้ธงทำงานตำแหน่งผู้ช่วยช่างไม้เช่นเดียวกัน ด้วยความที่ธงเป็นคนช่างสังเกต เรียนรู้ในการทำงานใช้เวลาไม่นานก็สามารถทำงานก่อสร้างได้เก่งไม่แพ้พ่อ ซึ่งทำงานก่อสร้างมา 6 ปี ไม่ว่าจะเป็นการเข้าแบบ เชื่อมแบบเหล็กค้ำยัน ตัดแก๊ส เทปูน เทโครงสร้างตึก ธงสามารถทำได้หมด ได้ค่าจ้างแรงงานเดือนละประมาณ 6,000 บาท ตอนนั้นธงอาศัยอยู่บ้านพักคนงานกับพ่อแม่ ซึ่งธงเรียกว่าแคมป์ อยู่แคมป์ที่ภูเก็ตได้ 1 ปี บริษัทอิตาเลียนก็ย้ายมาอยู่ที่ท่าเรือแหลมฉบัง

ที่ท่าเรือแหลมฉบัง ธงได้พบหญิงสาวคนหนึ่ง เป็นลูกสาวคนงานในแคมป์เดียวกัน ธงชอบพอกับหญิงสาวคนนี้มาก แต่แม่กลัวมีเมียก่อนบวช จึงให้ธงกลับไปบวชที่จังหวัดกำแพงเพชร ธงแต่งงานหลังจากบวชได้ 15วัน เป็นงานแต่งงานเล็กๆ จัดภายในแคมป์ มีการแห่ขันหมากตามประเพณีไทย ธงจำช่วงเวลานั้นได้ดี ธงมีความสุขมาก ได้อยู่กันพร้อมหน้า พ่อแม่และพี่น้องทั้ง 3 คน ภายหลังการแต่งงาน ชีวิตเปลี่ยนแปลงไม่มาก เพียงแยกห้องพักที่อาศัยอยู่กับ

พ่อแม่มาอาศัยกับภรรยาเท่านั้น ภรรยาธงเป็นสาวโรงงาน ต่างคนต่างช่วยกันทำงานเก็บเงิน ภายหลังแต่งงานได้ 4 ปี ก็มีลูกชาย 1 คนพร้อมกันกับที่พี่ชายธงต้องเข้าโรงพยาบาล ทำการผ่าตัดสมอง มีกะโหลกศีรษะยุบ แขนขาซ้ายอ่อนแรง ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย แม่ต้องลาออกจากงานเพื่อกลับไปดูแลพี่ชายที่กำแพงเพชร ธงจึงให้แม่เลี้ยงดูลูกของตนเองด้วย ขณะนั้นบริษัทอิตาเลียนย้ายแคมป์ก่อสร้างมาอยู่ที่กรุงเทพฯ ภรรยาธงก็เข้ามาทำงานที่เดียวกัน อยู่แผนกเช็คใบเวลาคนงาน

หลังจากที่ลูกชายอายุได้ 5 ขวบ ก็เกิดปัญหาในครอบครัวขึ้นมา ภรรยาของธงมีคนใหม่ ต้องเลิกรากันไป หลังจากหย่าร้างกันได้ 3 เดือน ธงลาออกจากบริษัทอิตาเลียน ชีวิตภายหลังการหย่าร้าง ทำให้ธงคิดตลอดเวลาว่าสงสารลูก คิดว่าครอบครัวไม่สมบูรณ์ แต่จะให้ทำอย่างไรได้ ในเมื่อเป็นแบบนี้แล้ว ธงต้องใช้เวลาปีกว่าจึงทำใจได้

ธงเริ่มชีวิตใหม่ โดยเข้าทำงานที่บริษัทก่อสร้างแห่งหนึ่งในกรุงเทพฯ ในตำแหน่งผู้ควบคุมการติดตั้งลิฟต์และบันไดเลื่อน ได้รับเงินเดือน 11,000 บาท นอกจากนี้แล้วยังมีหน้าที่ขับรถรับ-ส่งพนักงานในบริษัทอีกด้วย รวมแล้วมีเงินเดือน เดือนละประมาณ 20,000 บาท ธงทำงานทุกวัน ไม่มีวันหยุดเสาร์อาทิตย์ ธงเก็บหอมรอมริบนำเงินไปดาวน์รถกระบะ 1 คัน และสามารถส่งค่ารถได้ทุกงวด ธงบอกว่าภูมิใจมาก ธงเป็นที่รักใคร่ของเจ้านายและเพื่อนร่วมงาน ขณะนั้นบริษัทแห่งนี้รับเหมาก่อสร้างอาคารที่โรงพยาบาลศิริราช ธงติดตั้งลิฟต์มาแล้วกว่า 20 ตัว โครงการนี้ใกล้จะเสร็จสมบูรณ์ อีกเพียงไม่กี่วัน ในวันที่ชะตาชีวิตจะพลิกผัน ขณะนั้นเป็นเวลาใกล้พักรับประทานอาหารกลางวัน ธงเก็บงาน โดยการตรวจสอบลิฟต์แต่ละชั้น จำนวน 8 ชั้น เป็นลิฟต์ขนของ ธงยืนอยู่บนหลังคาตู้ลิฟต์ชั้นที่ 8 กดรีโมทลิฟต์ลง เมื่อมาถึงชั้น 3 ธงเก็บกระเป๋าเครื่องมือ แต่ด้วยความผิดพลาดในระบบสั่งงาน ประกอบกับลิฟต์ยังไม่ใส่สลิง ธงร่วงหล่นมาโดยไม่รู้สึกตัว ได้แต่บ่นงึมงำๆว่า “ให้บอกพ่อกับแม่ผมด้วย” ธงรู้สึกตัวอีกที่ห้อง ICU มีสายระโยงระยางเต็มไปหมด ไม่ว่าจะเป็นท่อช่วยหายใจทางปาก ใส่สายระบายเลือดที่ทรวงอก สายยางให้อาหารทางจมูกและสายสวนปัสสาวะ ธงทำได้เพียงออกเสียงอืออาๆ พูดคุยไม่ได้ เพื่อนที่มาเยี่ยมบอก “ไม่เป็นไร อาการไม่หนัก เดี๋ยวก็เดินได้” แต่พอรู้ทีหลังกลับตรงกันข้าม ขาข้างขวาหัก กระดูกสันหลังหัก มีการบาดเจ็บที่ไขสันหลัง ขาทั้งสองข้างอ่อนแรง ไม่สามารถเดินได้อีกต่อไป ธงยอมรับว่าแย่ รู้ว่าตนเองเป็นหนัก เพื่อนเพียงแค่พูดปลอบใจเท่านั้น ธงพยายามทำใจยอมรับ โดยมีพ่อและแม่ให้กำลังใจ อยู่เคียงข้างมาตลอด ผ่านไป 2 สัปดาห์ ก็สามารถเอาอุปกรณ์ช่วยชีวิตทั้งหมดออกจากร่างกายได้ ยกเว้นเพียงสายปัสสาวะ ที่ต้องใส่คาไว้ ธงไม่สามารถถ่ายปัสสาวะด้วยตนเองได้ เนื่องจากพยาธิสภาพของโรค แต่ธงไม่รู้สึกว่าเป็นปัญหาแต่อย่างใด ธงมีแผลผ่าตัดบริเวณหลังและแผลกดทับที่ก้นกบ แผลทั้งสองเกิดการติดเชื้อ ต้องเข้าห้องผ่าตัดเพื่อล้างแผลหลายครั้ง และให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำเพื่อ

ฆ่าเชื้อหลายเดือน ธงรู้สึกใจไม่ดี ถ้าหมอบอกว่าแผลแย่ แผลเป็นหนอง ธงใช้มือคลำบริเวณหลัง พบว่าแผลตนเองนั้นยาวเกือบ 20 เซนติเมตร

หลังจากนั้นประมาณ 3 สัปดาห์ ธงออกจาก ICU ย้ายมาหอผู้ป่วยบาดเจ็บทางกระดูกสันหลัง อยู่เตียงมุมสุด ติดกำแพง ธงพอใจกับเตียงมุมนี้มาก เนื่องจากเงียบสงบ ไม่มีใครรบกวน ไม่ต้องกังวลว่าใครจะมาอยู่ขนาบสองข้าง ตนเองจะทำให้เกิดเสียงดังกับคนอื่นหรือไม่ ธงบอก “มุมนี้เงียบสงบ ชอบในการพักผ่อนหลังจากออกกำลังกายมาเหนื่อยๆ” ขณะอยู่หอผู้ป่วย ธงต้องนอนตะแคงขวาหรือนอนหงายเท่านั้น ห้ามนอนตะแคงซ้าย เนื่องจากใส่เหล็กบริเวณกระดูกสะโพกข้างซ้ายไว้ ใช้ระยะเวลานานเกือบ 2 เดือน จึงสามารถพลิกตะแคงตัวได้ ธงบอก “มันทรมานมาก” ที่ไม่สามารถพลิกตะแคงตัวได้ และความทรมานอีกเรื่องหนึ่งของธง คือการที่ต้องกินนมที่ทางโรงพยาบาลชงมาให้ โดยปกติแล้ว ธงมักจะไม่ชอบดื่มนม แต่แผลที่หลังมีขนาดใหญ่ จึงต้องรับประทานอาหารเสริมตามแพทย์สั่ง หลังจากดื่มนม ธงจะอาเจียนทุกครั้ง เป็นเช่นนี้อยู่เดือนกว่า ธงจึงเริ่มปรับตัวได้ นอกจากนี้ยังมีไข่ต้มวันละ 6 ฟอง ซึ่งธงบอกว่า “เบื่อมาก” แต่ต้องจำใจกิน เพื่อการหายของแผล

ธงมีนิสัยร่าเริง ชอบคุยกับผู้ป่วยเตียงข้างเคียงหรือเจ้าหน้าที่ ชอบคุยหยอกล้อกับพยาบาล ในแต่ละวัน ธงจะมีพ่อกับแม่มาเฝ้าทั้งวัน พ่อของธงทำงานรับเหมาก่อสร้างทำรถไฟใต้ดิน ทำงานกะดึก จึงมักมานั่งหลับอยู่ข้างเตียงของธงในช่วงเวลากลางวันเสมอ มาอยู่เป็นเพื่อนธง นอกจากนี้ธงมักดีใจ เมื่อเพื่อนที่ทำงานและเพื่อนที่แคมป์มาเยี่ยม ส่วนมากจะมาเยี่ยมได้ในวันหยุด ติดต่อกันหลายวัน ซื้อของมาเยี่ยม ทำให้ธงรู้สึกว่า เพื่อนๆยังรักตนอยู่ ส่วนภรรยาเก่า เคยมาเยี่ยมธงอยู่ครั้งหนึ่ง ขณะอยู่ห้อง ICU ตอนนั้นธงมีสายระโยงระยาง จึงพูดคุยไม่ได้ รู้เพียงว่าภรรยาได้แต่ร้องไห้ แล้วบอกธงให้หายไวๆ

เมื่อรักษาแผลที่หลังจนหายดีแล้ว ธงได้ฝึกการทำกายภาพบำบัด ถึงแม้ขาทั้งสองข้างจะอ่อนแรง แต่แขนทั้งสองข้างยังมีแรงดี สามารถเคลื่อนย้ายตนเองลงรถเข็น (wheelchair) ได้ ไม่ว่าจะเป็นการเคลื่อนย้ายตนเองจากเตียงลงรถเข็น หรือการเคลื่อนย้ายจากรถเข็นไปชักโครก ซึ่งธงได้รับการฝึกจากนักกายภาพบำบัดจนเกิดความมั่นใจ ทำให้ธงคิดว่ากำลังแขนนั้นสำคัญมากสำหรับผู้ที่ใช้รถเข็น กำลังแขนจะต้องมาเป็นอันดับหนึ่ง ส่วนสติปัญญานั้นมาเป็นอันดับสอง เนื่องจากต้องคิดว่าจะเข็นรถไปอย่างไร ไปทางไหน ธงจึงพยายามที่จะออกกำลังกายแขนอย่างสม่ำเสมอทุกวัน เพื่อเพิ่มกำลังแขนและไม่ให้กล้ามเนื้อลีบ อีกทั้ง ยังคาดหวังว่าจะได้เข็นรถออกไปข้างนอกสักที ธงบอกว่า “ตอนนี้ทำได้เพียงแหงนมองภายนอกอาคาร” ธงอยากไปลานพระราชบิดาภายในโรงพยาบาล อยากไปไหว้ท่านสักครั้งหนึ่ง ขณะอยู่ที่หอผู้ป่วย ธงฝึกเรื่องการใช้ชีวิตประจำวัน ไม่ว่าจะเป็นการเช็ดทำความสะอาดสายสวนปัสสาวะด้วยตนเอง เพื่อป้องกันการติดเชื้อ การเช็ดตัว การเข้าห้องน้ำ ธงรู้สึกดีกับตัวเอง ที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น หรือเป็นภาระแม่อยู่

ตลอดเวลา เพราะตั้งแต่ธงอยู่โรงพยาบาล แม่มาเฝ้าตลอด ไม่มีที่นอน ต้องอาศัยนอนตึกผู้ป่วยนอกที่เก้าอี้ ธงบอก “สงสารแม่ ไม่อยากให้แม่นอนตากยุง” จากการที่ธงต้องเป็นคนพิการ เดินไม่ได้ จึงพยายามมองหาลู่ทางในการประกอบอาชีพ ได้มีผู้แนะนำเกี่ยวกับการทำงานซ่อมอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์หรือคอมพิวเตอร์ ธงบอก “หัวผมมันไม่ไปทางนั้น ตั้งแต่เกิดมาก็ทำงานก่อสร้างมาตลอด” ธงอยากไปทำงานกับเพื่อน อยากขับรถรับส่งคนงาน เนื่องจากรายได้ดีและเพื่อนแนะนำว่าสามารถติดตั้งอุปกรณ์ที่ควบคุมด้วยมือในการขับรถยนต์ ธงอยากทำได้เช่นนั้น

<u>กรณีศึกษา 2: นายเดช</u>

เดช ชายวัย 60 ปี รูปร่างผอมบาง ผิวขาว เกิดและเติบโตในกรุงเทพมหานครมาโดยตลอด ครอบครัวของเดชเป็นครอบครัวคนจีน มีพี่น้องทั้งหมด 4 คน เป็นชายทั้งหมด แต่งงานมีครอบครัว แยกย้ายกันไป บ้างก็อยู่ในกรุงเทพ บ้างก็อยู่ต่างจังหวัด ตอนเด็กๆ อยู่บ้านเช่า เป็นตึกแถวชั้นเดียว แม่เสียตั้งแต่อายุ 9 ขวบ เดชอยู่กับพ่อมาตลอด พ่อมีอาชีพค้าขาย เปิดร้านขายก๋วยเตี๋ยวและอาหารตามสั่ง ขายตั้งแต่เดชจำความได้ เดชบอกชีวิตตอนนั้นลำบาก แต่มีกินทุกมื้อ เพราะพ่อขายอาหาร ทำกับข้าวให้กิน เดชอยากได้อะไรต้องเก็บเงินเอง ตอนเด็กๆ เดชเก็บเงินอยู่เดือนกว่าซื้อจักรยาน 1 คัน แบ่งกันขี่กับพี่และน้อง พี่น้องรักใคร่กันดี พ่อทำงานส่งลูกทุกคนเรียนหนังสือ เดชเป็นเด็กขยัน วันหยุดจะช่วยพ่อขายก๋วยเตี๋ยว ล้างข้าวของเครื่องครัวต่างๆ

เดชเป็นเด็กไม่ชอบเรียนหนังสือ เมื่อจบชั้นประถม 4 มารดาเสียชีวิต จึงไม่ได้เรียนหนังสือต่อ ออกมาช่วยพ่อขายก๋วยเตี๋ยว จนถึงอายุ 14 ปี จึงไปทำงานเป็นช่างทำทองรูปพรรณ ค่าจ้างวันละ 100 บาท ทำได้ 3 ปี เพื่อนชวนไปเป็นเซลล์ขายยาของบริษัทแห่งหนึ่ง จึงลาออก เป็นเซลล์ขายยาได้เงินเดือนประมาณ 18,000 บาท ทำได้ 10 ปี พอกินพอใช้ ขณะทำงานพักอาศัยอยู่กับพ่อที่บ้านไปเช้าเย็นกลับ เมื่อแต่งงานจึงแยกครอบครัวออกมา

เดชแต่งงานกับหญิงสาวที่เป็นเพื่อนกันมาตั้งแต่เด็ก พ่อกับแม่ทั้งสองฝ่ายรู้จักกัน หลังจากแต่งงานใช้เงินเก็บสะสม ซื้อบ้านหลังหนึ่งแต่ให้คนอื่นเช่า ส่วนตนเองและภรรยาไปเช่าบ้านน้าอยู่ค่าเช่าเดือนละ 500 บาท ภายหลังแต่งงานชีวิตเปลี่ยนไป เดชต้องรับผิดชอบมากขึ้น แต่งงานได้ 1 ปี จึงมีบุตรคนแรก เดชมีบุตรชาย 1 คน และบุตรสาว 1 คน อายุห่างกัน 1 ปี ภรรยาอยู่บ้านเลี้ยงลูก ไม่ได้ทำงาน เดชต้องหาเลี้ยงครอบครัวเพียงผู้เดียว เงินเดือนจากการเป็นเซลล์ไม่พอใช้จ่าย น้องชายคนเล็กเป็นเจ้าของกิจการรถสามล้อเช่า จึงชวนเดชมาขับรถสามล้อ เดชซื้อรถเป็นของตนเอง ขับสามล้อรับ-ส่งผู้โดยสารทุกวัน ตั้งแต่ตี5 จนถึงสามทุ่ม รายได้วันละประมาณ 1,000 บาท พอกินพอใช้ในครอบครัว เดชมีลูกค้าขาประจำ 10 กว่าราย ส่งของให้แม่ค้าตามบ้านและตามแผงลอย เดชต้องทำงานหามรุ่งหามค่ำ เมื่อบุตรทั้งสองเข้าโรงเรียน ภรรยาของเดชรับจ้างตัดเย็บเสื้อผ้าที่ตลาดใกล้บ้าน เป็นร้านเล็กๆ มีจักรเย็บผ้า 1 ตัว แก้ซ่อมแซมเสื้อผ้า มีรายได้ประมาณเดือนละ

6,000 บาท ทั้งสองสามีภรรยาช่วยกันทำงาน ส่งลูกทั้งสองเรียนจนจบปริญญาตรี บุตรชายคนโตเรียนมหาวิทยาลัยเอกชน บุตรสาวคนเล็กเรียนมหาวิทยาลัยรัฐบาล รวมค่าใช้จ่ายแล้วเทอมละ 30,000 บาท เดชรักบุตรทั้งสองคนมาก เคยลงโทษโดยการตีด้วยไม้เรียว แต่ก็ต้องมานั่งร้องไห้เสียใจที่ทำให้ลูกเจ็บตัว หลังจากนั้นไม่เคยตีลูกอีก เดชไปส่งลูกทั้งสองไปโรงเรียนด้วยตัวเองตั้งแต่เล็กจนโต ขี่มอเตอร์ไซด์ไปส่งบ้าง ขับสามล้อไปส่งบ้าง เดชภูมิใจที่ลูกทั้งสองเป็นเด็กขยัน ตั้งใจเรียน ไม่เคยทำให้พ่อแม่เสียใจ หลังจากเรียนจบปริญญาตรี บุตรทั้งสองคนอยากเรียนต่อปริญญาโท แต่เดชไม่สามารถส่งเรียนต่อได้ บุตรทั้งสองจึงไปทำงานเป็นเซลล์ด้วยกันทั้งคู่ แต่คนละบริษัท มีรายได้เป็นของตนเอง เดชจึงขับรถสามล้อน้อยลง จากวันละ 16 ชั่วโมง ลดเหลือวันละ 6 ชั่วโมง รายได้ลดเหลือเดือนละประมาณ 9,000 บาท เดชมักจะขับรถสามล้อตั้งแต่ตี 1 ขับจนถึงสว่าง ว่างจากการขับรถจะช่วยภรรยาทำงานบ้านเล็กๆน้อยๆ และนอนพักบ้างในตอนกลางวัน เดชใช้ชีวิตเช่นนี้มาเป็นระยะเวลาเกือบ 20 ปี

ในเช้ามืดวันหนึ่ง เดชขับรถสามล้อออกจากบ้านเพื่อไปรับจ้าง ออกไปได้ไม่ไกล เกิดอุบัติเหตุ มีรถเก๋งขับมาชนรถสามล้อของเดช เดชกระเด็นออกนอกตัวรถ รู้สึกตัวตลอดเวลา ศีรษะฟาดพื้นถนน มีแผลบริเวณหน้าผาก เดชพยายามที่จะลุก แต่ลุกไม่ไหว ขยับไม่ได้ รู้สึกชาไปทั้งตัว มูลนิธินำส่งโรงพยาบาลในละแวกนั้น แต่ไม่มีแพทย์ จึงย้ายมาโรงพยาบาลที่มีบัตรประกันสุขภาพก็ไม่มีอุปกรณ์เครื่องมืออีกเช่นกัน จึงนำส่งโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ใช้สิทธิประกันภัยแห่งหนึ่งในวงเงิน 1,000,000 บาท แพทย์ทำการรักษาโดยการผ่าตัด เดชรู้สึกตัวอีกที แขนและขาทั้งสองข้างไม่สามารถขยับได้ มีอาการปวดและชาทั่วตัว รักษาที่โรงพยาบาลเอกชน 2 เดือน จึงย้ายมารักษาต่อที่โรงพยาบาลศิริราช เพื่อทำกายภาพบำบัด

เมื่อย้ายมาอยู่โรงพยาบาลศิริราช สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป จากอยู่ห้องพิเศษคนเดียว ต้องมาอยู่เตียงสามัญ มีผู้ป่วยขนาบสองข้างเตียง เดชจะมีสีหน้าเรียบเฉย ไม่ชอบพูดคุยกับผู้ป่วยเตียงข้างเคียง มักจะพูดคุยกับภรรยาและลูกเท่านั้น ภรรยาของเดชเลิกเย็บผ้า เทียวไปเทียวมาระหว่างบ้านและโรงพยาบาลทุกวัน ภรรยาของเดชมักมีอาการปวดศีรษะอยู่บ่อยครั้ง เนื่องจากพักผ่อนน้อย มาคอยดูแล อยู่เป็นเพื่อนเดชทั้งวัน เดชมักจะรู้สึกปวดอยู่ตลอดเวลา ภรรยาต้องคอยบีบนวดแขนและขาทั้งสองข้างให้ ความปวดจึงจะทุเลาลง แต่เมื่อหมดเวลาเยี่ยม ภรรยาและบุตรกลับบ้าน เดชมักจะขอยาแก้ปวดจากพยาบาลอยู่บ่อยครั้ง เนื่องจากเดชบอก ทานยาแก้ปวดให้เต็มที่จะได้ไม่รู้สึกปวด

หลังจากอุบัติเหตุครั้งนั้น เดชไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องมีคนป้อนอาหารทุกมื้อ จากการที่แขนและขาทั้งสองข้างอ่อนแรง มือทั้งสองข้างไม่สามารถกำได้ แต่แขนขวาพอขยับได้เล็กน้อย ซึ่งเดิมเดชถนัดมือซ้าย จึงต้องเปลี่ยนมาใช้การข้างขวาแทน เดชได้รับการฝึกกิจกรรมบำบัดเป็นการช่วยเหลือตนเองในเรื่องการรับประทานอาหาร โดยมีอุปกรณ์ช่วย เป็นด้ามจับของช้อนและ

ต่อสายรัดกับบริเวณฝ่ามือ เพื่อสามารถนำช้อนตักอาหารเข้าปากได้ ใช้เวลาฝึกเดือนกว่า จึงสามารถทำได้ ก็มีบางครั้งที่อาหารหกเลอะเทอะ เนื่องจากแขนยังมีกำลังไม่เต็มที่ แต่เดชก็รู้สึกดีที่ช่วยลดการเป็นภาระของผู้อื่น

เดชมักจะไม่ลงฝึกทำกายภาพที่ห้องกายภาพ เนื่องจากมีอาการเวียนศีรษะและหน้ามืดอยู่บ่อยครั้ง จึงทำให้ออกกำลังกายได้เพียงบนเตียง โดยการปั่นจักรยานไฟฟ้าบริหารมือและเท้าวันละประมาณ 30 นาที หลังจากนั้นภรรยา ซึ่งได้รับการฝึกจากนักกายภาพบำบัด เกี่ยวกับท่าในการบริหารร่างกาย ไม่ว่าจะเป็นการยก งอ เหยียดแขนและขาทั้งสองข้าง (passive exercise) จึงช่วยทำกายภาพบำบัดให้ เพื่อป้องกันกล้ามเนื้อลีบและข้อติดแข็ง

จากพยาธิสภาพของโรค เดชต้องใส่สายปัสสาวะคาไว้ และไม่สามารถถ่ายอุจจาระเองได้ ภรรยาผู้ดูแลหลัก ซึ่งได้เรียนรู้วิธีการปฏิบัติจากพยาบาลในการเช็ดทำความสะอาดสายสวนปัสสาวะและการล้วงอุจจาระ ใช้ระยะเวลาเพียง 2 สัปดาห์ ก็สามารถฝึกทักษะได้ถูกต้อง ภรรยาของเดชจะทำความสะอาดสายปัสสาวะให้เช้า-เย็น เพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และในทุกๆ 3 วัน จะต้องเหน็บยาระบาย เพื่อป้องกันอุจจาระอัดแน่น โดยภรรยาเป็นผู้ทำหน้าที่เหน็บยาระบายและล้วงอุจจาระให้ นอกจากนี้บุตรสาวของเดชยังได้เรียนรู้เกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติดังกล่าว เมื่อบุตรสาวเลิกงาน จะขับรถมาเยี่ยมเดชทุกวัน บางครั้งบุตรสาวก็ทำหน้าที่เหน็บยาระบายและล้วงอุจจาระด้วยตนเอง เพื่อเป็นการแบ่งเบาช่วยเหลือมารดา เดชบอกดีใจที่ภรรยาและลูกทั้งสองไม่ทอดทิ้ง เอาใจใส่ดูแลตนเองดีมาก และเดชบอกเข้าใจที่บุตรชายไม่สามารถมาเยี่ยมตนได้ทุกวัน เนื่องจากเลิกงานดึก แต่มักจะมาเยี่ยมในวันเสาร์และอาทิตย์

<u>กรณีศึกษา 3: นายพจน์</u>

พจน์เป็นชายวัยกลางคนอายุ 42 ปี เกิดที่จังหวัดชุมพร ครอบครัวของพจน์เป็นครอบครัวขนาดใหญ่ เครือญาติอยู่ในละแวกเดียวกัน พจน์มีพี่น้องทั้งหมด 5 คน พจน์เป็นบุตรคนที่ 3 มีพี่สาว 2 คน และน้องสาวคนสุดท้อง 1 คน ส่วนน้องชายต่อจากพจน์ เสียชีวิตด้วยโรคตับแข็งเมื่ออายุ 30 ปี ตั้งแต่เล็ก พจน์อาศัยอยู่กับพ่อและแม่ บ้านที่อาศัยเป็นบ้าน 2 ชั้น ชั้นล่างเป็นปูนชั้นบนเป็นไม้ มีห้อง 4 ห้อง พจน์นอนกับน้องชาย 1 ห้อง บริเวณบ้าน เป็นสวนมะพร้าว มีเนื้อที่ประมาณ 60 ไร่ ในหมู่บ้านจะมีอาชีพคล้ายๆกัน คือทำสวน ทั้งสวนผลไม้และสวนยางพารา ครอบครัวของพจน์ถือว่ามีฐานะดีกว่าบ้านอื่นๆในละแวกนั้น อีกทั้งมีลุงเป็นผู้ใหญ่บ้าน เป็นที่นับหน้าถือตาของคนในหมู่บ้าน พจน์มาเล่นที่บ้านของลุงบ่อยๆ คลุกคลีกับลูกบ้าน ไม่ว่าจะเป็นการประชุมหมู่บ้าน การจัดงานเลี้ยงสังสรรค์ พจน์ไปมาบ้านลุงอยู่เสมอ

พจน์เรียนที่โรงเรียนประจำอำเภอ ตั้งแต่ชั้นประถมถึงมัธยม มีผลการเรียนดี สอบได้อันดับต้นๆของห้อง พจน์มีเพื่อนมาก ทุกเย็นจะไปเล่นฟุตบอลกับเพื่อนๆที่สนามหญ้าของ

โรงเรียน พจน์ชอบเล่นกีฬาและชอบเข้าร่วมกิจกรรมของโรงเรียน อนาคตพจน์เคยวาดฝันว่าอยากเป็นตำรวจ ภายหลังจบชั้นมัธยม 6 พจน์ไปสอบที่โรงเรียนตำรวจ จังหวัดสุราษฎร์ธานี แต่สอบไม่ได้ จึงไปเรียนที่โรงเรียนสารพัดช่างจังหวัดราชบุรี เป็นสถาบันพัฒนาฝีมือแรงงาน ไปอยู่กับลุงซึ่งเป็นอาจารย์สอนอยู่ที่นั่น เรียนได้ปีกว่าก็สำเร็จการศึกษาในแผนกช่างเชื่อม จากนั้นกลับมาอยู่บ้าน พจน์สนใจเกี่ยวกับการเมือง ประกอบกับการมีเพื่อนและคนรู้จักมาก จึงลงสมัครผู้ใหญ่บ้าน ได้ชนะการเลือกตั้ง พจน์เป็นผู้ใหญ่บ้าน 1 สมัย และเป็นสมาชิกอบต.อีก 2 ปี จากนั้นเป็นรองนายกอบต. ดำรงตำแหน่งได้ 2 สมัย และในระหว่างที่เป็นรองนายกอบต.สมัยที่ 2 นี้ ได้ศึกษาต่อปริญญาตรีที่สถาบันการพลศึกษา วิทยาเขตชุมพร คณะรัฐศาสตร์การปกครอง ซึ่งพจน์หวังว่าจะเป็นประโยชน์ต่ออาชีพนักการเมืองท้องถิ่น แต่เมื่อพจน์ลงสมัครรองนายกอบต.สมัยที่ 3 พจน์แพ้การเลือกตั้ง และเมื่อศึกษาถึงชั้นปีที่ 3 ก็ประสบอุบัติเหตุ

พจน์แต่งงานกับหญิงสาวคนหนึ่ง อยู่หมู่บ้านติดกัน หญิงสาวคนนี้มีฐานะปานกลาง ทำงานเป็นลูกจ้างที่บริษัทห้องเย็น นอกจากนี้ยังมีสวนยางพาราและสวนผลไม้เป็นของตนเองประมาณ 10 ไร่ ภายหลังการแต่งงาน พจน์ย้ายไปอยู่บ้านภรรยา นอกจากเป็นนักการเมืองท้องถิ่นแล้ว พจน์ยังช่วยที่บ้านภรรยาทำสวนยางพารา รายได้เดือนละประมาณ 11,000 บาท เมื่อภรรยาของพจน์คลอดบุตรชายคนแรก ก็ลาออกจากบริษัทห้องเย็น มาขายกับข้าวที่ตลาดนัดเปิดท้าย ขาย 2 วัน/สัปดาห์ รายได้ประมาณเดือนละ 7,000 บาท พจน์มีบุตรชาย 2 คน ขณะนี้คนโตอายุ 12 ปี ส่วนคนเล็กอายุ 8 ปี บุตรทั้งสองเชื่อฟังพจน์เป็นอย่างดี ไม่เกเร พจน์รักบุตรชายสองคนนี้มาก และหวังจะให้บุตรทั้งสองเป็นนักการเมืองท้องถิ่นสืบต่อไป

พจน์ชอบการทำงานกับชาวบ้าน การมีส่วนร่วมในชุมชน ในระหว่างเป็นรองนายกอบต. พจน์ทำกิจกรรมต่างๆมากมาย ในด้านการพัฒนาชุมชน ไม่ว่าจะเป็นงานควบคุมการซ่อมถนน การลงมือประกอบและเชื่อมหลังคาเหล็ก การแข่งขันกีฬาระหว่างหมู่บ้าน พจน์จะลงแข่งฟุตบอลทุกปี นอกจากนี้ยังช่วยแก้ปัญหาในหมู่บ้าน หรือให้ความช่วยเหลือเมื่อลูกบ้านเดือดร้อน พจน์ชอบการพบปะสังสรรค์กับลูกบ้าน และมักจะออกงานอยู่เสมอ ไม่ว่าจะเป็นงานเลี้ยง งานแต่งงานหรืองานบวช นอกจากนี้ในทุกเย็นพจน์จะดื่มเหล้ากับลูกบ้าน โดยดื่มวันละประมาณครึ่งแบน อีกทั้งยังสูบบุหรี่วันละประมาณ 5 มวน พจน์กินเหล้าและสูบบุหรี่ตั้งแต่วัยรุ่น

ในคืนหนึ่ง หลังกลับจากงานแต่งของลูกบ้าน พจน์เมาเหล้า จึงเกิดอุบัติเหตุขับรถจักรยานยนต์ชนตอไม้ บริเวณศีรษะและคอกระแทกพื้น พจน์ไม่สลบ รู้สึกแขนและขาทั้ง 2 ข้าง ขยับไม่ได้ ร้องเรียกขอความช่วยเหลือ ลูกบ้านนำตัวส่งโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ พจน์ได้รับบาดเจ็บทางไขสันหลังระดับต้นคอที่ 3-4 ทำให้หายใจและขยับแขนขาไม่ได้ แพทย์ต้องทำการช่วยหายใจโดยการเปิดท่อหลอดลมคอ (Tracheostomy) พจน์ต้องเข้ารับการผ่าตัดอย่างเร่งด่วน แต่

โรงพยาบาลแห่งนี้ไม่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านกระดูกสันหลัง จึงส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลศิริราช แพทย์ทำการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนต้นคอ ภายหลังการผ่าตัด พจน์อยู่หอผู้ป่วยบาดเจ็บทางกระดูกสันหลัง เตียงผู้ป่วยวิกฤต พจน์ยังคงหายใจเองไม่ได้ ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ พจน์บอกรู้สึกอึดอัดมาก และช่วงเวลาที่ต้องดูดเสมหะทางท่อเจาะคอ เป็นความทรมานแสนสาหัส จากอุบัติเหตุครั้งนี้ ทำให้พจน์เป็นอัมพาตทั้งตัว แขนและขาทั้งสองข้างไม่สามารถขยับได้ ทำได้เพียงยกไหล่ทั้งสองข้างเท่านั้น พจน์บอกเมื่อมีแมลงมาตอม ก็ไม่สามารถปัดไล่ไปได้ สร้างความรำคาญแก่พจน์มาก ในการมารักษาตัวครั้งนี้ ภรรยาของพจน์เช่าหอพักอยู่ข้างโรงพยาบาล มาดูแลพจน์ทุกวัน มาป้อนข้าว เช็ดตัว เช็ดทำความสะอาดสายสวนปัสสาวะ และล้วงอุจจาระให้ เนื่องจากพจน์ไม่สามารถถ่ายปัสสาวะและอุจจาระเองได้ นอกจากนี้ยังต้องพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

แต่ละวันนอกจากการฝึกกายภาพบำบัด ด้วยการยืนกระดานสูง (Tilt board) และให้ภรรยาช่วยออกกำลังกายแขนและขาให้แล้ว พจน์ต้องฝึกการหายใจด้วยตนเอง เพื่อที่จะสามารถถอดเครื่องช่วยหายใจออกได้ พจน์บอก “ไม่อยากเป็นเหมือนผู้ป่วยเตียงข้างๆที่อยู่มาแล้ว 10 กว่าปี” พจน์กลัวว่าจะต้องใช้เครื่องช่วยหายใจไปตลอดชีวิต จึงบอกกับตัวเองว่าจะตั้งใจฝึกการหายใจให้ดีที่สุด พจน์บอก “อยากกลับบ้าน กลับไปหาแม่” หลังจากฝึกมาเป็นระยะเวลาเกือบ 3 เดือน พจน์สามารถหายใจได้ด้วยตนเอง ไม่ต้องพึ่งเครื่องช่วยหายใจ แต่ยังต้องให้ออกซิเจนอยู่ เป็นระยะเวลาอีกประมาณ 1 เดือน จึงจะสามารถหายใจเองได้ แต่พจน์ยังมีท่อเจาะคอ เนื่องจากมีแรงไอไม่เต็มที่ และเมื่อปิดท่อเจาะคอ พจน์สามารถพูดมีเสียง พจน์ดีใจมาก หลังจากที่ไม่ได้ใช้เสียงมาเป็นระยะเวลา 4 เดือนกว่า พจน์พูดคุยกับภรรยาและเจ้าหน้าที่ได้ นอกจากนี้ เมื่อบุตรชายหรือลูกบ้านมาเยี่ยม พจน์สามารถสื่อสารด้วยการพูดได้ เพราะก่อนหน้านี้ ญาติที่มาเยี่ยม ต้องสื่อสารโดยการอ่านริมฝีปาก บางครั้งก็สื่อสารกันไม่เข้าใจ แต่พจน์ก็ไม่ได้วิตกกังวลแต่อย่างใด เนื่องจากพจน์เป็นคนมีอารมณ์ขัน พจน์จะสื่อสารกับเจ้าหน้าที่พยาบาลด้วยสำเนียงคนใต้ พจน์บอกชอบพยาบาลที่หอผู้ป่วยนี้มาก เนื่องจากคอยบอกพจน์ให้สู้อยู่เสมอในเรื่องการฝึกการหายใจ และพจน์ก็มีใจสู้จริง จึงผ่านพ้นช่วงวิกฤตไปได้ หลังจากฝึกการหายใจและการไออย่างดีแล้ว พจน์สามารถลงทำกายภาพที่ห้องกายภาพชั้น 1 ได้ พจน์รู้สึกโล่ง ปลอดโปร่ง เมื่อได้มาเห็นโลกภายนอก หลังจากการที่ไม่ได้เห็นมาเป็นระยะเวลา 4 เดือนกว่า เมื่อได้เจอผู้ป่วยรายอื่นที่มีสภาพคล้ายกัน ทำให้มีกำลังใจในการฝึกกายภาพมากขึ้น

<u>กรณีศึกษา 4: นายเอก</u>

เอกชายวัย 52 ปี รูปร่างสูงใหญ่ เกิดที่จังหวัดสุพรรณบุรี มีน้องสาว 1 คน อายุห่างกัน 4 ปี เอกและน้องสาวอาศัยอยู่กับพ่อและแม่มาตั้งแต่เล็ก ในหมู่บ้านมีลักษณะเป็นชนบท บ้านของเอก

ตั้งอยู่กลางทุ่งนา เป็นบ้านไม้ชั้นเดียว ใต้ถุนสูง อยู่ห่างไกลจากตัวเมืองประมาณ 70 กิโลเมตร แต่ละหลังคาเรือนอยู่ห่างกันหลายกิโลเมตร ทุกครอบครัวมักจะมีที่ดินเป็นของตนเอง บ้างก็ทำนา บ้างก็ทำไร่อ้อย ไร่มันสำปะหลัง พ่อและแม่ของเอกมีอาชีพทำนา มีที่ดินประมาณ 60 ไร่ ในแต่ละปีจะปลูกข้าวได้ผลตามฤดูกาล เนื่องจากที่ดินไม่แห้งแล้ง มีน้ำใช้ตลอดปี รายได้ในครอบครัวพอกินพอใช้ มีเงินเหลือเก็บเล็กน้อย เอกและน้องสาวเล่นที่ท้องไร่ท้องนาตั้งแต่เด็กและรู้สึกผูกพันกับที่นาผืนนี้มาก

เอกเรียนชั้นประถมและมัธยมที่โรงเรียนในหมู่บ้าน เอกเป็นเด็กตั้งใจเรียน สอบได้อันดับต้นๆของห้อง เอกชอบเรียนวิชาภาษาอังกฤษ ขณะเรียนชั้นประถมตอนปลาย หลังจากโรงเรียนเลิก เอกจะช่วยพ่อทำนา ไม่ว่าจะเป็นการปลูกข้าวหรือการดำนา นอกจากนี้ยังขับรถไถหรือรถตกแต่งหน้าดิน เอกเรียนรู้และฝึกขับรถจากพ่อ และในวันหยุดเสาร์อาทิตย์ เอกจะไปอยู่ที่อู่ซ่อมรถและเครื่องจักรทางการเกษตรภายในหมู่บ้าน ไปศึกษาเกี่ยวกับเครื่องจักรต่างๆ ที่ใช้ในการทำไร่ทำนา เอกเรียนรู้ไม่นานก็สามารถใช้เครื่องจักรเหล่านั้นได้ เมื่อเอกเรียนจบชั้น ม.6 เอกอยากเรียนต่อทหาร แต่ไม่สามารถเรียนต่อได้ เนื่องจากภาระทางบ้านที่ต้องช่วยพ่อแม่ทำนา ประกอบกับน้องสาวไม่สามารถช่วยงานในไร่นาได้เต็มที่ เอกจึงเป็นหัวเรี่ยวหัวแรงในการทำนาของที่บ้าน

เอกแต่งงานกับน้องสาวเจ้าของโรงงานไร่อ้อยที่อยู่ต่างอำเภอ ภายหลังการแต่งงานเอกแยกบ้านกับพ่อแม่ออกมาอยู่กับภรรยา ส่วนน้องสาวของเอกก็แต่งงานเช่นกัน แต่ไม่ได้ย้ายออกไปไหน คงอยู่กับพ่อแม่ ช่วยพ่อทำนาและดูแลลูกจ้างที่จ้างมาช่วย ครอบครัวภรรยาของเอกทำกิจการไร่อ้อย มีโรงงานขนาดใหญ่ เป็นโรงงานของน้องชายภรรยา มีที่ดินหลายร้อยไร่ ส่วนภรรยานั้นมีที่ดินของตนเองประมาณ 10 ไร่ เอกทำคนเดียวทั้งหมด ปลูก ดูแลและเก็บเกี่ยวผลผลิตเอง โดยใช้เครื่องจักรที่มีอยู่ในโรงงานของน้องชายภรรยา รายได้ของเอก เฉลี่ยประมาณเดือนละ 10,000 บาท ภรรยาของเอกเป็นแม่บ้าน ไม่ได้ช่วยทำงานในไร่ แต่จะทำกับข้าวให้คนงานในไร่ เอกมีบุตรชาย 2 คน อายุห่างกัน 3 ปี คนโตจบชั้น ม.6 เอกอยากให้เป็นทหาร แต่ลูกชายไม่ชอบ จึงออกมาทำงานในไร่และช่วยงานที่อู่ซ่อมเครื่องจักร ส่วนลูกชายคนเล็กจบเพียงชั้น ม.3 ไม่ได้เรียนต่อ

ชีวิตหลังการแต่งงานราบรื่นดี เอกบอกภูมิใจมากที่สามารถทำไร่อ้อยได้ผลผลิตปีละมากๆ เอกจะเข้าไร่แต่เช้าตรู่และกลับมาในตอนค่ำ เอกขยันทำมาหากิน นอกจากทำงานในไร่ของตนยังช่วยน้องชายภรรยาทำไร่อ้อยด้วย ค่าจ้างแรงงานที่ได้จากน้องชายภรรยาแล้วแต่ผลผลิตที่ได้ ผลผลิตมากก็ได้มาก นอกจากช่วยงานในไร่แล้ว เอกยังช่วยในเรื่องการติดต่อประสานงานการซื้อพันธุ์อ้อย โดยจะต้องขับรถไปสายเหนือและสายอีสานอยู่เป็นประจำ ซึ่งเอกไม่เคยไว้ใจใครในเรื่องการขับรถ

เช้ามืดวันหนึ่ง หลังจากที่เดินทางกลับมาจากจังหวัดกำแพงเพชรพร้อมบุตรชายคนโตและภรรยา ขณะใกล้ถึงบ้าน เอกรู้สึกเหนื่อยล้า จึงเปลี่ยนมือให้บุตรชายขับ ขับไปได้ระยะทาง

ประมาณ 20 กิโลเมตร บุตรชายหลับใน ขับรถตกไหล่ทาง รถกระแทกก้อนหิน คว่ำตีลังกาหลายตลบ มีควันออกมาจากเครื่องยนต์ เอกซึ่งนั่งข้างคนขับรู้สึกตัวตลอดเวลา คิดว่าไฟจะไหม้รถ จึงพยายามตะเกียกตะกายออกมาจากตัวรถ แต่ขาทั้งสองข้างไม่สามารถขยับได้ และมีอาการปวดหลังมาก เอกคิดว่าหลังหัก จึงให้บุตรชายและภรรยาประคองขยับออกจากตัวรถทีละน้อยๆ จากนั้นจึงโทรขอความช่วยเหลือจากน้องชายที่อยู่บ้านใกล้บริเวณนั้น เอกถูกนำตัวส่งโรงพยาบาลอำเภอในจังหวัดสุพรรณบุรี แต่ไม่มีหมอออกตรวจ จึงย้ายเข้าโรงพยาบาลประจำจังหวัดสุพรรณบุรี แพทย์ทำการเอกซเรย์และฉีดยาแก้ปวดเพื่อบรรเทาอาการ แพทย์บอกต้องทำการผ่าตัดกระดูกสันหลัง น้องชายของภรรยารู้จักแพทย์ทางด้านกระดูกสันหลังที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพฯ จึงส่งตัวมาเพื่อทำการผ่าตัด ภายหลังการผ่าตัด ขาทั้งสองข้างยังคงขยับไม่ได้ ถ่ายปัสสาวะเองไม่ได้ ต้องคาสายสวนปัสสาวะไว้ เอกนอนพักรักษาตัวอยู่ประมาณ 1 เดือน จึงย้ายมารักษาต่อที่โรงพยาบาลศิริราช เพื่อทำกายภาพและตรวจเรื่องระบบทางเดินปัสสาวะ เนื่องจากอาจจะเอาสายปัสสาวะออกได้

เมื่อมาอยู่ที่หอผู้ป่วยบาดเจ็บทางกระดูกสันหลังเตียงสามัญ เอกบอกไม่ต้องปรับตัวอะไรมาก เพราะเข้ากับคนอื่นง่ายอยู่แล้ว เป็นดังที่บอก เอกเป็นคนมีมนุษยสัมพันธ์กับคนรอบข้างดี ชอบพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการเมืองและเศรษฐกิจกับผู้ป่วยรายอื่นหรือเจ้าหน้าที่อยู่เสมอ อีกทั้งยังชอบติดตามข่าวสารบ้านเมืองจากการดูโทรทัศน์หรืออ่านหนังสือพิมพ์ทุกวัน

เมื่อมาอยู่หอผู้ป่วยนี้ สิ่งแรก เอกต้องฝึกการขับถ่ายปัสสาวะ แต่ยังไม่สามารถถ่ายปัสสาวะด้วยตนเองได้ เอกไม่วิตกกังวลแต่อย่างใด เอกบอก “การอยู่ท้องไร่ท้องนา สามารถใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ได้” เอกคิดว่าไม่เป็นอุปสรรคในการใช้ชีวิตประจำวัน ในส่วนของการทำกายภาพบำบัด เอกฝึกการพลิกตะแคงตัวด้วยตนเอง และฝึกการลงรถเข็น (wheelchair) ใช้ระยะเวลาประมาณ 1 เดือนกว่า จึงสามารถลงรถเข็นได้คล่อง แต่ยังคงต้องมีเจ้าหน้าที่คอยช่วยเหลือในการจับรถเข็นอยู่ นอกจากนี้ยังต้องฝึกการโหนบาร์ เป็นการฝึกกำลังแขนเพื่อที่จะใช้พาร่างกายส่วนขาทั้งสองข้างที่อ่อนแรงให้ไปกับส่วนบนคือแขนทั้งสองข้างที่ยังดีอยู่ได้ เอกตั้งใจฝึกทำกายภาพเนื่องจากหวังว่าสักวันหนึ่ง จะสามารถกลับไปทำไร่อ้อยที่ตนเองรักได้ เพราะรถแทรคเตอร์นั้นสามารถควบคุมได้ด้วยมือ ซึ่งถ้าเขาสามารถปีนป่ายขึ้นไปบนรถแทรคเตอร์ซึ่งสูงประมาณ 3 เมตรได้ และแต่งตัวให้รัดกุม นุ่งกางเกงให้หนา ใส่อุปกรณ์ป้องกันไม่ให้เกิดบาดแผล เนื่องจากท่อนล่างไม่รู้สึก อาจเกิดแผลได้ง่าย เอกคิดว่าเขาจะขับรถทำไร่ได้ เอกตั้งเป้าว่าวันหนึ่งจะขับให้ได้สัก 10 ชั่วโมง เอกยังคิดอีกว่า นอกจากทำไร่แล้ว ตนอาจจะรับจ้างทำงานขับรถตักดินด้วยก็ได้ เนื่องจากการทำงานของเครื่องจักรเหล่านี้ ไม่ต้องใช้ขาทั้งสองข้าง

หลังจากที่เกิดอุบัติเหตุใหม่ๆ เอกเคยคิดโทษลูกชายที่ขับรถไม่ระวัง เป็นสาเหตุที่ทำให้ชีวิตตนต้องมาเป็นคนพิการเช่นนี้ แต่เมื่อเวลาผ่านไป เอกหายโกรธแล้ว เพราะคิดว่าถ้าไม่เป็นในวันนี้ ก็อาจเป็นในวันข้างหน้าก็ได้ เอกมักจะย้อนคิดว่าตนเองขับรถชนหมาข้างทางอยู่บ่อยครั้ง อาจเป็นกรรมเวรที่ตนเคยทำไว้ก็เป็นได้

ในระหว่างที่อยู่โรงพยาบาลนี้ ภรรยาของเอกมาคอยดูแล ฝึกการเช็ดทำความสะอาดสายสวนปัสสาวะและล้วงอุจจาระให้เอก โดยจะเทียวไปเทียวมาระหว่างบ้านที่สุพรรณบุรีกับโรงพยาบาลอยู่เสมอ และในบางคืนก็จะไปอาศัยนอนที่เก้าอี้ของตึกผู้ป่วยนอก ครั้นบุตรชายทั้งสองว่างจากงานในไร่ก็จะมาเยี่ยมพ่อ เอกบอกลูกทั้งสองว่า “พ่อล้มลงสักคนแล้ว ลูกต้องสานต่อไปนะ” เอกอยากให้ลูกชายเป็นหัวเรี่ยวหัวแรงในการทำงานในไร่ต่อไป เอกและภรรยาเสียใจที่เหตุการณ์เช่นนี้เกิดขึ้นกับครอบครัวของตน และจากเหตุการณ์นี้เอง ทำให้บุตรชายคนเล็กไม่สามารถเรียนต่อได้ จบเพียงชั้น ม.3 ก็ต้องออกมาช่วยงานในไร่ แต่เอกหวังว่าวันหนึ่งจะส่งลูกเรียนในชั้นที่สูงกว่านี้ให้ได้

<u>กรณีศึกษา 5: มาร์ค</u>

มาร์ค ชายหนุ่มวัย 38 ปี ผิวขาว รูปร่างสูงใหญ่ เกิดที่กรุงเทพมหานคร มาร์คมีพี่น้อง 4 คน มาร์คเป็นพี่ชายคนโต มีน้องสาว 3 คน สองคนต่อจากมาร์คเป็นฝาแฝด น้องสาวฝาแฝดทำงานที่บริษัทเอกชน ส่วนน้องสาวคนสุดท้องเป็นอาจารย์สอนวิชาภาษาอังกฤษที่มหาวิทยาลัยของรัฐแห่งหนึ่ง บ้านของมาร์คเป็นบ้านเดี่ยว อยู่ใจกลางเมือง มาร์คมีฐานะทางบ้านดี พ่อรับราชการ แม่เป็นแม่บ้าน พ่อและแม่ของมาร์คแบ่งหน้าที่กันชัดเจน พ่อทำงานนอกบ้าน ส่วนแม่เลี้ยงลูกทั้ง 4 คนด้วยตนเอง แต่จะจ้างคนมาช่วยทำงานบ้าน แม่ของมาร์คทำหน้าที่แม่บ้านได้ไม่ขาดตกบกพร่อง มาร์คอยู่กับพ่อและแม่ตั้งแต่เด็ก ครอบครัวของมาร์คเป็นครอบครัวที่อบอุ่น ในชีวิตของมาร์คไม่เคยต้องลำบาก พ่อและแม่ดูแลเอาใจใส่ดี ขณะที่มาร์คเป็นเด็ก แม่ของมาร์คต้องเลี้ยงน้องฝาแฝด มาร์คมักจะตามพ่อไปในที่ต่างๆ รวมถึงการไปต่างประเทศ ทั้งเอเชียและยุโรป เมื่อเป็นเด็ก ถ้ามาร์คอยากได้อะไรต้องตั้งใจเรียน สอบให้ได้เป็นการแลกเปลี่ยน ก็จะได้ของสิ่งนั้นตอบแทน ซึ่งเป็นกุศโลบายที่พ่อใช้กับมาร์คมาตลอด และพ่อยังสอนมาร์คอยู่เสมอว่า ให้เป็นผู้ให้ก่อนที่จะเป็นผู้รับ ให้มีความซื่อสัตย์และมีความกตัญญู เมื่อเป็นเด็กมาร์คเจ็บป่วยบ่อยด้วยโรคหวัดและโรคภูมิแพ้ พ่อจึงให้เรียนว่ายน้ำตั้งแต่เด็ก ชีวิตในวัยเด็กของมาร์คจึงอยู่เพียงบ้าน โรงเรียนและสระว่ายน้ำ

มาร์คเรียนชั้นประถมที่โรงเรียนเอกชนแห่งหนึ่ง มาร์คเป็นเด็กตั้งใจเรียน มีผลการเรียนอยู่ในเกณฑ์ดีมาก อีกทั้งยังเป็นนักกีฬาว่ายน้ำของโรงเรียน เมื่อเรียนชั้นมัธยม มาร์คเรียนโรงเรียนของรัฐในกรุงเทพฯ และในช่วงพักร้อน มาร์คจะไปเรียนภาคฤดูร้อนที่ต่างประเทศเสมอ ทำให้มาร์คได้เห็นโลกภายนอก เรียนรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมและความคิดของชาวต่างชาติ อีกทั้งยังได้ฝึก

การใช้ภาษาอังกฤษ ทำให้สามารถพูดและเข้าใจภาษาอังกฤษได้ดี ขณะที่มาร์คศึกษาอยู่ชั้นมัธยม 5 ได้สอบเทียบเข้าคณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยของรัฐชื่อดังแห่งหนึ่งในกรุงเทพฯ ด้วยการที่มาร์คตั้งใจเรียน คบกับกลุ่มเพื่อนที่ดี ประกอบกับการสนับสนุนของครอบครัว เมื่อจบปริญญาตรีจึงศึกษาต่อในระดับปริญญาโทในคณะวิศวกรรมศาสตร์ สาขาสิ่งแวดล้อมที่ประเทศสหรัฐอเมริกา มาร์คมีการจัดการและรับผิดชอบชีวิตของตนเองอย่างเต็มที่ โดยพ่อแม่ส่งค่าเล่าเรียนให้ เพื่อนของมาร์คส่วนมากเป็นชาวต่างชาติ เป็นระยะเวลาปีครึ่งจึงสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท และกลับมาเมืองไทย

เมื่อกลับมาอยู่เมืองไทย มาร์คทำงานเป็นข้าราชการที่กระทรวงวิทยาศาสตร์ ซึ่งปลัดกระทรวงเป็นเพื่อนกับพ่อของมาร์ค ทำงานได้ 6 เดือนจึงลาออกไปอยู่บริษัทต่างชาติแห่งหนึ่ง เป็นที่ปรึกษาด้านสิ่งแวดล้อม ทำงานเกี่ยวกับฐานข้อมูลของน้ำบาดาลทั่วประเทศ อีกทั้งมาร์คได้ศึกษาและเรียนรู้เกี่ยวกับเทคโนโลยีสารสนเทศ

ชีวิตประจำวันของมาร์ค ใช้ชีวิตแบบคนเมืองทั่วไป มาร์คไม่กินเหล้าและไม่สูบบุหรี่ การดำเนินชีวิตส่วนใหญ่จะทำงาน เข้าฟิตเนสออกกำลังกาย และเที่ยวสังสรรค์กับเพื่อนเป็นบางโอกาส บ่ายวันหนึ่ง หลังกลับจากตีกอล์ฟกับเพื่อนที่ต่างจังหวัด ไปกันทั้งหมด 4 คน เพื่อนของมาร์คเป็นคนขับ มาร์คนั่งอยู่เบาะหลัง เมื่อออกจากด่านเก็บเงินของทางด่วนมีรถยนต์ขับตัดหน้ารถของมาร์คเสียการทรงตัวและพลิกคว่ำ มาร์คสลบ เพื่อนของมาร์คเรียกรถตู้ที่สัญจรผ่านไปมาและถอดเบาะแนวยาวของรถตู้คันนั้น เพื่อเป็นแผ่นรองสอดใต้ตัวและดึงตัวมาร์คออกมาจากรถ จากนั้นนำส่งโรงพยาบาลเอกชนในละแวกนั้น เมื่อถึงโรงพยาบาลเพื่อนได้โทรบอกแม่ของมาร์ค แม่ของมาร์คพูดคุยกับพยาบาล จึงได้รู้ว่ามาร์คได้รับบาดเจ็บที่ไขสันหลัง และนำตัวมาร์คกลับมารักษาต่อที่โรงพยาบาลเอกชนอีกแห่งหนึ่ง ซึ่งเป็นทีมแพทย์ของโรงพยาบาลศิริราช แพทย์ทำการเอกซเรย์ พบว่า ไหปลาร้าขวาหัก สะบักซ้ายแตก ซี่โครงหัก 3 ซี่ ทะลุปอด และกระดูกสันหลังส่วนอกระดับที่ 9 หัก แพทย์ทำการระบายเลือดออกจากปอดก่อน ส่วนเรื่องกระดูกสันหลัง แพทย์ซึ่งรู้จักกับแม่ของมาร์คเป็นอย่างดี ได้บอกแม่ของมาร์คว่าให้ทำใจ เนื่องจากมาร์คต้องนั่งรถเข็น และเป็นอัมพาตท่อนล่าง มาร์คถูกย้ายมาโรงพยาบาลศิริราชเพื่อทำการผ่าตัดกระดูกสันหลัง เมื่อออกจากห้องผ่าตัด มาร์คพักฟื้นที่ห้อง ICU 3 วัน เมื่อมาร์ครู้สึกตัวดี มาร์ครู้สึกว่าขาทั้งสองข้างหายไป มาร์คบอก “เมื่อหลับตาลง มันรู้สึกไม่มีขาทั้งสองข้าง มันว่างไปเลย” มาร์คมีอาการปวดหลังมาก ต้องให้ยาระงับปวดอยู่ตลอดเวลา มาร์คไม่คิดว่าตนเองเป็นหนัก แต่สังเกตเห็นว่าแม่จะพยายามไม่ให้พ่ออยู่ตามลำพังกับมาร์ค เมื่อแพทย์เจ้าของไข้เข้ามาคุย มักจะคุยกันข้างนอก ไม่ให้มาร์คได้ยิน จนวันหนึ่งพ่ออยู่ตามลำพังกับมาร์ค พ่อบอกมาร์คว่าจะเดินไม่ได้อีกต่อไป มาร์คกอดพ่อแล้วร้องไห้ พ่อบอก “ร้องออกมาเลย แต่ร้องแล้วให้จบนะ” มาร์คร้องไห้อยู่ 10 นาที จากนั้นก็ไม่เคยร้องไห้ ไม่คิดเสียใจ

ที่ตนเองเดินไม่ได้อีกเลย หลังจากมาร์คย้ายมารักษาตัวอยู่ที่หอผู้ป่วยพิเศษ มาร์คฟื้นตัวเร็วมาก เป็นระยะเวลา 2 เดือน จึงทำกายภาพบำบัด มาร์คออกกำลังกายแขนทั้ง 2 ข้าง ยืนกระดานสูง (tilt board) และฝึกลงรถเข็น เป็นระยะเวลา 2 เดือน มาร์คสามารถลงรถเข็นได้คล่อง และได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

เมื่อมาร์คกลับมาอยู่บ้าน แม่ของมาร์คปรับสภาพบ้าน เปลี่ยนบันไดหน้าบ้านให้เป็นทางลาด มาร์คย้ายลงมาอยู่ชั้นล่างของบ้าน ภายในห้องนอนของมาร์คมีโต๊ะทำงาน TV ตู้เย็นและห้องน้ำภายในตัว อีกทั้งแม่จะอยู่และนอนกับมาร์คตลอด มาร์คช่วยเหลือตัวเองได้ในระดับหนึ่ง สามารถขึ้นลงรถเข็นได้ อาบน้ำเองได้ โดยมีแม่คอยช่วยเหลือ ภายหลังเกิดอุบัติเหตุ มาร์คไม่สามารถกลับไปทำงานที่เดิมได้ เนื่องจากต้องออกไซด์งาน จึงไปทำงานที่บริษัทเพื่อนของพ่อมาร์คเป็นผู้อำนวยการด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ (IT) ให้กับกลุ่มบริษัท วางระบบงานโดยใช้คอมพิวเตอร์เข้ามาควบคุม และภายหลังมาร์คได้เปลี่ยนตำแหน่งเป็นที่ปรึกษาด้าน IT เนื่องจากต้องเข้าโรงพยาบาลเป็นระยะเวลายาวนาน อาจทำงานได้ไม่เต็มที่ โดยมาร์คขับรถไปทำงาน รถของมาร์คมีระบบเกียร์ที่ควบคุมด้วยมือ มาร์คเข้าออฟฟิตทุกวันจันทร์ พุธและพฤหัส ส่วนวันอังคารและวันศุกร์จะไปทำกายภาพบำบัด โดยแม่ของมาร์คจะไปด้วยทุกครั้ง ไม่ว่าจะเป็นการไปประชุมงาน การไปเที่ยวในที่ต่างๆหรือแม้แต่ไปเมืองนอก

วันหนึ่ง ขณะที่มาร์คขับรถกลับจากที่ทำงาน ช่วงหลังเลิกงานซึ่งรถติดมาก มาร์คไปกลับระหว่างที่ทำงานและบ้านใช้เวลาเกือบ 2 ชั่วโมง เป็นเช่นนี้อยู่หลายวัน มาร์คจะมีไข้และหนาวสั่นในตอนเย็น และในขณะอาบน้ำ แม่ของมาร์คสังเกตเห็นว่ามาร์คมีแผลกดทับบริเวณแก้มก้นข้างขวา จึงมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลศิริราช แพทย์ให้อยู่ห้องพิเศษของหอผู้ป่วยบาดเจ็บทางกระดูกสันหลัง ซึ่งห้องนี้มีอุปกรณ์ครบครัน มาร์คบอกบรรยากาศใกล้เคียงเหมือนได้อยู่บ้าน มาร์คสามารถทำงานได้โดยใช้โน้ตบุคและอินเตอร์เน็ต เมื่อแรกรับแผลของมาร์คมีลักษณะเป็นรูเล็กๆเป็นเนื้อตาย แพทย์ทำการผ่าตัดคว้านแผลลึกประมาณ 6 ซ.ม. เพื่อให้เส้นเลือดมาหล่อเลี้ยงบริเวณแผลได้ ภายหลังทำผ่าตัดมาร์คต้องนอนคว่ำตลอดโดยนอนที่นอนลม และต้องทำแผลทุกวัน ร่วมกับการรับประทานไข่ขาววันละ 6 ฟอง ระหว่างนี้ก็ทำกายภาพบำบัดไปด้วย ระยะเวลาผ่านไป 6 เดือน แผลของมาร์คไม่ดีขึ้น แพทย์หน่วยศัลยกรรมจึงเปิดปากแผลให้กว้าง ตัดเนื้อตายจนหมด และนำกล้ามเนื้อบริเวณก้นมาปลูกให้ใหม่ (skin flap) การผ่าตัดครั้งนี้ทำให้มาร์คต้องนอนคว่ำเป็นระยะเวลาหลายเดือน มาร์คบอกว่าต้องทน จนกลายเป็นความเคยชิน นอกจากนี้ มาร์คยังต้องใช้แผ่นรองบริเวณข้อศอกทั้ง 2 ข้างที่ต้องรับน้ำหนักตัวเมื่อทำกิจกรรมขณะนอนคว่ำ

ในระหว่างที่นอนโรงพยาบาล มาร์คมีมนุษยสัมพันธ์ดี ชอบพูดคุยหยอกล้อกับเจ้าหน้าที่ มาร์ครู้จักคนมาก มีเพื่อนมาก และเพื่อนมักจะมาเยี่ยมอยู่เสมอ ทำให้มาร์ครู้สึกดี ได้พูดคุย

ผ่อนคลายกับเพื่อนๆ อีกทั้งพ่อและแม่ของมาร์คจะมาเยี่ยม และบางคืน แม่ของมาร์คจะมานอนกับมาร์ค มาร์คเป็นคนรักครอบครัว และคิดว่าเมื่อตนเองมีปัญหาหรืออุปสรรคใดๆ มาร์คสามารถที่จะข้ามผ่านไปได้ด้วยแรงสนับสนุนของครอบครัวและความรักที่พ่อกับแม่มีให้

<u>กรณีศึกษา 6: นายโชค</u>

โชค ชายหนุ่มวัย 23 ปี รูปร่างสูงใหญ่ ผิวคล้ำ หน้าคมเข้ม เกิดที่จังหวัดสกลนคร โชคเป็นบุตรชายคนกลาง มีพี่สาว 1 คน และน้องสาว 1 คน ทั้งสามคนกำลังศึกษาอยู่ในระดับอุดมศึกษา โชคเรียนที่มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ส่วนพี่สาวและน้องสาวเรียนอยู่มหาวิทยาลัยที่ต่างจังหวัด ในวัยเด็กโชคอาศัยอยู่กับพ่อและแม่ที่จังหวัดสกลนคร บ้านที่อยู่เป็นบ้านไม้ 2 ชั้น มีหลายห้องนอน โชคนอนคนเดียวตั้งแต่เล็ก ขณะนั้นพ่อของโชคเป็นทหารบก ต้องเข้าไปอยู่ในตัวเมือง ตั้งแต่โชคเรียนชั้นอนุบาล ได้เข้าไปอยู่ในตัวเมืองกับพ่อ พร้อมกับแม่ที่ย้ายเข้ามาในเมืองเพื่อศึกษาต่อปริญญาตรีทางด้านครุศาสตร์ เมื่อแม่ของโชคสำเร็จการศึกษาได้เป็นครูที่โรงเรียนประถมในจังหวัดสกลนคร ส่วนพ่อของโชคเป็นทหารได้ไม่นาน ก็ศึกษาต่อในระดับปริญญาตรี คณะศึกษาศาสตร์และได้เป็นครูสอนวิชาสุขศึกษาที่โรงเรียนมัธยมแห่งหนึ่งในจังหวัดสกลนคร พ่อของโชคเป็นโค้ชวอลเลย์บอลของโรงเรียน และเคยพาเด็กไปแข่งในระดับภูมิภาค พ่อและแม่ของโชคมีรายได้เท่าๆกัน คือเดือนละประมาณ 30,000 บาท

โชคเรียนชั้นประถมและมัธยมที่โรงเรียนประจำจังหวัด พ่อไปรับไปส่งทุกวัน บ่อยครั้งที่โชคหนีเรียน เพื่อไปเล่นเกมส์ที่ร้านกับเพื่อน จึงถูกพ่อทำโทษ พ่อสอนโชค โดยให้โชคเรียนรู้การใช้ชีวิตด้วยตนเอง เมื่อผิดจึงจะชี้แนะในสิ่งที่ถูกต้อง โชคก็เชื่อฟังบ้าง ไม่เชื่อฟังบ้าง เมื่อโชคอยู่ชั้นมัธยมปีที่ 2 ได้ย้ายไปเรียนต่อที่จังหวัดชัยภูมิ เนื่องจากเพื่อนของพ่อขอตัวโชคไปเล่นกีฬาวอลเลย์บอล โรงเรียนที่ชัยภูมิ เป็นโรงเรียนประจำอำเภอ โชคอยู่หอพักในโรงเรียน ต้องเรียนหนังสือ ร่วมกับซ้อมกีฬาวอลเลย์บอลไปด้วย โชคเป็นนักกีฬาวอลเลย์บอลของโรงเรียน เป็นตัวแทนไปแข่งในระดับจังหวัดและระดับภูมิภาค โชคมักจะเล่นในตำแหน่งบล็อก เนื่องจากมีความสูง 190 ซม.โชคมีผลการเรียนในระดับพอใช้ เพราะต้องซ้อมกีฬาทุกวัน ทำให้ไม่มีเวลาทบทวนบทเรียน แต่เมื่อถึงวันหยุด โชคมักจะไปอยู่หอพักนอกกับเพื่อน เพื่อนของโชคชวนสูบบุหรี่ โชคก็สูบตั้งแต่นั้นมา ช่วงแรกสูบไม่มาก วันละ 2-3 มวน แต่ช่วงหลังโชคสูบบุหรี่มากขึ้น วันละเกือบ 10 มวน เมื่อเรียนจบชั้นมัธยม โชคอยากเป็นทหารเหมือนพ่อ จึงสอบเข้าโรงเรียนทหารเรือที่จังหวัดชลบุรี พ่อภูมิใจในตัวโชคมาก ที่สามารถสอบได้และเป็นตัวแทนนักกีฬาไปแข่งวอลเลย์บอลของกีฬาสี่เหล่าทัพ โชคได้เหรียญทองแดง โชคเรียนที่โรงเรียนทหารเรือได้เพียง 8 เดือน เกิดทะเลาะกับเพื่อน จึงลาออกมาเรียนอยู่ที่คณะวิทยาศาสตร์ สาขาวิทยาการคอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร โดยได้ทุนโควตานักกีฬาวอลเลย์บอล โชคได้รับ

การคัดเลือกเป็นนักกีฬาวอลเลย์บอลทีมชาติไทย เป็นตัวแทนไปแข่งขันในกีฬาต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นกีฬามหาวิทยาลัยแห่งชาติ กีฬามหาวิทยาลัยอาเซียน หรือกีฬามหาวิทยาลัยโลก ซึ่งครั้งสุดท้ายที่แข่งเป็นการแข่งขันกีฬามหาวิทยาลัยโลก แข่งที่ประเทศจีน โดยโชคได้เข้าร่วมในทีมชาติไทยซึ่งได้อันดับที่ 6 ของโลก ถึงแม้จะไม่ได้เหรียญรางวัลมา แต่โชคก็ภาคภูมิใจและคิดว่าตนได้ประสบความสำเร็จในชีวิตในด้านการเป็นนักกีฬาแล้ว

การใช้ชีวิตประจำวันขณะอยู่มหาวิทยาลัย ตั้งแต่ชั้นปีที่ 1 ถึงชั้นปีที่ 4 โชคจะทุ่มเทเวลาส่วนใหญ่ให้กับการซ้อมกีฬา อีกทั้งสำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา ได้จัดโครงการเก็บตัวนักกีฬา โชคจึงไม่ต้องไปเรียนหนังสือ เพียงแค่ซ้อมกีฬา และมีรายได้จากการซ้อมกีฬา เดือนละ 10,000 บาท นอกจากนี้ยังขอเงินแม่อีกประมาณเดือนละ 10,000 บาท ในทุกเย็นโชคจะกินเหล้ากับเพื่อนนักกีฬาด้วยกัน ถ้าไม่กินที่หอพัก ก็ออกไปกินที่ผับใกล้มหาวิทยาลัยกับกลุ่มเพื่อน โชคมีแฟนสาวซึ่งพบในสนามแข่งขันวอลเลย์บอลตั้งแต่อยู่ชั้นมัธยม 6 แฟนสาวคนนี้เป็นนักกีฬาวอลเลย์บอลเช่นเดียวกัน แต่เมื่อเข้ามหาวิทยาลัย แฟนสาวได้เลิกเป็นนักกีฬา เนื่องจากไม่ชอบการซ้อมกีฬาทุกวัน โชคคบแฟนคนนี้มา 4 ปี คิดว่าถ้าเรียนจบปริญญาตรี จะแต่งงานกับแฟนคนนี้ เนื่องจากพ่อแม่ทั้งสองฝ่ายรู้ในเรื่องการคบหาและอยู่ด้วยกัน บ่อยครั้งที่โชคต้องผิดใจกับแฟนในเรื่องของผู้หญิง เมื่อโชคไปแข่งกีฬา มักจะมีสาวๆเข้ามาอยู่เสมอ บางครั้งที่โชคก็คบหาเกินเพื่อน ทำให้แฟนสาวน้อยใจและคิดจะเลิกอยู่หลายครั้ง แต่ก็ยังเป็นห่วงโชค จึงยังไม่ไปจากโชค

ในคืนหนึ่ง โชคไปเที่ยวผับกับรุ่นพี่ที่มหาวิทยาลัย ไปกัน 7 คน แต่โชครู้จักเพียง 2 คน โชคเป็นผู้ชายคนเดียวในโต๊ะ ในระหว่างที่อยู่ในผับ โชคนั่งฟังเพลงและกินเหล้า ไม่ค่อยคุยกับใคร เมื่อผับปิด เวลาประมาณตี 2 โชคกลับแท็กซี่กับเพื่อน ในขณะที่ก้าวขึ้นรถ เหมือนมีใครมาทุบกลางหลัง โชคล้มลง พยายามจะประคองตัวลุกขึ้นมา แต่ขาทั้งสองข้างอ่อนแรง ขยับไม่ได้ จึงให้แท็กซี่พาส่งโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในย่านนั้น ระหว่างทางโชคนอนราบที่เบาะหลังของแท็กซี่ มีเลือดออกบริเวณหลังค่อนข้างมาก มารู้อีกทีที่โรงพยาบาลว่าถูกแทงบริเวณไขสันหลัง โชคเข้ารับการผ่าตัดอย่างเร่งด่วน ภายหลังการผ่าตัด ขาทั้งสองข้างยังคงขยับไม่ได้ โชคนอนโรงพยาบาล 1 คืน จากนั้นมารักษาตัวต่อที่โรงพยาบาลศิริราช เนื่องจากมีรุ่นพี่นักกีฬาแนะนำว่ามีศูนย์บาดเจ็บทางกระดูกสันหลังและมีแพทย์เฉพาะทางที่นี่ เมื่อมาอยู่ที่หอผู้ป่วยบาดเจ็บทางกระดูกสันหลังประมาณ 2 สัปดาห์ โชคเข้ารับการผ่าตัดอีกครั้งหนึ่ง เนื่องจากมีน้ำออกในชั้นเยื่อหุ้มไขสันหลัง ภายหลังการผ่าตัดต้องนอนราบระยะเวลาประมาณ 1 เดือน และมีสายระบายเลือดออกจากแผล 1 เส้น โชคยังไม่สามารถทำกายภาพบำบัดได้ ขณะนอนพักรักษาตัว โชคจะไม่พูดคุยกับเจ้าหน้าที่หรือผู้ป่วยเตียงข้างเคียง แต่จะชอบคุยกับแฟนสาวที่คอยดูแลอยู่ตลอดเท่านั้น โชคมีโน้ตบุคและแผ่นหนังจำนวนหลายเรื่องที่นำติดตัวมาด้วย โชคชอบดูหนังและเล่นเกมส์ออนไลน์ เมื่อเพื่อนมาเยี่ยม โชคจะไม่ชอบ โชคบอกว่า

“รบกวนเวลาพักผ่อน ต้องการนอนพัก” เพื่อนของโชคก็นานๆครั้งจะมาเยี่ยมที ส่วนพ่อแม่ของโชคไม่ค่อยมีเวลามาเยี่ยม เนื่องจากอยู่ไกลและต้องสอนหนังสือ โชคบอกไม่คิดถึงบ้าน เพราะปกติไม่ค่อยได้อยู่บ้านอยู่แล้ว โชคไม่สามารถถ่ายปัสสาวะและอุจจาระเองได้ ต้องใส่สายสวนปัสสาวะและเหน็บยาระบายทุก 3 วัน มีแฟนสาวคอยเช็ดทำความสะอาดสายปัสสาวะและล้วงถ่ายอุจจาระให้ ซึ่งแฟนสาวไม่รังเกียจและเต็มใจทำให้ จากการที่ไขสันหลังส่วนอกระดับที่ 4 ถูกตัดขาด แพทย์เจ้าของไข้บอกโชคว่า “จะเดินไม่ได้” โชคทำใจยอมรับได้ และรู้สึกเฉยๆกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เนื่องจากโชคไม่รู้ว่าใครเป็นคนทำร้าย หรือทำร้ายเพราะอะไร เพราะในคืนนั้น โชคไม่ได้มีเรื่องกับใคร โชคบอกว่า “คงเป็นคราวซวยของชีวิต” เมื่อรักษาแผลที่หลังจนหายดีแล้ว โชคฝึกการทำกายภาพบำบัด โดยการยืนกระดานสูง โชคมีอาการหน้ามืด ความดันโลหิตตก เนื่องจากไม่ได้ลุกนั่งมานาน แต่เมื่อฝึกต่อไป โชคก็สามารถนั่งทรงตัวและยืนกระดานสูงได้ จากนั้นจึงฝึกการขึ้น-ลงรถเข็น และฝึกออกกำลังกายแขน เมื่อโชคมีกำลังแขนที่ดีแล้ว จึงฝึกเดินในบาร์ โดยใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงเดินซึ่งรัดจากต้นขาถึงปลายเท้าเพื่อช่วยในการก้าวเดิน โชคฝึกเดินในบาร์วันละประมาณ 20 เมตร โชคจะดีใจทุกครั้งที่ลงทำกายภาพบำบัด โชคอยากช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่เป็นภาระให้คนอื่น ในระหว่างนี้ โชคยังฝึกการควบคุมการทำงานของกระเพาะปัสสาวะ โดยสวนปัสสาวะด้วยตนเองเป็นครั้งคราว (clean intermittent catheterization) โชคนอนที่โรงพยาบาลเป็นเวลา 5 เดือน จึงได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และกลับไปใช้ชีวิตอยู่ที่บ้านโดยมีแฟนสาวไปดูแลที่บ้านด้วย

โชคดีใจที่ได้กลับมาอยู่บ้าน พ่อของโชคปรับทางเข้าด้านหลังบ้านให้เป็นทางลาดชันเพื่อสามารถเข็นรถเข็นเข้าได้ ในช่วงแรกโชคฝึกเดินอยู่บ่อยครั้ง เมื่อใส่อุปกรณ์ช่วยเดิน โชคพอเดินได้ แต่จะเดินได้ไม่กี่ก้าวและต้องมีคนช่วยพยุงเดินตลอด ในช่วงหลังโชคจึงไม่เดิน จะนั่งรถเข็นเท่านั้น โชคไปทำกายภาพบำบัดที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน 3 วัน/สัปดาห์ นอกจากนี้ยังมาตรวจตามนัดที่โรงพยาบาลศิริราชเดือนละครั้ง เพื่อรับยาแก้ปวดและยาลดอาการเกร็ง โดยพ่อขับรถมาส่ง

เมื่อกลับบ้านใหม่ๆ โชคไม่กล้าออกไปไหน จะคอยอยู่ในรถ แต่ในระยะหลังโชคเริ่มออกจากบ้านมากขึ้น ไปห้างสรรพสินค้า ไปตลาดโดยไปกันทั้งครอบครัว โชคบอกไม่อายเวลาที่คนอื่นมอง ในแต่ละวันโชคอยู่บ้านกับแฟนสาว พ่อและแม่ออกไปทำงาน พี่สาวและน้องสาวเรียนหนังสือ โชคจะซ่อมอุปกรณ์ของใช้ต่างๆในบ้าน รวมทั้งเครื่องเสียงและคอมพิวเตอร์ นอกจากนี้ยังช่วยแม่ตัดเกรดนักเรียน ช่วยงานเอกสาร แม่ของโชควางแผนจะเปิดปั๊มแก๊สให้โชคและแฟนสาวเป็นคนดูแล โดยได้จัดเตรียมสถานที่และขอใบอนุญาตแล้ว โชคบอกงานที่ใช้มือ โชคสามารถทำได้

แม้กลับไปอยู่บ้าน โชคมาตรวจตามนัดของหน่วยระบบทางเดินปัสสาวะตลอด โชคสามารถปัสสาวะได้ด้วยตนเอง ไม่ต้องสวนเป็นครั้งคราวอีก แต่โชคยังไม่สามารถถ่ายอุจจาระเองได้ ต้องเหน็บยาระบายแล้วไปถ่ายในห้องน้ำ โชคบอก “แค่นี้ก็พอใจแล้ว” ที่ไม่ต้องให้

แฟนสาวล้วงอุจจาระให้ หลังจากที่โชคกลับไปอยู่บ้าน โชคกลับมาเข้าร่วมโครงการฝึกการพึ่งพาตนเอง โดยมาอยู่ที่หอผู้ป่วยบาดเจ็บทางกระดูกสันหลังอีกครั้งหนึ่ง เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ โชคฝึกการเดินในบาร์วันละประมาณ 30 เมตร โดยใส่อุปกรณ์ช่วยพยุงขาทั้งสองข้าง โชคสามารถเดินในบาร์ได้ด้วยตนเอง อีกทั้งยังเป็นผู้สาธิตวิธีการเดินในบาร์แก่ผู้ป่วยรายอื่นๆที่เป็นอัมพาตท่อนล่าง นอกจากนี้ โชคฝึกการเดิน โดยใช้อุปกรณ์ค้ำยัน (walker) โชคสามารถเดินได้ แต่ต้องมีคนช่วยพยุงขณะเดิน เนื่องจากบางครั้งยังทรงตัวได้ไม่ดี โชคบอก ถ้ากลับบ้านครั้งนี้ จะพยายามฝึกเดินให้มากขึ้น จะได้ไม่ต้องเป็นภาระของคนอื่น

<u>กรณีศึกษา 7: นายกร</u>

กร ชายวัย 31 ปี รูปร่างผอม เกิดที่จังหวัดเลย กรมีพี่น้องทั้งหมด 5 คน มีพี่ชาย 2 คน และพี่สาว 2 คน กรเป็นคนสุดท้อง กรอาศัยอยู่กับพ่อและแม่ตั้งแต่เด็ก บ้านของกรเป็นบ้านไม้ใต้ถุนสูง มีห้องพ่อเพียง 1 ห้อง กรปูเสื่อนอนข้างห้องของพ่อ พ่อของกรทำไร่มะขามหวานและไร่ฝ้าย มีที่ดินประมาณ 16 ไร่ พ่อของกรจะทำสัญญากับร้านค้าในหมู่บ้าน โดยนำปุ๋ยและยาฆ่าแมลงมาใช้ก่อน เมื่อผลผลิตขายได้ จึงนำเงินไปจ่าย รายได้จากการทำไร่มะขามเพียงปีละประมาณ 20,000 บาท กรช่วยพ่อทำไร่ตั้งแต่เด็ก เก็บมะขามเก็บฝ้ายไปขาย โดยจะมีพ่อค้าคนกลางมาซื้อ พ่อของกรดูดยาเส้นทุกวัน กรแอบดูดยาเส้นของพ่อบ่อยครั้ง กรคิดว่าคนที่สูบบุหรี่นั้นเท่ห์ และต้องสูบให้คนอื่นเห็น กรจึงเริ่มสูบบุหรี่ด้วยอายุเพียง 13 ปี โดยสูบวันละประมาณ 3 มวน นอกจากนี้ยังใช้สารเสพติดจำพวกกัญชาและยาบ้าด้วย โดยจะไปเสพกับเพื่อนที่กระต๊อบปลายนา แต่กรเสพกัญชาได้ 2-3 เดือน ก็เลิก เพราะมีอาการคลื่นไส้อาเจียน ส่วนยาบ้านั้นเสพมาเป็นระยะๆ แม่ของกรเสียชีวิตด้วยโรคไตวาย ตั้งแต่กรอายุ 17 ปี อีกทั้งพ่อของกรก็เสียชีวิตในเวลาไล่เลี่ยกันด้วยโรคตับแข็ง เนื่องจากกินเหล้าขาวมาก

กรเรียนที่โรงเรียนประจำตำบล ตั้งแต่ชั้นประถมถึงมัธยม ขณะเรียนชั้นประถมตอนปลาย กรมักจะหนีเรียนไปอยู่กระต๊อบปลายนากับเพื่อน หรือไม่ก็ไปเล่นน้ำตามลำคลองในหมู่บ้าน โดยไปกับกลุ่มเพื่อนวัยเดียวกันประมาณ 4-5 คน กรไม่ชอบเรียนหนังสือ จะไปเรียนสัปดาห์ละ 2-3 วัน กรพออ่านออก เขียนได้ เมื่อถึงชั้นมัธยม 2 ก็ออกจากโรงเรียน เที่ยวเตร็ดเตร่อยู่แถวบ้าน หาปลาดุก ปลาช่อนตามไร่นามาทุบหัว เพื่อนำมาแกงกิน อยู่บ้านได้ไม่นาน รุ่นพี่ในหมู่บ้านชวนไปทำงานที่กรุงเทพฯ กรตัดสินใจมาด้วยทันที เนื่องจากอยากทำงาน อยากมีเงิน

กรทำงานก่อสร้างอยู่ชานเมืองแห่งหนึ่งในกรุงเทพฯ โดยพักอาศัยอยู่ในแคมป์คนงาน กรได้ค่าจ้างวันละ 150 บาท โดยแบ่งจ่ายเดือนละ 2 ครั้ง ในตอนเย็น กรมักจะไปนั่งร้านอาหารหรือร้านคาราโอเกะกับพี่ที่แคมป์ กรชอบนั่งดูไฟในยามค่ำ นอกจากนี้ยังเคยเที่ยวผู้หญิงตามโรง

น้ำชา กรคิดว่าจะทำงานที่กรุงเทพประมาณ 2-3 ปี แต่เมื่อได้มาเห็นแสงสีในเมืองหลวง ทำให้กรลืมบ้านไปเลย

กรแต่งงานกับหญิงสาวที่รับเหมาทาสีในแคมป์ก่อสร้างเดียวกัน กรสู่ขอตามประเพณีทำพิธีไหว้ผี ผูกสายสิญจน์ภายในเครือญาติ หลังแต่งงาน มีบุตรชาย 1 คน กรเป็นห่วงลูกที่ยังเล็กเนื่องจากแคมป์อยู่ติดถนน มีรถสัญจรไปมาทั้งคืน เมื่อบุตรชายอายุเพียง 4 เดือน ครอบครัวของกรย้ายไปอยู่บ้านของแฟนสาวที่จังหวัดสุพรรณบุรี โดยมีพ่อตาช่วยเลี้ยงลูกของกร บ้านแฟนกรเป็นบ้านปูนชั้นเดียวขนาดใหญ่ อยู่ติดริมน้ำ กรทำงานรับจ้างต่อเติมและซ่อมแซมบ้าน ทำเป็นรายวันแล้วแต่เพื่อนบ้านจะจ้าง รายได้วันละประมาณ 300-400 บาท กรมีงานเป็นระยะๆ นอกจากนี้ยังไปรับจ้างฉีดยาข้าวในฤดูทำนาอีกด้วย รวมรายได้ของกร เดือนละประมาณ 6,000 บาท ส่วนแฟนของกรทำงานที่ซุปเปอร์มาเก็ตในตัวจังหวัดสุพรรณบุรี โดยทำงานเป็นกะ ส่วนกรเองบอกว่าไม่ชอบงานเป็นกะ ตนเองจึงรับจ้างทำงานแถวบ้านเท่านั้น

บ่ายวันหนึ่ง กรไปรับจ้างต่อเติมห้องน้ำ เจ้าของบ้านให้เปลี่ยนกระเบื้องหลังคาบ้านแผ่นที่รั่ว ขณะที่กรขึ้นเปลี่ยนหลังคา ฝนตก กรรีบลง แต่เกิดพลาดเหยียบกระเบื้องแผ่นเก่า กรตกจากหลังคา สูงประมาณ 5 เมตร หลังกระแทกราวบันไดกลางบ้าน กรพยายามจะลุก แต่ลุกไม่ได้ เจ้าของบ้านพาส่งโรงพยาบาลในละแวกนั้น กรปวดหลังมาก แพทย์ฉีดยาแก้ปวดให้อาการทุเลา จากนั้นเอกซเรย์พบกระดูกสันหลังหัก ต้องเข้ารับการผ่าตัดด่วน แต่โรงพยาบาลแห่งนั้นไม่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านกระดูกสันหลัง จึงส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลศิริราช แพทย์ให้เอกซเรย์ด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) บริเวณกระดูกสันหลังส่วนอกและส่วนเอว พบว่ามีการบาดเจ็บไขสันหลังส่วนอกระดับที่ 8 แพทย์ทำการผ่าตัดอย่างเร่งด่วน ภายหลังออกจากห้องผ่าตัด กรมีแผลผ่าตัดบริเวณหลัง มีสายระบายเลือดออกจากแผล 1 เส้น กรพักฟื้นที่หอผู้ป่วยหน่วยกระดูก เป็นระยะเวลาประมาณ 1 สัปดาห์ จนแผลที่หลังหายดี แต่ขาทั้งสองข้างยังคงขยับไม่ได้ จากนั้นกรเริ่มฝึกทำกายภาพบำบัด

กรย้ายมาที่หอผู้ป่วยบาดเจ็บทางกระดูกสันหลัง ทำกายภาพบำบัด เพื่อให้สามารถเคลื่อนย้ายตนเองลงรถเข็นได้ กรอยู่เตียงสามัญรองจากเตียงสุดท้าย กรบอกว่าชอบเตียงนี้มาก ตรงกับทีวีพอดี เพราะกรมักชอบดูละคร กรฝึกกายภาพ โดยเริ่มจากการพลิกตะแคงตัวด้วยตนเอง กรใช้เวลา 2-3 วันก็สามารถทำได้ กรฝึกเคลื่อนย้ายตัวขึ้นลงรถเข็น ในช่วงแรกกรไม่มีความมั่นใจ กรบอก “กลัวมันล้ม กลัวคว่ำ” แต่หลังจากฝึกเป็นระยะเวลาเกือบเดือน กรมีความมั่นใจมากขึ้น สามารถพาตนเองและขาทั้งสองข้างที่อ่อนแรงไปเข้าห้องน้ำ เคลื่อนย้ายตนเองจากรถเข็นไปที่ชักโครกได้ กรบอกว่า “ภูมิใจมาก” จากนั้นกรเริ่มฝึกการก้าวเดิน โดยใส่อุปกรณ์พยุงที่ขา กรเดินใน

บาร์ได้เอง โดยใช้กำลังแขนและแรงเหวี่ยงของสะโพก กรบอกขณะที่ก้าวเดิน ขาทั้งสองข้างหนักมาก เหมือนท่อนซุง แต่กรก็พยายามที่จะฝึกเดินทุกวัน เพราะกรหวังว่าสักวันหนึ่งจะกลับมาเดินได้อีกครั้ง

นอกจากการฝึกกายภาพแล้ว กรยังชอบเข้าร่วมกิจกรรมสันทนาการ กรตีปิงปอง และเล่นปาลูกดอก กรบอกว่าสนุก ทำให้เพลินดี ก่อนหน้านี้ หลังเกิดอุบัติเหตุใหม่ๆ กรรู้สึกท้อ แต่เมื่อได้มาอยู่ที่หอผู้ป่วยบาดเจ็บทางกระดูกสันหลัง ได้มาเห็นผู้ป่วยรายอื่นที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ทั้งแขนและขา กรคิดสู้ มีกำลังใจเกิดขึ้น กรบอกว่า “เรายังมีส่วนที่เหลืออยู่อย่างน้อยเราก็กินข้าวเองได้ ลงรถเข็นเองได้” กรดีใจที่ครึ่งท่อนบนของกรยังสามารถใช้การได้ กรบอก “ท่อนล่างเสียไปแล้วไม่เป็นไร” หลังจากการฝึกกายภาพและทำกิจกรรม กรมักจะชอบไปนั่งอยู่ที่มุมหนังสือทางด้านหน้าของหอผู้ป่วย กรจะเข็น wheelchair ไปด้วยตนเอง กรอ่านหนังสือเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตและหนังสือธรรมะ กรบอกว่าดีใจที่ได้มาอ่านหนังสือเหล่านี้ ซึ่งก่อนหน้านี้ตนเองนั้นไม่เคยได้รู้จัก

กรไม่สามารถปัสสาวะเองได้ ต้องใส่สายปัสสาวะคาไว้ แพทย์หน่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟูเคยให้กรลองเอาสายปัสสาวะออก แต่กรมีไข้หนาวสั่น จากการที่ปัสสาวะค้างอยู่ จึงเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ต้องใส่สายปัสสาวะไว้ดังเดิม แพทย์บอกต้องรอสักระยะเวลาหนึ่งก่อนจึงจะตรวจการทำงานของระบบทางเดินปัสสาวะซ้ำอีกครั้งได้ ซึ่งกรหวังว่าสักวันหนึ่งอาจเอาสายปัสสาวะออก และปัสสาวะด้วยตนเองได้

กรมักจะคุยโทรศัพท์กับแฟนทุกวัน แฟนของกรทำงาน ไม่สามารถมาเยี่ยมกรได้บ่อยๆ ซึ่งกรเข้าใจดี กรมีลูกเล็กที่ยังต้องเลี้ยงดู กรบอกอนาคตข้างหน้า อยากค้าขาย ขับรถซาเล้งขายลูกชิ้นทอดแถวหน้าโรงงาน กรจะเปลี่ยนเกียร์เป็นชนิดควบคุมด้วยมือ และนำรถจักรยานยนต์ที่มีอยู่ไปติดเป็นรถซาเล้ง กรบอกว่าไม่ต้องใช้เท้า แต่กรยังกังวลเกี่ยวกับสายปัสสาวะที่ไม่สามารถเอาออกได้ กลัวว่าลูกค้าจะรู้สึกไม่ดีที่พ่อค้ามีสายปัสสาวะสวนคาไว้ แต่กรคิดว่าสายปัสสาวะนี้สามารถซ่อนอยู่ได้ ถ้านุ่งกางเกงขนาดใหญ่

<u>กรณีศึกษา 8: นายเล้ง</u>

เล้งเป็นชายผิวขาว ร่างใหญ่วัย 60 ปี เกิดที่กรุงเทพฯ ครอบครัวของเล้งเป็นครอบครัวคนจีน มีพี่น้องทั้งหมด 15 คน เป็นชาย 8 คน หญิง 7 คน เล้งเป็นบุตรคนที่ 14 พี่น้องทั้งหมดอยู่ในกรุงเทพฯ ส่วนมากมีกิจการเป็นของตัวเอง เล้งอาศัยอยู่กับพ่อและแม่ตั้งแต่เด็ก บ้านของเล้งเป็นตึกแถว 4 ชั้นย่านเยาวราช ครอบครัวของเล้งนับถือศาสนาคริสต์ นิกายคาทอลิก พ่อและแม่ของเล้งมาจากเมืองจีน มาประกอบอาชีพค้าขาย โดยขายก๋วยเตี๋ยวและกาแฟ ลูกทุกคนช่วยที่บ้านทำงาน

เล้งเรียนชั้นประถมที่โรงเรียนใกล้บ้าน เมื่อขึ้นชั้นมัธยม เล้งรู้สึกว่ามีกระแสเรียกจากพระผู้เป็นเจ้าให้ไปบวช เล้งจึงมีความตั้งใจว่าจะบวชเป็นบาทหลวง เล้งเรียนชั้นมัธยมที่โรงเรียนคริสต์แห่งหนึ่งในเขตปริมณฑลเป็นโรงเรียนชายล้วน เล้งอยู่ประจำ กินนอนที่นั่น โดยไม่เสียค่าเล่าเรียน เล้งศึกษาเกี่ยวกับบทสวดและคำสอนของพระเยซูเจ้า โดยศึกษาในคัมภีร์ไบเบิล เล้งชอบเรียนวิชาภาษาอังกฤษ นอกจากนี้ยังเรียนภาษาฝรั่งเศส ในยามว่างเล้งมักจะไปสอนหนังสือให้กับเด็กนักเรียนในช่วงปิดเทอม ขณะที่เรียนใกล้จบชั้นมัธยม 6 เล้งกลับมาอยู่บ้าน ได้ชอบพอกับหญิงสาวคนหนึ่งและได้ล่วงเกินหญิงสาวคนนั้น จึงไม่สามารถเรียนเพื่อเป็นบาทหลวงต่อได้ เนื่องจากบุคคลที่จะเป็นบาทหลวงต้องประพฤติพรหมจรรย์ เล้งจึงเรียนจบเพียงชั้นมัธยม 6 จากนั้นได้เป็นทหารเกณฑ์อยู่ 2 ปี

เมื่อออกจากเกณฑ์ทหารแล้ว เล้งทำงานเป็นพนักงานฝ่ายขายที่บริษัทบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปแห่งหนึ่ง ทำงานเป็นระยะเวลา 8 ปี ก็ย้ายมาเป็นพนักงานขายที่บริษัทแป้งน้ำ แต่ด้วยเงินเดือนค่อนข้างน้อย จึงลาออกมาอยู่บริษัทจำหน่ายผลิตภัณฑ์วาล์วน้ำ เป็นสินค้านำเข้าจากต่างประเทศ บริษัทแห่งนี้มีสวัสดิการที่ดี อัตราเงินเดือนสูงถึงเดือนละ 60,000-70,000 บาท นอกจากนี้เล้งยังได้รับโบนัสทุกปี เนื่องจากทำยอดขายได้ตามเป้า เล้งภูมิใจมาก เล้งอยู่บริษัทแห่งนี้มาเป็นระยะเวลายาวนานเกือบ 30 ปี เล้งขับรถจดรายการสินค้าในภาคใต้ ด้วยนิสัยที่เล้งเป็นคนใจร้อนอยากถึงที่หมายไวๆ จึงมักจะขับรถด้วยความเร็วสูง โดยจะมีใบสั่งขับรถเร็วเกินกำหนดมาที่บริษัทอยู่เสมอ เล้งบอกถ้าขับรถช้าแล้วจะง่วงนอน

เล้งแต่งงานกับหญิงสาวคนหนึ่งซึ่งเพื่อนที่เป็นผู้จัดการแนะนำให้ เล้งแต่งงานตอนอายุ 46 ปี โดยหญิงสาวคนนี้มีอายุอ่อนกว่าเล้ง 5 ปี เล้งไม่มีลูก เพราะกลัวว่าลูกที่คลอดมาจะไม่สมบูรณ์เนื่องจากอายุมากทั้งคู่ ภรรยาของเล้งทำงานกับพี่ชายตนเอง ซึ่งเป็นอาจารย์มหาวิทยาลัยของรัฐแห่งหนึ่ง โดยมีหน้าที่ทำบัญชีจ่ายเงินให้กับนักศึกษา อีกทั้งภรรยาของเล้งนับถือศาสนาพุทธ ซึ่งเล้งก็ยินยอมที่ภรรยาไม่เปลี่ยนศาสนา เล้งเชื่อว่าทุกศาสนาสอนให้เป็นคนดี ขึ้นอยู่กับการปฏิบัติของแต่ละบุคคล เล้งรักภรรยาคนนี้มาก เล้งบอกสามารถพาภรรยาออกงานโดยไม่ต้องอายใคร ภรรยาของเล้งรู้จักแต่งตัว ทำอาหารอร่อย เป็นแม่บ้านได้ไม่มีขาดตกบกพร่อง และมักจะเตือนเล้งเรื่องการขับรถเร็วอยู่เสมอ

เช้าวันหนึ่ง ในขณะที่เล้งขับรถกลับจากจดรายการสินค้าในภาคใต้ เมื่อเล้งขับรถมาถึงจังหวัดชุมพร เล้งขับรถด้วยความเร็วสูง เกิดฝนตกหนัก เล้งขับรถชนต้นไม้ เล้งไม่สลบ ชาทั่วตัว แขนและขาทั้งสองข้างไม่สามารถขยับได้ หน่วยกู้ภัยนำเล้งส่งโรงพยาบาลในตัวเมืองชุมพร แพทย์ทำการระบายเลือดในช่องเยื่อหุ้มปอด และทำการเอกซเรย์กระดูกสันหลัง พบว่ามีการบาดเจ็บที่กระดูกสันหลังส่วนต้นคอและส่วนอก เมื่อภรรยาของเล้งทราบว่าเล้งเกิดอุบัติเหตุ จึงนำ

รถพยาบาลของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพฯไปรับตัวกลับ เพื่อรักษาต่อ เมื่อมาถึงกรุงเทพฯ เล้งเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเอกชน เล้งอยู่หอผู้ป่วยวิกฤต แพทย์ไม่สามารถทำการผ่าตัดกระดูกสันหลังได้ เนื่องจากความดันโลหิตต่ำ จะมีความเสี่ยงสูงถ้าทำการผ่าตัด เล้งต้องให้สารน้ำทางหลอดเลือด และให้อาหารทางสายยาง นอนรักษาได้ 2 สัปดาห์ จึงย้ายมารักษาที่โรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่ง หวังเพื่อจะได้ทำการผ่าตัด เล้งอยู่หอผู้ป่วยวิกฤต แพทย์ทำการรักษาแบบประคับประคองอาการ ไม่ได้ผ่าตัด เนื่องจากไขสันหลังถูกทำลายชนิดสมบูรณ์ แขนและขาทั้งสองข้างยังคงขยับไม่ได้ เล้งสามารถรับประทานอาหารทางปากได้ ไม่ต้องใส่สายยางให้อาหารอีกต่อไป แต่เล้งไม่สามารถถ่ายปัสสาวะและอุจจาระเองได้ ต้องใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ เล้งต้องได้รับการทำกายภาพบำบัด แพทย์จึงส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลศิริราชเพื่อทำกายภาพบำบัดและตรวจการทำงานของระบบทางเดินปัสสาวะ

เล้งมาอยู่ที่หอผู้ป่วยบาดเจ็บทางกระดูกสันหลัง เตียงสามัญ โดยผู้ป่วยเตียงข้างเคียงเป็นผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง เล้งไม่สามารถทำกายภาพบำบัดเองได้ ต้องพึ่งพานักกายภาพในการออกกำลังกายแขนขา เพื่อป้องกันกล้ามเนื้อลีบและข้อติดแข็ง เล้งยืนกระดานสูง บางครั้งมีอาการหน้ามืดบ้าง ทำให้กายภาพบำบัดได้ไม่เต็มที่ นอกจากนี้เล้งยังฝึกการใช้มือ เพื่ออนาคตข้างหน้าอาจจะสามารถรับประทานอาหารเองได้ แต่เล้งไม่สามารถยกมือทั้งสองข้างได้ จึงไม่สามารถรับประทานอาหารได้ด้วยตนเอง นอกจากนี้ เล้งต้องได้รับการพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

เล้งบอกตนเองนั้นอาการหนัก คิดว่าจะไม่รอด แต่ก็มีใจสู้จนผ่านพ้นช่วงวิกฤตและมีชีวิตอยู่รอดมาได้ ด้วยกำลังใจจากญาติพี่น้องและภรรยาที่มาเยี่ยมเล้งทุกวัน ซื้อของที่เล้งชอบมาให้รับประทาน นอกจากนี้ญาติทุกคนยังร่วมกันสวดมนต์ในโบสถ์ให้เล้งทุกวันอาทิตย์ อีกทั้งภรรยาของเล้งได้มาเรียนรู้เกี่ยวกับการเช็ดตัวทำความสะอาดร่างกาย การเช็ดสายสวนปัสสาวะ และการล้วงอุจจาระ ซึ่งภรรยาของเล้งสามารถปฏิบัติได้ดี เล้งบอกสงสารภรรยาที่ต้องเดินทางมาเยี่ยมทุกวัน เพราะภรรยาต้องไปทำงานด้วย

กิจกรรมที่เล้งชอบทำคือการร้องเพลงคาราโอเกะ เพราะช่วยระบายความรู้สึก เป็นการผ่อนคลายและทำให้ปอดแข็งแรง นอกจากนี้ เล้งยังชอบพูดคุยกับเจ้าหน้าที่ เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องต่างๆในชีวิตประจำวัน แม้กระนั้นในระหว่างที่เล้งรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาล เล้งสามารถทำงานไปได้โดยการพูดคุยทางโทรศัพท์ แล้วให้ภรรยาช่วยเหลือ จดรายการสินค้าที่ลูกค้าสั่งซื้อให้แก่บริษัทที่ตนทำงานอยู่ เล้งบอกภูมิใจที่ตนเองนั้นยังพอทำงานได้ แม้ว่าร่างกายจะไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ก็ตาม

ตารางที่ 4.1 สรุปผู้ป่วยแต่ละรายกรณีศึกษา

นามสมมติ	อายุ (ปี)	ภูมิลำเนาเดิม	สถานภาพ	นับถือศาสนา	จำนวนบุตร (คน)	ระดับการศึกษา	อาชีพ	รายได้ต่อเดือน (ก่อนการบาดเจ็บ) (บาท)	สาเหตุของการบาดเจ็บ	การวินิจฉัยโรค	ช่วงเวลานับจากที่บาดเจ็บ	สภาพร่างกายปัจจุบัน	ผู้ดูแลหลัก	สิทธิการรักษา
นายธง	32	จ.กำแพงเพชร	หย่า	พุทธ	1	ม.3	รับจ้าง (ช่างลิฟต์) และขับรถขนส่งพนักงาน	11,000 ถึง 20,000	ตกลิฟต์ 3 ชั้น (23 ก.พ. 2555)	บาดเจ็บไขสันหลังส่วนเอวระดับที่ 1 spinal cord injury fracture L_1	5 เดือน	ขาทั้ง 2 ข้าง อ่อนแรง (paraplegia)	มารดา	จ่ายตามราคา (นายจ้างรับผิดชอบค่าใช้จ่าย)
นายเดช	60	กรุงเทพฯ	สมรส	พุทธ	2	ป.4	รับจ้าง (ขับสามล้อ)	~ 9,000	อุบัติเหตุ รถสามล้อชนรถเก๋ง (2 มี.ค. 2555)	บาดเจ็บไขสันหลังส่วนต้นคอระดับที่ 4-5 c-spine injury rupture cervical C_{4-5} cord injury	4 เดือน	แขนและขาทั้ง 2 ข้างอ่อนแรง (quadriplegia)	ภรรยา	พรบ. ประกันภัยเทเวศน์ ร่วมกับบริษัทคู่กรณี
นายพจน์	42	จ.ชุมพร	สมรส	พุทธ	1	ม.6	เกษตรกรรม (สวนยางพารา)	~ 11,000	อุบัติเหตุ รถจักรยานยนต์ชนต้นไม้ (3 มี.ค. 2555)	กระดูกสันหลังส่วนต้นคอหัก ระดับที่ 3-4 fracture C_{3-4}	4 เดือน	แขนและขาทั้ง 2 ข้างอ่อนแรง (quadriplegia)	ภรรยา	บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท) (ร.พ. ชุมพร)

ตารางที่ 4.1 สรุปผู้ป่วยแต่ละรายกรณีศึกษา (ต่อ)

นามสมมติ	อายุ (ปี)	ภูมิลำเนาเดิม	สถานภาพ	นับถือศาสนา	จำนวนบุตร (คน)	ระดับการศึกษา	อาชีพ	รายได้ต่อเดือน (ก่อนการบาดเจ็บ) (บาท)	สาเหตุของการบาดเจ็บ	การวินิจฉัยโรค	ช่วงเวลานับจากที่บาดเจ็บ	สภาพร่างกายปัจจุบัน	ผู้ดูแลหลัก	สิทธิ์การรักษา
นายเอก	52	จ.สุพรรณบุรี	สมรส	พุทธ	2	ม.6	เกษตรกรรม (ไร่อ้อย)	~ 10,000	ประสบอุบัติเหตุรถพลิกคว่ำตกไหล่ทาง (ต.ค. 2554)	บาดเจ็บไขสันหลังส่วนอกระดับที่ 12 complete cord injury T_{12}	9 เดือน	ขาทั้ง 2 ข้างอ่อนแรง (paraplegia)	ภรรยา	บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท) (ร.พ. ด่านช้าง)
นายมาร์ค	38	กรุงเทพฯ	โสด	พุทธ	0	ปริญญาโท	ธุรกิจส่วนตัว	~ 50,000	ประสบอุบัติเหตุรถยนต์พลิกคว่ำ (ก.พ. 2550)	บาดเจ็บไขสันหลังส่วนอกระดับที่ 9 และแผลกดทับ spinal cord injury fracture T_9 with pressure sore	65 เดือน (5 ปี 5 เดือน)	ขาทั้ง 2 ข้างอ่อนแรง (paraplegia)	มารดา	ประกันสังคม โรงพยาบาลศิริราช
นายโชค	23	จ.สกลนคร	โสด	พุทธ	0	ปริญญาตรี	นักศึกษาและนักกีฬาทีมชาติ	~ 10,000	ถูกของมีคมแทงที่หลัง (23 ก.ย. 2554)	ถูกแทงไขสันหลังส่วนอกระดับที่ 4 และบาดเจ็บไขสันหลัง stab wound T_4 with complete cord lesion	10 เดือน	ขาทั้ง 2 ข้างอ่อนแรง (paraplegia)	แฟน	บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท คนพิการ)

ตารางที่ 4.1 สรุปผู้ป่วยแต่ละรายกรณีศึกษา (ต่อ)

นามสมมติ	อายุ (ปี)	ภูมิลำเนาเดิม	สถานภาพ	นับถือศาสนา	จำนวนบุตร (คน)	ระดับการศึกษา	อาชีพ	รายได้ต่อเดือน (ก่อนการบาดเจ็บ) (บาท)	สาเหตุของการบาดเจ็บ	การวินิจฉัยโรค	ช่วงเวลานับจากที่บาดเจ็บ	สภาพร่างกายปัจจุบัน	ผู้ดูแลหลัก	สิทธิ์การรักษา
นายกร	31	จ.เลย	สมรส	พุทธ	1	ม.2	รับจ้าง	~ 6,000	ตกหลังคา สูง 5 เมตร (9 มิ.ย. 2555)	บาดเจ็บไขสันหลังส่วนอก ระดับที่ 8 spinal cord injury fracture T_8	1 เดือน	ขาทั้ง 2 ข้างอ่อนแรง (paraplegia)	ภรรยา	บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทฉุกเฉิน) (จังหวัดเลย)
นายเล้ง	60	กรุงเทพฯ	สมรส	คริสต์	0	ม.6	พนักงานบริษัท	60,000 ถึง 70,000	ขับรถยนต์ชนต้นไม้ (5 มิ.ย. 2555)	ภาวะที่หินปูนเกาะกับพังผืดในกระดูกสันหลังส่วนต้นคอ ระดับที่ 2-5 และบาดเจ็บไขสันหลังส่วนอกระดับที่ 5 OPLL $C_{2\text{-}5}$ with complete cord with compression T_5	1 เดือน	แขนและขาทั้ง 2 ข้างอ่อนแรง (quadriplegia)	ภรรยา	จ่ายเอง เต็มราคา

4.3 มุมมองเกี่ยวกับชีวิตอันปีติ

จากแนวคิดเกี่ยวกับชีวิตอันปีติของ Martin Seligman (2002) ซึ่งอธิบายว่าชีวิตอันปีติของบุคคล หมายถึง อารมณ์ ความรู้สึกอันเปี่ยมด้วยความสุข (Seligman, 2002) Martin Seligman ยังกล่าวอีกว่าความปีติของบุคคลหรืออารมณ์ในเชิงบวกที่เกิดขึ้นในปัจเจกและส่งผลต่อมุมมองชีวิตและพฤติกรรมของบุคคลล้วนเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องกันจากอดีต ปัจจุบันไปจนถึงการคาดหวังว่าตนจะมีอารมณ์ ความรู้สึกอย่างใดในอนาคต อย่างไรก็ตาม การมีชีวิตอันปีติของบุคคลหนึ่ง แม้ว่าจะขึ้นอยู่กับบุคคลนั้นๆทั้งในอดีต ปัจจุบันและอนาคต แต่ปรากฏการณ์ที่สำคัญในชีวิต ทุกเหตุการณ์ล้วนถูกเชื่อมโยงกับเหตุการณ์ใหม่ที่เกิดขึ้นและส่งผลต่อไปต่อชีวิตในอนาคตของปัจเจก เช่น จากชีวิตในอดีตของบุคคลนั้น จนถึงการเกิดอุบัติเหตุหรือถูกทำร้ายร่างกายทำให้บาดเจ็บไขสันหลังมีภาวะขั้นอัมพาต ย่อมร่วมกันส่งผลถึงความปีติ/ไม่ปีติในตน ดังนั้นในผู้ป่วยที่มีภาวะบาดเจ็บไขสันหลังก็เช่นเดียวกัน ความรู้สึกในอดีต สามารถส่งผลมาถึงอารมณ์ในปัจจุบันและความคาดหวังในอารมณ์ในอนาคตได้

4.3.1 ชีวิตอันปีติในอดีต

อารมณ์และความรู้สึกที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน มีความเกี่ยวโยงกับปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นหรือประสบการณ์ในอดีต จากการเล่าเรื่องของผู้ป่วยทั้ง 8 ราย พบว่า ผู้ป่วยมีชีวิตก่อนเกิดอุบัติเหตุแม้จะมีทั้งสุขและทุกข์คละปนกันไป แต่ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 8 ราย ดูจะกล่าวถึงความปีติที่เกิดขึ้นในอดีตตั้งแต่วัยเยาว์ โดยผู้ป่วยเหล่านี้อาจเรียกหรือกล่าวถึงด้วยถ้อยคำที่แตกต่างกัน บางคนบอกว่าเมื่อวัยเด็ก “มีความสุข” บางคนกล่าวถึงในอดีตว่าเกิด “ความดีใจ” กับเหตุการณ์หลายเหตุการณ์ในขณะเดียวกัน บางคนก็เรียกสิ่งเหล่านั้นว่าเป็น “ความสนุกสนาน” ส่วนบางคนก็ใช้คำกล่าวที่ว่า “อิ่มเอิบใจ” โดยรวมอาจกล่าวได้ว่า กรณีศึกษาทั้ง 8 ราย มีชีวิตที่มีความปีติในอดีต ดังคำกล่าวของกรณีศึกษา ต่อไปนี้

ธงกล่าวว่า “ในตอนเด็ก ผมมีความสุขที่ได้อยู่กับเพื่อน ได้เล่น ได้เฮฮา” ในขณะที่พจน์กล่าวว่า “ในตอนเด็ก ผมมีความสุข สนุกสนานที่ได้เล่นฟุตบอล” หรือมาร์คพูดว่า “ผมมีความสุขที่ได้ไปเมืองนอก” เอกซึ่งเป็นชาวไร่อ้อย กล่าวว่า “ผมมีความสุขที่ได้จับเครื่องจักร เครื่องกลใหม่ๆ” ส่วนโชคซึ่งเป็นนักกีฬาวอลเลย์บอล กล่าวว่า “ผมมีความสุขที่ได้ไปแข่งในที่ต่างๆ” หรือเดชชายสูงวัย ได้กล่าวว่า “ผมมีความสุขที่ได้เห็นลูกๆมีงานทำที่ดี” จะเห็นได้ว่าคนส่วนใหญ่ใช้คำว่าความสุข กระนั้นก็ตาม บางคนใช้คำว่าเฮฮา สนุกสนาน บางคนใช้คำว่าดีใจ ดังเช่นกร ที่กล่าวว่า “ตอนที่ผมได้รับเงินเดือน ผมดีใจมาก” แต่บางคนก็อาจใช้คำว่า รู้สึกดี พอใจ หรือภูมิใจ ดังที่โชค

กล่าวว่า “ผมรู้สึกดี ตอนที่ได้รับเหรียญรางวัล” มาร์คกล่าวว่า “ผมพอใจที่ได้ทำตามเป้าหมาย” หรือเล้งได้พูดว่า “ผมภูมิใจที่ทำงานได้สำเร็จ”

อย่างไรก็ตาม แม้ว่ากรณีตัวอย่างจะใช้คำที่แตกต่างกันไป แต่สามารถจัดเป็นเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดความสุข/ความทุกข์ ความปีติ/ความไม่ปีติที่เกิดขึ้นได้ โดยเหตุปัจจัยเหล่านี้ล้วนมีความสอดคล้อง เป็นไปตามแต่ละช่วงวัย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะชีวิตของคนเราในแต่ละช่วงวัย มีความต้องการที่แตกต่างกัน ในวัยเด็กก็ชอบเที่ยวเล่น สนุกสนาน เมื่อโตขึ้นเป็นวัยหนุ่มสาว ก็เป็นช่วงวัยของการทำงานหารายได้ เพื่อสร้างครอบครัว หลังจากนั้น เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ก็อยากที่จะอยู่อย่างสงบสุข เห็นลูกหลานเจริญรุ่งเรือง มีหน้าที่การงานที่ดี ดังจะกล่าวในส่วนต่อไปนี้

4.3.1.1 ชีวิตอันปีติในวัยเด็ก

(1) ปีติจากการได้ทำกิจกรรมที่ชื่นชอบ ได้เล่นสนุกสนาน

จากการศึกษาพบว่า กรณีตัวอย่างล้วนมีความสุขในวัยเยาว์ จากการได้เล่นสนุกสนานอย่างธรรมชาติ ความเพลิดเพลินในกิจกรรมที่ทำ การได้ไปเที่ยวในสถานที่ต่างๆ และดูเหมือนความปีติเหล่านี้ได้เกิดขึ้นเพราะมีสิ่งแวดล้อมที่สงบ เป็นธรรมชาติและการได้ทำกิจกรรมที่ตนพึงใจ ดังกรณีของธงที่บอกว่า

> “ในตอนเด็ก ผมมีความสุข ได้เล่นสนุกสนานตามท้องไร่ท้องนา สนุกตามประสาเด็กๆ...ได้เล่นกันสนุก มียางคู่ หนังกะติ๊กคู่ ทำเอง ง่ามมะขามอย่างดีเลย ไปยิงนกแถวริมคลอง ยิงไปเรื่อย สนุกไปเรื่อย ยิงมันตายแล้ว เราก็ไปถอนขน ก่อกองไฟ ย่างให้หอม กินกันมีความสุขมาก”
>
> “เราชอบไปตกปลา เรามีความสุข ได้ลุ้นระทึกใจดี ตอนได้ปลา ตอนที่ปลาตะครุบเหยื่อ...ยิ่งปลาตัวใหญ่ยิ่งทำให้เรามีความสุข...ตอนที่ตกปลา ได้มองรอบๆแม่น้ำ ลำคลอง รู้สึกสบายใจดี อิ่มเอิบใจ ทำให้เราได้ผ่อนคลาย”
>
> (กร)

> “ชีวิตของผมมีความสุขมาก ตั้งแต่จำความได้ สบายมากเลย ไม่เคยต้องลำบากเลย...ผมมีความสุข รู้สึกสนุกกับช่วงชีวิตวัยเด็กของผมมากและในทุกๆปิดเทอม ผมชอบมาก ได้ไป summer ที่ต่างประเทศหรือไม่ก็ไปกับกรุ๊ปทัวร์ เป็นช่วงเวลาที่สนุกมาก เฮฮามาก”
>
> (มาร์ค)

"ผมมีความสนุกสนานทุกครั้งที่ได้เล่นกีฬากับเพื่อนๆ ได้เตะฟุตบอล ได้เล่นวอลเลย์บอลทุกเย็น ทำให้ผมรู้สึกดี เป็นการผ่อนคลาย"

(โชค)

(2) ปีติจากการได้อยู่รวมกันเป็นครอบครัว

แม้ในยามเด็ก นอกจากการเที่ยวเล่นตามประสาเด็กๆแล้ว บุคคลเหล่านี้ก็ยังต้องการมีครอบครัวที่อบอุ่น ถึงแม้ว่าจะอยู่ในครอบครัวที่ไม่ได้ร่ำรวยหรือสมบูรณ์ แต่การได้อยู่ร่วมกันของสมาชิกในครอบครัว ก่อให้เกิดเป็นความสุขขึ้นได้ ดังกรณีของธงที่กล่าวว่า

"ในชีวิตของผม ตอนเด็กๆ ผมก็ไม่ค่อยได้อยู่กับพ่อกับแม่เท่าไหร่ แต่ว่าผมอยู่กับแม่แก่ แม่แก่แกเลี้ยงผมมา ผมไม่รู้สึกว่าชีวิตของผมขาดอะไรนะ ตอนโตมาผมก็ได้ย้ายไปอยู่กับพ่อแม่ ผมมีความสุข ได้อยู่กับพ่อกับแม่ในแคมป์คนงาน"

"ครอบครัวของลุง (เดช) เป็นครอบครัวคนจีน พ่อเลี้ยงลูกทั้ง 4 คนด้วยตัวเองชีวิตตอนนั้นลำบาก อยู่บ้านเช่า เป็นตึกแถวชั้นเดียว...ลุง (เดช) มีความสุข พี่น้องรักใคร่กันดี ไม่เคยเกี่ยงกัน ไม่เคยทะเลาะกัน มีอะไรช่วยเหลือกันตลอด อย่างรถสามล้อ น้องชายก็ขายให้ลุง (เดช) ราคาถูกๆ พี่น้องกันต้องช่วยเหลือกัน"

(เดช)

จากคำกล่าวของเดช อาจพิจารณาได้ว่า แม้ว่าเหมือนจะเป็นความทุกข์ จากการมีชีวิตที่ลำบาก แต่ก็มีสิ่งที่สำคัญที่ก่อให้เกิดความสุขนั้นคือ การได้อยู่ร่วมกันกับพี่น้องโดยไม่ทะเลาะเบาะแว้งกัน หรือในกรณีตัวอย่างของมาร์ค ซึ่งมีครอบครัวที่สมบูรณ์ เพียบพร้อม ก็เกิดเป็นความสุขเช่นกัน จากการที่สมาชิกในครอบครัวได้อยู่ร่วมกัน ดังที่มาร์คกล่าวว่า

"ผมอยู่กับคุณพ่อคุณแม่มาตลอด ผมมีความสุขมาก พี่น้องอยู่ด้วยกันหมดทุกคน คุณพ่อคุณแม่รักและเอาใจใส่ผมดีมาก ดูแลลูกๆเป็นอย่างดี เพราะฉะนั้นลูกๆแทบไม่ต้องจับต้องอะไรเอง"

แต่อย่างไรก็ตาม จากกรณีตัวอย่างจะเห็นได้ว่า แม้ว่าจะมีฐานะที่แตกต่างกัน แต่ก็สามารถสร้างความสุขให้เกิดขึ้นได้ โดยแต่ละครอบครัว อาจไม่ได้มีฐานะที่ดี บางครอบครัวมีฐานะ

ปานกลาง พออยู่พอกิน แต่ความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัวเป็นสิ่งที่สำคัญ ความรักใคร่กลมเกลียวเป็นพื้นฐานในครอบครัวที่ก่อให้เกิดเป็นความสุข ความปีติได้

(3) ปีติจากการได้ของรางวัล

ธรรมชาติของมนุษย์ที่ว่า พฤติกรรมของปัจเจกล้วนเกิดขึ้นหรือถูกควบคุมด้วยรางวัล และการลงโทษ (reward and punishment) ความสุขหรือความปีติก็เช่นกัน ย่อมเชื่อมโยงกับรางวัลหรือสิ่งพึงใจที่บุคคลได้รับ จากกรณีตัวอย่างของการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความดีใจเมื่อครั้งเยาว์วัย แม้ล้วนแตกต่างกันไป เช่น การได้กินของอร่อย ได้ของเล่นชิ้นใหม่ ล้วนทำให้เกิดความสุข ความปีติขึ้นได้ ดังกรณีตัวอย่างต่อไปนี้

> “ตอนที่ไปรับจ้างเก็บพริก เจ้าของไร่เขาเลี้ยงไอติม ผมดีใจมาก เด็กบ้านนอกไม่เคยได้กิน อย่างนมเนี่ย เด็กบ้านนอกไม่รู้จักหรอก รู้จักแต่น้ำเปล่า”
>
> (ธง)

> “ผมมีความสุขที่พี่สาวของผมได้จักรยานคันใหม่ เพราะผมก็ได้ใช้จักรยานคันนี้ไปโรงเรียนด้วย ผมดีใจที่พี่สาวสอนผมปั่นจักรยาน ตอนที่ผมได้ปั่นจักรยานครั้งแรก ผมดีใจมาก”
>
> (กร)

ในทางกลับกัน ความปีติเมื่อครั้งเยาว์วัย บางครั้งก็มาจากสิ่งที่ไม่ดีหรือการลงโทษ แต่ก็กลับกลายเป็นความสุขที่เกิดขึ้น ระคนกับความเศร้าและความรู้สึกผิด เมื่อนึกย้อนไปในวัยเยาว์ ดังกรณีของธงที่กล่าวไว้ว่า

> “ผมมีความสุขมากที่ได้ชวนพี่ชายและน้องชายไปเล่นก่อกองไฟในทุ่งนา ไฟเกิดไหม้รามไปถึงบ้านคน ผมถูกแม่แก่ตี มันเจ็บนะ แต่ก็สนุกสนานดี (หัวเราะ)”

> “ผมกับเพื่อนๆสนุกกันมาก หนีโรงเรียนไปที่กระต๊อบปลายนากับกลุ่มเพื่อนไปเสพกัญชา ยาบ้ากัน ตอนนั้นผมสนุก มีความสุขมาก”
>
> (กร)

“ผมมีความสุขที่ได้ขโมยเงินแม่ไปซื้อของเล่น ผมมีความสุขตอนที่ได้เล่นของเล่น แต่ผมก็ทุกข์ตอนที่โดนแม่จับได้ และถูกพ่อตีด้วยไม้แขวนเสื้อ”

(โชค)

4.3.1.2 ชีวิตอันปีติในวัยทำงาน และสร้างครอบครัว

(1) ปีติจากความสำเร็จในด้านการงาน

เมื่อผ่านวัยเด็ก มาสู่วัยทำงาน ความสุขมักจะเกิดขึ้นจากการทำงาน การประสบความสำเร็จในการเรียน การได้รับความไว้วางใจในด้านการทำงาน การได้มีชื่อเสียง การได้เป็นที่รักของผู้คน ดังกรณีตัวอย่างของพจน์ที่กล่าวว่า

“สมัยเป็นรองนายกอบต. เป็นมา 8 ปี 2 สมัย ผมมีความสุขมาก ผมชอบที่ได้อยู่กับชาวบ้าน ทำงานเกี่ยวกับชาวบ้าน...ลูกบ้านรักผมทุกคน ผมไม่เคยมีปัญหากับใคร ไม่มีหนี้ ไม่เคยคดโกงใคร”

“ผมมีความสุข รู้สึกปลาบปลื้มใจที่ได้ทำตามเป้าหมาย การติดทีมชาติคือที่สุดของชีวิตผมแล้ว ผมภูมิใจในตรงนั้น ผมยังประสบความสำเร็จในชีวิตระดับหนึ่ง”

(โชค)

“ลุง (เอก) พึงพอใจกับงานที่ทำตรงนี้มาก...รู้สึกปลาบปลื้มใจ ได้ลงทุนกับน้องชาย ช่วยกันขยายพื้นที่ปลูกอ้อย...รู้สึกพึงพอใจตรงนั้นมาก”

(เอก)

“ผมมีความสุขกับงานที่ทำ...ผมมีความสุขกับการทำงานที่ท้าทายความสามารถในตัวผม ผมคิดว่าผมควบคุมและเรียนรู้มันได้”

(มาร์ค)

“ผมภูมิใจมาก ผมทำยอดได้ตามเป้าเกือบทุกปี บริษัทก็เชื่อใจผม ไม่เคยมาควบคุม... โบนัสผมก็ได้”

(เล้ง)

(2) ปีติจากการมีความรัก การแต่งงานสร้างครอบครัว

เมื่อเป็นวัยรุ่น ก็มีอารมณ์ความรู้สึกที่ต้องการใครสักคนที่จะมาร่วมทุกข์ร่วมสุข การต้องการมีครอบครัวจึงเป็นสิ่งที่ปรารถนา อันทำให้เกิดการคิดถึงผู้อื่น เป็นการค้นหาซึ่งสิ่งที่สวยงาม มีการตอบสนองถึงมิตรภาพ การยอมรับและเคารพในความแตกต่าง ดังกรณีตัวอย่างของกรที่กล่าวว่า

> “ผมมีความสุขกับการได้แอบชอบหญิงสาวในแคมป์คนงาน ผมปลื้มใจที่สามารถเก็บเงินไปสู่ขอเธอได้...และที่ผมดีใจที่สุดคือได้แต่งงานกับเธอคนที่ผมรัก”

> “วันที่ผมแต่งงาน ผมมีความสุขมาก...ผมเก็บตังค์ขอเองหมื่นกว่าบาท แต่ไม่มีทองนะ จัดงานที่แคมป์ เรียบๆง่ายๆ เจ้าสาวใส่ชุดเจ้าสาวคล้ายชุดไทยสีโอรส แต่ผมไม่ได้แต่งชุด ผมใส่เสื้อเชิ้ตสีเปลือกไข่ กางเกงสแลคสีกรม ผมได้แห่ขันหมากตามประเพณีไทย กางโต๊ะ 10 กว่าโต๊ะ มีพี่ชาย น้องชายมาร่วมงาน อยู่กัน พร้อมหน้าพ่อแม่ลูก แม้ว่าจะเป็นช่วงเวลาที่สั้น แต่ก็ก่อให้เกิดความอิ่มเอิบใจขึ้นมาได้”
>
> (ธง)

> “ผมมีความสุขที่ได้แต่งงานกับแฟนของผมคนนี้ แฟนเป็นคนทำอาหารเก่ง แต่งตัวเก่ง ไปที่ไหนไม่อายใคร ผมกับแฟนเข้าใจกันดี ไม่เคยทะเลาะกัน ผมรักแฟนผมคนนี้มาก”
>
> (เล้ง)

(3) ปีติจากการได้เห็นลูกเติบโตก้าวหน้า/ประสบความสำเร็จ

บุคคลที่เป็นพ่อย่อมมีความภาคภูมิใจที่ตนเอง สามารถเลี้ยงและดูแลลูกจนเติบโต มีความเจริญก้าวหน้า ประสบความสำเร็จในชีวิต อีกทั้งลูกได้มีความกตัญญูและเป็นคนดี ดังกรณีตัวอย่าง (กร) ที่กล่าวว่า

> “ผมมีความสุขที่ผมได้เลี้ยงและดูแลลูกของผม ผมภูมิใจที่ได้เป็นพ่อและเป็นพ่อที่ดีได้...สามารถเลี้ยงลูกจนเติบโตมา ผมมีความสุขทุกครั้งที่ผมได้เล่นกับลูก พาลูกไปเล่นน้ำที่คลอง”

"ผมภูมิใจในตัวลูกสองคนนี้มาก ลูกทั้งสองเป็นเด็กดี เชื่อฟังผมมาตลอด ไม่เกเร...ผมมีความสุขที่ได้อบรมสั่งสอนลูก สอนให้ลูกเป็นคนดี"

(พจน์)

"ลูกของผม นานๆได้มาเยี่ยมสักครั้ง ปิดเทอมก็มาหาผมที...ได้เห็นหน้าลูก ผมก็ดีใจแล้ว ผมหยุดงาน ผมก็กลับบ้านไปหาลูก"

(ธง)

4.3.1.3 ชีวิตอันปีติในยามสูงวัย

(1) ปีติจากการที่เห็นลูกได้ดี

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีผู้สูงวัยเพียง 2 ราย ซึ่งจะเห็นได้ว่าความสุขของผู้สูงวัย มักจะไม่ได้เกิดจากตัวเอง แต่เกิดจากการที่ได้เห็นลูกหลานมีความสุข มีหน้าที่การงานที่ดี ดังกรณีของเดชที่กล่าวว่า

"ผมมีความสุขที่ได้เห็นลูกๆมีงานทำที่ดี ลูกได้ดี ผมก็ดีใจ...ผมมีความสุขที่ได้สอนการใช้ชีวิตให้กับลูก...ลูกไม่เคยทำให้ผมต้องเสียใจ ไม่เคยต้องผิดหวัง ผมรักลูกสองคนนี้ดั่งแก้วตาดวงใจ"

ส่วนกรณีของเอก ชายสูงวัยอีก 1 ราย ถึงแม้จะมีความไม่ปีติเกิดขึ้นจากการที่ลูกชายไม่สามารถเป็นในสิ่งที่ตนหวังได้ แต่ก็เกิดความสุขจากการที่ตนได้ทำเพื่อลูก โดยได้สร้างทุนเป็นที่ดินทำกินไว้ เพื่ออนาคตแก่ลูกทั้งสอง ดังที่เอกได้กล่าวว่า

"ลุง (เอก) มีความสุขที่ได้ปูทางไว้ให้ลูกทั้งสองคน หวังว่าจะให้ลูกทั้งสองมาสานกิจการต่อ...ลุง (เอก) อยากให้ลูกได้เรียนทหาร แต่ลูกไม่เลือกทางนี้ ไม่เป็นไร ยังมีงานในไร่ที่ลูกยังทำได้ ยังดูแลได้ แค่เขาคิดจะทำ ลุง (เอก) ก็สุขใจแล้ว ภูมิใจในตัวเขาแล้ว"

4.3.2 ชีวิตอันปีติในปัจจุบัน

ภายหลังจากอุบัติเหตุ มีการบาดเจ็บทางไขสันหลังเกิดขึ้น อันก่อให้เกิดภาวะอัมพาต จากการศึกษาพบว่า แม้ความปีติ/ยินดี/ดีใจจะไม่เกิดขึ้นในช่วงแรก โดยบางรายอาจกล่าวได้ว่าเกิดความโกรธแค้น มีความไม่ปีติเกิดขึ้นทันที บางคนบอกเป็น "ความเสียใจจนเกือบฆ่าตัวตาย"

บางคนบอก ผิดคาดผิดหวัง โดยกล่าวว่า “เป็นคราวซวยของชีวิต” ดังกรณีตัวอย่างของเล้งที่กล่าวว่า “อุบัติเหตุครั้งนี้ เสียใจที่สุดในชีวิต ไม่น่าขับรถเร็วขนาดนั้น” หรือกรณีตัวอย่างอื่นที่กล่าวว่า

> “ตั้งแต่มาประสบอุบัติเหตุนี่ ตอนแรกก็แย่เหมือนกัน หมอบอกตอนแรก ไม่รู้ว่าจะกลับมาเดินได้หรือเปล่า ใจเราเริ่มถอย จาก 100 เหลือแค่ 5 คะแนน ก็ถอยลงๆ...คิดมากเหมือนกัน ท้อเหมือนกัน เคยคิดอยากจะตายก็มีนะ กว่าจะผ่านจุดนั้นมาได้ก็แย่เหมือนกัน”
>
> (กร)

> “ทีแรกก็นึกโทษลูกชายที่ขับรถไม่ระวัง โกรธแค้น ทำให้เราต้องพิการ...ไม่สามารถมองหน้าลูกได้สนิทใจ”
>
> (เอก)

> “อุบัติเหตุครั้งนี้ เป็นคราวซวยของชีวิตไง มันเกิดขึ้นแล้ว ทำไงได้”
>
> (โชค)

กระนั้นก็ตาม หลังจากนั้น ภาวะปีติก็สามารถเกิดขึ้นได้ แต่ไม่ได้เป็นขั้วที่สนุกสนานปลาบปลื้ม เหมือนก่อนการเกิดอุบัติเหตุ แต่ความปีติเกิดจากการยอมรับได้ ทำใจได้ ดังกรณีตัวอย่างของเอกที่บอกว่า “ตอนนี้ยอมรับได้แล้ว ไม่โกรธแค้น ไม่ติดใจ...ทำใจได้สบาย” จะเห็นได้ว่ามีการให้อภัยเกิดขึ้น นอกจากนี้ ในการทำใจยอมรับได้ อาจมีสาเหตุอันเนื่องมาจากการเห็นสภาพคนอื่นที่เหมือนกันหรือแย่กว่าตน การเห็นสภาพร่างกายของตนมีการพัฒนาที่ดีขึ้น หรือในแง่ของการที่ตนเองไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ก็กลับทำให้เกิดความปีติได้เช่นกัน การยอมรับได้ ทำใจได้และปีติด้วยนี้ กรณีตัวอย่างได้ให้เหตุผลต่างๆ ดังจะกล่าวในส่วนต่อไป

(1) ปีติเพียงยอมรับ/เฉย

การยอมรับได้นั้น มักเกิดจากการที่อารมณ์เชิงลบได้ลดลงหรือหมดไป การเริ่มคลี่คลาย ทำใจยอมรับได้ กรณีศึกษาบางรายใช้เวลาไม่นาน ก็สามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ ดังคำกล่าวของกรณีตัวอย่าง ต่อไปนี้

ยอมรับจากการเปลี่ยนแปลงไม่ได้

เป็นการยอมรับที่เกิดจากความคิด ความเข้าใจว่าสิ่งที่เกิดขึ้นแล้ว ย่อมเปลี่ยนแปลงไม่ได้ ดังกรณีตัวอย่างที่กล่าวว่า

> “มันเป็นไปแล้วจะให้ทำไง เราก็ทำอะไรไม่ได้ ก็ยอมรับได้ตั้งแต่ที่หมอบอก ...แกบอกว่าจะเดินไม่ได้ เรามาคิด เป็นก็เป็น มันเป็นไปแล้ว รักษาได้ก็รักษา รักษาไม่ได้ก็แล้วไป”
>
> (โชค)

ยอมรับจากการเปรียบเทียบกับผู้อื่น

เป็นการยอมรับจากการเห็นสภาพคนอื่นที่เหมือนกัน/แย่กว่าตนภายในหอผู้ป่วยหรือผู้ป่วยเตียงข้างเคียง อาจเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับในสภาพตนเองได้มากขึ้น ดังกรณีตัวอย่างที่กล่าวว่า

> “ได้มาเห็นว่า ไม่ได้มีเราคนเดียวที่เป็นอย่างนี้ ตอนนี้ยอมรับสภาพได้แล้ว รู้สึกเฉยๆแล้ว”
>
> (เอก)

> “มองเตียงข้างๆที่เขาแย่กว่าเรา เขาอยู่มาหลายปี เขายังหายใจเองไม่ได้ เรายังโชคดีที่ยังหายใจเองได้ ไม่อย่างนั้นต้องมีเครื่องช่วยหายใจไปตลอดชีวิต ตอนนี้ทำใจได้แล้ว แขนขาอาจขยับเองไม่ได้ แต่ว่าอย่างน้อยเราก็หายใจได้”
>
> (พจน์)

ยอมรับจากการมีบุคคลให้กำลังใจ

กรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง เมื่อแรกๆก็รู้สึกโดดเดี่ยว ขาดกำลังใจ การที่ต้องนอนโรงพยาบาล ในสถานที่ที่ไม่คุ้นเคยเป็นระยะเวลายาวนาน ต้องอยู่ร่วมกับผู้อื่นสองข้างเตียง อาจเกิดความรู้สึกเชิงลบได้ แต่เมื่อเกิดการสร้างสัมพันธภาพ มีการสื่อสารระหว่างกัน ไม่ว่าจะเป็นเจ้าหน้าที่พยาบาล นักกายภาพบำบัดหรือผู้ป่วยเตียงข้างเคียง กลับก่อให้เกิดการทำใจได้ ดังกรณีตัวอย่างที่กล่าวว่า

> “ตอนแรกก็แย่เหมือนกัน อยู่ไปอยู่มา มีญาติมาให้กำลังใจเราบ้าง มีพยาบาลมาพูดคุย เริ่มจะลืม เริ่มจะทำใจได้ แต่กว่าจะผ่านชีวิตนั้นมาได้...ก็แย่เหมือนกัน แต่ตอนนี้ก็เริ่มจะดีบ้างแล้ว เริ่มรับตัวเองได้ ใช้เวลาไม่นานเท่าไหร่ ไม่ถึงเดือน ก็ยอมรับได้”
>
> (กร)

<u>ยอมรับจากความเชื่อทางศาสนา คิดว่าเป็นโชคชะตา/บุญกรรม/การฟาดเคราะห์</u>

การใช้หลักศาสนาเข้ามาช่วยในการยึดเหนี่ยวทางจิตใจหรือเพื่อให้จิตใจเกิดความสงบ การเชื่อในเรื่องของพรหมลิขิต บุญกรรม โชคชะตา การฟาดเคราะห์กรรม อาจก่อให้เกิดการยอมรับความเจ็บป่วยได้ ดังกรณีตัวอย่างที่กล่าวว่า

> “ที่ผมเป็นอยู่นี้ ผมคิดว่าเป็นเรื่องของเวรกรรม อาจเป็นชาติปางก่อน ชาติก่อนผมอาจขับรถไปชนเขาไว้ก็ได้”
>
> (เดช)

> “ที่เราต้องมาเจอเรื่องแบบนี้ เชื่อว่าขึ้นอยู่กับบุญกรรม ทีแรกคิดว่าไม่น่าจะเกิดไวขนาดนี้ แต่พอมาคิดอีกที ถ้าไม่เกิดในวันนี้ วันหน้าก็ต้องเกิดขึ้นกับเราอีกเหมือนกัน...เขาคงขีดให้เราเป็นแบบนี้แล้ว ในใจก็คิด เราต้องยิ้มมองและรับโลกให้ดีเสมอไป ไม่ขุ่นเคือง ไม่เครียดแค้น ทำใจเราให้สงบ ถ้าไม่สงบก็จะเกิดผลต่อตัวเรามากเลย อาการก็จะแย่ลง”
>
> (เอก)

> “เราเชื่อในดวงชะตาว่ามีจริง ถือว่าเราฟาดเคราะห์ไป เราคิดว่า ประสบอุบัติเหตุครั้งนี้เป็นดวงของเรามากกว่า”
>
> (กร)

> “ตอนนี้ปลงแล้ว ต้องปล่อยวาง ผมยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น มันเกิดไปแล้ว ต้องยอมรับว่าชีวิตเราโดนลิขิตมาแบบนี้ ต้องทำใจยอมรับ...มาอย่างนี้แล้ว มันจะต้องรับได้ ถ้ารับมันไม่ได้ มันจะทำให้เราแย่ไปมากกว่านี้”
>
> (เดช)

(2) ปีติจากความดีใจ/ความภูมิใจ

แม้กรณีศึกษาจะมีร่างกายที่ไม่เหมือนเดิม แต่สามารถที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไปได้ การช่วยเหลือตนเองได้นั้น เกิดเป็นความภาคภูมิใจที่อย่างน้อย ตนเองนั้นยังเป็นที่พึ่งแห่งตนได้

<u>จากการยังไม่ตาย/มีชีวิตรอด</u>

ภายหลังจากประสบอุบัติเหตุ การที่สามารถมีชีวิตอยู่ต่อไปได้ กรณีตัวอย่างมองว่าเป็นความโชคดี ที่ตนนั้นยังมีชีวิตรอด ดังกรณีตัวอย่างที่กล่าวว่า

> “ในคืนนั้นที่รถมันพลิกคว่ำ ลุง (เอก) คิดว่าไม่น่าจะรอดแล้ว เพราะตีลังกาหลายตลบ ยังดีที่ยังไม่ตาย ยังมีชีวิตรอดมาได้จนถึงทุกวันนี้ นับเป็นความโชคดีของลุง (เอก)”
>
> (เอก)

> “ตอนที่รถล้ม กลางคืน ยังดีที่มีคนมาช่วย ลูกบ้านมาเห็น ไม่อย่างนั้น ไม่รู้ว่าตอนนี้จะเป็นยังไง”
>
> (พจน์)

> “มันก็ดีที่เรายังมีชีวิตอยู่ ที่ยังไม่เป็นมากไปกว่านี้ ยังดิ้นได้...ยังมีชีวิตอยู่ดีกว่าตายไป”
>
> (กร)

<u>จากการกระทำได้สำเร็จ/ได้ทำกิจกรรมด้วยตนเอง/ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น</u>

ความปีติจากการได้ทำกิจกรรมต่างๆได้สำเร็จด้วยตนเอง แม้อาจเป็นเพียงกิจกรรมเล็กๆน้อยๆ การเริ่มมีความรู้สึกในส่วนที่สูญเสียไป การมีความเคลื่อนไหวกลับคืนมา หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นการลดการพึ่งพาผู้อื่น หรือพึ่งพิงผู้อื่นให้น้อยที่สุด สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดเป็นความสุขขึ้นได้ ดังกรณีตัวอย่างที่กล่าวว่า

> “ผมมีความสุขกับการที่ขาของผมเริ่มขยับได้ มันดิ้นได้แล้ว ตอนนี้ผมรู้สึกดีมาก แต่ก่อนที่ยังทำอะไรเองไม่ได้เลย พลิกตัวเองไม่ได้ ลงรถเข็นไม่ได้ เดินไม่ได้ แต่ตอนนี้ เข็นรถเข็นเองไปไหนมาไหนได้ เราก็เริ่มมีความหวังขึ้นมา เริ่มมีกำลังใจขึ้นมา จาก 5 ตอนนี้เกือบเต็ม 100 เหมือนเดิม ใช้ทั้งมือทั้งขามือคอยประคอง ขาพยายามก้าวไป รู้สึกว่าตัวเองเหมือนเกิดใหม่”
>
> (กร)

"ผมดีใจ ผมได้ฝึกกินข้าว ฝึกใช้ช้อนตักข้าวเข้าปากเอง ผมค่อยๆฝึกไป จนผมพอทำได้เองแล้ว ไม่ต้องพึ่งคนอื่นแล้ว"

(เดช)

"ผมมีความสุขมาก ตอนที่ผมกลับมาเดินได้อีกครั้งหนึ่ง ถึงแม้ว่าจะเดินโดยใส่ที่พยุงขา แต่ผมก็ดีใจ ที่ผมเดินด้วยลำแข้งของตนเอง"

(โชค)

"ผมดีใจมาก วันที่ผมสามารถเคลื่อนตัวลงรถเข็นได้เอง ไม่ต้องมีใครมาจับมาช่วย ผมภูมิใจมาก"

(ธง)

<u>จากการเปรียบเทียบกับผู้อื่นที่แย่กว่าตน</u>

การเห็นสภาพผู้อื่นที่แย่กว่าตน อาจเกิดการยอมรับและทำใจได้ การเห็นผู้ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้แม้กระทั่งการหายใจ หรือผู้ที่ไม่สามารถขยับเขยื้อนเคลื่อนไหวร่างกายส่วนใดๆได้ภายในหอผู้ป่วย เมื่อย้อนกลับมามองตนเอง ตนยังสามารถกระทำสิ่งต่างๆได้ ยังมีร่างกายที่ใช้การได้ก่อเป็นความภูมิใจเกิดขึ้น ดังกรณีตัวอย่างที่กล่าวว่า

"ถึงจะเป็นอย่างนี้ ก็ยังไม่ท้อหรอก...อยู่ไปอยู่มา ทำให้เราเห็นคนโน้นคนนี้ที่เป็นมากกว่าเราก็มี หายใจเองไม่ได้ก็มี...แล้วคนที่ต้องให้คนอื่นตักข้าวให้กินก็มี อย่างคนที่ไม่มีแขน แขนใช้การไม่ได้ เรายังมีแขน ที่สามารถนำพาชีวิตเราไปไหนมาไหนได้ เราก็เลยเริ่มที่จะสู้ใหม่ ไปตั้งต้นใหม่ อย่างน้อยเราก็ยังสู้ชีวิตได้"

(กร)

"ตอนนี้ก็ไม่ได้คิดอะไรแล้ว ยังมีคนที่เขาแย่กว่าเราอีก เขายังทำได้ ยังคิดที่จะต่อสู้กับความพิการ ยังฝ่าชีวิตก้าวข้ามไปได้...เมื่อเป็นแบบนี้แล้ว ก็พยายามทำจิตใจให้สบาย พยายามดูชีวิตคนอื่นที่เขาแย่กว่าเรา แค่เราคิดสู้เท่านั้นแหละ ไม่มีอะไรที่เกิดขึ้นแล้วมันไม่ดีหรอก อย่างน้อยเราได้มีความสุขกับตรงนั้นก็พอแล้ว"

(เล้ง)

จากกิจกรรมในชีวิตประจำวัน

กิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมที่ทำในแต่ละวัน การพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์กับผู้ป่วยรายอื่น การได้ดูทีวี การอ่านหนังสือที่ชอบ การรับประทานอาหารที่อร่อย หรือการมองออกไปข้างนอก เพื่อมองบรรยากาศรอบๆโรงพยาบาล ล้วนเกิดเป็นความปีติขึ้นได้ ดังกรณีตัวอย่างที่กล่าวว่า

> “อยู่ที่นี่ก็มีความสุข ได้ลงกายภาพที่ชั้น 1 ได้เปิดหู เปิดตา ได้เห็นโลกภายนอก ไปมองบรรยากาศข้างนอกโรงพยาบาล จากการไม่ได้เห็นมา 3-4 เดือน มันทำให้สดชื่นมากขึ้น รู้สึกมีความสุขมาก”
>
> **(พจน์)**

จากคำกล่าวนี้จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยได้มองเห็นบรรยากาศ นอกเหนือจากภายในหอผู้ป่วย ได้มองออกไปภายนอก ได้พ้นจากสภาพโรงพยาบาล อาจเป็นการแสดงถึงอนาคตอันใกล้ที่จะได้กลับไปอยู่บ้าน ไปใช้ชีวิตอยู่ที่บ้าน ก่อให้เกิดเป็นความสุขใจขึ้น

4.3.3 ชีวิตอันปีติในอนาคต

ความปีติในอนาคต เกิดจากวิธีคิดและความคาดหวังของบุคคล โดยถ้าความคิดหรือความคาดหวังนั้นเป็นไปตามสภาพความเป็นจริง ความหวังในระดับที่ไม่สูง แต่มีความเป็นไปได้ แม้เป็นความหวังเพียงเล็กน้อย นอกจากนั้น ความปีติในอนาคตดูเหมือนจะเชื่อมโยงมาจากความปีติในปัจจุบัน การที่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายหรือพอช่วยเหลือตนเองได้นั้น ล้วนนำไปสู่การมีความหวัง จากกรณีตัวอย่าง (พจน์) ที่สามารถขยับได้เพียงหัวไหล่สองข้าง แต่ก็มีความหวังว่าจะได้กลับบ้าน จึงต้องมีความพยายามที่จะฝึกการหายใจ จนกระทั่งหายใจเองได้ ไม่ต้องพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจอีก ซึ่งกรณีตัวอย่างรายนี้ หวังเพียงได้กลับไปอยู่บ้าน อยู่เป็นเพื่อนภรรยา ได้อยู่ท่ามกลางญาติพี่น้อง

(1) ปีติจากการเชื่อว่ามีคนดูแล

การมองอนาคตในเชิงบวกเกี่ยวกับการเตรียมสภาพร่างกาย สามารถมีชีวิตกลับไปอยู่บ้าน หรือแม้กระทั่งการมีบุคคลหรือคนในครอบครัวคอยดูแล ก่อให้เกิดเป็นความปีติขึ้นได้ ดังกรณีตัวอย่างที่กล่าวว่า

> “ตอนนี้ผมรู้สึกเฉยๆทำใจยอมรับได้ บางทีโทรไปคุยกับพี่ชายที่เป็นโรคลมชัก พี่เค้าพอจะช่วยเหลือตัวเองได้ ผมบอกถ้าผมเดินไม่ได้ผมไปอยู่กับพี่ พี่ก็บอกมาอยู่ด้วยกันสิ จะได้ช่วยดูแลกัน”
>
> **(ธง)**

> “ตอนนี้ก็คิดถึงอนาคตข้างหน้า คิดว่าสภาพร่างกายต่อไปจะเป็นอย่างไร จะพอช่วยเหลือตัวเองได้บ้างหรือไม่ ขอแค่ช่วยเหลือตัวเองได้ก็ดีแล้ว ตอนนี้ก็ฝึกทำกายภาพอยู่ ยกได้แต่หัวไหล่...จะพยายามสู้เต็มที่ พยายามฝึกใช้มือ ตอนนี้ก็หายใจเองได้ ปอดไม่มีปัญหา ไม่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจอีกต่อไป ดีใจมาก เพราะอยากกลับบ้าน ถ้าเอาเครื่องช่วยหายใจออกไม่ได้ ก็ไม่ได้กลับบ้าน...กลับไปอยู่ที่บ้าน ไปอยู่เป็นเพื่อนภรรยา อยู่กับญาติพี่น้อง”
>
> **(พจน์)**

(2) ปีติจากการเชื่อหรือคาดว่าจะประกอบอาชีพได้

การมีความหวังที่เป็นจริงได้ ไม่ได้ตั้งอยู่บนความเลื่อนลอย จากกรณีตัวอย่างแต่ละราย ซึ่งมีความหวังว่าจะได้ออกจากโรงพยาบาลเพื่อไปประกอบอาชีพ สร้างรายได้นั้น ล้วนอยู่บนพื้นฐานเดิมของแต่ละบุคคล คนที่ทำธุรกิจส่วนตัว ก็สามารถทำในตำแหน่งที่ปรึกษาบริษัทได้ ส่วนผู้ที่มีอาชีพเกษตรกรรมก็มีที่ดินให้ทำไร่ได้ คนที่เป็นช่างซ่อมลิฟต์ ความหวังก็ยังไม่ห่างไกลจากการใช้ความรู้ทางช่างที่มีอยู่ในตัว เหล่านี้เป็นต้น ดังกรณีตัวอย่างที่กล่าวว่า

> “ตั้งแต่ผมเกิดมาก็ทำงานก่อสร้างมาตลอด...ผมหวังว่าออกไป ผมจะยังทำงานได้ ด้วยการเป็นคนขับรถรับส่งคนงาน เพราะรายได้ดี ผมจะพึ่งได้เพียงแขนของผม กำลังแขนจะต้องมาเป็นอันดับหนึ่ง ส่วนสติปัญญานั้นมาเป็นอันดับสอง ที่จะต้องบังคับรถไปในทิศทางใด...เพื่อนผมแนะนำว่าสามารถติดตั้งอุปกรณ์ที่ควบคุมด้วยมือในการขับรถยนต์...ผมก็ยังโชคดีที่ยังพอมีลู่ทางในการทำมาหากิน ผมไม่เลือกงานหรอก งานไหนที่ผมทำได้ ผมก็ทำหมด”
>
> **(ธง)**

> “ตอนนี้ขาใช้การไม่ได้ ก็ต้องใช้มือของเราทำความฝันให้กลายเป็นจริง...เรา อยากขายลูกชิ้น ไปรับลูกชิ้นร้านเจ้าอร่อยในตัวเมือง เอารถไปติดซาเล้ง มีกระทะทอดลูกชิ้นขายตามโรงงาน จะให้ช่างที่บ้านปรับรถที่ไม่ต้องใช้เกียร์ เราพอใจนะ คิดว่าเรายังทำงานได้...ออกไปเราต้องหาอาชีพทำให้ได้ เราไม่เกี่ยงงาน งานจักรสานเราก็คิดอยู่ตอนนี้”
>
> (กร)

จากคำกล่าวพิจารณาได้ว่า กรณีตัวอย่างมีการประเมินตนเอง ด้วยว่าตนเองพร้อมจะสู้และฟันฝ่าอุปสรรค ไม่คิดเกี่ยงงาน จนทำให้เขาเชื่อและหวังได้ว่า เขาสามารถมีชีวิตอันปีติในอนาคตเกิดขึ้นได้

(3) ปีติจากการคงสภาพการทำงานเดิมได้

การยังคงการทำงานเดิม ทำให้ไม่ต้องปรับตัวใหม่ เกิดเป็นความปีติในอนาคตได้ เนื่องจากการที่กรณีตัวอย่างสามารถใช้พื้นฐานเดิมที่มีอยู่ในตัวเป็นทุนได้ ดังกรณีตัวอย่างที่กล่าวว่า

> “ผมคิดว่าน่าจะกลับไปทำงานเดิมได้ ที่ไร่มีเครื่องจักรอยู่ตัวหนึ่งที่หวังว่าจะทำท่าตะเกียกตะกายขึ้นไปนั่งได้ ยืดตัวขึ้นไปนั่งทำงาน รถมันมีที่โหนที่เกาะ เพราะใช้แค่มือ ขาไม่ต้องใช้ เครื่องจักรตัวนี้คิดว่าน่าจะทำได้”
>
> (เอก)

> “ผมดีใจที่แม้ว่าผมจะพิการ แขนขาขยับไม่ได้ แต่ผมยังทำงานได้ ผมยังรับ order ผ่านทางโทรศัพท์ได้ ผมภูมิใจมาก ความคิดความอ่านผมยังดี แต่ต้องให้ภรรยาคอยช่วยเหลือผม”
>
> (เล้ง)

4.4 มุมมองเกี่ยวกับชีวิตที่มีความดีงาม

Martin Seligman ได้อธิบายว่า ชีวิตที่มีความดีงาม คือการที่ปัจเจกมีทุนในตัว โดยเกิดขึ้นในตนเองหรือครอบครัว ทั้งในด้านของร่างกาย ความคิด การกระทำ รวมถึงการมี

ความสัมพันธ์กับผู้อื่น กับทั้งเป็นการใช้ความแข็งแกร่งในตัวปัจเจกเพื่อนำมาซึ่งความชื่นชมยินดีในชีวิต (Seligman, 2002) หรืออาจกล่าวได้ว่า การมีชีวิตที่ดีงาม มักมาจากการได้รับความรู้สึกที่ดีๆจากบุคคลรอบข้าง การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น หรือแม้แต่การที่ตนเองนั้นมีความเจริญรุ่งเรือง สามารถสร้างความเป็นอยู่ที่ดี อันก่อให้เกิดเป็นความสุขขึ้นได้

การมีชีวิตที่ดีงาม หรือการมองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตไปในทิศทางที่ดี นอกจากจะขึ้นอยู่กับทุนเดิมหรือครอบครัวแล้ว ยังขึ้นอยู่กับพื้นฐานลักษณะนิสัยของแต่ละบุคคลด้วย ปัจเจกแต่ละคนล้วนมีทุน หรือพื้นฐานแห่งครอบครัว หรือความสามารถทางกายแตกต่างกัน หรือบางคนก็อาจมีเหมือนหรือใกล้เคียงกัน แต่สำหรับแต่ละคนแล้ว ก็อาจมองหรือให้ค่าสิ่งเหล่านี้ว่าเป็นชีวิตที่ดีงามหรือไม่ แตกต่างกันได้ นอกจากนั้น จากการศึกษาพบว่า ชีวิตไม่ได้มีองค์ประกอบที่ประกอบขึ้นแต่เพียงตัวของผู้ป่วยเท่านั้น ยังมีบริบทแห่งชีวิตอันดีงามด้วย อันได้แก่ ครอบครัว ความสัมพันธ์กับคนรอบข้างและสิ่งแวดล้อมต่างๆ โดยชีวิตดีงามที่เกิดขึ้นกับตนเองนี้ อาจมาจากการ มีร่างกายที่ใช้การได้อยู่ การมีความคิดที่ดีหรือการคิดได้ อันส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่ดี มีการพัฒนาไปในทิศทางที่ดีขึ้น ส่วนการมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นก็นับว่ามีความสำคัญต่อการมีชีวิตที่ดีงาม เช่น มีครอบครัวที่ดี มีการช่วยเหลือกัน สมาชิกในครอบครัวไม่ทอดทิ้งกัน เป็นต้น ในส่วนย่อยนี้จะได้นำเสนอให้เห็นภาพรายละเอียดเหล่านี้ในช่วงต่อๆไป

จากการศึกษา สามารถจัดกลุ่มชีวิตที่มีความดีงามออกได้ดังนี้

(1) ชีวิตดีงามเพราะเคลื่อนไหวได้ ยังมีร่างกายใช้การได้อยู่

โดยทั่วไป การเคลื่อนไหว เป็นคุณสมบัติหนึ่งของสิ่งมีชีวิต สิ่งมีชีวิตล้วนต้องการที่จะเคลื่อนไหวได้ จากการศึกษาพบว่า กรณีตัวอย่างส่วนหนึ่งแสดงความเห็นว่า ชีวิตดีงามคือการมีร่างกายที่สมบูรณ์ ไม่พิการ สามารถเคลื่อนไหวได้ จากกรณีศึกษา ผู้ป่วยส่วนใหญ่มองว่า ความดีงามของเขาได้ลดลง เนื่องจากเขาเคลื่อนไหวไม่ได้ เดินไม่ได้ เพราะฉะนั้นเขาจึงอยากกลับไปมีร่างกายเหมือนเดิม มีชีวิตดีงาม คือสามารถเคลื่อนไหวได้ และยังมีความหวังว่าจะเดินได้ ดังกรณีตัวอย่างกล่าวว่า

> “ผมอยากกลับมาเดินได้อีกสักครั้ง ถึงแม้ว่าผมจะเดินขาเป๋ผมก็ยอม ผมอยู่อย่างนี้ ผมปวด มันทรมาน ผมขยับแขนขาไม่ค่อยได้”
>
> (เดช)

> “ตอนนี้รู้สึกเสียใจมากที่สุดในชีวิต อยากกลับมาเดินได้อีกครั้งหนึ่ง ตอนนี้ก็พยายามสู้กับมัน ทำกายภาพบำบัด ความหวังของเราที่จะกลับมาเดินได้หรือไม่ได้ก็อีกเรื่องหนึ่ง ก็ต้องสู้ชีวิตต่อไป”
>
> (เล้ง)

จากการสังเกตผู้ป่วยกรณีศึกษาบางราย โดยเฉพาะในระยะแรกที่ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวขาทั้งสองข้างได้ เมื่อสังเกตสีหน้าและแววตา ผู้ป่วยมักมีแววตาที่ดูเศร้า และบางรายมีพฤติกรรมปลีกตัว ไม่พูดคุยกับใคร ไม่อยากเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ แต่เมื่อได้รับการฝึกทำกายภาพบำบัดหรือมีการใส่อุปกรณ์ช่วยพยุงเดิน ผู้ป่วยเหล่านี้มีแววตาที่แสดงถึงการมีความหวัง อีกทั้งมีการพูดคุยกับผู้ป่วยเตียงข้างเคียงและเจ้าหน้าที่มากขึ้น ร่าเริงแจ่มใสขึ้น รวมถึงมีความมั่นใจเมื่อสามารถลุกขึ้นยืนได้อีกครั้งหนึ่ง แม้ด้วยการใช้อุปกรณ์พยุง

อย่างไรก็ตาม จากกรณีศึกษาที่ได้พบว่า แม้ร่างกายภายหลังเกิดเหตุการณ์หรือภายหลังเกิดอุบัติเหตุจะต้องอยู่กับภาวะอัมพาต ไม่สามารถเคลื่อนไหวแขนหรือขาทั้งสองข้างได้ แต่กรณีศึกษากลับเห็นว่าชีวิตของตนยังมีความดีงามอยู่ ยังเป็นสิ่งที่ดีอยู่ ด้วยแม้ว่าร่างกายจะเคลื่อนไหวไม่ได้ แต่ก็ยังสามารถเคลื่อนไหวโดยใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ ความดีงามของเขายังคงอยู่ เพราะเขายังเคลื่อนไหวใช้การได้ด้วยรถเข็น เขาสามารถไปไหนมาไหนได้ โดยไม่ต้องใช้ขาเดิน อยากไปไหนก็เข็นไปได้ ดังกรณีตัวอย่างที่กล่าวว่า

> “อย่างน้อยเราก็ยังเหลืออีกครึ่งตัวที่ยังใช้การได้ ข้างล่างมันใช้การไม่ได้ไม่เป็นไร...เรายังลงรถเข็นเองได้ มันเปลี่ยนไปมาก ชีวิตก็เปลี่ยนไป แต่ว่ามันก็ทำให้เราไปโน่นไปนี่ได้ ไปwheelchair โดยที่เราไม่ต้องใช้ขาเดิน เราอยากไปไหน เราก็เข็นไปเองได้”
>
> (โชค)

> “ถึงแม้ว่าผมจะเดินไม่ได้ด้วยขาของผมเอง แต่ผมก็มีอุปกรณ์ช่วยพยุงเดิน ทำให้ผมกลับมาเดินได้อีกครั้งหนึ่ง เหมือนตายแล้วเกิดใหม่ ชีวิตของผมดีขึ้นมาก จากเมื่อก่อนที่ต้องนอนอยู่เฉยๆ มันเปลี่ยนแปลงไปมาก เปลี่ยนไปในแบบที่ดีขึ้น”
>
> (กร)

(2) ชีวิตดีงามเพราะมีบริบทรอบข้างดี/ครอบครัวดี

จากการสัมภาษณ์เชิงลึก อาจกล่าวเบื้องต้นได้ว่า การมีครอบครัวดี นับเป็นความดีงามที่สำคัญประการหนึ่งในชีวิตของผู้ป่วย โดยการมีครอบครัวดี แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือลักษณะทางกายภาพของครอบครัวและลักษณะทางคุณภาพของครอบครัว ลักษณะทางกายภาพของครอบครัว อธิบายถึงการที่ครอบครัวมีฐานะร่ำรวย มีทรัพย์สมบัติ สามารถสนับสนุนดูแลผู้ป่วยได้ ส่วนลักษณะทางคุณภาพของครอบครัว อธิบายโดยความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว ทั้งนี้

การมีครอบครัวที่ดี อาจเป็นครอบครัวที่แม้ว่าจะไม่มีฐานะที่ร่ำรวยหรือดูแลให้การสนับสนุนได้อย่างไม่เต็มที่นัก แต่เป็นครอบครัวที่สมาชิกคอยดูแลช่วยเหลือกัน ไม่ทอดทิ้งกัน มีสมาชิกในครอบครัวอยู่กันครบ โดยจะจัดประเภทและกล่าวถึงในรายละเอียดในส่วนต่อไปนี้

<u>ชีวิตดีงามเพราะครอบครัวมีฐานะร่ำรวย</u>

การมีครอบครัวที่ดี สามารถสนับสนุนดูแลได้เมื่อเกิดเหตุการณ์ในชีวิตของผู้ป่วยกรณีศึกษาถือว่าเป็นชีวิตที่ดีงามประเภทหนึ่ง กล่าวคือ เมื่อสมาชิกในครอบครัว มีภาวะอัมพาตเกิดขึ้น การเตรียมความพร้อมในด้านต่างๆล้วนเป็นสิ่งสำคัญ ผู้ป่วยต้องมีการปรับเปลี่ยนวิถีในการดำเนินชีวิต รวมถึงการปรับสภาพที่อยู่อาศัยให้เหมาะสม ผู้ป่วยที่มีภาวะอัมพาตของขาทั้งสองข้างจำเป็นต้องใช้รถเข็น จึงต้องเตรียมในเรื่องการทำทางลาด เพื่อสะดวกในการเดินทาง จากกรณีศึกษาพบว่าชีวิตมีความดีงามเนื่องจากครอบครัวมีความพร้อมในการดูแลทุกด้าน รวมไปถึงการมีผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการที่สามารถดูแลได้ตลอด ดังกรณีตัวอย่างที่กล่าวว่า

> “ตั้งแต่ผมเป็นแบบนี้ ครอบครัวของผมเตรียมการทุกอย่าง แม่คอยช่วยผมทุกเรื่อง ผมสบายมากเลย พ่อกับแม่ดูแลเรื่องการปรับปรุงสภาพบ้าน ทำทางลาดหน้าบ้าน แปลงห้องหนังสือกับห้องรับแขกให้มาเป็นห้องนอนผม เหมือนคอนโดยูนิตนึงเลย มีทั้งส่วนรับแขก ส่วนทำงาน ส่วนห้องนอนและก็ห้องน้ำเชื่อมกันหมดเลย...ตั้งแต่อุบัติเหตุ ไม่เคยไปไหนโดยที่ไม่มีแม่ไปด้วย ไปเมืองนอก ไปประชุมงาน ไปกับเพื่อนหุ้นส่วนกัน แม่ไปด้วยตลอด แม่เป็นห่วงผมมาก กลัวว่าผมจะลำบาก”
>
> (มาร์ค)

<u>ชีวิตดีงามเพราะการมีครอบครัวที่ดี/มีการช่วยเหลือกัน</u>

จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นหรืออุบัติเหตุอันส่งผลให้เกิดภาวะอัมพาต และผู้ป่วยต้องพบกับความสูญเสียความสามารถต่างๆ แต่กรณีศึกษายังคงรับรู้ว่า ชีวิตยังมีความดีงาม ด้วยยังมีครอบครัวที่คอยอยู่เคียงข้าง ช่วยเหลือดูแล ให้กำลังใจ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่คอยประคับประคองตัวเขามา (ดังกรณีของมาร์คข้างต้น) นอกจากนี้จากเหตุการณ์ยังทำให้กรณีศึกษาเกิดมุมมองที่เปลี่ยนแปลงไปจากแต่ก่อนที่ไม่เคยคิดเลยว่าชีวิตของตนนั้นดี ด้วยอาจละเลย มองไม่เห็นถึงความดีของบุคคลในครอบครัว จนกระทั่งตนเองไปไหนมาไหนไม่ได้ ต้องมาอยู่กับคนในครอบครัว เช่น แม่หรือภรรยา เกิดความใกล้ชิด มองเห็นถึงความดีและความสำคัญของบุคคลในครอบครัว ที่ตนไม่ค่อยให้

ความสำคัญมาก่อน จึงเป็นที่น่าสังเกตว่า การมีครอบครัวที่ดี หรือการมีปฏิสัมพันธ์อันแนบแน่นระหว่างบุคคลในครอบครัวในขณะที่บุคคลมีปัญหาหรือมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น ทำให้กรณีศึกษาได้เห็นถึงความดีของสมาชิกในครอบครัว และสามารถกระทำสิ่งที่ดีกับบุคคลที่ตนรักได้ จนเป็นชีวิตที่ดีงามของตนเองขึ้น ดังกรณีตัวอย่างที่กล่าวว่า

> “ผมเป็นแบบนี้แล้ว ผมได้อยู่กับแม่มากขึ้น แม่ดีกับผมมาก แม่สอนอะไรผมมากมาย ผมไม่รู้ว่าถ้าไม่เกิดเหตุการณ์ในชีวิตครั้งนี้ ผมจะได้พูดคุยดีๆกับแม่หรือเปล่า ผมทำไม่ดีกับแม่ไว้เยอะ”
>
> (พจน์)

> “แต่ก่อนเราก็ทำงาน หาเงินใช้จ่ายในครอบครัว มาเป็นแบบนี้แล้ว คนในครอบครัวเขายังดูแลเราดี เมื่อก่อนก็ไม่เคยดูแลกันมากขนาดนี้ แต่ตอนนี้เขามาดูแลเราตลอด พยายามจะเข้าใจความรู้สึกเรามากขึ้น เราเดินไม่ได้ เราก็คิดว่าญาติพี่น้องจะรังเกียจเรา แต่ไม่ใช่ เขาเป็นห่วงเรา เขาสงสารเรา ญาติพี่น้องใส่ใจดูแลเราดีมาก”
>
> (กร)

<u>ชีวิตดีงามเพราะการมีสมาชิกในครอบครัวอยู่กันครบ/ไม่ทอดทิ้งกัน</u>

ข้อมูลจากการวิจัยนี้ กรณีศึกษายังได้ให้ความหมายของครอบครัวที่ดีว่า อาจเป็นครอบครัวที่มีฐานะหรือไม่ต้องมีฐานะก็ได้ แต่สมาชิกทุกคนในครอบครัว อยู่กันพร้อมหน้า ผู้ป่วยยังเป็นส่วนหนึ่งของสมาชิกในครอบครัว ยังสามารถทำหน้าที่ได้ ยังคงบทบาทเป็นพ่อ/เป็นลูกอยู่ กล่าวคือ ยังมีตัวตนที่สามารถกระทำหน้าที่สมาชิกในครอบครัวได้ดังเช่นก่อนเกิดอุบัติเหตุ ยิ่งไปกว่านั้น ผู้ป่วยยังมีความรู้สึกว่าไม่ได้อยู่เพียงลำพังคนเดียว แต่เป็นการอยู่ร่วมกัน รายล้อมไปด้วยสมาชิกในครอบครัว ได้รับการเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลที่ตนเองรัก นอกจากนี้ผู้ป่วยยังอธิบายถึงการมีชีวิตที่ดีงามว่าคือ การมีครอบครัวที่ดี คอยแนะนำสั่งสอน ดูแลช่วยเหลือเมื่อยามทุกข์ยาก คอยป้อนข้าวป้อนน้ำ โดยกรณีศึกษามักกล่าวว่า “สิ่งที่ดีคือการได้อยู่กันพร้อมหน้าไม่มีใครจากไป” “โชคดีที่ครอบครัวยังรับยังดูแล” หรือ “ยังดีที่แฟนไม่ทอดทิ้งจากกันไป ยังคอยมาเช็ดตัวให้ทุกเช้า” จึงเป็นที่น่าสังเกตว่าการมีทุนทางครอบครัวและการได้รับการปฏิบัติจากสมาชิกในครอบครัวที่ดี ทำให้เกิดเป็นชีวิตที่ดีงาม สามารถมีกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไป ดังคำกล่าวของผู้ป่วยที่ว่า

"ชีวิตตอนนี้ที่ดีที่สุด คือการที่ได้อยู่ด้วยกันพร้อมหน้า พร้อมตา พ่อ แม่ ลูก ลูกยังมีเราอยู่ เรายังเป็นครอบครัว อย่างน้อยพวกเขาก็ยังให้กำลังใจเราอยู่"

(กร)

"ที่ผมอยู่ได้ทุกวันนี้ ก็เพราะแฟนของผมที่อยู่เคียงข้างผม มาเฝ้าแบบเป็นห่วงเป็นใย แล้วก็ยังมีพี่ๆน้องๆมาดูแล ไม่มีใครทิ้งผม...ผมเคยบอกแฟนบอกพี่สาว จนเขาร้องไห้ ผมไม่น่าทำให้พวกคุณต้องมาดูแลผมเลย เพียงแต่ผมโดดตึกตายทีเดียวก็จบแล้ว ไม่อยากให้มาดูแล สงสาร แต่เขาก็ให้กำลังใจผมดี พี่น้องผม แฟนผม สำคัญมาก เป็นกำลังใจที่ดีมาก พี่น้องทุกคนบอกไม่เป็นไร รักษาไป พี่น้องช่วยกันดูแลได้"

(เล้ง)

"ตั้งแต่เกิดอุบัติเหตุ หลังจากผมขยับแขนขาไม่ได้ แฟนของผมมาอยู่เป็นเพื่อนผมตลอด ยังไม่ทิ้งจากกันไป มาคอยป้อนข้าวป้อนน้ำ เช็ดตัวให้ทุกวัน ผมอยากได้อะไรก็คอยหยิบจับให้ เหมือนเป็นแขนทั้งสองข้างของผม...การออกกำลัง แฟนของผมก็คอยยกแขนยกขาให้ผม ไม่เคยบ่นเลย"

(พจน์)

นอกจากคำกล่าวของผู้ป่วยกรณีศึกษาแล้ว จากการสังเกตพฤติกรรมภรรยาของพจน์ซึ่งมาทุกวันไม่เคยขาด พบว่า ภรรยามีความตั้งใจในการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องต่างๆจากเจ้าหน้าที่พยาบาลและนักกายภาพบำบัด ไม่ว่าจะเป็นการเช็ดตัวทำความสะอาดร่างกาย การเช็ดสายสวนปัสสาวะ หรือการทำกายภาพบำบัด ออกกำลังกายแขนและขา โดยไม่มีท่าทีที่รังเกียจ มีแต่ท่าทีที่แสดงถึงความห่วงใย และต้องการช่วยเหลือให้ดีขึ้น

(3) ชีวิตดีงามเพราะมีความรู้ความสามารถ ประสบการณ์และความพยายาม

ทุนในตัวบุคคล เช่น ความรู้ความสามารถของกรณีตัวอย่าง ล้วนมีรากฐานมาจากอดีตจากประสบการณ์ที่สั่งสมมาและความรู้ที่เกิดจากการเรียนรู้ในช่วงวัยต่างๆของชีวิตจนเกิดเป็นชีวิตที่มีความดีงาม จากทุนเดิมที่มีอยู่ภายในตัว หรือแม้แต่การที่ปัจจุบันนั้นตนเองสามารถดำเนินชีวิตได้ก็ด้วยอาศัยสติปัญญาความรู้และการฝึกฝนจนชำนาญด้วยความพยายาม ดังที่กรณีศึกษารายหนึ่ง (ธง) กล่าวถึงการใช้รถเข็น ที่ว่า "ผมพยายามฝึกใช้รถเข็น...กำลังแขนจะต้องมาเป็นอันดันหนึ่ง ส่วน

สติปัญญานั้นมาเป็นอันดับสอง” สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นชีวิตที่มีความดีงามจากความรู้ ความสามารถ และความพยายามทั้งสิ้น ดังกรณีตัวอย่างรายอื่นที่กล่าวว่า

> “มาเกิดแบบนี้ขึ้นมา มันก็ช้าลง คงต้องวางมือ ให้ลูกชายสานต่อ...เราเป็นผู้คอยชี้แนะ เพราะงานในไร่เราทำมานาน เรารู้ดี ลูกเขายังไม่มีประสบการณ์ตรงนี้ เราต้องชี้แนะให้ก่อน”
>
> (เอก)

> “เมื่อก่อนตอนที่เรียนบาทหลวง ผมก็สอนหนังสือให้กับเด็กนักเรียน ผมรู้ในหลักคำสอน ผมคิดว่าต่อไป ผมน่าจะสอนหนังสือ สอนหลักคำสอนได้”
>
> (เล้ง)

> “ตอนนี้มาเป็นแบบนี้แล้ว ผมต้องเรียนรู้เกี่ยวกับวิธีการขับรถใหม่ จากเดิมที่เคยใช้ขา เราต้องเปลี่ยนมาใช้มือแทน แปลงคันเร่งกับเบรกมา control ด้วยมือ ช่วงแรกก็ปรับประสาทใหม่ ลองจับจังหวะ ดึงขนาดไหน ดันขนาดไหน ชะลอยังไง มันเหมือนการขับเครื่องบินตอนนี้ดีขึ้นมากแล้ว ฝึกจนชำนาญคุ้นชินมาก ขับเก่งเลย ขับไปทำงาน ไปไหนมาไหนได้เอง”
>
> (มาร์ค)

(4) ชีวิตดีงามเพราะมีพฤติกรรมและความคิดที่ดี

ผู้ป่วยกรณีศึกษาส่วนหนึ่งมีการกล่าวถึงชีวิตในด้านที่ไม่ดีงามของตนเอง ในช่วงก่อนเกิดเหตุการณ์ครั้งสำคัญในชีวิต หรือก่อนเกิดอุบัติเหตุ เช่น มีพฤติกรรมการดื่มสุรา และคิดว่าสุรานั้นเป็นสิ่งที่ไม่ดี ส่งผลให้ตนนั้นเกิดอุบัติเหตุอันนำไปสู่ภาวะอัมพาต ดังกรณีศึกษารายหนึ่งกล่าวถึงชีวิตอันไม่ดีงามของตนเองว่า

> “ผมไม่รู้จะช่วยยังไงเรื่องร่างกาย แต่ในเรื่องของความคิด จิตใจ ผมช่วยได้ว่าที่ผ่านมาผมเป็นแบบนี้เพราะอะไร จะบอกว่าเรื่องสุรา เรื่องเที่ยวมันไม่ดี ทำให้ประสบอุบัติเหตุ เพราะวันนั้นผมเมา เสียเพราะกินเหล้าอย่างเดียว ต้องมาเป็นแบบนี้”
>
> (พจน์)

อย่างไรก็ตาม การเกิดอุบัติเหตุกลับนำมาสู่ชีวิตที่ดีงามได้ด้วยการมีมุมมองความคิดเปลี่ยนแปลงไป จากแต่ก่อนที่เคยมีนิสัยเกกมะเหรกเกเร ไม่เคยคิดเกี่ยวกับความดีงาม หรือสิ่งที่ดีๆ ในชีวิต กลับสามารถคิดได้ พบสิ่งที่ดีในชีวิต อีกทั้ง การผ่านเหตุการณ์ร้ายๆในชีวิต ยังส่งผลให้มีพฤติกรรมดีขึ้น หรือเปลี่ยนไปในแบบที่ดีขึ้น ไม่กระทำในสิ่งที่ไม่ดี เกิดเป็นความดีงามให้แก่ชีวิต ดังเช่นกรณีศึกษารายหนึ่ง (กร) ขณะที่กรให้สัมภาษณ์เมื่ออยู่บนเตียง กรเล่าเรื่องชีวิตของตนเองเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิตภายหลังจากเจ็บป่วยในลักษณะที่ดีขึ้น ดังนี้

> “มาเป็นแบบนี้ ชีวิตก็เปลี่ยนไปเยอะ เปลี่ยนไปในแบบที่ดีขึ้น เดิมทีเราก็กินเหล้าเมายา ตอนที่ยังดีๆอยู่ แต่ตอนนี้บุหรี่ก็ไม่สูบ เหล้าก็ไม่กิน ไม่ทำอะไรที่มันไม่ดีเลย รู้สึกว่ามีชีวิตชีวามากขึ้น แจ่มใสมากขึ้น...”

และกรยังเล่าอีกครั้งหนึ่งขณะที่นั่งอยู่ตรงมุมหนังสือ กรเล่าด้วยความอิ่มเอิบใจที่ตนได้มาอ่านหนังสือที่ดีเหล่านี้ ทำให้ย้อนกลับมามองตนเองและเกิดเป็นความคิดที่ดีได้ ดังที่กรกล่าวว่า

> “...เราได้มาอ่านหนังสือพวกนี้ หนังสือเกี่ยวกับการสร้างคุณงามความดี การทำสติ การฝึกจิต บาปบุญคุณโทษ ทำให้เราคิดได้ว่า จริงๆมันก็เหมือนกับชีวิตเราหลายๆอย่าง มันเหมือนเป็นบาป แต่เราเป็นคนบาปไม่หนา เราจึงคิดได้...ถ้าเราไม่ประสบอุบัติเหตุ เราอาจไม่เข้าใจบาปบุญคุณโทษ ก่อนหน้านี้เราไม่เคยรู้จัก ไม่เคยคิดที่จะหยิบหนังสือพวกนี้มาอ่าน เราอยากให้คนอื่นมาได้อ่านหนังสือพวกนี้บ้าง เราคิดว่าทำอย่างไรที่จะให้วัยรุ่นที่คึกคะนองได้มาอ่านหนังสือประเภทนี้ เราอยากเผยแพร่ให้วัยรุ่นที่กำลังคึกคะนองได้รู้ สังคมจะได้ดี จะได้น่าอยู่”
>
> (กร)

นอกจากนี้ ยังมีกรณีศึกษารายอื่นๆที่กล่าวถึงชีวิตอันดีงาม เนื่องจากมีพฤติกรรมและความคิดที่ดี โดยกรณีศึกษาคิดว่าการเกิดภาวะอัมพาต ส่งผลให้ตนเองนั้นประพฤติตนดีขึ้น อีกทั้งยังเป็นการเปิดโอกาสให้ได้ใกล้ชิดกับบุคคลในครอบครัวมากยิ่งขึ้น ดังกรณีตัวอย่างที่กล่าวว่า

"เมื่อก่อน ผมไม่ค่อยได้พูดคุยกับแม่สักเท่าไหร่ ผมไม่ค่อยไปเยี่ยมไปหาแม่ แต่พอมาเป็นแบบนี้แล้ว แม่ต้องมาดูแลผม ผมยังไม่มีโอกาสได้ดูแลแม่เลย แต่ต่อจากนี้ ผมจะพูดคุยกับแม่ดีๆไปอยู่กับแม่บ่อยๆ"

(พจน์)

"ถึงขาจะอ่อนแรง แต่แขนก็ยังมีแรง สมองก็ยังดีเหมือนเดิม เราสามารถคิดได้ ตัดสินใจได้ ความคิดเรายังดี"

(ธง)

"มันเหมือนกับการที่เราสร้างเกราะขึ้นมาในระดับหนึ่ง เมื่อก่อนที่จะเจ็บป่วย เราสามารถที่จะออกไปไหนมาไหนได้เต็มที่ มีทั้งเรื่องที่ดีและไม่ดีเข้ามาในชีวิต แต่พอหลังเจ็บป่วย เราก็ได้อยู่นิ่งๆ...รู้สึกเหมือนมีเกราะที่คอย screen สิ่งที่มันไม่ดีออกไปจากชีวิต เหมือนกับว่าเราสามารถจะเลือกได้ว่า เราจะใช้ชีวิตอย่างไร เราสามารถเลือกการใช้ชีวิตในแบบที่ดีได้ ไม่ต้องไปเกี่ยวข้องกับสิ่งยั่วยุต่างๆ"

(มาร์ค)

"มาเป็นแบบนี้ รู้สึกว่าเป็นข้อดีของการที่ทำให้ไม่กินเหล้า เลิกเหล้าได้เด็ดขาด"

(โชค)

(5) ชีวิตดีงามเพราะมีความสงบทางจิตใจ

กรณีตัวอย่างส่วนหนึ่งอธิบายว่า การอยู่ในสังคมเมืองใหญ่ ที่มีความเร่งรีบ มีการแข่งขันของผู้คนในสังคม น่าจะเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ชีวิตไม่ค่อยจะมีความงามนัก กรณีตัวอย่างรายหนึ่งได้กล่าวว่า ก่อนเกิดอุบัติเหตุ ชีวิตหาความสงบนิ่งไม่ได้ พบกับความวุ่นวาย แต่ภายหลังประสบอุบัติเหตุ เมื่อชีวิตเปลี่ยนมาอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี การหลีกเลี่ยงการไม่ได้คลุกคลีกับสังคมที่วุ่นวาย ก็กลับก่อให้เกิดเป็นชีวิตที่สงบหรือชีวิตที่ดีงามได้ ดังกรณีตัวอย่างกล่าวว่า

"เมื่อก่อนความสงบในจิตใจ ไม่ค่อยมี คนเยอะ เรื่องเยอะ ปัญหาก็เยอะตามมา บางอย่างมันไม่ใช่ปัญหาของเรา ก็เสนอเข้าไปอยู่ท่ามกลางปัญหาไปเจอสังคมที่มันทั้งดีและไม่ดี บางทีปัญหาที่เราเอามาคิดอยู่ในหัวแต่ละวัน อาจมีไม่ถึง 30% ที่เป็นเรื่องของเรา นอกนั้นเป็นเรื่องชาวบ้านทั้งนั้นเลย บางทีอาจมองกลายเป็นว่าสำคัญกว่าเรื่องของเรา ทั้งๆที่เรื่องของเรามันสำคัญ

กว่า แต่มาตอนนี้ ได้โฟกัสกับสิ่งที่ตัวเองควรจะทำ มุมมองเปลี่ยน ยังมีสังคมที่มีแต่คนดีๆที่เราเลือกว่าให้เขามาอยู่ตรงนี้กับเรา"

(มาร์ค)

"ก่อนหน้านี้ต้องวิ่งวุ่นไปทุกที่ ชีวิตอยู่กับการเดินทางตลอด พอมาประสบอุบัติเหตุในครั้งนี้ ชีวิตก็เปลี่ยนไป แต่มันก็ดี มันเหมือนเป็นการได้หยุดพักไปในตัว กิจการที่เหลือ เราเป็นคนดูแล แต่ว่าให้ลูกชายสานต่อ ทำหน้าที่แทนเรา เราก็อายุมากแล้ว ต้องพักบ้างแล้ว"

(เอก)

4.5 มุมมองเกี่ยวกับชีวิตที่มีคุณค่า มีความหมาย

Martin Seligman กล่าวว่า การมีชีวิตที่มีคุณค่า มีความหมายเป็นการที่ปัจเจกใช้จุดแข็งของตนหรือมีการพัฒนาในตนเอง เพื่อที่จะทำให้ตนสามารถอยู่อย่างช่วยเหลือผู้อื่นหรือสังคมได้ (Seligman, 2002) นั่นคือ การมีชีวิตที่มีความหมายหรือมีคุณค่านั้น ย่อมมาจากการที่ปัจเจกได้รับการยอมรับให้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม จนทำให้ปัจเจกอาจมีการกระทำที่สนับสนุนและก่อให้เกิดความเจริญงอกงามในสังคมได้ด้วย

จากการศึกษา สามารถจัดกลุ่มชีวิตที่มีคุณค่า มีความหมายออกได้เป็น 2 กลุ่ม คือ ชีวิตอันมีคุณค่าจากการที่ผู้ป่วยได้ให้ค่าด้วยเหตุผลของตนเองและชีวิตที่มีคุณค่าเพราะทราบว่าผู้อื่นได้ให้ค่าแก่ตน

4.5.1 ชีวิตมีคุณค่าเพราะตนเองให้คุณค่า

จากอุบัติเหตุหรือเหตุการณ์ในชีวิต แม้กรณีศึกษาจะเสียความสามารถด้านการเคลื่อนไหวจนถึงขั้นมีภาวะอัมพาต ทั้งภาวะอัมพาตทั้งตัวหรืออัมพาตท่อนล่าง แต่จากการมีประสบการณ์ ความคิดและสติปัญญาก็สามารถสร้างคุณค่าให้แก่ตนเองได้ โดยเกิดการมองเห็นศักยภาพที่ยังคงมีอยู่ในตน ดังกรณีศึกษาได้อธิบายถึงชีวิตที่มีคุณค่าเพราะตนเองให้คุณค่า ดังนี้

(1) คิดว่าตนเองมีค่าเพราะไม่เป็นภาระผู้อื่น

แม้ว่าจะมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ หรืออาจถูกเรียกว่าเป็นบุคคลที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ หรือช่วยเหลือตัวเองได้น้อย แต่จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกรณีศึกษาพยายามทำตัว

ไม่ให้เป็นภาระ ไม่ต้องการสร้างความลำบากให้แก่ใคร พยายามจะพึ่งพาตนเองให้ได้มากที่สุด ด้วยตนอาจมีค่าเพราะอย่างน้อยก็ได้ลดหรือแบ่งเบาภาระจากผู้อื่น ดังกรณีตัวอย่างที่กล่าวว่า

> “แขนขาผมอาจจะไม่มีเรี่ยวแรง แต่ผมก็พยายามฝึกมือ ให้สามารถพอขยับตักข้าวเข้าปากกินเองได้ จะได้ไม่ต้องให้คนอื่นมาป้อน เพิ่มภาระเขาอีก ผมฝึกจนผมพอทำได้เองแล้ว”
>
> (เดช)

> “เราอยู่ที่นี่ เราฝึกการขึ้นลงรถเข็น เราจะได้เข็นไปไหนมาไหนได้เอง ไม่ต้องมาให้คนอื่นอุ้มขึ้น อุ้มลง ถ้าเรากลับไปบ้าน เราจะได้ทำอะไรเองได้ หุงข้าว กวาดบ้าน ซักผ้า เราทำได้ จะได้แบ่งเบาภาระของแฟนไปอีกหน่อย”
>
> (กร)

(2) คิดว่าตนเองมีค่าเพราะเป็นที่พึ่งของคนในครอบครัวได้

การยังมีคุณค่า มีประโยชน์กับบุคคลอื่น ส่วนหนึ่งเกิดจากการที่ผู้ป่วยคิดว่าชีวิตของตนนั้นยังมีคุณค่า สามารถเป็นที่พึ่งของคนในครอบครัวได้ ในการเป็นที่พึ่งได้นี้ อาจเริ่มจากการอยู่เป็นเพื่อน การให้คำแนะนำ/คำปรึกษา ไปจนถึงการเป็นที่พึ่งสูงสุดคือการหาเลี้ยงสมาชิกในครอบครัวได้ โดยได้แบ่งรายละเอียดดังต่อไปนี้

<u>การอยู่เป็นเพื่อน/เป็นสมาชิกในครอบครัว/เป็นกำลังใจ</u>

เมื่อมีบุคคลในครอบครัวประสบเหตุการณ์ในชีวิตจนถึงขั้นอัมพาต ความเจ็บป่วยอาจทำให้บทบาทหน้าที่ของบุคคลนั้นลดลงมาได้ แต่ก็มิได้ทำให้หมดคุณค่าลง เพราะตัวเองยังคงมีการเห็นความสำคัญในการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว ยังสามารถเป็นที่พึ่งของคนอื่นได้ ถึงแม้ว่าจะไม่สามารถทำอะไรได้ก็ตาม แต่ยังสามารถอยู่เป็น“พ่อ” อยู่เป็น“เพื่อน” คอยให้กำลังใจได้ ดังกรณีตัวอย่างที่กล่าวว่า

> “ตอนนี้ก็พยายามทำใจไม่ให้เป็นภาระคนอื่น ทั้งพ่อแม่พี่น้อง ช่วยเหลือคนอื่นไม่ได้ แต่จะพยายามช่วยให้เต็มที่ จะพยายามทำให้ตัวเองช่วยเหลือตัวเองได้ ชีวิตนี้ไม่หวังอะไรมากหรอก ได้อยู่เป็นเพื่อนภรรยาก็พอแล้ว”
>
> (พจน์)

"ถึงผมเป็นแบบนี้ ผมอาจทำหน้าที่หัวหน้าครอบครัวได้ไม่เต็มที่ อาจให้ภรรยาของผมช่วยในบางส่วน แต่ผมก็ต้องอยู่เป็นเพื่อนกันไปกับภรรยาจนกว่าชีวิตจะหาไม่...กำลังใจจากพี่น้องแล้วก็แฟนสำคัญมาก เป็นกำลังใจที่ดีมาก ถ้าไม่มีกำลังใจจากตรงนี้ ผมคิดว่าจะทรุดกว่าเก่าเยอะเลย ตอนนี้ก็สู้ สู้เพื่อแฟน เขายังมีเราเป็นที่พึ่งพิง"

(เล้ง)

"มีลูกที่บ้าน มีครอบครัวที่บ้าน อย่างน้อยเขาก็ยังให้กำลังใจเราอยู่ ยังมีลูก ลูกยังเล็กอยู่ ลูกยังต้องการพ่อ เราต้องไม่ตาย เราต้องไม่เป็นอะไร เราต้องอยู่รอดให้ได้"

(กร)

<u>การให้คำแนะนำ/ปรึกษา</u>

การมีความรู้และประสบการณ์เดิมในชีวิตนับเป็นทุนในตัวของผู้ป่วย อีกทั้งผู้ป่วยยังมีการคาดหวังว่าชีวิตจะมีค่าต่อไปในอนาคตได้ จากการเล่าเรื่องของกรณีศึกษา แสดงให้เห็นว่า ความรู้และประสบการณ์ที่มาจากฐานในอดีต ก่อให้เกิดเป็นชีวิตที่มีคุณค่าได้ ผู้ป่วยบางรายสามารถใช้ความรู้ ความเชี่ยวชาญที่มีอยู่เดิมถ่ายทอดให้แก่ลูกชาย ให้คำปรึกษา ด้วยการให้แนวคิดแนวทางในเรื่องต่างๆ นอกจากนี้ กรณีศึกษาส่วนหนึ่งคิดว่าจากเหตุการณ์หรืออุบัติเหตุที่เกิดขึ้น ที่อาจมีสาเหตุมาจากความประมาทและสิ่งมอมเมา ก็อาจจะเป็นอุทาหรณ์ให้แก่ผู้อื่นได้ ดังกรณีตัวอย่างที่กล่าวว่า

"มาเกิดแบบนี้ขึ้นมา มันก็ช้าลง คงต้องวางมือ ให้ลูกชายสานต่อ เราก็เป็นที่ปรึกษาให้ลูกในกิจการงานที่ต้องทำต่อไป จะให้ลูกทำแทน...เราเป็นผู้คอยชี้แนะ เพราะงานในไร่เราทำมานาน เรารู้ดี ลูกเขายังไม่มีประสบการณ์ตรงนี้ เราต้องชี้แนะให้ก่อน"

(เอก)

"เมื่อก่อนตอนที่เรียนบาทหลวง ผมก็สอนหนังสือให้กับเด็กนักเรียน ทุกวันนี้ผมก็พยายามทำบุญ ช่วยเหลือสังคมในเรื่องต่างๆ พยายามทำประโยชน์ให้สังคม...ผมรู้ในหลักคำสอน ผมคิดว่าต่อไป ผมน่าจะสอนหนังสือ สอนหลักคำสอนได้...ตอนนี้ที่สามารถทำได้ โดยจะช่วยพูดเตือนสติ พูดบอกคนอื่นว่าอย่าขับรถเร็ว อย่าประมาท เกิดแล้วมันย้อนหลังไม่ได้"

(เล้ง)

> “ผมไม่รู้จะช่วยยังไงเรื่องร่างกาย แต่ในเรื่องของความคิด จิตใจ ผมช่วยได้ ว่าที่ผ่านมาผมเป็นแบบนี้เพราะอะไร จะบอกว่าเรื่องสุรา เรื่องเที่ยวมันไม่ดี ทำให้ประสบอุบัติเหตุ เพราะวันนั้นผมเมา เสียเพราะกินเหล้าอย่างเดียว ต้องมาเป็นแบบนี้...ตอนนี้จะได้บอกลูกบ้านได้ เป็นตัวอย่างให้แล้ว เป็นตัวอย่างที่ไม่ดี”
>
> (พจน์)

<u>การหาเลี้ยงชีพได้/การมีรายได้</u>

การมีชีวิตที่มีคุณค่า ส่วนหนึ่งมาจากการสามารถประกอบอาชีพ สร้างรายได้เพื่อจุนเจือครอบครัว จากการศึกษาพบว่า แม้ผู้ที่มีภาวะอัมพาตทั้งตัว ร่างกายไม่สามารถขยับเขยื้อนเคลื่อนไหวส่วนใดได้ ก็ยังสามารถใช้สติปัญญา ประสบการณ์ความรู้ที่มีอยู่เดิม นำมาใช้ในการประกอบอาชีพสร้างรายได้ให้แก่ครอบครัวได้ ดังกรณีตัวอย่างที่กล่าวว่า

> “ถึงแม้ว่าผมจะพิการ แขนขาขยับไม่ได้ แต่ผมก็ยังทำงานหาเงินได้ ผมแค่ใช้ความจำและความรู้เกี่ยวกับสินค้า รับ order ผ่านทางโทรศัพท์ ให้ภรรยาคอยช่วยเหลือจดรายการสินค้า ผมว่ายังดี ที่ตัวผมยังทำงานได้”
>
> (เล้ง)

> “การที่ผมเดินไม่ได้ แต่ผมยังสามารถทำงานได้ ยังขับรถไปทำงานได้ปกติ ที่ผมเป็นแบบนี้ ไม่ได้ทำให้รายได้ของผมลดน้อยลง ผมยังสามารถใช้ความรู้ที่เรียนมาทำงานหาเงินได้ เงินเดือนผมก็ได้มากพอสมควร”
>
> (มาร์ค)

4.5.2 ชีวิตมีคุณค่าเพราะผู้อื่นให้คุณค่า

การที่ผู้ป่วยแสดงออกถึงการมีศักยภาพในตนเอง ทำให้บุคคลอื่นยอมรับในผู้ป่วยกรณีศึกษา แม้ว่าจะอยู่ในภาวะอัมพาตก็ตาม กล่าวคือ ผู้อื่นได้ให้ค่าแก่ผู้ป่วยด้วย การยอมรับให้เป็นส่วนหนึ่งในฐานะสมาชิกของครอบครัวหรือพลเมืองของสังคม การยังคงความสำคัญในบทบาทหน้าที่เดิม ไม่ว่าจะเป็นในฐานะพ่อหรือในฐานะสามี นอกจากจะมีผลต่อผู้ป่วยแล้วก็ล้วนส่งผลต่อจิตใจของผู้ใกล้ชิดหรือสมาชิกในครอบครัวด้วย แม้ผู้ป่วยจะไม่สามารถเคลื่อนไหวหรือช่วยเหลือสิ่งใดได้ แต่การที่ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่เพื่อเป็นเสาหลักให้แก่ลูกๆ ย่อมเกิดความอบอุ่นภายในครอบครัวได้

ยิ่งไปกว่านั้น การที่กรณีศึกษายังสามารถทำงาน ทำประโยชน์ได้ ผู้อื่นเล็งเห็นถึงความสามารถในตัว สิ่งเหล่านี้ล้วนสร้างคุณค่าให้เกิดขึ้นในชีวิตของผู้ป่วย นั้นคือ คุณค่าเกิดขึ้นเนื่องมาจากผู้อื่นเห็นคุณค่าทั้งสิ้น

(1) ผู้อื่นให้คุณค่าเพราะยังคงบทบาทสมาชิกในครอบครัว

ถึงแม้จะเกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิต แต่บทบาทและหน้าที่ของการเป็นสมาชิกในครอบครัว มิได้เปลี่ยนแปลงไปด้วย ยังคงมีความสำคัญ บุคคลในครอบครัวมีการสอดใส่ความคิดเชิงบวกเกี่ยวกับการมีคุณค่า มีความหมายของผู้ป่วย ดังบุคคลที่ใกล้ชิดของกรณีตัวอย่างที่กล่าวว่า

> “ชีวิตพ่อมีคุณค่าที่สุดอยู่แล้ว ถึงแม้ว่าจะขยับไม่ได้ แต่ก็ไม่ใช่ปัญหาที่ทำให้คุณค่าของพ่อลดน้อยลง”
>
> (บุตรสาวเคช)

> “ชีวิตลูกก็ต้องมีค่า มันมีค่าสำหรับชีวิต มันคล้ายๆกับว่าเป็นตัวแทน หัวเรี่ยวหัวแรง ถึงลูกจะเป็นอย่างนี้ ก็ต้องเลี้ยงกันต่อไป ต้องยอมรับ ลูกเราเราก็รัก เขาอยากกินอะไร เราก็ไปซื้อไปหามาให้ เราก็เป็นห่วง”
>
> (มารดาธง)

> “เป็นอย่างนี้แล้ว ก็กลับไปอยู่บ้านเป็นเพื่อนเรา เราจะได้มีเพื่อน คอยให้กำลังใจเรา พูดคุยกับเรา อยู่กับเราพร้อมหน้า พ่อ แม่ ลูก ถึงแม้เขาจะช่วยงานเราไม่ได้ แต่ก็ยังมีลูกที่ต้องการพ่ออยู่”
>
> (ภรรยาพจน์)

> “สำหรับป้าชีวิตคุณลุงมีความหมายเหมือนเดิม ถึงแม้ว่าเขาจะทำงานไม่ได้ แต่เขาก็มีค่าต่อครอบครัว อยู่เป็นเสาหลักให้กับลูกๆ ให้มีความอบอุ่น... อยากให้เขาอยู่เป็นกำลังใจให้ลูก ลูกๆมีวันนี้ได้ก็เพราะเขา ลูกยังคอยมาปรึกษามาพูดคุยกับเขา ถ้าไม่มีเขา เราก็ไม่รู้จะไปหาใคร”
>
> (ภรรยาเคช)

> “ชีวิตลุงมีคุณค่าสำหรับป้า ถ้าไม่มีลุง ป้าคงอยู่ไม่ได้ ถึงแม้เขาจะทำอะไรไม่ได้ แต่ก็อยู่เป็นกำลังใจให้เรา ยามเรามีทุกข์ เราก็ยังคุยกับเขาได้ บางทีเรา

> อยู่คนเดียว เราไม่รู้ว่าเรื่องนี้มันจะผิดหรือจะถูก เราไม่มั่นใจ มีเขาอยู่ก็ยังดี เรายังคุยกันได้ ไม่มากก็น้อย อย่างน้อยเราก็ยังมองเห็นเขา ถ้าไม่มีเขา เรามองไม่เห็นใครเลย...ยามที่เรามีปัญหา เราก็คุยปรึกษาเขา เขาก็บอกค่อยๆคิดไป ใจเย็นๆ ทุกอย่างมันมีทางออกเสมอ"
>
> (ภรรยาเอก)

(2) ผู้อื่นให้คุณค่าเพราะยังสามารถทำงานได้

สำหรับกรณีศึกษาแล้ว แม้มีการจำกัดความสามารถในการเคลื่อนไหว แต่ยังคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำงานเพื่อได้ประกอบอาชีพเดิม หรือแม้จะมีการปรับเปลี่ยนอาชีพใหม่ในตำแหน่งหน้าที่ที่สามารถกระทำได้ นับเป็นความสำคัญด้วยผู้อื่นเห็นถึงความรู้ ความสามารถที่มีอยู่ในตัวบุคคล (ผู้ป่วยกรณีศึกษา) ย่อมส่งผลต่อการมีคุณค่าในชีวิตของบุคคลนั้น ดังกรณีตัวอย่างที่กล่าวว่า

> "ถึงแม้ว่าผมจะเดินไม่ได้ แต่นายจ้างก็ยังเห็นค่าในตัวผม บอกผมให้ทำงานในหน้าที่ที่สามารถทำได้ ยังคงไม่ไล่ออกจากงาน"
>
> (ธง)

> "พ่อกับแม่ก็ยอมรับในตัวผม มั่นใจว่าผมจะดูแลกิจการปั๊มแก๊สได้...แต่ก่อนทุกคนยอมรับและมั่นใจในการตัดสินใจของผม ถึงผมจะเป็นอย่างนี้ก็ไม่มีอะไรเปลี่ยนแปลง พ่อกับแม่รู้ว่าผมสามารถทำได้"
>
> (โชค)

> "ผมเป็นเจ้านาย มีลูกน้องที่ทำงานมากมาย ลูกน้องเชื่อฟัง ให้ความเคารพในตัวผม บางวันผมก็ช่วยสอนภาษาอังกฤษพวกเขา แนะนำหนังสือดีๆให้ค้นคว้าหาความรู้ต่างๆ"
>
> (มาร์ค)

กล่าวโดยสรุป ชีวิตอันมีคุณค่า มีความหมายนับเป็นการให้และการได้รับความรู้สึกในเชิงบวก จากการมีการแสดงออกถึงความสัมพันธ์กับผู้อื่น ไม่ว่าจะเป็นบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลรอบข้างในสังคม รวมถึงการช่วยเหลือผู้อื่นในด้านต่างๆ โดยอาจเป็นเพียงการช่วยเหลืออันเล็กน้อย เช่นการอยู่เป็นเพื่อน เป็นที่พึ่งพา ไปจนถึงการหาเลี้ยงบุคคลภายในครอบครัว และจากการศึกษายังพบว่า ชีวิตอันมีคุณค่าของผู้ป่วยไม่ได้เกิดจากการบริจาคทรัพย์สินแก่ผู้ใดหรือการช่วยเหลือใครในสังคม แต่เป็นการที่ตัวเขามองชีวิตตนเองว่ายังมีคุณค่า ด้วยอาจเป็นเพราะว่าเขาไม่

เป็นภาระผู้อื่น เขายังสามารถเป็นที่ปรึกษาให้แก่สมาชิกในครอบครัวได้ นอกจากนี้แล้ว ชีวิตอันมีคุณค่าของผู้ป่วยยังเกิดจากการที่บุคคลอื่นมองว่าชีวิตเขายังมีคุณค่า ยังสามารถคงบทบาทสมาชิกในครอบครัวได้ อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาก็พบด้วยว่า มีผู้ป่วย 1 ราย ที่เห็นว่าชีวิตของตนนั้นไม่มีคุณค่า เนื่องจากเขาเดินไม่ได้ ทำมาหาเลี้ยงชีพไม่ได้ จากการเล่าเรื่องของผู้ป่วยที่กล่าวถึงการให้คุณค่ากับการทำมาหาเลี้ยงชีพ ผู้ป่วยกล่าวว่า “ตอนนี้ผมเดินไม่ได้ ทำมาหากินไม่ได้...ถ้าเราทำมาหากินได้ เราก็มีคุณค่า ชีวิตของผมไม่มีค่าเลย ผมทำมาหากินไม่ได้ เรื่องทำมาหากิน เป็นเรื่องใหญ่สำหรับผม” จึงเป็นที่น่าสังเกตว่า การมีชีวิตอันมีคุณค่า นอกจากการมีชีวิตแล้ว ยังคงต้องมีองค์ประกอบที่สำคัญต่อการมีชีวิตอยู่ควบคู่กันไปด้วย

บทที่ 5
สรุปและการอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเข้าใจภาวะเชิงสันนิษฐาน (construct) หรือองค์ประกอบของมุมมองเชิงบวกในชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง โดยใช้กรอบแนวคิดจากสำนักคิดจิตวิทยาเชิงบวก (positive psychology) ซึ่งจำแนกออกเป็นมุมมองเกี่ยวกับชีวิตอันปีติ ชีวิตที่มีความดีงาม และชีวิตที่มีคุณค่า มีความหมาย โดยองค์ประกอบเชิงบวกทั้ง 3 องค์ประกอบมีความเกี่ยวเนื่องกัน

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษารายกรณี (case study) ซึ่งดำเนินการวิจัยโดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth interview) และการสังเกตอย่างไม่มีส่วนร่วม (non-participant observation) โดยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังชนิดสมบูรณ์และมีภาวะอัมพาตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยบาดเจ็บทางกระดูกสันหลัง (spinal unit) โรงพยาบาลศิริราช โดยช่วงเวลาการเก็บข้อมูลเริ่มจากเดือนพฤษภาคม 2555 จนถึงเดือนตุลาคม 2555 (มีผู้ป่วยที่บาดเจ็บทางกระดูกสันหลังและมีภาวะอัมพาต แต่ไม่ได้ใช้เครื่องช่วยหายใจและสามารถสื่อสารได้เพียง 8 ราย และทั้ง 8 ราย ยินดีเข้าร่วมการวิจัย) ดังนั้นจึงมีจำนวนกรณีศึกษา 8 ราย ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้กระทำไปพร้อมๆกับการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการอ่านข้อมูลที่ได้จากการถอดข้อความที่ได้บันทึกไว้ นำมาตัดตอนและหยิบยกข้อความที่มีความสำคัญ จากนั้นทำการจัดหมวดหมู่ของแนวเรื่อง ในลักษณะที่มีนัยของความหมายในแนวทางเดียวกันมารวมเข้าไว้ด้วยกัน โดยจัดเป็นแนวเรื่องใหญ่และแนวเรื่องย่อยที่เกี่ยวกับมุมมองเชิงบวกในทั้ง 3 ประเด็น

5.1 สรุปผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัยและการอภิปรายผลในบทนี้ จะนำเสนอเป็น 3 ส่วนหลัก คือ ส่วนแรกเกี่ยวกับมุมมองของชีวิตอันปีติ ส่วนที่สองเกี่ยวกับมุมมองของชีวิตที่ดีงาม และส่วนสุดท้ายเกี่ยวกับมุมมองของชีวิตที่มีคุณค่า มีความหมาย อย่างไรก็ตาม เพื่อให้เข้าใจเกี่ยวกับผลการวิจัยมากขึ้นจึงขอนำเสนอภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างพอสังเขปก่อนดังนี้

ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 8 รายในการศึกษานี้เป็นชายทั้งหมด อยู่ในวัยผู้ใหญ่จนถึงวัยสูงอายุ (อายุต่ำสุด 23 ปี สูงสุด 60 ปี) สาเหตุการบาดเจ็บไขสันหลังมีทั้งเกิดจากอุบัติเหตุทางรถยนต์และรถจักรยานยนต์ (จำนวน 5 ราย) และอุบัติเหตุจากการทำงาน คือ ช่างซ่อมลิฟต์ ช่างก่อสร้าง (2 ราย) และจากผลของการก่ออาชญากรรม (1 ราย) ลักษณะทางประชากรและสาเหตุของการบาดเจ็บไขสันหลังของกรณีศึกษานี้มีความสอดคล้องกับรายงานการเกิดอุบัติการณ์การบาดเจ็บทางไขสันหลังในช่วง 10 ปี (พ.ศ. 2529-2538) ของโรงพยาบาลศิริราช ที่พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยมีอัตราเพศชายต่อเพศหญิงประมาณ 4:1 และสาเหตุที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ อุบัติเหตุจากยานพาหนะ (ชลเวช ชวศิริและศรีนวล ชวศิริ, 2541) นอกจากนั้น ในการศึกษาครั้งนี้กรณีศึกษาส่วนใหญ่มีการศึกษาเพียงระดับมัธยมศึกษา มีอาชีพเกษตรกรรมและอาชีพรับจ้างก่อนเกิดการบาดเจ็บทางไขสันหลัง ซึ่งมีความเสี่ยงในการทำงาน ไม่ว่าจะเป็นการต้องไปอยู่ในที่สูง หรือการขับขี่ยานพาหนะในระหว่างประกอบอาชีพ เป็นต้น

ภายหลังเกิดอุบัติเหตุหรือได้รับการบาดเจ็บทางไขสันหลัง อันก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในระบบต่างๆ ผู้ป่วยกรณีศึกษามีภาวะอัมพาตหรือการสูญเสียการเคลื่อนไหวในส่วนของร่างกายหรือขาทั้งสองข้าง โดยกรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะอัมพาตทั้งตัว จำนวน 3 ราย อีก 5 ราย เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะอัมพาตท่อนล่าง เมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะอัมพาต นอกจากจะส่งผลต่อความสามารถในการเคลื่อนไหวแล้ว ยังส่งผลต่อระบบผิวหนัง การมีผิวหนังที่บางและขาดเลือดไปเลี้ยง ย่อมก่อให้เกิดเป็นแผลกดทับได้ง่าย จากการศึกษาพบว่ามีกรณีศึกษา 1 ราย ที่เข้ารับการรักษาภายในหอผู้ป่วยด้วยแผลกดทับ นอกจากนี้ การเกิดภาวะอัมพาตยังส่งผลต่อระบบขับถ่ายปัสสาวะและระบบขับถ่ายอุจจาระ ซึ่งมีความสำคัญต่อชีวิตของผู้ป่วย จากการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยจำนวน 2 ราย ที่ได้รับการส่งตัวให้มารักษาเพื่อตรวจระบบทางเดินปัสสาวะ ผู้ที่มีภาวะอัมพาตส่วนใหญ่จึงต้องใส่สายปัสสาวะชนิดสวนคาไว้ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจำนวน 7 ราย ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ มีผู้ป่วยเพียง 1 ราย ที่ทำการสวนปัสสาวะเป็นครั้งคราวด้วยตัวเองได้ จากการศึกษาของ Kannankeril และคณะพบว่า ร้อยละ 59.7 ของผู้ที่ทำการสวนปัสสาวะเป็นครั้งคราว จะไม่พบการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (Kannankeril et al., 2011) แต่ผู้ที่ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้จะส่งผลให้เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะนี้เป็นสาเหตุการตายส่วนใหญ่ของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง (Leoni and De Ruz, 2003) ส่วนระบบการขับถ่ายอุจจาระ ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายอุจจาระได้ สิ่งเหล่านี้เป็นผลมาจากการเกิดพยาธิสภาพของไขสันหลังระดับกระเบนเหน็บที่ 2-4 หรือระดับรากประสาทส่วนหางม้า ทำให้ เกิดการสูญเสียการควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อหูรูด อันก่อให้เกิดปัญหาอุจจาระอัดแน่นได้ (Somers, 2010)

การมีภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป การขยับเขยื้อนเคลื่อนไหวส่วนของร่างกายไม่ได้ หรือเดินไม่ได้ ล้วนส่งผลต่อจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย เกิดภาวะทางจิตใจ เศร้า เสียใจ กรณีศึกษาบางรายรู้สึกอาย ไม่กล้าออกไปไหน ต้องตกเป็นเป้าสายตาคนอื่น ทำให้เกิดการสูญเสียความมั่นใจและความภาคภูมิใจในตนเอง ดังกรณีศึกษารายหนึ่ง ไม่สามารถยอมรับในการเคลื่อนไหวไม่ได้นี้ จนมีความคิดจะฆ่าตัวตาย ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของธัญลักษณ์ วัฒนาเฉลิมยศ (2552) ที่ศึกษาประสบการณ์การปรับตัวของผู้ที่สูญเสียการมองเห็น และความทุกข์ใจจากการสูญเสียการมองเห็น ผู้สูญเสียการมองเห็นมีการเล่าถึงความรู้สึกว่าตนเองแตกต่างจากคนกลุ่มใหญ่ของสังคม โดยรู้สึกว่าตนเองถูกเปลี่ยนสถานะมาเป็นคนกลุ่มเล็กๆของสังคม ทำให้เกิดความรู้สึกแปลกแยกออกมาจากคนรอบข้าง ยิ่งไปกว่านั้น กรณีศึกษาส่วนใหญ่มีความคิดที่จะฆ่าตัวตายเพื่อที่จะหนีจากการยอมรับความจริงที่เจ็บปวด จนบางรายมีการคิดเตรียมการในการฆ่าตัวตาย (ธัญลักษณ์ วัฒนาเฉลิมยศ, 2552)

ยิ่งไปกว่านั้น ในด้านสังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วย ก็พบว่าส่วนใหญ่ ผู้ป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพเดิมต่อไปได้ จากการศึกษาครั้งนี้ก็เช่นกัน พบว่า ภายหลังเกิดอุบัติเหตุ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถกลับไปประกอบอาชีพเดิมได้ทันที การมีร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้ต้องปรับเปลี่ยนอาชีพใหม่ ให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย อย่างไรก็ตาม ในการศึกษานี้พบว่า มีผู้ป่วยเพียง 2 ราย ที่สามารถทำงานระหว่างที่พักรักษาตัวขณะอยู่ในโรงพยาบาลได้ กระนั้นก็ตาม สำหรับผู้ป่วยรายอื่นอีก 3 ราย ก็พบว่าผู้ป่วยคาดหวังว่าจะสามารถประกอบอาชีพได้ในอนาคต จากการศึกษายังพบอีกว่าการที่ผู้ป่วยจะสามารถประกอบอาชีพได้นั้น ต้องอาศัยอุปกรณ์หรือเครื่องพยุงต่างๆเพื่ออำนวยความสะดวก เช่น การใส่เครื่องพยุงขาทั้ง 2 ข้างในการช่วยเดิน การแปลงเกียร์ยานพาหนะโดยควบคุมด้วยมือ หรือแม้กระทั่งการใช้รถเข็น รวมทั้งโทรศัพท์มือถือและผู้ช่วย (เช่น ภรรยาคอยจดคำสั่งซื้อ) เป็นต้น ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาของธัญพร ชื่นกลิ่น (2543) ที่ศึกษาประสบการณ์การมีชีวิตอยู่อย่างอัมพาตท่อนล่าง โดยผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงการมีรถเข็นที่ผ่อนแรงในการเคลื่อนที่ ให้ได้รับความสะดวกสบายและสามารถพึ่งตนเองได้ในการดำเนินชีวิต (ธัญพร ชื่นกลิ่น, 2543)

จากการศึกษาครั้งนี้ยังพบอีกว่า ผู้ป่วยต้องใช้ระยะเวลาที่จะยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยมีผู้ป่วยรายหนึ่งเกือบไม่สามารถที่จะยอมรับในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ถึงขั้นมีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย ทั้งนี้ได้พบเช่นเดียวกับในสังคมชาวอังกฤษ โดยการศึกษาของ Harris และคณะ (1996) ที่ศึกษาในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังจำนวน 366 ราย พบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 11 ราย มีความพยายามฆ่าตัวตาย (Harris et al., 1996)

กระนั้นก็ตาม สำหรับผู้ป่วยทั้ง 8 กรณีแล้ว เมื่อพบกับเหตุการณ์อันร้ายแรงในชีวิต ก็ยังมีมุมมองเชิงบวกเกิดขึ้นได้ จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยล้วนมีมุมมองเชิงบวกในชีวิต ทั้งในด้านชีวิตอันปีติ ชีวิตที่มีความดีงาม และชีวิตที่มีคุณค่า มีความหมาย

5.1.1 ชีวิตอันปีติ

ในการศึกษาครั้งนี้ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกต พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังมีชีวิตอันปีติในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต โดย**ความปีติในอดีต**เกิดขึ้นจากการได้ทำกิจกรรมที่ชื่นชอบ ได้เล่นสนุกสนานอยู่กับธรรมชาติ การได้อยู่รวมกันเป็นครอบครัวในวัยเด็ก ถึงแม้ครอบครัวจะมีฐานะยากจน แต่ก็ก่อให้เกิดเป็นความสุขขึ้นได้ นอกจากนี้ ความปีติในวัยเยาว์ยังเกิดจากการได้ของรางวัล การได้กินของอร่อยหรือการได้ของเล่นชิ้นใหม่ สำหรับชีวิตอันปีติในวัยทำงาน ความปีติมักมาจากความสำเร็จในด้านการทำงาน การมีความรัก การแต่งงานสร้างครอบครัว รวมไปถึงการได้เห็นลูกเติบโตก้าวหน้าและประสบความสำเร็จ และชีวิตอันปีติในยามสูงวัย จะมาจากการได้เห็นลูกหลานมีความสุข มีหน้าที่การงานที่ดี ส่วน**ชีวิตอันปีติในปัจจุบัน** แม้ความปีติจะไม่เกิดขึ้นในช่วงแรก แต่เมื่ออารมณ์เชิงลบได้ลดลงหรือค่อยๆหมดไป การเริ่มคลี่คลาย ทำใจยอมรับการเปลี่ยนแปลงได้ ในการยอมรับทำใจได้นั้น อาจเกิดจากการเปรียบเทียบกับผู้ป่วยรายอื่นที่รุนแรงกว่าตน การมีบุคคลให้กำลังใจหรือแม้แต่ความเชื่อทางศาสนา การเชื่อว่าเป็นโชคชะตา บุญกรรม หรือการฟาดเคราะห์ก็ทำให้เกิดการยอมรับในสภาพของตนเองได้มากขึ้น นอกจากนี้ความปีติในปัจจุบัน ยังเกิดจากความดีใจจากการที่ยังไม่ตาย การมีชีวิตรอด อีกทั้งยังเกิดความภาคภูมิใจที่สามารถกระทำกิจกรรมต่างๆได้ด้วยตนเอง ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น หรือพึ่งพิงผู้อื่นให้น้อยที่สุด ซึ่งสิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดเป็นความสุขขึ้นได้ สุดท้าย **ชีวิตอันปีติในอนาคต** มักเกิดจากวิธีคิดและความคาดหวังของบุคคล การเชื่อว่ายังมีคนคอยดูแล หรือเชื่อว่าตนนั้นจะประกอบอาชีพได้ ไม่ว่าจะเป็นการคงสภาพการทำงานเดิมหรือการปรับเปลี่ยนงานใหม่โดยใช้พื้นฐานเดิมที่มีอยู่ในตัวเป็นทุนได้

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเมื่อประสบกับภาวะอัมพาต แต่ก็สามารถมีชีวิตอันปีติเกิดขึ้นได้ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากความรู้สึกในอดีตที่ส่งผลมาถึงอารมณ์ในปัจจุบัน โดยเมื่อผู้ป่วยกรณีศึกษาทุกราย กล่าวถึงปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นหรือประสบการณ์ในอดีต ก็มักจะเล่าด้วยรอยยิ้ม ในทำนองว่า วัยเด็กของตนล้วนมีชีวิตที่มีความสุข สนุกสนาน แม้ว่าครอบครัวจะมีฐานะยากจน มีชีวิตค่อนข้างลำบาก แต่การได้อยู่ร่วมกันของสมาชิกในครอบครัว ก่อให้เกิดเป็นความสุขหรือความปีติขึ้นได้ ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาของดุษฎี โยเหลาและคณะ (2545) ที่พบว่า การมีความสุขในครอบครัว ส่วนหนึ่งมาจากความใกล้ชิดผูกพันหรือความยึดเหนี่ยวระหว่างสมาชิกในครอบครัว อีกทั้งครอบครัวยังเป็นแหล่งสนับสนุนด้านเศรษฐกิจ สังคมและอารมณ์ให้กับสมาชิก

อีกด้วย (ดุษฎี โยเหลาและคณะ, 2545) ยิ่งไปกว่านั้น จากการศึกษาความพึงพอใจในชีวิตของผู้ใหญ่วัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร ก็พบเช่นกันว่าการระลึกถึงความหลังมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับความพึงพอใจในชีวิต ถึงแม้ในความเป็นจริงแล้วชีวิตของคนเราแต่ละคนมิได้สมบูรณ์ไปหมดทุกอย่าง ย่อมมีทั้งความสำเร็จและความล้มเหลว ความสมหวังและความผิดหวัง แต่สำหรับผู้ใหญ่วัยกลางคนกลุ่มนี้ เมื่อได้หวนนึกถึงความหลังแล้ว ส่วนใหญ่มีแนวโน้มไปในทางรู้สึกสดชื่น มีความสุข พอใจกับอดีตเหล่านั้น (สาลิกา โค้วบุญงาม, 2533) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่าในอดีต แม้จะมีความยากจน มีชีวิตค่อนข้างลำบาก ก็สามารถมีความสุขหรือความปีติได้ ทั้งนี้อาจเนื่องจากสภาพแวดล้อมในอดีต ความเป็นชนบท ความสุขสงบจากธรรมชาติ ประกอบกับความรักใคร่กลมเกลียวระหว่างสมาชิกในครอบครัว และเช่นเดียวกัน การมีความสุขตามวัย เมื่อเติบโตเป็นวัยผู้ใหญ่ ก็ได้มาจากการแสวงหาความสำเร็จ การสร้างอนาคต การสร้างครอบครัว และเมื่อถึงวัยสูงอายุก็จะมีความปีติจากการที่ได้เห็นลูกหลานได้ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวีณา ศิริสุขและคณะ (2542) ที่พบว่าความสุขของผู้สูงอายุคือสุขที่ได้เห็นความสำเร็จและความเจริญของลูกหลาน สุขที่ลูกหลานเป็นคนดี

เมื่อกล่าวถึงชีวิตในวัยเด็ก การได้ทำกิจกรรมที่ชื่นชอบกับกลุ่มเพื่อน ได้เล่นสนุกสนาน อยู่อย่างธรรมชาติ ถึงแม้การกระทำบางสิ่งจะเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้องก็ตาม เช่น การชักชวนกันไปซ่องสุมเพื่อเสพยา การชวนหนีโรงเรียนเพื่อไปยิงนก ตกปลา สิ่งเหล่านี้กลับก่อให้เกิดเป็นความสุขขึ้นได้เมื่อหวนคิดไปในวัยเด็ก ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับแนวคิดของความสำคัญของกลุ่มต่อการพัฒนาบุคลิกภาพของวัยเด็กตอนกลางที่ว่า กลุ่มเพื่อนร่วมวัยมีบทบาทอย่างมากต่อชีวิต โดยเมื่อเด็กเริ่มเปลี่ยนสังคมจากที่บ้านมาสู่สังคมที่โรงเรียน การรวมกลุ่มกับเพื่อนร่วมวัยหลายๆคน ให้ความรู้สึกอบอุ่นใจ สนุกสนาน การที่วัยรุ่นต้องการเข้าร่วมกลุ่ม จึงพยายามหาวิธีปฏิบัติเพื่อให้เพื่อนรับเข้าร่วมกลุ่ม (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2545) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ในวัยเด็กที่พบว่าความเกี่ยวพันกับครอบครัวและเพื่อน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณอย่างมีนัยสำคัญ (Ellison, 1983)

การที่กรณีศึกษาเป็นผู้บาดเจ็บไขสันหลังที่มีภาวะอัมพาต นับเป็นเหตุการณ์ที่ร้ายแรงในชีวิตและเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน เช่น การเกิดอุบัติเหตุจากยานพาหนะดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น หรือการประกอบอาชีพจากการทำงาน การตกจากที่สูง การถูกผู้อื่นทำร้าย ทั้งหมดเป็นเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิด โดยการศึกษาครั้งนี้ กรณีศึกษามักจะพูดว่า “เหตุการณ์นี้ไม่น่าจะเกิดขึ้น” หรือ “เป็นคราวซวยของชีวิต” บางคนถึงกับมีความรู้สึกโกรธแค้น กล่าวโทษผู้อื่นว่าเป็นสาเหตุให้ตนต้องพบกับเหตุการณ์เช่นนี้ ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับขนิษฐา เทวินทรภักติ (2540) ที่สรุปว่าเมื่อบุคคลพบกับเหตุการณ์อันร้ายแรงในชีวิต โดยเฉพาะกรณีที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันหรือเกิดจากอุบัติเหตุ ส่วนใหญ่

เมื่อบุคคลเริ่มรับรู้จะยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นไม่ได้ทันทีด้วย ความจริงที่เกิดขึ้นนำมาซึ่งความขมขื่น หลายคนถึงกับคิดว่าตายดีกว่า ต้องการพยายามฆ่าตัวตายหรือเกิดปฏิกิริยาต่างๆ เช่น โกรธแค้นตัวเอง โกรธแค้นผู้อื่นและโชคชะตา มีอาการโศกเศร้าทุกข์ทรมาน และความรู้สึกโดดเดี่ยว (ขนิษฐา เทวินทรภักติ, 2540) ข้อค้นพบนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Quigley (1976) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ที่สูญเสียความสามารถทางกายว่ามีการตอบสนองต่อภาวะจิตใจ ด้วยไม่รับรู้การสูญเสียที่เกิดขึ้น และมีความวิตกกังวลอย่างมาก และความกังวลนี้อาจส่งผลให้บุคคลปิดกั้นหรือปฏิเสธความจริงที่เกิดขึ้น ดังนั้น กลไกการป้องกันหรือการควบคุมอารมณ์ จึงมีส่วนช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ อีกทั้งระยะเวลาของการเจ็บป่วยก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวที่ดีขึ้นได้ (Quigley, 1976)

อย่างไรก็ตาม ก็มิได้หมายความว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่มีภาวะอัมพาตจะไม่มีชีวิตอันปีติ แม้จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความปีติจะไม่เกิดขึ้นในช่วงแรก แต่หลังจากนั้น ภาวะอันปีติก็สามารถเกิดขึ้นได้ ด้วยเกิดเป็นการยอมรับหรือทำใจได้ อาจมาจากการยังมีร่างกายที่ใช้การได้บางส่วน ดังกรณีตัวอย่างที่กล่าวว่า “ขาทั้งสองข้าง ใช้การไม่ได้ไม่เป็นไร เรายังมีแขนที่สามารถนำพาชีวิตเราไปไหนมาไหนได้” ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวัชรี อมรโรจน์วรวุฒิ (2543) ที่ทำการศึกษาความรู้สึกโศกเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง ที่พบว่าผู้ป่วยสามารถปรับตัวปรับใจยอมรับสภาพความพิการของตนเองได้ รู้สึกว่าตนเองยังโชคดีที่ไม่ตาย ยังสามารถใช้แขนได้ และถึงแม้ว่าจะเดินไปไหนมาไหนเองไม่ได้ และต้องใช้รถเข็นก็ตาม

การให้อภัย เป็นการที่บุคคลมีแรงจูงใจในการเปลี่ยนสภาพ จากความบาดหมางขุ่นเคืองกลับมาปรองดองกัน มีมิตรภาพที่ดีต่อกัน เกิดเป็นความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบุคคล อีกทั้งความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดสนิทสนมกัน ยังก่อให้เกิดการให้อภัยได้ง่ายขึ้น (McCullough, Worthington and Rachal, 1997) เมื่อบุคคลตกอยู่ในสถานการณ์บางอย่างที่เกิดความไม่พอใจ บุคคลอาจโทษสถานการณ์นั้นหรือบุคคลอื่น เกิดเป็นความคิดในทางลบ แต่เมื่อบุคคลมีการให้อภัย ความคิดในทางลบก็นำไปสู่การตอบสนองในทางบวกได้ (Thompson และคณะ, 2005) โดยสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ที่กรณีศึกษาต้องพบกับเหตุการณ์อันร้ายแรงในชีวิต เช่น มีการกล่าวโทษลูกชายว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้ตนต้องมีภาวะอัมพาต โดยกรณีศึกษามีความความเคียดแค้น ขุ่นเคือง แต่เมื่อเวลาผ่านไป ความเคียดแค้นขุ่นเคืองนั้นได้ลดลง มีการให้อภัยเกิดขึ้น

เหตุใดเล่าทำให้ผู้บาดเจ็บที่มีความทุกข์ทรมาน สูญเสียอย่างมาก กลับมายอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นได้ ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่าส่วนหนึ่งเกิดจากความเชื่อทางศาสนา ในการศึกษาครั้งนี้มีกรณีศึกษา 7 ราย นับถือศาสนาพุทธ และมีเพียง 1 ราย ที่นับถือศาสนาคริสต์ แต่ก็ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมไทย ซึ่งได้รับอิทธิพลจากศาสนาพุทธ พระพุทธศาสนาเป็นศาสนาที่คนไทยนับถือเป็นศาสนา

ประจำชาติมาเป็นเวลาช้านาน ความคิดความเชื่อทางพระพุทธศาสนาได้หยั่งรากฝังลึกอยู่ในจิตใจของคนไทยและมีอิทธิพลต่อวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันของคนไทยอย่างเห็นได้ชัด ความคิดและความเชื่อในพระพุทธศาสนาดังกล่าวทำให้คนไทยเป็นคนใจบุญ มีจิตเมตตาเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ต่อผู้อื่น และรู้จักการให้อภัย (ทิศนา แขมมณีและคณะ, 2535) ดังนั้นการยอมรับหรือทำใจได้อาจเกิดจากการใช้ศาสนาและวัฒนธรรม การเชื่อเรื่องเวรกรรม โชคชะตา เพื่อให้ตนยอมรับความพิการที่เกิดขึ้นกับตนได้ โดยเฉพาะผู้ที่นับถือศาสนาพุทธ มักมีความเชื่อว่าเวรกรรมที่ทำมาในอดีต ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยหรือพิการในปัจจุบัน ในชาตินี้ (สุมานี ศรีกำเหนิด, 2552; ธัญพร ชื่นกลิ่น, 2543; พวงผกา รอดฉวาง, 2544) จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ในการยอมรับความเจ็บป่วย กรณีศึกษาได้ใช้หลักความเชื่อทางศาสนาเข้ามาช่วยเพื่อยึดเหนี่ยวจิตใจและทำให้เกิดความสงบ โดยเชื่อว่าการประสบอุบัติเหตุในครั้งนี้ ขึ้นอยู่กับบุญกรรมที่ตนทำมา ข้อค้นพบนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของสุจินดา ยิ่งรักศรีศักดิ์ (2547) ที่ศึกษาในผู้ป่วยสูญเสียอวัยวะแขนขา โดยพบว่ามีการใช้กลไกความเชื่อตามหลักพุทธศาสนาด้วยการคิดว่าเป็นเวรเป็นกรรมที่ต้องทนต่อไป นอกจากนั้น ในการยอมรับทำใจได้ยังอาจมาจากการเห็นสภาพคนที่เป็นแบบเดียวกับตนหรือคนเป็นหนักกว่าตน ซึ่งข้อค้นพบนี้ก็พบในงานวิจัยของธัญพร ชื่นกลิ่น (2543) ด้วย

นอกจากนี้ความปีติในปัจจุบันยังอาจมาจากการทำกิจกรรม ในขณะที่อยู่โรงพยาบาล การทำกิจวัตรประจำวัน การฝึกกายภาพบำบัด เพื่อประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วยเอง ทั้งนี้ความปีติส่วนหนึ่งยังเกิดจากทีมนักกายภาพบำบัดและพยาบาลที่มีความสำคัญต่อการฟื้นฟูของผู้ป่วย พยาบาลสามารถทำให้เกิดสภาพแวดล้อมที่ดีต่อตัวผู้ป่วย (Rintala, et al., 1996) ยิ่งไปกว่านั้น จากการที่หอผู้ป่วยบาดเจ็บทางกระดูกสันหลังมีการเปิดโอกาสให้ญาติเข้ามาเยี่ยมได้ รวมทั้งได้มาฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นการเช็ดตัว การทำความสะอาดสายสวนปัสสาวะ การเรียนรู้วิธีการทำกายภาพบำบัด เพื่อสามารถปฏิบัติภายหลังจากได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว ย่อมทำให้ผู้ป่วย/กรณีศึกษาเกิดความรู้สึกอบอุ่นด้วยได้รับความดูแลจากญาติที่ตนรัก นอกเหนือจากการดูแลของพยาบาล อีกทั้งภายในหอผู้ป่วยยังมีการจัดมุมรับแขก มุมอ่านหนังสือ สวนหย่อม มุมที่ให้ผู้ป่วยได้มองออกไปดูโลกภายนอกเพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน อ่านหนังสือ เพื่อให้เกิดความรู้สึกสงบ และยังมีโทรทัศน์สำหรับผู้ป่วยเพื่อเป็นการผ่อนคลายอีกด้วย กล่าวโดยสรุป สภาพแวดล้อมทั้งทางกายภาพและสภาพแวดล้อมทางสังคมถือว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตอันปีติได้แม้ว่าจะยังอยู่ในโรงพยาบาล นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังมีความหวังอีกด้วย โดยการคาดหวังว่าเมื่อตนออกจากโรงพยาบาลแล้ว จะยังมีคนคอยดูแล เนื่องจากว่าแม้ตนอยู่ในโรงพยาบาลก็มีญาติมาดูแลด้วยความรักใคร่ห่วงใยเสมอ

ความหวังเป็นกระบวนการคิดของมนุษย์ โดยมองจากสิ่งที่ไม่ดีกลายเป็นสิ่งที่ดี มองสิ่งที่ไม่สวยงามกลายเป็นสิ่งที่สวยงาม มองสิ่งที่ลบให้กลายเป็นบวก การมีความหวังเป็นการคิดที่มีเป้าหมาย โดยบุคคลที่มีความหวังจะมีความพยายามเพื่อนำตนไปสู่หนทางที่จะบรรลุเป้าหมาย อันอาจกลับมาเป็นแรงจูงใจเพื่อไปสู่จุดมุ่งหมายนั้น นั่นคือผู้มีมุมมองและอารมณ์เชิงบวกมักจะมีความหวังและคิดในแง่ของความสำเร็จมากกว่าบุคคลที่มีอารมณ์และมุมมองเชิงลบ (Synder, Lopez and Pedrotti, 2011) ปรากฏการณ์เช่นนี้พบในการศึกษาครั้งนี้ โดยพบว่าผู้ป่วยถึงแม้จะมีภาวะอัมพาต แต่ก็ยังมีอารมณ์เชิงบวก ยังคงมีความหวังได้ แม้จะเป็นการคาดหวังในเรื่องเล็กน้อย เช่น หวังเพียงเพื่อยังหายใจเองได้ หวังเพียงแค่สามารถรับประทานอาหารเองได้หรือหวังว่าจะได้ออกไปนอกอาคารและความหวังเหล่านี้มักตั้งอยู่บนพื้นฐานแห่งความเป็นจริง ไม่ได้ตั้งอยู่บนความเลื่อนลอย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา ศิริวราศัย (2536) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความหวังและการปรับตัวในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก และพบว่าผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่มีความหวังมากจะมีการปรับตัวได้ดี ส่วนผู้ป่วยที่มีความหวังน้อยจะมีการปรับตัวไม่ดีหรือปรับตัวไม่เหมาะสม

ในส่วนของชีวิตอันปีติในอนาคต การที่กรณีศึกษามีความคาดหวังว่าจะได้ออกจากโรงพยาบาลเพื่อกลับไปอยู่บ้าน อยู่เป็นเพื่อนภรรยา อยู่ท่ามกลางญาติพี่น้อง อีกทั้งมีการคาดหวังว่าจะได้ออกไปประกอบอาชีพ ล้วนเป็นไปตามสภาพความเป็นจริง ดังเช่น ผู้ที่เคยมีประสบการณ์การเป็นช่าง ความหวังก็ไม่ห่างไกลจากการใช้ความรู้ทางช่างที่มีอยู่ในตัว อีกทั้งยังเชื่อว่าตนเองนั้นสามารถมีชีวิตอันปีติในอนาคตเกิดขึ้นได้ ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสมัย ศิริทองถาวร (2545) ที่ศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้พิการทางการเคลื่อนไหว พบว่าปัจจัยที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความสุขสามอันดับ คือ การมีเงินเพียงพอใช้จ่าย การมีอุปกรณ์ช่วยให้ไปไหนมาไหนสะดวก และมีงานทำ ตามลำดับ ในส่วนของชีวิตอันปีตินี้มักจะเชื่อมโยงกับชีวิตอันดีงาม และชีวิตที่มีคุณค่ามีความหมาย ซึ่งจะกล่าวในส่วนต่อไป

5.1.2 ชีวิตที่มีความดีงาม

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังมีชีวิตที่มีความดีงาม ส่วนหนึ่งเกิดจากการมีร่างกายที่ยังเคลื่อนไหว ใช้การได้อยู่ แม้จะเป็นการเคลื่อนไหวโดยใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือก็ตาม นอกจากนี้ยังมีชีวิตที่ดีงามเพราะมีบริบทรอบข้างดี ครอบครัวดี โดยจำแนกออกเป็นลักษณะทางกายภาพของครอบครัว หรือการที่ครอบครัวมีฐานะร่ำรวย มีทรัพย์สมบัติ สามารถสนับสนุนดูแลผู้ป่วยได้ และลักษณะทางคุณภาพครอบครัว ด้วยการแสดงถึงความสัมพันธ์ของสมาชิกภายในครอบครัว แม้ว่าครอบครัวนั้นๆจะไม่ได้มีฐานะที่ร่ำรวย แต่ก็เป็นครอบครัวที่สมาชิกคอยดูแลช่วยเหลือกัน ไม่ทอดทิ้งกัน มีสมาชิกในครอบครัวอยู่กันครบ นอกจากความดีงามด้านครอบครัวแล้ว

ผู้ป่วยยังมีชีวิตที่ดีงาม ที่เกิดจากทุนในตัวของผู้ป่วยเอง การมีความรู้ความสามารถ ประสบการณ์และความพยายาม อีกทั้งการมีชีวิตที่ดีงามที่เกิดจากทุนในตัวยังหมายถึงการมีพฤติกรรมและการคิดที่ดี การมีมุมมองความคิดเปลี่ยนแปลงไปในแบบที่ดีขึ้น และสุดท้าย ชีวิตอันดีงามยังเกิดจากการมีความสงบทางจิตใจ หรือเป็นการที่ชีวิตเปลี่ยนมาอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี เป็นชีวิตที่สงบจนเกิดเป็นความดีงามขึ้นได้

จากข้างต้นอาจสรุปได้ว่า ชีวิตอันดีงามของผู้ป่วยกรณีศึกษา ส่วนหนึ่งเกิดมาจากการสนับสนุนทางสังคมอันเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งประกอบด้วยการสนับสนุน 4 ด้าน คือ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotional concern) คือการได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่, การสนับสนุนการช่วยเหลือทางด้านสิ่งของเครื่องใช้ (instrument aid) อันเป็นการช่วยเหลือด้านสิ่งของ เงินทอง แรงงานและการบริการ, การช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร (information) หรือการให้ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำต่างๆ และสุดท้าย การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (appraisal support) หรือเป็นการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ตนเองและการประเมินตนเอง (House, 1981) การที่ผู้ป่วยมีแหล่งประโยชน์ในรูปแบบการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ จะช่วยทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น (Song, 2005)

ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวที่มีรายได้เพียงพอ เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญในการสนับสนุนให้คนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวมีคุณภาพชีวิตที่ดีเพราะช่วยให้คนพิการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ทั้งในด้านการเงิน แรงงาน สิ่งอำนวยความสะดวกและการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ดังคำกล่าวจากการศึกษาของวรรณี ศรีวิลัยและคณะที่ว่า “ถ้าคนไหนเกิดในครอบครัวมีเศรษฐานะดี เขาก็จะทำห้องน้ำให้ กั้นห้องให้เฉพาะ ห้องน้ำใกล้ แต่ถ้าคนที่แย่ๆก็ต้องลากไป ฐานะจึงมีผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการ...” นั่นคือ การจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม เช่น การทำทางลาดเพื่อเอื้อต่อคนพิการ (วรรณี ศรีวิลัยและคณะ, 2554) สอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่าลักษณะทางกายภาพของครอบครัว คือครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี สามารถให้การสนับสนุนในด้านต่างๆ นับเป็นความดีงามในเบื้องต้น เนื่องจากผู้ที่มีภาวะอัมพาตมีความจำกัดในด้านการเคลื่อนไหวหรือมีความไม่สะดวกในการเคลื่อนย้ายไปในที่ต่างๆ จึงจำเป็นต้องมีการปรับลักษณะสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้เอื้อต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังกรณีศึกษารายหนึ่งได้มีการปรับสภาพบ้าน เปลี่ยนบันไดเป็นทางลาดเพื่อเหมาะกับการใช้รถเข็น (wheelchair) อีกทั้งได้ปรับภายในห้องให้เป็นพื้นระดับเดียวกัน มีพื้นที่เพียงพอและมีห้องน้ำในตัว นอกจากนี้ยังมีสิ่งอำนวยความสะดวกสบายต่างๆ มีการปรับเปลี่ยนอุปกรณ์ต่างๆที่จำเป็นให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย เช่น การดัดแปลงเกียร์รถยนต์มาเป็นระบบควบคุมด้วยมือ ยิ่งไปกว่านั้น การได้รับการสนับสนุนด้วยมีผู้ดูแลหรือเด็กศูนย์ที่ได้จ้างมาดูแลก็เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยบางรายต้องการ

แม้ต้องพบกับความสูญเสียที่เกิดขึ้น แต่ด้วยการยังมีครอบครัวที่คอยอยู่เคียงข้างให้การสนับสนุนด้านจิตใจ ก็กลับช่วยให้ความดีงามในชีวิตยังคงอยู่ ลักษณะของครอบครัวที่มีคุณภาพ มีความเข้าใจและเห็นใจซึ่งกันและกัน ไม่ทอดทิ้งกัน อยู่เป็นเพื่อนกัน นอกจากจะช่วยผู้ป่วยให้เกิดความรู้สึกว่าชีวิตยังดี กระบวนการเหล่านี้ยังย้อนกลับไปสร้างให้เกิดเป็นความใกล้ชิดสนิทระหว่างกันในครอบครัวมากขึ้น ดังกรณีศึกษารายหนึ่ง ภายหลังจากได้รับบาดเจ็บ ทำให้ได้มีเวลาอยู่กับแม่มากขึ้น ได้รับรู้ถึงความรักและความผูกพันที่บุคคลในครอบครัวมีให้ ข้อค้นพบนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ DeSanto-Madeya (2006) ที่ศึกษารูปแบบการปรับตัวในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง โดยพบว่าในการเกิดอุบัติเหตุในครั้งที่มีภาวะอัมพาต กลับเป็นการสร้างความแข็งแกร่งระหว่างสมาชิกในครอบครัว ทำให้ครอบครัวมีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากขึ้น ในทำนองเดียวกัน การศึกษาของสุวดี จันดีกระยอม พบว่าการที่ครอบครัวมีความผาสุกหรือสมาชิกทุกคนรักใคร่ผูกพันกัน มีการดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน ถือเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการหายจากการป่วยด้วยโรคอารมณ์ซึมเศร้าได้ (สุวดี จันดีกระยอม, 2546)

Roy และ Andrews (1999) ได้เสนอว่า สภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตใจ ถือเป็นการแสดงออกถึงความต้องการในการรู้ว่าตนเองนั้นมีชีวิตอยู่อย่างมีความหมายและมีเป้าหมาย หรือดังคำกล่าวที่ว่า “คุณต้องไม่สงสารตัวเอง เพียงแค่เพราะว่าคุณเดินไม่ได้หรือทำในสิ่งที่เคยทำได้มันไม่ได้หมายความว่าชีวิตของคุณจะไม่มีความหมาย สิ่งที่สำคัญคือการก้าวผ่านความจริงหรือความรู้สึกเสียใจของตนเอง” หรือ “มันอาจจะรุนแรงสำหรับฉัน ที่จะใช้ชีวิตที่เหลืออยู่เพียงเพื่อพักผ่อน ฉันได้ศึกษาเรียนรู้ในสิ่งที่มีความมั่นคงทางการเงินและในที่สุด ฉันก็เริ่มต้นธุรกิจของตนเองซึ่งช่วยให้ฉันมีเวลาที่จะแสวงหาลู่ทางอื่นๆ” (DeSanto-Madeya, 2006) ข้อสรุปและคำกล่าวเหล่านี้สอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ที่กรณีศึกษากล่าวถึงชีวิตที่ดีงาม อันเกิดจากทุนที่มีในตนเอง ด้วยการที่ตนเองนั้นรู้จักคิด สามารถปรับตัวด้วยการเปลี่ยนแปลงความคิดได้ สามารถสกัดกลั้นความเศร้าโศกด้วยการมองเชิงบวก ก่อให้เกิดความสงบทางจิตใจได้ นั้นคือเป็นการเปลี่ยนวิกฤตให้เป็นโอกาส โดยใช้ความรู้ความสามารถ และการฝึกฝนจนชำนาญด้วยความพยายามของผู้ป่วยเอง

การมีมุมมองความคิดที่เปลี่ยนแปลงไป การผ่านเหตุการณ์ร้ายๆในชีวิต ทำให้กรณีศึกษามีความคิดและพฤติกรรมที่ดีขึ้น จากแต่ก่อนที่เคยเกกมะเหรกเกเร ภายหลังเกิดอุบัติเหตุกลับนำมาสู่ชีวิตที่ดีงามได้ นอกจากนี้ การได้พบสิ่งที่ดี เช่น หนังสือที่มีข้อคิด สอนการใช้ชีวิตต่างๆ ทำให้เกิดการคิดได้ ซึ่งข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาของธัญลักษณ์ วัฒนาเฉลิมยศ (2552) ที่ศึกษาประสบการณ์การปรับตัวของผู้ที่สูญเสียการมองเห็น โดยพบว่าผู้ที่สูญเสียการมองเห็นมีการปรับเปลี่ยนทัศนคติที่มีต่อตนเองไปในทางที่ดีขึ้นและในท้ายที่สุดก็เกิดการยอมรับในสิ่งที่ตนเองเป็น อาจเนื่องมาจากการเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น ทำให้คิดได้เกิดกำลังใจและแรงผลักดันในการก้าว

เดินต่อไป อีกทั้งการได้เจอกับธรรมะก็เป็นสิ่งที่ช่วยในการปรับตัวในชีวิตประจำวันด้วย เนื่องจากธรรมะช่วยอธิบายความสูญเสียที่เกิดขึ้น ทำให้เข้าใจและคิดได้ (ธัญลักษณ์ วัฒนาเฉลิมยศ, 2552)

5.1.3 ชีวิตที่มีคุณค่า มีความหมาย

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยมีชีวิตที่มีคุณค่า อันเนื่องจากตัวเองได้ให้คุณค่า มองเห็นศักยภาพที่มีอยู่ในตน การมองว่าตนนั้นไม่เป็นภาระของผู้อื่น อีกทั้งยังสามารถเป็นที่พึ่งของคนในครอบครัวได้ ไม่ว่าจะเป็นการอยู่เป็นเพื่อน เป็นกำลังใจ หรือเป็นผู้ให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษาแก่ผู้อื่น การให้คุณค่าแก่ตนเองนั้น ส่วนสำคัญส่วนหนึ่งเกิดจากการที่ตนสามารถประกอบอาชีพสร้างรายได้เพื่อจุนเจือครอบครัวได้ นอกจากนี้ ชีวิตที่มีคุณค่าของผู้ป่วยยังมาจากการที่ผู้อื่นให้คุณค่า การยังคงบทบาทสมาชิกในครอบครัว ก่อให้เกิดเป็นความอบอุ่นในครอบครัว อย่างไรก็ตาม การที่ผู้อื่นจะให้คุณค่าแก่ผู้ป่วย ก็เกิดจากการที่ผู้ป่วยมีทุนในตัวเองด้วย คือผู้ป่วยยังสามารถทำงานทำประโยชน์ได้นั่นเอง

การจัดสิ่งแวดล้อมทั้งที่บ้านและที่ทำงานให้เหมาะสมแก่ผู้ป่วยจะช่วยการใช้ชีวิตในสังคมของผู้ป่วย ผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่างมีพยาธิสภาพที่จำกัดเฉพาะร่างกายท่อนล่างเท่านั้น แต่ระบบรู้คิดยังคงเหมือนเดิม ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มที่นั่งโต๊ะทำงานและเป็นงานที่ใช้ความคิดจะสามารถกลับไปทำงาน ซึ่งมักเป็นงานที่มีรายได้สูง ส่วนกลุ่มที่ใช้แรงงานหรือใช้แรงขาเป็นหลักจะไม่สามารถกลับไปทำงานเดิมได้ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยในกลุ่มหลังนี้ก็อาจมีคุณค่าได้จากการได้รับการฝึกฝนอาชีพจึงอาจสามารถเปลี่ยนงานให้เกิดความเหมาะสมกับความสามารถทางกายของผู้ป่วย นอกจากนั้น การจัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกในการเดินทางและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในที่ทำงานจะช่วยลดปัญหาการกลับไปทำงานของผู้ป่วย (สุพัตรา อยู่สุข, 2553) ข้อสรุปนี้สอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่า ถึงแม้ผู้ป่วยจะมีภาวะอัมพาตทั้งตัวหรืออัมพาตท่อนล่าง สามารถกลับไปทำงานเดิมได้ ทั้งนี้อาจต้องมีการปรับเปลี่ยนอุปกรณ์หรือเครื่องมือที่ใช้ในการประกอบอาชีพ ให้มีความเหมาะสมกับสภาพความพิการ อีกทั้งอาจเป็นการปรับสภาพการลงมือปฏิบัติงานมาเป็นการทำงานด้วยการให้คำแนะนำเพราะผู้ป่วยยังมีประสบการณ์และความคิดที่มีค่าอยู่

จากการศึกษาของ Marshak และ Seligman (1993) ที่ศึกษาในผู้ป่วยที่มีความพิการพบว่าปฏิกิริยาการตอบสนองทางลบ อันได้แก่ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความโกรธหรือการปฏิเสธ มีผลต่อประสบการณ์ในการปรับตัว อีกทั้ง ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆและการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยก็มีผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยด้วย ดังนั้นเพื่อเตรียมความพร้อมในการกลับสู่สังคมอย่างมีค่ามีความหมายได้ (Marshak and Seligman, 1993) อีกทั้งในการศึกษาคุณภาพชีวิตภายหลังการบาดเจ็บไขสันหลัง ซึ่งพบว่าความพึงพอใจในชีวิตของกรณีศึกษาที่บาดเจ็บ

จะสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคม ความมั่นคงด้านการเงิน การมีบทบาทสำคัญในสังคม การได้ทำงานอดิเรก และการได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม (Tate et al., 2002) นั้นคือชีวิตที่มีคุณค่ามีความหมายจึงมิอาจตัดแยกจากการมีชีวิตที่ดีงามและชีวิตอันปีติได้

จากการศึกษาของ Sawin และ Marshall (1992) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีความสามารถและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองพบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กับความสามารถในการเข้าสังคม การสร้างสัมพันธภาพ และความสามารถในด้านการทำงาน นอกจากนี้ครอบครัวยังมีความสำคัญอย่างมากต่อการปรับตัวของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังในระยะยาว และการรู้สึกมีคุณค่าจากการสนับสนุนของสมาชิกในครอบครัว (McGowan and Roth, 1987) ในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังภายในหอผู้ป่วย การอยู่โรงพยาบาลกับความเจ็บป่วย นับเป็นภาวะที่ไม่มีใครอยากอยู่ในสภาพนี้ตลอดไป นั้นคือความหวังอันใกล้คือ ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อกลับไปใช้ชีวิตอยู่ที่บ้าน อีกทั้งยังเป็นที่น่าสังเกตว่า สิ่งที่เป็นพื้นฐานเดิมหรือทุนเดิมที่มีภายในตัวของผู้ป่วย ย่อมมีผลต่อความคาดหวังหรือการมีมุมมองเชิงบวกในชีวิต และที่สำคัญคือการที่มีความหวังใกล้เคียงกับความเป็นจริง ย่อมก่อให้เกิดเป็นความสุขอย่างไม่ผิดหวังขึ้นได้ ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยจะมีการเตรียมร่างกายเพื่อสามารถช่วยเหลือตนเอง ลดการพึ่งพาผู้อื่น และเป็นการหวังจะได้ประกอบอาชีพ แต่เพื่อให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายจึงมีการปรับเปลี่ยนในขอบเขตที่ตนสามารถทำได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการประกอบอาชีพในอนาคต (ชุติมา มุสิกะสังข์, 2535) การที่บุคคลมีอาชีพเป็นสิ่งที่มีความสำคัญเนื่องจากการทำงานก่อให้เกิดคุณค่าในตนเอง ด้วยรู้สึกว่าตนเองสามารถทำประโยชน์และงานที่เป็นอาชีพยังก่อให้เกิดรายได้แก่ตนเองและครอบครัว จนอาจจะสะท้อนให้เห็นว่าตัวเองเป็นบุคคลที่มีคุณค่ามีประโยชน์ต่อครอบครัวและสังคมได้ (วนิดา ไวกิตติพงษ์, 2546) นอกจากนี้ข้อค้นพบเหล่านี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญศรี รักษ์วงค์ (2549) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้หญิงพิการวัยกลางคนชาวอีสาน ที่พบว่า งานถูกมองว่าเป็นสิ่งหนึ่งที่ทำให้ผู้หญิงพิการมีรายได้เป็นของตนเอง เกิดความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ได้รับการยอมรับว่าเป็นคนที่มีคุณค่าไม่เป็นภาระกับคนอื่น (เพ็ญศรี รักษ์วงค์, 2549)

5.2 ข้อเสนอแนะ

จากข้อค้นพบและการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ ทำให้ทราบเกี่ยวกับมุมมองเชิงบวกในชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง และได้ช่วยให้ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้และข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต ดังต่อไปนี้

5.2.1 ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้

(1) จากข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยมีมุมมองเชิงบวกหรือมองคุณค่าของชีวิตว่าอยู่ที่การเคลื่อนไหว และการสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ดังนั้นในการรักษาผู้ที่ได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง เพื่อเตรียมความพร้อมในการที่จะให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตในสังคมได้ นอกจากการรักษาทางกายแล้ว ในการดำเนินชีวิตประจำวันเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน ไม่ได้ขึ้นอยู่กับการฝึกฝนเพียงอย่างเดียว แต่ยังให้อยู่กับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยด้วย ดังนั้นการปรับปรุงลักษณะที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายล้วนมีความสำคัญ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องเชื่อมโยงกับหน่วยงานต่างๆ เช่น สถาปนิกที่ออกแบบการปรับปรุงบ้านเรือน หน่วยงานที่ให้บริการเงินกู้ยืมในการปรับปรุงที่อยู่อาศัย ยิ่งไปกว่านั้น การมีโครงการสาธารณะและสาธารณูปโภคที่เฉพาะสำหรับคนกลุ่มนี้ที่มีปัญหาทางด้านการเคลื่อนไหว เช่น การทำทางลาดเพื่อความสะดวกในการใช้รถเข็น การมีห้องน้ำสาธารณะ ถนนสาธารณะสำหรับคนพิการ การสร้างทางเชื่อมในรถไฟหรือรถเมล์ การมีที่นั่งสำหรับคนพิการ ป้ายต่างๆโดยคนพิการสามารถใช้ได้ ด้วยการเอื้อมถึง เป็นต้น นอกจากนี้งานด้านกายอุปกรณ์และงานด้านอาชีวบำบัดก็เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับคนพิการทางกายที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวด้วย เนื่องจากช่วยเสริมสมรรถภาพ ช่วยให้คนพิการกลุ่มนี้สามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น อันจะเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของคนพิการได้

(2) ข้อค้นพบส่วนใหญ่ที่ได้จากงานวิจัยครั้งนี้พบว่าชีวิตอันปีติทั้งในอดีต ปัจจุบันและอนาคต ล้วนมีความเกี่ยวโยงกับครอบครัว ดังนั้นการเตรียมความพร้อมของครอบครัวหรือการให้ความรู้แก่สมาชิกในครอบครัว รวมไปถึงการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยในด้านต่างๆ โดยผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการของครอบครัวถือว่าเป็นสิ่งที่สำคัญมาก จึงมิใช่การจัดกระทำเฉพาะกับกลุ่มผู้ป่วยเท่านั้น กิจกรรมต่างๆของผู้ป่วยเหล่านี้จำเป็นจะต้องจัดกระทำไปพร้อมกับครอบครัวร่วมด้วย

(3) จากข้อค้นพบในการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยจะมีชีวิตอันมีคุณค่า มีความหมายได้เมื่อเขามีการประกอบอาชีพ มีงานทำ ผู้ป่วยเหล่านี้ล้วนอยากกลับไปทำงาน จึงควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ประกอบอาชีพ โดยอาจจะต้องมีหน่วยงานที่รองรับผู้พิการเหล่านี้เพื่อการรับเข้าทำงาน ในขณะเดียวกันอาจจำเป็นต้องจัดหาแหล่งเงินทุน เพื่อให้เงินกู้ยืมในการปรับอุปกรณ์เพื่อให้เหมาะสมกับการประกอบอาชีพ เช่น การปรับสภาพรถ การแปลงระบบเกียร์โดยเปลี่ยนมาควบคุมด้วยมือในผู้ที่มีภาวะอัมพาตท่อนล่าง นอกจากนี้ ควรมีวิทยากรมาสาธิตการประกอบอาชีพต่างๆ มีการให้คำแนะนำเกี่ยวกับโครงการการฝึกอาชีพรวมไปถึงการให้ข้อมูลของแหล่งฝึกอาชีพต่างๆ รวมทั้งอาจมีการติดต่อหน่วยงานอื่นๆเพื่อประสานงานในการจัดหาอาชีพ เป็นต้น

(4) จากผลของการศึกษา แม้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะสามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น แต่มีผู้ป่วยบางรายที่ไม่สามารถยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนี้ได้ ถึงกับมีความคิดจะฆ่าตัวตาย

ดังนั้นพยาบาลจิตเวช จิตแพทย์ หรือนักจิตวิทยาการปรึกษาจึงจำเป็นต้องมีส่วนสำคัญ ร่วมกับหน่วยงานให้การบำบัดรักษาทางกาย เนื่องจากช่วงเวลาในการรักษานี้ เป็นช่วงเวลาของการปรับตัว อีกทั้งผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกนึกคิดเพื่อเกิดการทำใจยอมรับ การให้บริการการปรึกษาจึงเป็นการช่วยเยียวยาทางด้านจิตใจควบคู่ไปกับการรักษาทางด้านร่างกายไปพร้อมๆกัน

5.2.2 ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

(1) การศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาในขณะที่ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังยังรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล จึงควรมีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่จำหน่ายกลับไปอยู่บ้าน ที่ต้องพบกับสภาพแวดล้อมที่แตกต่างออกไป จึงเกิดข้อคำถามว่าผู้ป่วยจะยังคงมีมุมมองเชิงบวกอยู่หรือไม่ หรือมีความคิดที่เปลี่ยนแปลงไปและสิ่งใดเป็นอุปสรรคต่อความคิด การเปลี่ยนแปลงในการมีมุมมองเชิงบวกนั้นๆ

(2) ในการยอมรับสภาพความเจ็บป่วย เนื่องจากสังคมไทยเป็นสังคมชาวพุทธ และผู้ป่วยเกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ มีเพียง 1 ราย ที่นับถือศาสนาคริสต์ การใช้หลักทางศาสนาเพื่อยึดเหนี่ยวจิตใจ การเชื่อในเรื่องเวรกรรม เหล่านี้ล้วนทำให้เกิดข้อคำถามว่า ศาสนามีส่วนสำคัญต่อการสร้างมุมมองเชิงบวกให้แก่ผู้ป่วยมากขึ้นหรือไม่ อย่างไร

(3) เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ กรณีศึกษาเป็นผู้ชายทั้งหมด จึงควรมีการศึกษาในผู้หญิงโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในผู้หญิงที่มีภาวะเจริญพันธุ์ ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาในกลุ่มเพศหญิง เช่น ประเด็นเกี่ยวกับความคาดหวังในการที่จะสมรส การคลอดบุตร การมีภาระหน้าที่ต้องเลี้ยงดูบุตร หรือการคงบทบาทแม่บ้านเมื่อมีภาวะการเจ็บป่วย

(4) เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกรณีศึกษาที่ยังอยู่ในโรงพยาบาล แต่เนื่องด้วยการมีอารมณ์เชิงบวกหรือมุมมองเชิงบวก ย่อมขึ้นอยู่กับสภาพชุมชน เช่น สังคมชนบทหรือสังคมเมือง ตลอดกับความแตกต่างทางด้านวัฒนธรรม การศึกษาในอนาคตที่คำนึงถึงบริบทเหล่านี้จึงถือว่าจำเป็นยิ่ง

(5) เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับระยะเวลาที่กรณีศึกษาใช้ในการปรับตัวจากความรู้สึกในเชิงลบมาเป็นความรู้สึกเชิงบวก จึงควรมีการศึกษาถึงระยะเวลาในการปรับตัว ทั้งนี้ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินการในการดูแลผู้ป่วย อันจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดมุมมองเชิงบวกขึ้นได้ นอกจากนั้น เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ได้พบว่า กรณีศึกษามักจะเปรียบเทียบตนเองกับผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่มีความเจ็บป่วยในลักษณะเดียวกัน กับทั้งมีการพูดคุย ปรึกษาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นแก่กันและกัน ดังนั้น เพื่อให้เกิดมุมมองเชิงบวกแก่ผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยด้วยกันเองจึงอาจเป็นบุคคลที่สำคัญที่จะช่วยให้เกิดมุมมองเชิงบวกในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังได้

(6) จากการที่การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการถามคำถามเพื่อหยั่งถึง (probe) มุมมองเชิงบวกของผู้ป่วย ซึ่งวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลดังกล่าวนี้ อาจมีผลแทรกแซงต่อข้อมูลที่ได้รับจากกรณีศึกษาเกี่ยวกับมุมมองเชิงบวกได้ เช่น ผู้ป่วยอาจเกิดมุมมองเชิงบวกเพิ่มมากขึ้น การศึกษาในอนาคตจึงอาจเปลี่ยนวิธีการในการเข้าถึงข้อมูลด้วยการใช้วิธีอื่นๆ เช่น การบันทึกประจำวันด้วยตัวผู้ป่วยเอง (diaries) เป็นต้น

มุมมองเชิงบวกในชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง
POSITIVE PERSPECTIVES IN THE LIVES OF SPINAL CORD INJURED PATIENTS

ปาริฉัตร ดอกไม้ 5336396 SHMS/M

ศศ.ม. (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: วีณา ศิริสุข, Dr.P.H., ลือชัย ศรีเงินยวง, Ph.D., ชลเวช ชวศิริ, พ.บ. ว.ว. (ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบาดเจ็บไขสันหลัง เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะอัมพาต ไม่ว่าจะเป็นภาวะอัมพาตของร่างกายส่วนล่างและขาทั้ง 2 ข้าง (paraplegia) หรือภาวะอัมพาตทั้งแขน ขา และลำตัว (quadriplegia) ล้วนทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความสูญเสียที่เกิดขึ้น การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย การสูญเสียความรู้สึก การเคลื่อนไหวและการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ของร่างกายเหล่านี้ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยเปลี่ยนจากที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้กลับกลายเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น (ขนิษฐา เทวินทรภักติ, 2540) นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อด้านจิตใจและสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในด้านความคิดความรู้สึกที่มีต่อความพิการของตนเอง การสูญเสียภาพลักษณ์ สูญเสียหน้าที่และบทบาทในครอบครัว บทบาททางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง อีกทั้ง การไม่สามารถประกอบอาชีพได้ดังเดิม ก่อให้เกิดการขาดรายได้ และเป็นปัญหาเศรษฐกิจตามมา (Richmond and Metcalf, 1986; Zejdlik, 1992)

อย่างไรก็ตาม ในท่ามกลางความทุกข์ของผู้ป่วยก็ต้องมีความสุขแอบแฝงอยู่ แทรกอยู่ หรือทำให้เกิดขึ้นได้ แม้การที่ผู้ป่วยมีภาวะอัมพาต หรือพบกับปัญหาหรือวิกฤตของชีวิต แต่ความสุขก็ยังมิได้หายไปจากชีวิต ด้วยความเป็นมนุษย์ก็ยังไม่จบลงเพียงเท่านี้ หัวใจยังสามารถเต้นได้ สมองยังสามารถสั่งการทำงานได้ ชีวิตยังสามารถอยู่ต่อไปได้ ดังนั้น จากแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก (Seligman, 2002) การเข้าใจและช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง เฉพาะอย่างยิ่ง ที่อยู่ใน

ภาวะอัมพาตมีมุมมองเชิงบวก อันได้แก่ การมีชีวิตอันปีติ ชีวิตอันดีงาม ชีวิตอันมีคุณค่า และมีความหมายในผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความสำคัญยิ่ง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่างานวิจัยที่เกี่ยวกับมุมมองเชิงบวกของผู้ป่วยในประเทศไทยมีน้อยมาก โดยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาถึงการเผชิญกับความเครียด ความท้อแท้ และความสิ้นหวังของผู้ป่วย (วนิดา ไวกิตติพงษ์, 2546) การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับมุมมองเชิงบวกในชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่มีภาวะอัมพาต อันจะช่วยให้ทราบถึงความคิด อารมณ์ และความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาตนเอง การสร้างความสุขในครอบครัว และการมีส่วนร่วมในการสร้างประโยชน์ในสังคมของผู้ป่วย โดยคาดหวังว่าผลการวิจัยนี้จะเป็นแนวทางในการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตแก่ผู้ป่วยอันจะย้อนกลับมาสู่สังคมโดยรวมได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเข้าใจโครงสร้างเชิงสันนิษฐานหรือองค์ประกอบของมุมมองเชิงบวกในชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง โดยใช้กรอบแนวคิดจากสำนักคิดจิตวิทยาเชิงบวก (positive psychology)

วัตถุประสงค์เฉพาะของการวิจัย

1. เพื่อศึกษามุมมองเกี่ยวกับชีวิตอันปีติ (pleasant life) ของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง
2. เพื่อศึกษามุมมองเกี่ยวกับชีวิตที่มีความดีงาม (engaged life or good life) ของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง
3. เพื่อศึกษามุมมองเกี่ยวกับชีวิตที่มีคุณค่า มีความหมาย (meaningful life) ของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษามุมมองชีวิต จากแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกในชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังและมีการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บไขสันหลังในขณะอยู่โรงพยาบาล โดยผู้ป่วยยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย ขณะที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยบาดเจ็บทางกระดูกสันหลัง (Spinal Unit) อย่างต่อเนื่อง จนถึงระยะฟื้นฟู ของภาควิชา

ศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลศิริราช การเก็บรวบรวมข้อมูลอยู่ในช่วงระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2555

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศิริราชเท่านั้น จึงอาจไม่ครอบคลุมไปถึงผู้ป่วยที่มีเศรษฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลอื่นๆ โดยเฉพาะในโรงพยาบาลเอกชนได้

ทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยเรื่องมุมมองเชิงบวกในชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง มีขอบเขตการศึกษาตามแนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังนี้

(1) แนวคิดเกี่ยวกับจิตวิทยาเชิงบวก ในด้านชีวิตอันปีติ ชีวิตที่มีความดีงาม และชีวิตที่มีคุณค่า มีความหมาย

(2) แนวคิดเกี่ยวกับการบาดเจ็บไขสันหลังและภาวะอัมพาต ความหมาย สาเหตุและประเภทของการบาดเจ็บไขสันหลัง รวมถึงผลและผลกระทบของการบาดเจ็บทางไขสันหลัง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษารายกรณี (case study) เพื่อเข้าใจมุมมองเชิงบวกในชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง โดยใช้กรอบแนวคิดจากสำนักคิดจิตวิทยาเชิงบวก (positive psychology)

การศึกษารายกรณีในครั้งนี้ได้ดำเนินการโดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ด้วยการใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth interview) และการสังเกตอย่างไม่มีส่วนร่วม(non-participant observation) ในหอผู้ป่วยบาดเจ็บทางกระดูกสันหลัง โรงพยาบาลศิริราช ซึ่งผู้วิจัยได้ปฏิบัติงานอยู่ เพื่อให้ผู้วิจัยสามารถเข้าใจเกี่ยวกับมุมมองต่างๆในชีวิต ร่วมกับการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ในระยะเวลาที่นานเพียงพอ โดยในช่วงเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูลมีผู้ป่วยเพียง 8 รายที่เข้าอยู่ในเกณฑ์ของการเลือกเป็นรายกรณีศึกษา และทุกคนยินดีให้เก็บข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลได้กระทำไปพร้อมๆกับการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยอ่านข้อมูลที่ได้จากการถอดข้อความที่บันทึกไว้ นำมาตัดตอนและหยิบยกข้อความที่มีความสำคัญ จากนั้นทำการจัดหมวดหมู่ของแนวเรื่อง ในลักษณะที่มีนัยของความหมายในแนวทางเดียวกันมารวมเข้าไว้ด้วยกัน โดยจัดเป็นแนวเรื่องใหญ่และแนวเรื่องย่อย

ผลการศึกษา

จากกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาในครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังกรณีศึกษาเป็นเพศชายทั้งหมด อยู่ในวัยผู้ใหญ่จนถึงวัยสูงอายุ ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษา ก่อนเกิดการบาดเจ็บไขสันหลังทำอาชีพเกษตรกรรม รับจ้างและนักศึกษา สาเหตุของการบาดเจ็บส่วนใหญ่เกือบทั้งหมดเกิดจากอุบัติเหตุทางยานพาหนะและอุบัติเหตุจากกการทำงาน โดยมีผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตท่อนล่างจำนวน 5 ราย และอัมพาตทั้งตัวจำนวน 3 ราย

มุมมองเกี่ยวกับชีวิตอันปีติ

ในการศึกษาครั้งนี้ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกต พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังมีชีวิตอันปีติในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต โดย**ความปีติในอดีต**เกิดขึ้นจากการได้ทำกิจกรรมที่ชื่นชอบ ได้เล่นสนุกสนานอยู่กับธรรมชาติ การได้อยู่รวมกันเป็นครอบครัวในวัยเด็ก ถึงแม้ครอบครัวจะมีฐานะยากจน แต่ก็ก่อให้เกิดเป็นความสุขขึ้นได้ นอกจากนี้ ความปีติในวัยเยาว์ยังเกิดจากการได้ของรางวัล การได้กินของอร่อยหรือการได้ของเล่นชิ้นใหม่ สำหรับชีวิตอันปีติในวัยทำงาน ความปีติมักมาจากความสำเร็จในด้านการทำงาน การมีความรัก การแต่งงานสร้างครอบครัว รวมไปถึงการได้เห็นลูกเติบโตก้าวหน้าและประสบความสำเร็จ และชีวิตอันปีติในยามสูงวัย จะมาจากการได้เห็นลูกหลานมีความสุข มีหน้าที่การงานที่ดี ส่วน**ชีวิตอันปีติในปัจจุบัน** แม้ความปีติจะไม่เกิดขึ้นในช่วงแรก แต่เมื่ออารมณ์เชิงลบได้ลดลงหรือค่อยๆหมดไป การเริ่มคลี่คลาย ทำใจยอมรับการเปลี่ยนแปลงได้ ในการยอมรับทำใจได้นั้น อาจเกิดจากการเปรียบเทียบกับผู้ป่วยรายอื่นที่รุนแรงกว่าตน การมีบุคคลให้กำลังใจ หรือแม้แต่ความเชื่อทางศาสนา การเชื่อว่าเป็นโชคชะตา บุญกรรมหรือการฟาดเคราะห์ก็ทำให้เกิดการยอมรับในสภาพของตนเองได้มากขึ้น นอกจากนี้ความปีติในปัจจุบัน ยังเกิดจากความดีใจจากการที่ยังไม่ตาย การมีชีวิตรอด อีกทั้งยังเกิดความภาคภูมิใจที่สามารถกระทำกิจกรรมต่างๆได้ด้วยตนเอง ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น หรือพึ่งพิงผู้อื่นให้น้อยที่สุด ซึ่งสิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดเป็นความสุขขึ้นได้ สุดท้าย **ชีวิตอันปีติในอนาคต** มักเกิดจากวิธีคิดและความคาดหวังของบุคคล การเชื่อว่ายังมีคนคอยดูแล หรือเชื่อว่าตนนั้นจะประกอบอาชีพได้ ไม่ว่าจะเป็นการคงสภาพการทำงานเดิมหรือการปรับเปลี่ยนงานใหม่โดยใช้พื้นฐานเดิมที่มีอยู่ในตัวเป็นทุนได้

มุมมองเกี่ยวกับชีวิตที่มีความดีงาม

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังมองว่าตนมีชีวิตที่มีความดีงาม ส่วนหนึ่งเกิดจากการมีร่างกายที่ยังเคลื่อนไหว ใช้การได้อยู่ แม้จะเป็นการเคลื่อนไหวโดยใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือก็ตาม นอกจากนี้ยังมีชีวิตที่ดีงามเพราะมีบริบทรอบข้างดี ครอบครัวดี โดยจำแนกออกเป็นลักษณะทางกายภาพของครอบครัว หรือการที่ครอบครัวมีฐานะร่ำรวย มีทรัพย์สมบัติ สามารถสนับสนุนดูแลผู้ป่วยได้ และลักษณะทางคุณภาพครอบครัว ด้วยการแสดงถึงความสัมพันธ์ของสมาชิกภายในครอบครัว แม้ว่าครอบครัวนั้นๆจะไม่ได้มีฐานะที่ร่ำรวย แต่ก็เป็นครอบครัวที่สมาชิกคอยดูแลช่วยเหลือกัน ไม่ทอดทิ้งกัน มีสมาชิกในครอบครัวอยู่กันครบ นอกจากความดีงามด้านครอบครัวแล้ว ผู้ป่วยยังมีชีวิตที่ดีงาม ที่เกิดจากทุนในตัวของผู้ป่วยเอง การมีความรู้ความสามารถ ประสบการณ์และความพยายาม อีกทั้งการมีชีวิตที่ดีงามที่เกิดจากทุนในตัวยังหมายถึงการมีพฤติกรรมและการคิดที่ดี การมีมุมมองความคิดเปลี่ยนแปลงไปในแบบที่ดีขึ้น และสุดท้าย ชีวิตอันดีงามยังเกิดจากการมีความสงบทางจิตใจ หรือเป็นการที่ชีวิตเปลี่ยนมาอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี เป็นชีวิตที่สงบจนเกิดเป็นความดีงามขึ้นได้

มุมมองเกี่ยวกับชีวิตที่มีคุณค่า มีความหมาย

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยมีชีวิตที่มีคุณค่า อันเนื่องจากตัวเองได้ให้คุณค่า ด้วยการมองเห็นศักยภาพที่มีอยู่ในตน การมองว่าตนนั้นไม่เป็นภาระของผู้อื่น อีกทั้งยังสามารถเป็นที่พึ่งของคนในครอบครัวได้ ไม่ว่าจะเป็นการอยู่เป็นเพื่อน เป็นกำลังใจ หรือเป็นผู้ให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษาแก่ผู้อื่น การให้คุณค่าแก่ตนเองนี้ ส่วนสำคัญส่วนหนึ่งเกิดจากการที่ตนสามารถประกอบอาชีพ สร้างรายได้เพื่อจุนเจือครอบครัวได้ นอกจากนี้แล้ว กรณีศึกษายังอธิบายว่า ชีวิตของตนมีคุณค่า มีความหมายด้วยการมีผู้อื่นให้คุณค่า และที่สำคัญคือ การยังคงบทบาทสมาชิกในครอบครัว เช่น ยังคงเป็นพ่อ เป็นลูก เป็นน้อง และนี่เองก่อให้เกิดเป็นความอบอุ่นในครอบครัว อย่างไรก็ตาม การที่ผู้อื่นจะให้คุณค่าแก่ผู้ป่วย ยังเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีทุนในตัวเองด้วย เช่น ผู้ป่วยยังให้คำปรึกษา ให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ ยังอยู่เป็นเพื่อนกับสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ จนถึงผู้ป่วยยังสามารถทำงานทำประโยชน์ให้ได้นั่นเอง

อภิปรายผลการศึกษา

ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 8 รายในการศึกษานี้เป็นชายทั้งหมด อยู่ในวัยผู้ใหญ่จนถึงวัยสูงอายุ (อายุต่ำสุด 23 ปี สูงสุด 60 ปี) สาเหตุการบาดเจ็บไขสันหลังมีทั้งเกิดจากอุบัติเหตุทางรถยนต์และรถจักรยานยนต์ (จำนวน 5 ราย) และอุบัติเหตุจากการทำงาน คือ ช่างซ่อมลิฟต์ ช่างก่อสร้าง (2 ราย) และจากผลของการก่ออาชญากรรม (1 ราย) ลักษณะทางประชากรและสาเหตุของการบาดเจ็บไขสันหลังของกรณีศึกษานี้มีความสอดคล้องกับรายงานการเกิดอุบัติการณ์การบาดเจ็บทางไขสันหลังในช่วง 10 ปี (พ.ศ. 2529-2538) ของโรงพยาบาลศิริราช ที่พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยมีอัตราเพศชายต่อเพศหญิงประมาณ 4:1 และสาเหตุที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ อุบัติเหตุจากยานพาหนะ (ชลเวช ชวศิริ, 2541) นอกจากนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ กรณีศึกษาส่วนใหญ่มีการศึกษาเพียงระดับมัธยมศึกษา (ก่อนเกิดการบาดเจ็บทางไขสันหลัง) มีอาชีพเกษตรกรรมและอาชีพรับจ้าง ซึ่งมีความเสี่ยงในการทำงาน ไม่ว่าจะเป็นการต้องไปอยู่ในที่สูง หรือการขับขี่ยานพาหนะในระหว่างประกอบอาชีพ เป็นต้น

ภายหลังเกิดอุบัติเหตุหรือได้รับการบาดเจ็บทางไขสันหลัง อันก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในระบบต่างๆ ผู้ป่วยกรณีศึกษามีภาวะอัมพาตหรือการสูญเสียการเคลื่อนไหวในส่วนของร่างกายหรือขาทั้งสองข้าง โดยกรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะอัมพาตทั้งตัว จำนวน 3 ราย อีก 5 ราย เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะอัมพาตท่อนล่าง เมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะอัมพาต นอกจากจะส่งผลต่อความสามารถในการเคลื่อนไหวแล้ว ยังส่งผลต่อระบบผิวหนัง การมีผิวหนังที่บางและขาดเลือดไปเลี้ยง ย่อมก่อให้เกิดเป็นแผลกดทับได้ง่าย จากการศึกษาพบว่ามีกรณีศึกษา 1 ราย ที่เข้ารับการรักษาภายในหอผู้ป่วยด้วยแผลกดทับ นอกจากนี้ การเกิดภาวะอัมพาตยังส่งผลต่อระบบขับถ่ายปัสสาวะและระบบขับถ่ายอุจจาระ ซึ่งมีความสำคัญต่อชีวิตของผู้ป่วย จากการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยจำนวน 2 ราย ที่ได้รับการส่งตัวให้มารักษาเพื่อตรวจระบบทางเดินปัสสาวะ ผู้ที่มีภาวะอัมพาตส่วนใหญ่จึงต้องใส่สายปัสสาวะชนิดสวนคาไว้ สำหรับการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยจำนวน 7 ราย ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ มีผู้ป่วยเพียง 1 ราย ที่ทำการสวนปัสสาวะเป็นครั้งคราวด้วยตัวเองได้ จากการศึกษาของ Kannankeril และคณะพบว่า ร้อยละ 59.7 ของผู้ที่ทำการสวนปัสสาวะเป็นครั้งคราว จะไม่พบการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (Kannankeril et al., 2011) แต่ผู้ที่ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้จะส่งผลให้เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะนี้เป็นสาเหตุการตายส่วนใหญ่ของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง (Leoni and De Ruz, 2003) ส่วนระบบการขับถ่ายอุจจาระ ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายอุจจาระได้ สิ่งเหล่านี้เป็นผลมาจากการเกิดพยาธิสภาพของไขสันหลังระดับกระเบนเหน็บที่ 2-4 หรือระดับรากประสาทส่วน

หางม้า ทำให้ เกิดการสูญเสียการควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อหูรูด อันก่อให้เกิดปัญหาอุจจาระอัดแน่นได้ (Somers, 2010)

จากการศึกษาครั้งนี้ยังพบอีกว่า ผู้ป่วยต้องใช้ระยะเวลาที่จะยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยมีผู้ป่วยรายหนึ่งเกือบไม่สามารถที่จะยอมรับในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ถึงขั้นมีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย ทั้งนี้ได้พบเช่นเดียวกับในสังคมชาวอังกฤษ โดยการศึกษาของ Harris และคณะ (1996) ที่ศึกษาในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังจำนวน 366 ราย พบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 11 ราย มีความพยายามฆ่าตัวตาย (Harris et al., 1996)

การมีภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป การขยับเขยื้อนเคลื่อนไหวส่วนของร่างกายไม่ได้ หรือเดินไม่ได้ ล้วนส่งผลต่อจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย เกิดภาวะทางจิตใจ เศร้า เสียใจ กรณีศึกษาบางรายรู้สึกอาย ไม่กล้าออกไปไหน ต้องตกเป็นเป้าสายตาคนอื่น ทำให้เกิดการสูญเสียความมั่นใจและความภาคภูมิใจในตนเอง ดังกรณีศึกษารายหนึ่ง ไม่สามารถยอมรับในการเคลื่อนไหวไม่ได้นี้จนมีความคิดจะฆ่าตัวตาย ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของธัญลักษณ์ วัฒนาเฉลิมยศ (2552) ที่ศึกษาประสบการณ์การปรับตัวของผู้ที่สูญเสียการมองเห็น และความทุกข์ใจจากการสูญเสียการมองเห็น ผู้สูญเสียการมองเห็นมีการเล่าถึงความรู้สึกว่าตนเองแตกต่างจากคนกลุ่มใหญ่ของสังคม โดยรู้สึกว่าตนเองถูกเปลี่ยนสถานะมาเป็นคนกลุ่มเล็กๆของสังคม ทำให้เกิดความรู้สึกแปลกแยกออกมาจากคนรอบข้าง ยิ่งไปกว่านั้น กรณีศึกษาส่วนใหญ่มีความคิดที่จะฆ่าตัวตายเพื่อที่จะหนีจากการยอมรับความจริงที่เจ็บปวด จนบางรายมีการคิดเตรียมการในการฆ่าตัวตาย (ธัญลักษณ์ วัฒนาเฉลิมยศ, 2552)

ในด้านสังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วยภายหลังภาวะอัมพาต ผู้ป่วยมักไม่สามารถประกอบอาชีพเดิมต่อไปได้ จากการศึกษาครั้งนี้ก็เช่นกัน พบว่า ภายหลังเกิดอุบัติเหตุ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถกลับไปประกอบอาชีพเดิมได้ทันที การมีร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้ต้องปรับเปลี่ยนอาชีพใหม่ ให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย อย่างไรก็ตาม ในการศึกษานี้พบว่า มีผู้ป่วยเพียง 2 ราย ที่สามารถทำงานระหว่างที่พักรักษาตัวขณะอยู่ในโรงพยาบาลได้ กระนั้นก็ตาม สำหรับผู้ป่วยรายอื่นอีก 3 ราย ก็พบว่าผู้ป่วยคาดหวังว่าจะสามารถประกอบอาชีพได้ในอนาคต และยังพบอีกว่าการที่ผู้ป่วยคาดว่าจะสามารถประกอบอาชีพได้นั้น ต้องอาศัยอุปกรณ์หรือเครื่องพยุงต่างๆเพื่ออำนวยความสะดวก เช่น การใส่เครื่องพยุงขาทั้ง 2 ข้างในการช่วยเดิน การแปลงเกียร์ยานพาหนะโดยควบคุมด้วยมือ หรือแม้กระทั่งการใช้รถเข็น รวมทั้งโทรศัพท์มือถือและผู้ช่วย (เช่น ภรรยาคอยจดคำสั่งซื้อ) เป็นต้น ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาของธัญพร ชื่นกลิ่น (2543) ที่ศึกษาประสบการณ์การมีชีวิตอยู่อย่างอัมพาตท่อนล่าง โดยผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงการมีรถเข็นที่ผ่อนแรงในการเคลื่อนที่ ให้ได้รับความสะดวกสบายและสามารถพึ่งตนเองได้ในการดำเนินชีวิต (ธัญพร ชื่นกลิ่น, 2543)

มุมมองเกี่ยวกับชีวิตอันปีติ

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเมื่อประสบกับภาวะอัมพาต แต่ก็สามารถมีชีวิตอันปีติเกิดขึ้นได้ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากความรู้สึกในอดีตที่ส่งผลมาถึงอารมณ์ในปัจจุบัน โดยเมื่อผู้ป่วยกรณีศึกษาทุกราย กล่าวถึงชีวิตของตนเองหรือประสบการณ์ในอดีต ก็มักจะเล่าด้วยรอยยิ้มในทำนองว่า วัยเด็กของตนล้วนมีชีวิตที่มีความสุข สนุกสนาน แม้ว่าครอบครัวจะมีฐานะยากจน มีชีวิตค่อนข้างลำบาก แต่การได้เล่นซน การได้อยู่ร่วมกันของสมาชิกในครอบครัว ก่อให้เกิดเป็นความสุขหรือความปีติขึ้นได้ ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาของดุษฎี โยเหลาและคณะ (2545) ที่พบว่าการมีความสุขในครอบครัว ส่วนหนึ่งมาจากความใกล้ชิดผูกพันหรือความยึดเหนี่ยวระหว่างสมาชิกในครอบครัว อีกทั้งครอบครัวยังเป็นแหล่งสนับสนุนด้านเศรษฐกิจ สังคมและอารมณ์ให้กับสมาชิกอีกด้วย (ดุษฎี โยเหลาและคณะ, 2545) ยิ่งไปกว่านั้น ในการศึกษาของสาลิกา โค้วบุญงาม (2533) ที่ศึกษาความพึงพอใจในชีวิตของผู้ใหญ่วัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร ก็พบเช่นกันว่าการระลึกถึงความหลังมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับความพึงพอใจในชีวิต ถึงแม้ในความเป็นจริงแล้วชีวิตของคนเราแต่ละคนมิได้สมบูรณ์ไปหมดทุกอย่าง ย่อมมีทั้งความสำเร็จและความล้มเหลว ความสมหวังและความผิดหวัง แต่สำหรับผู้ใหญ่วัยกลางคน เมื่อได้หวนนึกถึงความหลังแล้ว ส่วนใหญ่มีแนวโน้มไปในทางรู้สึกสดชื่น มีความสุข พอใจกับอดีตเหล่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่า ในอดีต แม้จะมีความยากจน มีชีวิตค่อนข้างลำบาก ก็สามารถมีความสุขหรือความปีติได้ ทั้งนี้อาจเนื่องจากสภาพแวดล้อมในอดีต ความเป็นชนบท ความสุขสงบจากธรรมชาติ ประกอบกับความรักใคร่กลมเกลียวระหว่างสมาชิกในครอบครัว และเช่นเดียวกัน การมีความสุขตามวัย เมื่อเติบโตเป็นวัยผู้ใหญ่ ก็ได้มาจากการแสวงหาความสำเร็จ การสร้างอนาคต การสร้างครอบครัว และเมื่อถึงวัยสูงอายุก็จะมีความปีติจากการที่ได้เห็นลูกหลานได้ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวีณา ศิริสุขและคณะ (2542) ที่พบว่าความสุขของผู้สูงอายุคือสุขที่ได้เห็นความสำเร็จและความเจริญของลูกหลาน สุขที่ลูกหลานเป็นคนดี

เมื่อกล่าวถึงชีวิตในวัยเด็ก การได้ทำกิจกรรมที่ชื่นชอบกับกลุ่มเพื่อน ได้เล่นสนุกสนาน อยู่อย่างธรรมชาติ โดยถึงแม้การกระทำบางสิ่งจะเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้องก็ตาม เช่น การชักชวนกันไปซ่องสุมเพื่อเสพยา การชวนกันหนีโรงเรียนเพื่อไปยิงนก ตกปลา สิ่งเหล่านี้กลับก่อให้เกิดเป็นความสุขขึ้นได้เมื่อหวนคิดไปในวัยเด็ก ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับความสำคัญของกลุ่มเพื่อนต่อการพัฒนาบุคลิกภาพของวัยเด็กตอนกลางที่ว่า กลุ่มเพื่อนร่วมวัยมีบทบาทอย่างมากต่อชีวิต โดยเมื่อเด็กเริ่มเปลี่ยนสังคมจากที่บ้านมาสู่สังคมที่โรงเรียน การรวมกลุ่มกับเพื่อนร่วมวัยหลายๆคนให้ความรู้สึกอบอุ่นใจ สนุกสนาน การที่วัยรุ่นต้องการเข้าร่วมกลุ่ม จึงพยายามหาวิธีปฏิบัติเพื่อให้เพื่อนรับเข้าร่วมกลุ่ม (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2545) นอกจากนี้ยังมี

การศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ในวัยเด็กที่พบว่าความเกี่ยวพันกับครอบครัวและเพื่อน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณอย่างมีนัยสำคัญ (Ellison, 1983)

การที่กรณีศึกษาเป็นผู้บาดเจ็บไขสันหลังที่มีภาวะอัมพาต นับเป็นเหตุการณ์ที่ร้ายแรงในชีวิตและเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน เช่น การเกิดอุบัติเหตุจากยานพาหนะดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น หรือการประกอบอาชีพจากการทำงาน การตกจากที่สูง การถูกผู้อื่นทำร้าย ทั้งหมดเป็นเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิด โดยการศึกษาครั้งนี้ กรณีศึกษามักจะพูดว่า “เหตุการณ์นี้ไม่น่าจะเกิดขึ้น” หรือ “เป็นคราวซวยของชีวิต” บางคนถึงกับมีความรู้สึกโกรธแค้น กล่าวโทษผู้อื่นว่าเป็นสาเหตุให้ตนต้องพบกับเหตุการณ์เช่นนี้ ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับขนิษฐา เทวินทรภักติ (2540) ที่สรุปว่าเมื่อบุคคลพบกับเหตุการณ์อันร้ายแรงในชีวิต โดยเฉพาะกรณีที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันหรือเกิดจากอุบัติเหตุ ส่วนใหญ่เมื่อบุคคลเริ่มรับรู้จะยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นไม่ได้ทันทีเพราะความจริงที่เกิดขึ้นนำมาซึ่งความขมขื่น หลายคนถึงกับคิดว่าตายดีกว่า ต้องการพยายามฆ่าตัวตายหรือเกิดปฏิกิริยาต่างๆ เช่น โกรธแค้นตัวเอง โกรธแค้นผู้อื่นและโชคชะตา มีอาการโศกเศร้าทุกข์ทรมาน และความรู้สึกโดดเดี่ยว (ขนิษฐา เทวินทรภักติ, 2540) ข้อค้นพบนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Quigley (1976) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ที่สูญเสียความสามารถทางกายว่ามีการตอบสนองต่อภาวะจิตใจ ด้วยไม่รับรู้การสูญเสียที่เกิดขึ้น และมีความวิตกกังวลอย่างมาก และความกังวลนี้อาจส่งผลให้บุคคลปิดกั้นหรือปฏิเสธความจริงที่เกิดขึ้น ดังนั้น กลไกการป้องกันหรือการควบคุมอารมณ์ จึงมีส่วนช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ อีกทั้งระยะเวลาของการเจ็บป่วยก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวที่ดีขึ้นได้ (Quigley, 1976)

แม้จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความปีติจะไม่เกิดขึ้นในช่วงแรก แต่หลังจากนั้น ภาวะอันปีติก็สามารถเกิดขึ้นได้ ด้วยเกิดเป็นการยอมรับหรือทำใจได้ ทั้งนี้อาจมาจากการยังมีร่างกายที่ใช้การได้บางส่วน ดังกรณีตัวอย่างที่กล่าวว่า “ขาทั้งสองข้าง ใช้การไม่ได้ไม่เป็นไร เรายังมีแขนที่สามารถนำพาชีวิตเราไปไหนมาไหนได้” ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวัชรี อมรโรจน์วรวุฒิ (2543) ที่ทำการศึกษาความรู้สึกโศกเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง ที่พบว่าผู้ป่วยสามารถปรับตัวปรับใจยอมรับสภาพความพิการของตนเองได้ รู้สึกว่าตนเองยังโชคดีที่ไม่ตาย ยังสามารถใช้แขนได้ และถึงแม้ว่าจะเดินไปไหนมาไหนเองไม่ได้ และต้องใช้รถเข็นก็ตาม

ในการศึกษาครั้งนี้มีกรณีศึกษา 7 ราย นับถือศาสนาพุทธ และมีเพียง 1 ราย ที่นับถือศาสนาคริสต์ แต่ก็ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมไทย ซึ่งได้รับอิทธิพลจากศาสนาพุทธ พระพุทธศาสนาเป็นศาสนาที่คนไทยนับถือเป็นศาสนาประจำชาติมาเป็นเวลาช้านาน ความคิดความเชื่อทางพระพุทธศาสนาได้หยั่งรากฝังลึกอยู่ในจิตใจของคนไทยและมีอิทธิพลต่อวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันของคนไทยอย่างเห็นได้ชัด ความคิดและความเชื่อในพระพุทธศาสนาทำให้คนไทย

เป็นคนใจบุญ มีจิตเมตตาเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ต่อผู้อื่น และรู้จักการให้อภัย (ทิศนา แขมมณีและคณะ, 2535) ดังนั้นการยอมรับหรือทำใจได้อาจเกิดจากการใช้ศาสนาและวัฒนธรรม การเชื่อเรื่องเวรกรรม โชคชะตา เพื่อให้ตนเอง (ผู้ป่วยกรณีศึกษา) ยอมรับความพิการที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะผู้ที่นับถือศาสนาพุทธ มักมีความเชื่อว่าเวรกรรมที่ทำมาในอดีต ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยหรือพิการในปัจจุบัน ในชาตินี้ (สุมานี ศรีกำเหนิด, 2552; ธัญพร ชื่นกลิ่น, 2543; พวงผกา รอดฉวาง, 2544) จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ในการยอมรับความเจ็บป่วย กรณีศึกษาได้ใช้หลักความเชื่อทางศาสนาเข้ามาช่วยเพื่อยึดเหนี่ยวจิตใจและทำให้เกิดความสงบ โดยเชื่อว่าการประสบอุบัติเหตุในครั้งนี้ ขึ้นอยู่กับบุญกรรมที่ตนทำมา ข้อค้นพบนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของสุจินดา ยิ่งรักศรีศักดิ์ (2547) ที่ศึกษาในผู้ป่วยสูญเสียอวัยวะแขนขา โดยพบว่ามีการใช้กลไกความเชื่อตามหลักพุทธศาสนาด้วยการคิดว่าเป็นเวรเป็นกรรมที่ต้องทนต่อไป นอกจากนั้น ในการยอมรับทำใจได้ ยังอาจมาจากการเห็นสภาพคนที่เป็นแบบเดียวกับตนหรือคนเป็นหนักกว่าตน ซึ่งข้อค้นพบนี้ก็พบในงานวิจัยของธัญพร ชื่นกลิ่น (2543) ด้วย

จากการศึกษาครั้งนี้ ความปีติในปัจจุบันยังมาจากการทำกิจกรรม ในขณะที่อยู่โรงพยาบาล การทำกิจวัตรประจำวัน การฝึกกายภาพบำบัด เพื่อประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วยเอง ทั้งนี้ความปีติส่วนหนึ่งยังเกิดจากทีมนักกายภาพบำบัดและพยาบาลที่มีความสำคัญต่อการฟื้นฟูของผู้ป่วย ดัง Rintala และคณะ (1996) ได้เสนอว่า พยาบาลสามารถทำให้เกิดสภาพแวดล้อมที่ดีต่อตัวผู้ป่วยได้ยิ่งไปกว่านั้น จากการที่หอผู้ป่วยบาดเจ็บทางกระดูกสันหลังมีการเปิดโอกาสให้ญาติเข้ามาเยี่ยมได้ รวมทั้งได้มาฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นการเช็ดตัว การทำความสะอาดสายสวนปัสสาวะ การเรียนรู้วิธีการทำกายภาพบำบัด เพื่อสามารถปฏิบัติภายหลังจากได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว ย่อมทำให้ผู้ป่วย/กรณีศึกษาเกิดความรู้สึกอบอุ่นด้วยได้รับความดูแลจากญาติที่ตนรัก นอกเหนือจากการดูแลของพยาบาล อีกทั้งภายในหอผู้ป่วยยังมีการจัดมุมรับแขก มุมอ่านหนังสือ สวนหย่อม มุมที่ให้ผู้ป่วยได้มองออกไปดูโลกภายนอกเพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน อ่านหนังสือ เพื่อให้เกิดความรู้สึกสงบ และยังมีโทรทัศน์สำหรับผู้ป่วยเพื่อเป็นการผ่อนคลายอีกด้วย กล่าวโดยสรุปสภาพแวดล้อมทั้งทางกายภาพและสภาพแวดล้อมทางสังคมถือว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตอันปีติได้ แม้ว่าจะยังอยู่ในโรงพยาบาล นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังมีความหวังอีกด้วย โดยการคาดหวังว่าเมื่อตนออกจากโรงพยาบาลแล้ว จะยังมีคนคอยดูแล เนื่องจากว่าแม้ตนอยู่ในโรงพยาบาลก็มีญาติมาดูแล ด้วยความรักใคร่ห่วงใยเสมอ

ความหวังเป็นกระบวนการคิดของมนุษย์ โดยมองจากสิ่งที่ไม่ดีกลายเป็นสิ่งที่ดี มองสิ่งที่ไม่สวยงามกลายเป็นสิ่งที่สวยงาม มองสิ่งที่ลบให้กลายเป็นบวก การมีความหวังเป็นการคิดที่มีเป้าหมาย โดยบุคคลที่มีความหวังจะมีความพยายามเพื่อนำตนไปสู่หนทางที่จะบรรลุเป้าหมาย อันอาจกลับมาเป็นแรงจูงใจเพื่อไปสู่จุดมุ่งหมายได้ นั่นคือผู้มีมุมมองและอารมณ์เชิงบวกมักจะมี

ความหวังและคิดในแง่ของความสำเร็จมากกว่าบุคคลที่มีอารมณ์และมุมมองเชิงลบ (Synder, Lopez and Pedrotti, 2011) ปรากฏการณ์เช่นนี้พบในการศึกษาครั้งนี้ โดยพบว่าผู้ป่วยถึงแม้จะมีภาวะอัมพาต แต่ก็ยังมีอารมณ์เชิงบวก ยังคงมีความหวังได้ แม้จะเป็นการคาดหวังในเรื่องเล็กน้อย เช่น หวังเพียงเพื่อยังหายใจเองได้ หวังเพียงแค่สามารถรับประทานอาหารเองได้ หรือหวังว่าจะได้ออกไปนอกอาคาร ความหวังเหล่านี้มักตั้งอยู่บนพื้นฐานแห่งความเป็นจริง ไม่ได้ตั้งอยู่บนความเลื่อนลอย การที่กรณีศึกษามีความหวังนับเป็นความสำคัญต่อความสุขในชีวิตของผู้ป่วย ทั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา ศิริวราลัย (2536) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความหวังและการปรับตัวในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก และพบว่าผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่มีความหวังมากจะมีการปรับตัวได้ดี ส่วนผู้ป่วยที่มีความหวังน้อยจะมีการปรับตัวไม่ดีหรือปรับตัวไม่เหมาะสม

ในส่วนของชีวิตอันปีติในอนาคต การที่กรณีศึกษามีความคาดหวังว่าจะได้ออกจากโรงพยาบาลเพื่อกลับไปอยู่บ้าน อยู่เป็นเพื่อนภรรยา อยู่ท่ามกลางญาติพี่น้อง อีกทั้งมีการคาดหวังว่าจะได้ออกไปประกอบอาชีพ ล้วนเป็นไปตามสภาพความเป็นจริง ดังเช่น ผู้ที่เคยมีประสบการณ์การเป็นช่าง ความหวังก็ไม่ห่างไกลจากการใช้ความรู้ทางช่างที่มีอยู่ในตัว อีกทั้งยังเชื่อว่าตนเองนั้นสามารถมีชีวิตอันปีติในอนาคตเกิดขึ้นได้ ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสมัย ศิริทองถาวร (2545) ที่ศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้พิการทางการเคลื่อนไหว พบว่าปัจจัยที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความสุขสามอันดับ คือ การมีเงินเพียงพอใช้จ่าย การมีอุปกรณ์ช่วยให้ไปไหนมาไหนสะดวก และมีงานทำ ตามลำดับ

มุมมองเกี่ยวกับชีวิตที่มีความดีงาม

ชีวิตอันดีงามของผู้ป่วยกรณีศึกษา ส่วนหนึ่งเกิดมาจากการสนับสนุนทางสังคมอันเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งประกอบด้วยการสนับสนุน 4 ด้าน คือ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotional concern) คือการได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่, การสนับสนุนการช่วยเหลือทางด้านสิ่งของเครื่องใช้ (instrument aid) อันเป็นการช่วยเหลือด้านสิ่งของ เงินทอง แรงงานและการบริการ, การช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร (information) หรือการให้ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำต่างๆ และสุดท้าย การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (appraisal support) หรือเป็นการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ตนเองและการประเมินตนเอง (House, 1981) การที่ผู้ป่วยมีแหล่งประโยชน์ในรูปแบบการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ จะช่วยทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น (Song, 2005)

ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวที่มีรายได้เพียงพอ เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญในการสนับสนุนให้คนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวมีคุณภาพชีวิตที่ดีเพราะช่วยให้คนพิการได้รับการ

สนับสนุนจากครอบครัว ทั้งในด้านการเงิน แรงงาน สิ่งอำนวยความสะดวกและการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ดังคำกล่าวจากการศึกษาของวรรณี ศรีวิลัยและคณะ ที่ว่า “ถ้าคนไหนเกิดในครอบครัวมีเศรษฐานะดี เขาก็จะทำห้องน้ำให้ กั้นห้องให้เฉพาะ ห้องน้ำใกล้ แต่ถ้าคนที่แย่ๆก็ต้องลากไป ฐานะจึงมีผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการ...” นั่นคือ การจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม เช่น การทำทางลาดเพื่อเอื้อต่อคนพิการ (วรรณี ศรีวิลัยและคณะ, 2554) สอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่าลักษณะทางกายภาพของครอบครัว คือครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี สามารถให้การสนับสนุนในด้านต่างๆ นับเป็นความดีงามในเบื้องต้น เนื่องจากผู้ที่มีภาวะอัมพาตมีความจำกัดในด้านการเคลื่อนไหวหรือมีความไม่สะดวกในการเคลื่อนย้ายไปในที่ต่างๆ จึงจำเป็นต้องมีการปรับลักษณะสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้เอื้อต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังกรณีศึกษารายหนึ่งได้มีการปรับสภาพบ้าน เปลี่ยนบันไดเป็นทางลาดเพื่อเหมาะกับการใช้รถเข็น (wheelchair) อีกทั้งได้ปรับภายในห้องให้เป็นพื้นระดับเดียวกัน มีพื้นที่เพียงพอและมีห้องน้ำในตัว นอกจากนี้ยังมีสิ่งอำนวยความสะดวกสบายต่างๆ มีการปรับเปลี่ยนอุปกรณ์ต่างๆที่จำเป็นให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย เช่น การดัดแปลงเกียร์รถยนต์มาเป็นระบบควบคุมด้วยมือ ยิ่งไปกว่านั้น การได้รับการสนับสนุนด้วยมีผู้ดูแลหรือเด็กศูนย์ที่ได้จ้างมาดูแลก็เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยบางรายต้องการ

แม้ต้องพบกับความสูญเสียที่เกิดขึ้น แต่ด้วยการยังมีครอบครัวที่คอยอยู่เคียงข้างให้การสนับสนุนด้านจิตใจ ก็กลับช่วยให้ความดีงามในชีวิตยังคงอยู่ ลักษณะของครอบครัวที่มีคุณภาพ มีความเข้าใจและเห็นใจซึ่งกันและกัน ไม่ทอดทิ้งกัน อยู่เป็นเพื่อนกัน นอกจากจะช่วยผู้ป่วยให้เกิดความรู้สึกว่าชีวิตยังดี กระบวนการเหล่านี้ยังย้อนกลับไปสร้างให้เกิดเป็นความใกล้ชิดสนิทระหว่างกันในครอบครัวมากขึ้น ดังกรณีศึกษารายหนึ่ง ภายหลังจากได้รับบาดเจ็บ ทำให้ได้มีเวลาอยู่กับแม่มากขึ้น ได้รับรู้ถึงความรักและความผูกพันที่บุคคลในครอบครัวมีให้ ข้อค้นพบนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ DeSanto-Madeya (2006) ที่ศึกษารูปแบบการปรับตัวในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังโดยพบว่า ในการเกิดอุบัติเหตุในครั้งที่มีภาวะอัมพาต กลับเป็นการสร้างความแข็งแกร่งระหว่างสมาชิกในครอบครัว ทำให้ครอบครัวมีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากขึ้น ในทำนองเดียวกัน การศึกษาของสุวดี จันดีกระยอม ก็พบว่าการที่ครอบครัวมีความผาสุกหรือสมาชิกทุกคนรักใคร่ผูกพันกัน มีการดูแล เอาใจใส่ซึ่งกันและกัน ถือเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการหายจากการป่วยด้วยโรคอารมณ์ซึมเศร้าได้ (สุวดี จันดีกระยอม, 2546)

Roy และ Andrews (1999) ได้เสนอว่า สภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตใจ ถือเป็นการแสดงออกถึงความต้องการในการรู้ว่าตนเองนั้นมีชีวิตอยู่อย่างมีความหมายและมีเป้าหมาย หรือดังคำกล่าวที่ว่า “คุณต้องไม่สงสารตัวเอง เพียงแค่เพราะว่าคุณเดินไม่ได้หรือทำในสิ่งที่เคยทำได้ มันไม่ได้หมายความว่าชีวิตของคุณจะไม่มีความหมาย สิ่งที่สำคัญคือการก้าวผ่านความจริงหรือ

ความรู้สึกเสียใจของตนเอง" หรือ "มันอาจจะรุนแรงสำหรับฉัน ที่จะใช้ชีวิตที่เหลืออยู่เพียงเพื่อพักผ่อน ฉันได้ศึกษาเรียนรู้ในสิ่งที่มีความมั่นคงทางการเงินและในที่สุด ฉันก็เริ่มต้นธุรกิจของตนเองซึ่งช่วยให้ฉันมีเวลาที่จะแสวงหาลู่ทางอื่นๆ" (DeSanto-Madeya, 2006) ข้อสรุปและคำกล่าวเหล่านี้สอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ที่กรณีศึกษากล่าวถึงชีวิตที่ดีงาม อันเกิดจากทุนที่มีในตนเอง ด้วยการที่ตนเองนั้นรู้จักคิด สามารถปรับตัวด้วยการเปลี่ยนแปลงความคิดได้ สามารถสกัดกลั้นความเศร้าโศกด้วยการมองเชิงบวก อันก่อให้เกิดความสงบทางจิตใจได้ นั้นคือเป็นการเปลี่ยนวิกฤตให้เป็นโอกาส โดยใช้ความรู้ความสามารถ และการฝึกฝนจนชำนาญด้วยความพยายามของผู้ป่วยเอง

การมีมุมมองความคิดที่เปลี่ยนแปลงไป การผ่านเหตุการณ์ร้ายๆในชีวิต ทำให้กรณีศึกษามีความคิดและพฤติกรรมที่ดีขึ้น จากแต่ก่อนที่เคยเกกมะเหรกเกเร ภายหลังเกิดอุบัติเหตุกลับนำมาสู่ชีวิตที่ดีงามได้ นอกจากนี้ การได้พบสิ่งที่ดี เช่น หนังสือที่มีข้อคิด สอนการใช้ชีวิตต่างๆ ทำให้เกิดการคิดได้ ซึ่งข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาของธัญลักษณ์ วัฒนาเฉลิมยศ (2552) ที่ศึกษาประสบการณ์การปรับตัวของผู้ที่สูญเสียการมองเห็น โดยพบว่าผู้ที่สูญเสียการมองเห็นมีการปรับเปลี่ยนทัศนคติที่มีต่อตนเองไปในทางที่ดีขึ้นและในท้ายที่สุดก็เกิดการยอมรับในสิ่งที่ตนเองเป็น อาจเนื่องมาจากการเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น ทำให้คิดได้เกิดกำลังใจและแรงผลักดันในการก้าวเดินต่อไป อีกทั้งการได้เจอกับธรรมะก็เป็นสิ่งที่ช่วยในการปรับตัวในชีวิตประจำวันด้วย เนื่องจากธรรมะช่วยอธิบายความสูญเสียที่เกิดขึ้น ทำให้เข้าใจและคิดได้ (ธัญลักษณ์ วัฒนาเฉลิมยศ, 2552)

มุมมองเกี่ยวกับชีวิตที่มีคุณค่า มีความหมาย

การจัดสิ่งแวดล้อมทั้งที่บ้านและที่ทำงานให้เหมาะสมแก่ผู้ป่วยจะช่วยการใช้ชีวิตในสังคมของผู้ป่วย ผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่างมีพยาธิสภาพที่จำกัดเฉพาะร่างกายท่อนล่างเท่านั้น แต่ระบบรู้คิดยังคงเหมือนเดิม ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มที่นั่งโต๊ะทำงานและเป็นงานที่ใช้ความคิดจะสามารถกลับไปทำงาน ซึ่งมักเป็นงานที่มีรายได้สูง ส่วนกลุ่มที่ใช้แรงงานหรือใช้แรงขาเป็นหลักจะไม่สามารถกลับไปทำงานเดิมได้ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยในกลุ่มหลังนี้ก็อาจมีคุณค่าได้จากการได้รับการฝึกฝนอาชีพจึงอาจสามารถเปลี่ยนงานให้เกิดความเหมาะสมกับความสามารถทางกายของผู้ป่วย นอกจากนั้น การจัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกในการเดินทางและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในที่ทำงานจะช่วยลดปัญหาการกลับไปทำงานของผู้ป่วย (สุพัตรา อยู่สุข, 2553) ข้อสรุปนี้สอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่า ถึงแม้ผู้ป่วยจะมีภาวะอัมพาตทั้งตัวหรืออัมพาตท่อนล่าง แต่ก็สามารถหรือคาดว่าจะกลับไปทำงานเดิมได้ ทั้งนี้อาจต้องมีการปรับเปลี่ยนอุปกรณ์หรือเครื่องมือที่ใช้ในการประกอบอาชีพ ให้มีความเหมาะสมกับสภาพความพิการ อีกทั้งอาจเป็นการปรับสภาพการลงมือ

ปฏิบัติงานมาเป็นการทำงานด้วยการให้คำแนะนำเพราะผู้ป่วยยังมีประสบการณ์และความคิดที่มีค่าอยู่

จากการศึกษาของ Marshak และ Seligman (1993) ที่ศึกษาในผู้ป่วยที่มีความพิการพบว่าปฏิกิริยาการตอบสนองทางลบ อันได้แก่ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความโกรธหรือการปฏิเสธ มีผลต่อประสบการณ์ในการปรับตัว อีกทั้ง ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆและการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยก็มีผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยด้วย ดังนั้นเพื่อเตรียมความพร้อมในการกลับสู่สังคมอย่างมีค่ามีความหมายได้ (Marshak and Seligman, 1993) อีกทั้งในการศึกษาคุณภาพชีวิตภายหลังการบาดเจ็บไขสันหลัง ซึ่งพบว่าความพึงพอใจในชีวิตของกรณีศึกษาที่บาดเจ็บจะสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคม ความมั่นคงด้านการเงิน การมีบทบาทสำคัญในสังคม การได้ทำงานอดิเรก และการได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม (Tate et al., 2002) นั้นคือ การมีชีวิตที่มีคุณค่า มีความหมายนั้นมิอาจตัดแยกจากการมีชีวิตที่ดีงามและชีวิตอันปีติได้

จากการศึกษาของ Sawin และ Marshall (1992) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีความสามารถและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กับความสามารถในการเข้าสังคม การสร้างสัมพันธภาพ และความสามารถในด้านการทำงาน นอกจากนี้ครอบครัวยังมีความสำคัญอย่างมากต่อการปรับตัวของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังในระยะยาว และการรู้สึกมีคุณค่าจากการสนับสนุนของสมาชิกในครอบครัว (McGowan and Roth, 1987) ในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังภายในหอผู้ป่วย การอยู่โรงพยาบาลกับความเจ็บป่วย นับเป็นภาวะที่ไม่มีใครอยากอยู่ในสภาพนี้ตลอดไป นั้นคือความหวังอันใกล้คือ ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อกลับไปใช้ชีวิตอยู่ที่บ้าน อีกทั้งยังเป็นที่น่าสังเกตว่า สิ่งที่เป็นพื้นฐานเดิมหรือทุนเดิมที่มีภายในตัวของผู้ป่วย ย่อมมีผลต่อความคาดหวังหรือการมีมุมมองเชิงบวกในชีวิต

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

(1) จากข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยมีมุมมองเชิงบวกหรือมองคุณค่าของชีวิตว่าอยู่ที่การเคลื่อนไหว และการสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ดังนั้นในการรักษาผู้ที่ได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง เพื่อเตรียมความพร้อมในการที่จะให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตในสังคมได้นอกจากการรักษาทางกายแล้ว ในการดำเนินชีวิตประจำวันเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน ไม่ได้ขึ้นอยู่กับการฝึกฝนเพียงอย่างเดียว แต่ยังให้อยู่กับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยด้วย ดังนั้นการปรับปรุงลักษณะที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายล้วนมีความสำคัญ ยิ่งไปกว่านั้น การมี โครงการสาธารณะและสาธารณูปโภค งานด้านกายอุปกรณ์และงานด้านอาชีวบำบัดก็เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับคนพิการทางกาย

ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวด้วย เนื่องจากช่วยเสริมสมรรถภาพ ช่วยให้คนพิการกลุ่มนี้สามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น อันจะเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของคนพิการได้

(2) ข้อค้นพบส่วนใหญ่ที่ได้จากงานวิจัยครั้งนี้พบว่าชีวิตอันปีติทั้งในอดีต ปัจจุบันและอนาคต ล้วนมีความเกี่ยวโยงกับครอบครัว ดังนั้นการเตรียมความพร้อมของครอบครัวหรือการให้ความรู้แก่สมาชิกในครอบครัว รวมไปถึงการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยในด้านต่างๆ โดยผู้ดูแลหลักของครอบครัวถือว่าเป็นสิ่งที่สำคัญมาก จึงมิใช่การจัดกระทำเฉพาะกับกลุ่มผู้ป่วยเท่านั้น กิจกรรมต่างๆของผู้ป่วยเหล่านี้จำเป็นจะต้องจัดกระทำไปพร้อมกับครอบครัวร่วมด้วย

(3) จากข้อค้นพบในการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยจะมีชีวิตอันมีคุณค่า มีความหมายได้ เมื่อเขามีการประกอบอาชีพ มีงานทำ ผู้ป่วยเหล่านี้ล้วนอยากกลับไปทำงาน จึงควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ประกอบอาชีพ โดยอาจจะต้องมีหน่วยงานที่รองรับผู้พิการเหล่านี้เพื่อการรับเข้าทำงาน ในขณะเดียวกันอาจจำเป็นต้องจัดหาแหล่งเงินทุน เพื่อให้เงินกู้ยืมในการปรับอุปกรณ์เพื่อให้เหมาะสมกับการประกอบอาชีพ

(4) จากผลของการศึกษา แม้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะสามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น แต่มีผู้ป่วยบางรายที่ไม่สามารถยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนี้ได้ ถึงกับมีความคิดจะฆ่าตัวตาย ดังนั้นพยาบาลจิตเวช จิตแพทย์ หรือนักจิตวิทยาการปรึกษาจึงจำเป็นต้องมีส่วนสำคัญ ร่วมกับหน่วยงานให้การบำบัดรักษาทางกาย เนื่องจากช่วงเวลาในการรักษานี้ เป็นช่วงเวลาของการปรับตัว อีกทั้งผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกนึกคิดเพื่อเกิดการทำใจยอมรับ การให้บริการการปรึกษาจึงเป็นการช่วยเยียวยาทางด้านจิตใจควบคู่ไปกับการรักษาทางด้านร่างกายไปพร้อมๆกัน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

(1) การศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาในขณะที่ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังยังรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล จึงควรมีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่จำหน่ายกลับไปอยู่บ้าน ที่ต้องพบกับสภาพแวดล้อมที่แตกต่างออกไป จึงเกิดข้อคำถามว่าผู้ป่วยจะยังคงมีมุมมองเชิงบวกอยู่หรือไม่ หรือมีความคิดที่เปลี่ยนแปลงไปและสิ่งใดเป็นอุปสรรคต่อความคิด การเปลี่ยนแปลงในการมีมุมมองเชิงบวกนั้นๆ

(2) การยอมรับสภาพความเจ็บป่วยและภาวะอัมพาตอันเนื่องจากการบาดเจ็บไขสันหลังนับเป็นประเด็นสำคัญต่อการศึกษาต่อไป จากการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากสังคมไทยเป็นสังคมชาวพุทธ และผู้ป่วยเกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ มีเพียง 1 ราย ที่นับถือศาสนาคริสต์ การใช้หลักทาง

ศาสนาเพื่อยึดเหนี่ยวจิตใจ การเชื่อในเรื่องเวรกรรม เหล่านี้ล้วนทำให้เกิดข้อคำถามว่า ศาสนามีส่วนสำคัญต่อการสร้างมุมมองเชิงบวกให้แก่ผู้ป่วยมากขึ้นหรือไม่ อย่างไร

(3) เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ กรณีศึกษาเป็นผู้ชายทั้งหมด จึงควรมีการศึกษาในผู้หญิง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในผู้หญิงที่อยู่ในช่วงอายุภาวะเจริญพันธุ์ ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาในกลุ่มเพศหญิง ในประเด็นเกี่ยวกับความคาดหวังในการที่จะสมรส การคลอดบุตร การมีภาระหน้าที่ต้องเลี้ยงดูบุตร หรือการคงบทบาทแม่บ้านเมื่อมีภาวะการเจ็บป่วยอันเนื่องจากการบาดเจ็บไขสันหลัง

(4) เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกรณีศึกษาที่ยังอยู่ในโรงพยาบาล แต่เนื่องด้วยการมีอารมณ์เชิงบวกหรือมุมมองเชิงบวก ย่อมขึ้นอยู่กับสภาพชุมชน เช่น สังคมชนบทหรือสังคมเมือง ตลอดกับความแตกต่างทางด้านวัฒนธรรม การศึกษาในอนาคตที่คำนึงถึงบริบทเหล่านี้จึงถือว่าจำเป็นยิ่ง

(5) เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับระยะเวลาที่กรณีศึกษาใช้ในการปรับตัวจากความรู้สึกในเชิงลบมาเป็นความรู้สึกเชิงบวก จึงควรมีการศึกษาถึงระยะเวลาในการปรับตัว ทั้งนี้ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินการในการดูแลผู้ป่วย อันจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดมุมมองเชิงบวกขึ้นได้ นอกจากนั้น เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ได้พบว่า กรณีศึกษามักจะเปรียบเทียบตนเองกับผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่มีความเจ็บป่วยในลักษณะเดียวกัน กับทั้งมีการพูดคุย ปรึกษาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นแก่กันและกัน ดังนั้น เพื่อให้เกิดมุมมองเชิงบวกแก่ผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยด้วยกันเองจึงอาจเป็นบุคคลที่สำคัญที่จะช่วยให้เกิดมุมมองเชิงบวกในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังได้

(6) จากการที่การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการถามคำถามเพื่อหยั่งถึง (probe) มุมมองเชิงบวกของผู้ป่วย ซึ่งวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลดังกล่าวนี้ อาจมีผลแทรกแซงต่อข้อมูลที่ได้รับจากกรณีศึกษาเกี่ยวกับมุมมองเชิงบวกได้ เช่น ผู้ป่วยอาจเกิดมุมมองเชิงบวกเพิ่มมากขึ้น การศึกษาในอนาคตจึงอาจเปลี่ยนวิธีการในการเข้าถึงข้อมูลด้วยการใช้วิธีอื่นๆ เช่น การบันทึกประจำวันด้วยตัวผู้ป่วยเอง (diaries) เป็นต้น

POSITIVE PERSPECTIVES IN THE LIVES OF SPINAL CORD INJURED PATIENTS

PARICHAT DOKMAI 5336396 SHMS/M

M.A. (MEDICAL AND HEALTH SOCIAL SCIENCES)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: VEENA SIRISOOK, Dr.P.H., LUECHAI SRINGERNYUANG, Ph.D., CHOLAVECH CHAVASIRI, M.D.

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance of the Problem

Spinal cord injuring joints to paralysis that cause damages to the lower body parts (Paraplegia) or the entire body (Quadriplegia). The impact on both physical and mental leads to life-changing (Kanijtha Tawintarapukti, 2540). Considering the fact that person could no longer depends on him/herself but others, losing both social and family roles could lead to the lack of self-esteem. Additionally, when they are unable to work, they will eventually have difficulties on making a living. (Richmond and Metcalf, 1986; Zejdlik, 1992)

As it is darkest before the dawn, there is always a shining hope for them. Even life gets hard from the disability, it goes on. The joy of life has never ceased while the heart is still beating and the brain is still well-functioned. To promote positive perspective about life is an essential aspect for healing and helping them to live on. (Seligman, 2002)

Unfortunately, there are merely particular researches about positive perspective in Thailand. Related researches are mostly focus on how the patients could cope and confront the tension, solitude, and hopelessness. (Vanida Waikittipong, 2546). Thus, this study intends to inform the understandings of how positive

perspective can improve life quality of the spinal cord injury patients as well as helping them see more of their own self-worth and self-respect.

Research Objectives

The study aims to explore the concept, consumptions, and positive perspective elements towards the lives of spinal cord injury patients through positive psychology as a scope of study.

Specific Objectives

1. To study the pleasant life perspective of the spinal cord injury patient.

2. To study the engaged life or good life perspective of the spinal cord injury patient.

3. To study the meaningful life perspective of the spinal cord injury patient.

Scope of the Study

This study explores the positive perspective of life of the spinal cord injury patients in the hospital. Data are collected while the patients were under care at the spinal unit treatment for recovery state in Surgical and Orthopedic Division of Siriraj Hospital between May to October 2012.

This study took place only in Siriraj Hospital. Therefore, the outcome should not be generated in the same level, especially those were treated in private hospitals.

Literature Review

The study of positive perspective of the spinal cord injury patient was conducting under the scope of theories and literatures listed as below:

1. The theory of positive psychology: pleasant life, good life, and meaningful life.

2. The theory of spinal cord injury and paralysis: definition, types, causes and effects of spinal cord injury.

Research Methodology

The current study is to have a better understanding about the positive perspective of the lives of spinal cord injury through a lens of positive psychology that was conducted under the role of qualitative research by using in-depth interview and non-participant observation in spinal injury patient unit, Siriraj Hospital. The researcher had been working here in order to observe patients' behaviors and to understand their lives perspective. Eight selected patients voluntarily allowed tape-recording while being interviewed. The content were then grouped and key words were chosen.

Result

Most of the spinal cord injury patients were male whose age ranged between adults and elders.

Their highest graduation was High School with similar reported occupations that were farmers and employees. The majority of spinal cord injury was caused by car accident or work-related performance. The total numbers of Paraplegia patients were five while Quadriplegia patients were three.

The Pleasant Life

Through interviewing and observation, it has been noticed that the spinal cord injury patients is divided by each state of time. Prior to the incident, the pleasant life occurred when they engaged in activities they were interested in, especially getting

new toys or some rewards during childhood, having proper consumptions, surrounding with lively environment, and being with their family. For working life, self-fulfillment was based on career and marriage. While during late adulthood, pleasant was reported to come from their children's achievements.

At present, most pleasant feeling gradually occurred when they learn to let go of negative thinking and feeling. They began to receive support and gain more positive perspective of time through religion belief that helped them accepting their current condition better. Moreover, the fact that they were still alive made them become more appreciative and better prepare themselves thus that they will depend on others as little as possible.

For the future, the pleasant came from the intention to meet up others' expectations, to be supported, and the ability to make a living.

The Engaged Life or The Good Life

It has been reported that the spinal cord injury patients considered their lives engaging. At some point, their body still functioned properly, although with some supportive equipment. Some had benefits from their healthy financial status or being in the supportive family. Apart from this were from the patients' self-potential, performance, and practices that lead them to appropriate behavior, positive thinking, and eventually inner peace.

The Meaningful Life

All patients thought of meaning of life as when needed, the values were based on their strength to be on their own, to become the person their families could count on. Moreover, they learn to respect themselves more when they turned out to be the one who gave advices and cheered up those who shared the same conditions or experiences. They feel worthwhile if they could further pursue career. Otherwise, they always say, living for others is worth living.

Discussion

All of 8 patients participated in this study are male whose age between 23 to 60 years old. The cause for spinal cord injury is from both car and motorcycle accidents (5 patients), work-related performance (2 patients; an elevator mechanic and a constructor), and crime (1 patient). The ratio of patients with spinal cord related accident in the past 10 years (1986-1995) at Siriraj Hospital are 4:1 ratio male to female while vehicle accident ranked no.1 for the major cause (Cholavech Chavasiri, 1998). Their highest graduation before the accident is merely High School. The patients engaged in risk-related work, for instance, working in height, or driving most of the time.

The patients are both Quadriplegia (3 patients) and Paraplegia (5 patients). One of them has a severe side effect on skin system that leads to atrophic skin and bedsores. Two of them got trouble in excretion which is normally found among the paralysis patients. Seven of them have to put on the catheter and one of them could manage bathroom use independently. Additionally, it has found that 59.7 percent of intermittent catheterization will be saved from the urinary tract infection. (Kannankeril et al., 2011). But those who wear the catheter will have a higher risk for urinary tract infection which was the staple cause of death of the spinal cord injured patients. (Leoni and De Ruz, 2003). For stools, the patients were incapable to control its rhythm because of the spinal parasite in lumbar portion of the spine level 2-4 or the level of cauda equina which draws the loss of sphincter muscle. (Somers, 2010)

The study also found the dramatic period that occurred during the recovery process among the spinal cord injury patients. It took a lengthy period for them to confront and accept their conditions. The study of Harris (1996) revealed that 11 out of 366 of British spinal cord injured patients had attempted to suicide. Similarly, one of the patients of this case study admitted one intention to suicide. The sudden change leads to feeling ashamed and decreasing of self-esteem. Similar to individual to become blinded, they see themselves as the invisible and awkward and did not deserve to be treat equally. In the worse case, they chose death to replace their pain. (Thunyaluk Wattanachaleumyot, 2009)

Undeniably, the physical changes required different career type that matches the condition. In this case, there are 2 patients that still continue working at

the hospital while 3 other patients expect to be fully recovered soon and be able to work again, although they might need some supportive equipments such as crutches, manual gear adjusting, wheelchair, including cellphone and a helper (having a wife taking notes, for instance). These will help them to live much easier and be able to do things at their best. (Thunyaporn Chuenklin, 2000)

The Pleasant Life

It is reported that the pleasant life in spinal injury results from the pleasant past. While interviewing, a slight smile appeared on their faces when they recalled their childhood memories. Most of them narrated similar stories; that they had a good life back then, even though the family's financial status was not durable. This has approved Yolao's study (2002) that the true happiness roots from the intense bond between each member. Likewise, based on the study of Salika Kowboonngam (2010) towards the happiness in middle ages has also found that their remedy was to remind themselves back to the time they were happy in the past. Imagining something so meaningful, which differs from present helps recovering and refreshing their mind.

Apart from the peaceful life, being attuned to nature, and strong support from family, the pleasant life also come from being ambitious, career success, and settling down as well. Veena Sirisook et al, (1999) also added that pleasant life could result from the proud of their children.

During childhood, the most recognizable moment of the patients was when they were with their friends. Spending time with friends, even sometimes not so wisely and inappropriate, for instance, doing drugs or skipping classes. Still, those wild times turned out to be a good memory that made them smile every time they recalled. This could be concluded that friends had a great impact and influence on life. Teenagers had a great desire to be accepted, so they tried to be outstanding as much as they could to be able to join the group (Srireun Kaewgungwarn, 2002). For everyone, family and friends were key elements that formed the long lasting happiness. (Ellison, 1983).

Most spinal cord injury patient cases are caused by an unexpected situation that happened in a sudden, for instance, by road accident, during work, fell from height, and harmful attack. At first, some of them got furious and started to blame everyone around for letting it happened. Some have difficulty taking it and complained that this should not have happened while some thought they do not deserve to be in this condition. Aftermath, they would turn into sorrow, withdraw, and eventually tempted to suicide (Kanijtha Tawintarapukti, 1997). Quigley (1976) also added that this damage would tear them apart due to it was too severe and unbearable for them. So they responded by denying to confront or accept the truth. Self-control was reported to be the best solution. Later on, patients will learn to accept and adjust themselves to live on, they feel appreciated and thankful for the rest of their body and organs they still have (Watcharee Amornrogwutt, 2000).

Seven participated patients are Buddhist, one is self-described as Christian with a touch of Buddhist influence. Precisely, Buddhist has a great cultural impact for all Thai people as part of their way of life. (Tisana Kammanee, 1992). Somehow, the peace of the mind of the patients comes from the combination in beliefs towards religion, culture, and fate. As belief, Buddhism and Buddhist is directed with karma thus, some of the patients believed that their conditions happened for a reason. (Sumanee Srikamnerd, 2009; Thunyaporn Chuenklin, 2000; Pwongpaka Rotchawang, 2001). Similarly, handicapped patients handle their situation by convincing themselves that it was a due karma. Other cases are from seeing others who are worse. (Sujinda Yingluksrisuk, 2004).

Moreover, the pleasant feelings could happen during activities, such as daily routine, physiotherapy practice, and also the supports from physiotherapists. As Rintala et al, (1996) noted that nursing created a calm atmosphere that boost the recovery system among the patients. With the regular visits form the family or the good hygiene like tepid sponge or rinsing indwelling catheter repeatedly will boost them up by the sense of caring. Leisure space, reading section, small garden, and televisions provided are one of the best choices to let the patients enjoy their private leisure time and have strengthened from sufficient rest. To sum up, both environmental and social factors are essential in a way that will make the patients feel loved, comforted, and hopeful.

Hope is a delicate yet powerful emotion factor. It could changes the way you see the world totally upside down. Hope draws the better outcome that is the reason why people with positive attitude tend to be successful more than those who do not. (Synder, Lopez and Pedrotti, 2011). For paralysis patients, they would rather hold on to practical hope, not fictional. For instance, being able to breathe consistently and better, being able to chew, swallow, and eat, and being able to walk to the place they have not ever been. Kanjana Siriwararai (1993) has proved that hopeful Hemiparesis patients had higher recovery progress than dramatic patients. In the long run, they hoped to get back home and pursue a career once again. Samai Sirithingthaworn (2002) also added that three main elements of pleasant life for paralysis patients are wealth, supportive equipments, and career.

The Engaged Life or The Good Life

The relationship between humans is from an effective combination of four social supports; emotional support (love and care), materiel (money and service), informative support (tips, advice, suggestion), and appraisal support (self-learnability and self-elimination) (House, 1981). With a proper social supports, the patients surely could adjust and improve themselves better (Song, 2005).

Another factor that contributes to the engaged life is the income of the family. “Patients who has the prosperous money support has much more possibility to have a bathroom that support his/her own condition, while those who has not must adjust themselves and at times challenging,” said Wanee Sriwilai and the Team (2011). This means the financial factor ignites the ability to provide things that could make live comfortably since they have limits comparing to ordinary people. Critically, it is necessary for them to live in the supportive environment, for instance, building gradient floor for the wheelchair, providing enough spaces with the toilet nearby, other specific equipments such as changing the car gears to manual transmission, including healthcare provider.

For spinal cord injury patients, life in itself is difficult. But with the support from the family resembles a miracle drug and give them courage to move on.

There was a case about one patient that had spent more time with his mother after the accident eventually made him realized the unbreakable love that lied in the family. These fit the study of DeSanto-Madeya (2006) that sometimes this misfortune situation creates the bond and tighten the strength between each family member. Likewise, it causes the recovery of mental illness as well. (Suwadee Jankrayorm, 2003)

Roy and Andrews (1999) once commented that emotional fulfillment is the state of knowing self-worth and the reason to live for, some good words such "you should not blame yourself just because you cannot be able to walk or do anything you used to do anymore. The most important thing is to overcome that depression." or "it might be too cruel for what happened, but at least I learn to see the importance of financial security and start to make an income." would do as well. (DeSanto-Madeya, 2006).

Apparently, they could not change what happened to them but they change how they feel about it. They choose to be happy rather than depressed, turn crisis into opportunities. Not only positive thinking makes peaceful mind and helps the patients head back to engaged life, but also blissful books, quotes, and Dharma. (Thunyaluk Watthanachaleumyot, 2009). Dharma explains what and why this happened to them and so they learn to accept what they could not change and try to make the most of what they have left. Then they will stop criticize and compare themselves to other people. Changing their attitude makes the patients appreciate their lives more.

The Meaningful Life

The paralysis patients have limited capability only on physical, not cognitions. Thus, those patients whose previous work required thought-provoking were still be able to continue their work but for patients whose roles are workmanship could not make it. However, if they had a chance to train and regain the knowledge, they might start a new career that is appropriate with their conditions. Arranging the right facilities and environment are precisely helpful for the patients to get back to work. (Supattra Yoosuk, 2010).

Marshak and Seligman (1993) found that the side effect of the disable patients are negative responses, such as worries, depression, anger or denial, affect cruelly with the recovery, daily life activities, and routine.

Moreover, the satisfaction of the life of spinal cord injury patients also depends on social support, financial stability, social role, interested hobbies, social participation. (Tate et al., 2002). Hence, meaningful life could never be separated with both engaged and pleasant life.

Self-worth is associated with the social skills, relationship-building, and work performance. (Sawin and Marshall, 1992). For the long run, family is linked to the better adjustment according to the fact that staying in the hospital and enduring the pain is not quite the right surrounding. (McGowan and Roth, 1987).

Recommendations in Applying the Findings

1. Apart from the physical remedy of the spinal cord injury patients, the surrounding environment public facilities, Prosthesis and Orthosis and Occupational Therapy are also needed.

2. The pleasant life for the patients, no matter the state of time is, they cannot be separated with their family. To inform the specific knowledge for each members are undoubtedly necessary. Some or all of the members are highly suggested to be there and join every activity the patients attend.

3. Patients would reckon their worth by the time they could be able to make a living. Therefore, there should be an organization for disability and provide loan for them on the specific or supportive equipment they need.

4. There are some patients who cannot handle their condition and attempt to suicide. Hence, psychiatric nurse, psychiatrist and counseling psychologist must be in charge and cooperate with mental rehabilitation center to be mentally cured along with the physical treatment.

Recommendations for Further Studies

1. This is a small scale of research that focuses only the spinal cord injury patients that are still in treatment in hospital. The particular study on the patients after they returned home would be greatly advantages. Because the different in environmental factors could come up with questions whether they will cope with positive perspective or control their mind differently. If so, the study would definitely find out the cause.

2. Most Thai are Buddhists, there are only one of our patients that is Christian. Religion beliefs create an interesting topic about whether we could assume that religion help provoking the positive perspective among the patients. If so, how it is possible?

3. The patients are all male. There should be another specific research that focuses on spinal cord injury in women, especially during pregnancy, or how they could maintain their role as a mother or a housewife after the accident.

4. As mentioned, this study rather has small numbers of participants. Positive perspective also depends on other factors, for instance, environment, community, lifestyle, and cultural diversity. These main factors should be involved for further related study.

5. Since this study did not explore on the time range when the patients were changing their perspectives from negative into positive, there should be a research on this in order to benefit the process of taking care the patient and for the patients to create positive perspective. In accordance with the study, it was also found that the patients in this case study usually compared themselves with the other patients who had same situation. Exchanging thoughts and experiences among the patients could lead to the better positive perspective. Thus, the group of patients who were suffering from the same situations might be a significant person create positive perspective.

6. The researcher collected data by raising the question to probe positive perspective of the patient, according to this method; the patient might be dominated and distorted by the questions resulting in the increase of the positive perspective among the patient. Hence, the researcher should be changing the procedures, for instance, letting the patients write their own diaries.

บรรณานุกรม

กาญจนา ศิริวราศัย. (2536). **ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว ความหวังกับการปรับตัวในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก.** ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

กิ่งแก้ว ปาจรีย์. (2543). **ไขสันหลังบาดเจ็บ.** (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: ไพศาลศิลป์การพิมพ์.

_____. (2547). **การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.** (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: บริษัท แอล. ที. เพรส จำกัด.

ขนิษฐา เทวินทรภักติ. (2540). **แผ้วถางทางการฟื้นฟูสมรรถภาพ: สู่การพัฒนาที่ยั่งยืนของคนพิการ.** (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ. บริษัท วิริน กราฟฟิค จำกัด: กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม.

ชลเวช ชวศิริและศรีนวล ชวศิริ. (2541). **อุบัติการณ์ผู้บาดเจ็บกระดูกสันหลังที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลศิริราช ในช่วง 10 ปี (2529-2538).** วารสารอุบัติเหตุ, 17, 22-24.

ชุติมา มุสิกะสังข์. (2535). **การศึกษาความรู้สึกสูญเสียอำนาจของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่าง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ดุษฎี โยเหลา และคณะ. (2545). **ความเข้มแข็งของครอบครัว: ครอบครัวสุขภาพดี.** วารสารพฤติกรรมศาสตร์, 8 (1), 1-10.

ทิศนา แขมมณีและคณะ. (2535). **หลักการและรูปแบบการพัฒนาเด็กประถมวัยตามวิถีชีวิตไทย.** (พิมพ์ครั้งที่1). โครงการเผยแพร่ผลงานวิจัย ฝ่ายวิจัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ธัญพร ชื่นกลิ่น. (2543). **ประสบการณ์การมีชีวิตอยู่อย่างอัมพาตท่อนล่าง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ธัญลักษณ์ วัฒนาเฉลิมยศ. (2552). **ประสบการณ์การปรับตัวของผู้ที่สูญเสียการมองเห็น.** ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2544). **โรคหลอดเลือดสมอง.** (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ เรือนแก้วการพิมพ์.

น้อมจิตต์ นวลเนตร์. (2552). **หลักการทางกายภาพบำบัดสำหรับผู้ป่วยทางระบบประสาท.** (พิมพ์ครั้งที่ 5). หจก. โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

เนตรนภา คู่พันธวี. (2541). **การพยาบาลผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บกระดูกสันหลัง.** (พิมพ์ครั้งที่ 1). ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ปัญญ บุรณศิริ. (2525). **โรคหลอดเลือดของสมอง Cerebro vascular disease.** (พิมพ์ครั้งที่ 1). สาขาวิชาประสาทวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.

พนมพร พุ่มจันทร์. (2553). **ความสุขและการอ้างเหตุแห่งความสุขของผู้ป่วยซึมเศร้า.**วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต, สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

พวงผกา รอดฉวาง. (2544). **ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีการติดเชื้อของเยื่อบุช่องท้องจากการรักษาด้วยการขจัดของเสียทางเยื่อบุช่องท้องอย่างต่อเนื่อง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

พัชราภรณ์ ทัพโพทยาน. (2550). **ความสัมพันธ์ระหว่างความหวังและแรงสนับสนุนทางสังคมกับอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

เพ็ญศรี รักษ์วงค์ (2549). **สุขสำบาย: คุณภาพชีวิตผู้หญิงพิการวัยกลางคนชาวอีสาน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ภานุพันธ์ ทรงเจริญและบรรจง มไหสวริยะ. (2539). **การบาดเจ็บของเส้นประสาท.** (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ เรือนแก้วการพิมพ์.

ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู. (2536). **การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง.** (พิมพ์ครั้งที่ 1). การพยาบาลผู้ป่วยศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่.

วนิดา ไวกิตติพงษ์. (2546). **ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

วรรณี ศรีวิลัยและคณะ. (2554). **รายงานการวิจัย ปัจจัยความสำเร็จในการดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต กรณีศึกษาตำบลคูบัว ตำบลดอนตะโก ตำบลดอนแร่ และตำบลอ่างทอง อ.เมือง จ.ราชบุรี.** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี สถาบันพระบรมราชนก สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.

วัชรี อมรโรจน์วรวุฒิ. (2543). **การศึกษาความรู้สึกเศร้าโศกของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิพานิช. (2552). **การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครบวงจร.** (พิมพ์ครั้งที่1). กรุงเทพฯ: NP Press Limited Partnership.

วิไล คุปต์นิรัติศัยกุลและคณะ. (2542). **การศึกษาความสามารถในการทำงานและกิจกรรมสันทนาการภายหลังได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง.** การประชุมวิชาการ 10 ปี ศูนย์ผู้บาดเจ็บทางกระดูกสันหลัง ภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์และกายภาพบำบัด คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.

วิไล คุปต์นิรัติศัยกุล. (2543). **ระบาดวิทยาในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง: การศึกษา ณ ศูนย์อุบัติเหตุผู้บาดเจ็บทางกระดูกสันหลัง โรงพยาบาลศิริราช ประเทศไทย 2540-2543.** การประชุมวิชาการ 10 ปี ศูนย์ผู้บาดเจ็บทางกระดูกสันหลัง ภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์และกายภาพบำบัด คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.

วีณา ศิริสุข และคณะ. (2542). **พ่อใหญ่แม่ใหญ่: สถานภาพและบทบาทผู้สูงอายุไทยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.** โครงการศึกษาวิจัยครบวงจรเรื่องผู้สูงอายุในประเทศไทย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2545). **จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย: แนวคิดเชิงทฤษฎี-วัยเด็กตอนกลาง.** (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สมัย ศิริทองถาวร. (2545). **ภาวะสุขภาพจิตคนพิการทางการเคลื่อนไหว.** การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต.

สาลิกา โค้วบุญงาม. (2533). **ตัวแปรทางสังคมและจิตวิทยาที่มีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้ใหญ่วัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาคลินิก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุคนธา ผดุงวัฒน์. (2548). **Nursing care in spinal injury: O.R. nurse role.** การประชุมวิชาการ 10 ปี ศูนย์ผู้บาดเจ็บทางกระดูกสันหลัง ภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์และกายภาพบำบัด คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุจินดา ยิ่งรักศรีศักดิ์. (2547). **การพัฒนาสมรรถนะการพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยสูญเสียอวัยวะแขนขาที่มีภาวะวิกฤติทางอารมณ์: กรณีศึกษาโรงพยาบาลร้อยเอ็ด.** รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สุดศิริ หิรัญชุณหะ. (2530). **ผลของการพยาบาลอย่างมีแบบแผนต่อการเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่าง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุพัตรา อยู่สุข. (2553). **กระบวนการการจัดการผลลัพธ์ในผู้ป่วยชายที่มีอัมพาตครึ่งล่าง โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สุมานี ศรีกำเหนิด. (2552). **การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.

สุรีรัตน์ ช่วงสวัสดิ์ศักดิ์. (2541). **ความต้องการของญาติในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุวดี จันดีกระยอม. (2546). **การหายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหายจากภาวะซึมเศร้า ตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2553). **สถิติผู้ป่วยด้วยโรคอัมพาต.** กรุงเทพฯ: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.

อภิชนา โฆวินทะ. (2533). **บาดเจ็บไขสันหลัง: การดูแลรักษาและฟื้นฟู.** (พิมพ์ครั้งที่ 1). หน่วยวารสารวิชาการคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อังคณา เหลืองนทีเทพ. (2548). **Pre and intraoperative care in SCI.** การประชุมวิชาการ 10 ปี ศูนย์ผู้บาดเจ็บทางกระดูกสันหลัง ภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์และกายภาพบำบัด คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.

Alexander, M. CBiol MIBiol. (1999). **Paralysis-the loss of muscle power: A guide to living coping with paralysis.** British Brain and Spine Foudation. Clifford Martin Press.

Brown, D. J. & Ungar, G. H. (1987). **Continuing care of the spinal cord injured.** International Medical Society of Paraplegia, 25, 296-300.

Carr, A. (2004). **Positive psychology: The science of happiness and human strengths.** New York: Routledge.

Compton, W. C. (2005). **Introduction to positive psychology.** (pp. 3-7). Thomson learning academic resource center: Wadsworth.

Csikszentmihalyi, M. (1990). **Flow: The psychology of optimal experience.** New York: Happer & Row Publishers.

DeSanto-Madeya, S. (2006). **A secondary analysis of the meaning of living with spinal cord injury using Roy's adaptation model.** Nursing Science Quarterly, 19: 3, 240-246.

Ellison, C. W. (1983). **Spiritual well-being: Conceptualization and measurement.** Journal of Psychology and Theology, 11(4), 330-340.

Harris E. C. et al. (1996). **Attempted suicide and completed suicide in traumatic spinal cord injury.** International Medical Society of Paraplegia, 34, 752-753.

Hausman, K. A. (2009). **Critical care nursing: A holistic approach.** Wolters Kluwer Health Lippincott Williams & Wilkins.

House, J. W. (1981). **Work stress and social support.** Reading, MA: Addison-Wesley. (p. 39).

Jackson, S. & Csikszentmihalyi, M. (1999). **Flow in sports: the keys to optimal experiences and performances.** Champaign, IL: Human Kinetics.

Kannankeril. A. J. et al. (2011). **Urinary tract infection rates associated with re-use of catheters in clean intermittent catheterization of male veterans.** Urologic nursing, 31(1), 40- 48.

Leoni, M. E. & De Ruz, A. E. (2003). **Management of urinary tract infection in patients with spinal cord injuries.** Clinical Microbiology and Infection, 9(8), 780-785.

Luckmann, J. & Sorensen, K. C. (1974). **Medical-surgical nursing: A psychophysiologic approach.** W.B. Saunders Company.

Magyar-Moe, J. L. (2009). **Therapist's guide to positive psychological interventions.** (pp. 79-81). Academic Press publications.

Marshak, L. E และ Seligman, M (1993) **Counseling persons with physical disabilities: Theoretical and clinical perspectives.** Austin, TX: Pro-ed.

McGowan, M. B. & Roth, S. (1987). **Family functioning and functional independence in spinal cord injury adjustment**. Paraplegia, 25, pp 357-365.

Morton, P. G. & Fomtaine, D. K. (2009). **Critical care nursing: A holistic approach.** Wolters Kluwer Health Lippincott Williams & Wilkins.

Park, N., Park, M. & Peterson, C. (2010). **When is the search for meaning related to life satisfaction?.** Applied Psychology: Health and Well-Being, 2(1), 1-13.

Peterson, C. & Seligman, M. E. P. (2004). **Character strengths and virtues: A handbook and classification.** American psychological association: Oxford University Press.

Peterson, C., Park, N. & Seligman, M. E. P. (2005). **Orientations to happiness and life satisfaction: The full life versus the empty life.** Journal of Happiness Studies, 6, 25-41.

Quigley. J. L. (1976). **Understanding depression-helping with grief. Rehabil.** Gaz. 19:2-6.

Richmond, T. S. & Metcalf, J. A. (1986). **Psychosocial responses to spinal cord injury.** The American Association of Neuroscience Nurse, 183-187.

Rintala, D. H., et al. (1996). **Family relationships and adaptation to spinal cord injury: A qualitative study.** Rehabilitation Nursing, 21, pp 67-90.

Roaf, R., Leonard. & Hodkinson, J. (1977). **The Paralysed Patient.** Blackwell Scientific Publications. Oxford.

Roy, C. & Andrews, H. A. (1999). **The Roy adaptation model (2nd ed.).** Stamford, CT: Appleton and Lange.

Sawin, K. J. & Marshall, J. (1992). **Development of competence in adolescents with an acquired disability.** Rehabilitation Nursing research, 1, pp 41-50.

Schueller, S. M. & Seligman, M. E.P. (2008). **Risk factors in depression: Optimism and pessimism.** (pp. 171-190). Academic Press.

Schueller, S. M. & Seligman, M. E.P. (2010). **Pursuit of pleasure, engagement, and meaning: Relationships to subjective and objective measures of well-being.** The Journal of Positive Psychology, 5(4), 253-263.

Seligman, M. E. P. (2002). **Authentic happiness.** London: Nicholas Brealey Publishing.

Seligman, M. E. P. & Csikszentmihalyi, M. (2000). **Happiness, excellence, and optimal human functioning.** American Psychologist, 55(1).

Siddall, P. J., Taylor, D. A. & Cousins, M. J. (1997). **Classification of pain following spinal cord injury: International medical society of paraplegia.** Spinal cord, 35, 69-75.

Sirgy, M. J. & Wu, J. (2009). **The pleasant life, the engaged life, and the meaningful life: What about the balanced life?.** J Happiness Stud 10: 183-196.

Somers, M. F. (2010). **Spinal cord injury: Functional Rehabilitation (3rd ed).** Pearson Education Inc.

Song, H. Y. (2005). **Modeling social reintegration in persons with spinal cord injury.** Disability and Rehabilitation, 27(3), 131-141.

Synder, C. R. & Lopez, S. J. (2007). **Positive psychology: the scientific and practical explorations of human strengths.** Sage Publications, Inc.

Taft, L. B. (1985). **Self-esteem in later life: A nursing perspective.** Advances in Nursing Science, 8(1), 77-84.

Tate et al. (2002). **Quality of life issues in individuals with spinal cord injury.** Archives of Physical Medication Rehabilitation, 83(2), 18-25.

Vocaturo, L. C. (2009). **Medical management of adults with neurologic disabilities: Psychiatric sequelae of the spinal cord-injured adult.** (pp 301-307). New York: Demos Medical Publishing.

Wilcock, A. A. (1986). **Occupational therapy approaches to stroke.** Longman Group Limited. Hong Kong.

Zejdlik, C. P. (1992). **Management of spinal cord injury.** Jones and Bartlett Publishers, Inc. Boston.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

หนังสือรับรองโครงการวิจัยของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

2 ถนนพรานนก บางกอกน้อย
กรุงเทพฯ 10700

โทร (662) 4196405-6
โทรสาร (662) 4196405

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

หมายเลข Si 263/2012

ชื่อโครงการภาษาไทย : มุมมองเชิงบวกในชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง

รหัสโครงการ : 225/2555(EC1)

หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด : นางสาวปาริฉัตร ดอกไม้
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

สถานที่ทำวิจัย : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เอกสารที่รับรอง :

1. แบบเสนอโครงการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ฉบับแก้ไข วันที่ 21 พฤษภาคม 2555
2. โครงร่างการวิจัย
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย /อาสาสมัคร ฉบับแก้ไข วันที่ 21 พฤษภาคม 2555
4. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย ฉบับแก้ไข วันที่ 21 พฤษภาคม 2555
5. แบบบันทึกข้อมูล
6. แบบสอบถาม
7. ประวัติผู้วิจัย

วันที่รับรอง : 23 พฤษภาคม 2555

วันหมดอายุ : 22 พฤษภาคม 2556

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines และ the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP).

ลงนาม .....
(ศาสตราจารย์แพทย์หญิงจารุพิมพ์ สูงสว่าง)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
24 พฤษภาคม 2555
วันที่

ลงนาม .....
(ศาสตราจารย์คลินิกนายแพทย์อุดม คชินทร)
คณบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
28 พ.ค. 2555
วันที่

Page 1 of 2

หน่วยพิมพ์โรงพยาบาลศิริราช 2342 / 3,000 แผ่น / ก.ย 51 / Mat. 10023253

หนังสือรับรองการเข้าร่วมประชุมเสนอบทความงานวิจัย/วิทยานิพนธ์ และนำบทความลงในรายงานการประชุม

หนังสือรับรองการเข้าร่วมประชุมเสนอบทความงานวิจัย/วิทยานิพนธ์
และนำบทความลงในรายงานการประชุม

คณะกรรมการจัดการประชุมวิชาการระดับชาติ สังคมศาสตร์ มนุษยศาสตร์และศึกษาศาสตร์ ประจำปี ๒๕๕๖ หัวข้อ "เอเชียรุ่งโรจน์ : วิกฤติหรือโอกาสสำหรับไทย" จัดโดย คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ขอรับรอง **ปาริฉัตร ดอกไม้** หน่วยงาน **คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล** ได้มานำเสนอผลงานเรื่อง **"มุมมองเชิงบวกในชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง"** ด้วยวาจา (Oral Presentation) ด้วยตนเอง เมื่อวันที่ ๒๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๖ ณ โรงแรมรอยัลริเวอร์ กรุงเทพมหานคร โดยที่ผลงานดังกล่าวนี้ ได้ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Reviewers) เรียบร้อยแล้ว และคณะกรรมการจัดการประชุมจะได้นำบทความฉบับเต็ม (Full Paper) ลงตีพิมพ์ในรายงานการประชุมวิชาการ (Proceedings) ของการประชุมต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วริยา ชินวรรโณ)
คณบดีคณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ประธานคณะกรรมการจัดการประชุมวิชาการฯ

ภาคผนวก ข

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลและแนวคำถามการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

Code No._____

(ภาคผนวก)

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

เพศ.....อายุ.....ปี

ภูมิลำเนาเดิม.....สมาชิกในครอบครัว จำนวน.....คน

สถานภาพสมรส ❑ โสด ❑ คู่ ❑ หม้าย หย่า แยก

นับถือศาสนา ❑ พุทธ ❑ คริสต์ ❑ อิสลาม อื่นๆ.....

ระดับการศึกษา ❑ ไม่ได้เรียน ❑ ประถมศึกษา ❑ มัธยมศึกษา

❑ ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา ❑ ปริญญาตรี

❑ สูงกว่าปริญญาตรี.....

อาชีพและลักษณะงาน ❑ รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ ❑ รับจ้าง

❑ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ❑ เกษตรกรรม

❑ นักเรียน/นักศึกษา ❑ ไม่ได้ประกอบอาชีพ

❑ อื่นๆ.....

รายได้ต่อเดือน.....บาท

รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน.....บาท

รับรองโดย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
รหัสโครงการ 225/2555 (EC1)
วันที่รับรอง 23 พ.ค. 2555

Code No._____

ข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วย (จาก Medical record)

การวินิจฉัยโรค.....

สาเหตุของการบาดเจ็บไขสันหลัง.....

ระดับของการบาดเจ็บไขสันหลัง.....

ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยโรค.....

สภาพร่างกายปัจจุบัน (ภาวะอัมพาต).....

ผู้ดูแลหลัก (care giver).....

สิทธิ์การรักษาพยาบาล ❑ บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ❑ สิทธิ์คนพิการ

❑ เบิกค่ารักษาพยาบาลได้ (ราชการ, รัฐวิสาหกิจ) ❑ ประกันสุขภาพ

❑ จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง ❑ อื่นๆ.....

ประเภทห้อง ❑ สามัญ ❑ พิเศษ

กิจวัตรประจำวัน

การอาบน้ำ	❑ ต้องมีคนช่วยเหลือ	❑ ทำได้เอง
การเข้าห้องน้ำ	❑ ต้องมีคนช่วยเหลือ	❑ ทำได้เอง
การแต่งตัว	❑ ต้องมีคนช่วยเหลือ	❑ ทำได้เอง
การรับประทานอาหาร	❑ ต้องมีคนช่วยเหลือ	❑ ทำได้เอง
การเคลื่อนไหว นั่ง/ยืน/เดิน	❑ ต้องมีคนช่วยเหลือ	❑ ทำได้เอง
การขับถ่ายปัสสาวะ	❑ ต้องมีคนช่วยเหลือ	❑ ทำได้เอง
การขับถ่ายอุจจาระ	❑ ต้องมีคนช่วยเหลือ	❑ ทำได้เอง

รับรองโดย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
รหัสโครงการ 225/2555 (EC1)
วันที่รับรอง 23 พ.ค. 2555

Code No._____

แนวคำถามการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (ผู้ป่วย)

แนวคำถามต่อไปนี้เป็นแนวคำถามที่สร้างขึ้นตามวัตถุประสงค์และฐานแนวคิดของการวิจัยที่ต้องการทราบถึงโครงสร้างเชิงสันนิษฐานหรือองค์ประกอบของมุมมองเชิงบวกในชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง โดยแนวคำถามนี้สามารถยืดหยุ่นและปรับคำถามได้ตามบริบทของการสัมภาษณ์ โดยมีแนวคำถามดังนี้

แนวคำถาม: ถามผู้ป่วย participants

1. ก่อนการเจ็บป่วย ท่านมีการดำเนินชีวิต (กิจวัตรประจำวัน, การประกอบอาชีพ, การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและสันทนาการ) อย่างไร

ผู้ให้ข้อมูล (ผู้ป่วย ซึ่งอาจพูดคุยสัมภาษณ์ โดยใช้คำว่า ท่าน/ลุง/พี่/น้า/อา ขึ้นอยู่กับบริบท)

2. ย้อนกลับไปก่อนการเจ็บป่วย มีอะไรบ้างที่ทำให้ท่านมีความสุข รู้สึกว่าชีวิตมีความดีงาม มีคุณค่า (เช่น ความพึงพอใจ, ความภูมิใจในตนเอง, ความสงบในจิตใจ, ความชื่นชมยินดี) โปรดเล่าให้ฟัง

3. ภายหลังการเจ็บป่วย ท่านมีการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไปอย่างไร

4. ในระหว่างที่อยู่โรงพยาบาลครั้งนี้ ท่านมีความรู้สึกอย่างไรและคิดอะไร

(สังเกต สีหน้า ท่าทาง แววตา)

5. ในระหว่างอยู่โรงพยาบาล ช่วยเล่าเหตุการณ์ที่ทำให้ท่านรู้สึกมีความสุขในชีวิต (การรักษาและการพยาบาล เช่น การพูดคุยกับพยาบาล, การทำกายภาพบำบัด, กิจกรรมบำบัด, การฟังธรรมะ การที่ญาติมาเยี่ยม เป็นต้น)

6. ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา บุคคลใด (ญาติ, บุคลากร)/ช่วงเวลาใด ที่สามารถช่วยให้ท่านมีความสุข/มีชีวิตดีงาม/มีประโยชน์/มีคุณค่า/ดีใจ/ประทับใจ/อยากขอบคุณเขา

7. ภายหลังการเจ็บป่วย ท่านคิดว่าท่านสามารถช่วยผู้อื่นในเรื่องใดได้บ้างและอย่างไร

Code No._____

8. ท่านมีความเชื่อ ความศรัทธาต่อสิ่งใด/อะไรเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวในจิตใจที่ช่วยให้ท่านมีความสงบ รู้สึกดีๆเกี่ยวกับตนเอง

9. กรุณาเล่าให้ฟัง ก่อนและหลังการเจ็บป่วย จุดมุ่งหมายในชีวิตของท่านได้เปลี่ยนไปหรือไม่ และมุมมองในชีวิตเปลี่ยนไปหรือไม่ อย่างไร

key informants (ญาติ, ผู้ดูแล)

1. ก่อนการเจ็บป่วยครั้งนี้ ญาติของท่านมีการดำรงชีวิต (กิจวัตรประจำวัน, การประกอบอาชีพ, การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและสันทนาการ) อย่างไร

2. ญาติของท่านมีบุคลิกภาพ/นิสัย/การมองโลก/มองตนเอง อย่างไร

3. ญาติของท่าน เคยมีความคาดหวัง/จุดมุ่งหมายในชีวิตอย่างไร

4. ท่านคิดว่า บุคคลใด/เหตุการณ์ใด/กิจกรรมใดในขณะที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล ที่ทำให้ผู้ป่วยมีความสุข/ยิ้ม/หัวเราะ/ผ่อนคลาย/ชีวิตมีคุณค่า/ชีวิตมีความดีงาม ในระหว่างที่เจ็บป่วย

key informants (พยาบาล)

1. ในระหว่างการเจ็บป่วย ผู้ป่วยมีการดำรงชีวิต (กิจวัตรประจำวัน, กิจกรรมสันทนาการ) อย่างไร

2. ท่านคิดว่า ผู้ป่วยมีบุคลิกภาพ/นิสัย/การมองโลก/มองตนเอง อย่างไร

3. ในระหว่างที่อยู่โรงพยาบาล ผู้ป่วยรายนี้เคยเล่าให้ท่านฟังเกี่ยวกับจุดมุ่งหมายในชีวิตที่เปลี่ยนไปหรือไม่ อย่างไร

4. จากประสบการณ์การดูแลรักษาผู้ป่วยรายนี้ กรุณาเล่าให้ฟังว่ามีกิจกรรมใดบ้าง ที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีความสุข/ยิ้ม/หัวเราะ/ผ่อนคลาย/ชีวิตมีคุณค่า/ชีวิตมีความดีงาม ในระหว่างที่เจ็บป่วย

รับรองโดย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
รหัสโครงการ 225/2555 (EC1)
วันที่รับรอง 23 พ.ค. 2555

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ นามสกุล	นางสาวปาริฉัตร ดอกไม้
วัน เดือน ปีเกิด	5 ธันวาคม 2528
ที่ทำงาน	หอผู้ป่วยบาดเจ็บทางกระดูกสันหลัง (spinal unit) งานการพยาบาลศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2551 สำเร็จการศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2553 ศึกษาต่อระดับปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษย์ศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
ประวัติการทำงาน	พ.ศ. 2551- ปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยบาดเจ็บทางกระดูกสันหลัง (spinal unit) งานการพยาบาลศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช