

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาเรื่องการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

1. ความผาสุกทางจิตวิญญาณ
2. มะเร็งเต้านม
3. การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย
4. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยกับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
5. การสนับสนุนทางสังคม
6. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ (spiritual well-being)

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ เป็นมิติหนึ่งของคุณภาพชีวิต (Ferrell et al., 1998) หรือเรียกได้ว่าเป็นตัวบ่งชี้ภาวะสุขภาพด้านจิตวิญญาณ (spiritual health) (Fehring, Miller, & Show, 1997) ในอดีตแนวคิดเรื่องความผาสุกทางจิตวิญญาณไม่ค่อยได้รับความสนใจจากบุคคลที่มสุขพามากนัก แต่ในปัจจุบันนักวิจัยพบว่าจิตวิญญาณสามารถเป็นแหล่งพลังอำนาจในการเผชิญกับปัญหาสุขภาพ (Fernsler, 1999) ได้มีผู้ให้ความหมายของความผาสุกทางจิตวิญญาณ ดังนี้

The National Interfaith Coalitaiton on Aging (NICA) ได้ให้คำจำกัดความของความผาสุกทางจิตวิญญาณว่า หมายถึง ความรู้สึกมั่นใจที่ยืนยันว่าตนมีความสัมพันธ์กับพระเจ้าหรือสิ่งที่ตนยึดเหนี่ยว รู้สึกถึงความเป็นตนเองที่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกับสังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งหล่อเลี้ยงและให้ความเป็นตัวคนทั้งหมดของบุคคล (Cook, 1980 cited in Carson, 1989)

พอลูทเชียนและเอลลิสัน (Paloutzian & Ellison, 1982) กล่าวว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณ เป็นความรู้สึกของบุคคลว่าตนสามารถดำเนินชีวิตไปตามปกติโดยมีเป้าหมายของชีวิต และมีความสำเร็จตามประสงค์ ความผาสุกทางจิตวิญญาณไม่เพียงแต่เป็นภาวะหนึ่งของบุคคล แต่ยังเป็นสิ่งหนึ่งที่ชี้ให้เห็นถึงความเข้มแข็งของจิตวิญญาณที่เป็นอยู่ในปัจจุบันของตัวบุคคล

แลนดิส (Landis, 1996) กล่าวว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณ เป็นลักษณะของความเข้มแข็งภายในของบุคคลที่จะเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้น เป็นความพึงพอใจกับชีวิตในการมีความสัมพันธ์กับพระเจ้า หรือสิ่งเหนือธรรมชาติ และมีการรับรู้เกี่ยวกับการมีความหมายในชีวิต

ฮังเกลแมนน์ รอส คลาสเซน และสโตลเลนเวอร์ค (Hungelmann, Ross, Klassen & Stollenwerk, 1996) อธิบายว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณ เป็นความรู้สึกประสานกลมกลืนกันระหว่างตนเอง ผู้อื่น ธรรมชาติ และสิ่งเหนือตนเอง ภายใต้เวลาและสถานที่ซึ่งไม่หยุดนิ่ง และพัฒนาไปตามกระบวนการจนนำมาซึ่งการค้นหาความหมายและเป้าหมายในชีวิต

สำหรับความหมายของความผาสุกทางจิตวิญญาณในทางพุทธศาสนานั้น พระราชวรมุณี กล่าวว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณสามารถอธิบายในความหมายของปุณฺณทัฬหี คือ สภาวะจิตใจที่เป็นสุข แยกจากดินแดนของวัตถุ อยู่เหนือดินแดนของวัตถุ ไม่เกี่ยวข้องกับสภาพร่างกาย เป็นเรื่องของจิตใจล้วน ๆ ที่มีประสบการณ์ของศาสนาเข้ามาเกี่ยวข้อง บุคคลนั้นจะเป็นผู้ที่มีความสุข สงบ ชีวิตมีเป้าหมาย มีอุดมคติ มีความหวัง มีแรงจูงใจในการดำเนินชีวิต และพระมหาธีรพงษ์ มีไชยสง กล่าวว่าผู้ที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณหรือผู้ที่มีความสุขในใจ จะเป็นผู้ที่ไม่มีความกระวนกระวายหรือเสียขวัญ มีเมตตาต่อผู้อื่น มองโลกในแง่ดี รู้จักปล่อยวาง ยอมรับความจริง มีจิตใจสงบเยือกเย็น (อ้างในฉวีวรรณ ไพโรวัลย์, 2540)

ความผาสุกทางจิตวิญญาณที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นความรู้สึกส่วนลึกภายในจิตใจของบุคคลที่แสดงถึงภาวะสงบ เป็นสุข มีความเข้มแข็งในจิตใจ ยอมรับความจริง มีเป้าหมายในชีวิต มีความหวัง ยอมรับและพึงพอใจในสิ่งที่เป็นอย่างของตนเอง รู้สึกมั่นใจในความสัมพันธ์กับสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรือสิ่งที่ตนเองยึดเหนี่ยว

องค์ประกอบของความผาสุกทางจิตวิญญาณ

ฮังเกลแมนน์ และคณะ (Hungelmann et al., 1996) ได้แบ่งองค์ประกอบของความผาสุกทางจิตวิญญาณไว้ 3 มิติ คือ

1. มิติของความศรัทธาและความเชื่อ เป็นความเชื่อด้านจิตวิญญาณ เป้าหมายในชีวิตสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านจิตวิญญาณ และแนวทางการดำเนินชีวิต

2. มิตินของชีวิตและความรับผิดชอบของตัวเอง เป็นความเชื่อในอำนาจสูงสุด การให้อภัยผู้อื่น ขอมรับการเปลี่ยนแปลงหรือตัดสินใจในชีวิต

3. มิตินของความพึงพอใจในชีวิต เป็นการตั้งเป้าหมาย ขอมรับในสถานการณ์ของชีวิต รักใคร่กัน และรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

พอลูทเชียนและเอลลิสัน (Paloutzian & Ellison, 1982) ได้แบ่งองค์ประกอบของความผาสุกทางจิตวิญญาณ ไว้ 2 ด้าน คือ

1. ความผาสุกในสิ่งที่เป็นอยู่ (the existential well-being) กล่าวถึงความรู้สึกมีเป้าหมายและความหมายของชีวิต ความพึงพอใจในชีวิต

2. ความผาสุกในความศรัทธายึดมั่นทางศาสนา (the religious well-being) กล่าวถึงความสัมพันธ์กับพระเจ้าหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนเองนับถือหรือยึดเหนี่ยว

แต่อย่างไรก็ตาม พอลูทเชียนและเอลลิสัน (Paloutzian & Ellison, 1982) ยังกล่าวไว้ว่า การทำหน้าที่ของบุคคลถูกมองว่าเป็นองค์รวม ดังนั้น แนวคิดทั้ง 2 ด้านจึงมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดความผาสุกทางจิตวิญญาณของ พอลูทเชียนและเอลลิสัน ในการอธิบายถึงความรู้สึกเข้มแข็งทางจิตใจ การดำรงไว้ซึ่งความหวังและคุณค่าของชีวิตในขณะป่วยเป็นมะเร็งเต้านม เนื่องจากเป็นลักษณะของการที่ผู้ป่วยยอมรับและพึงพอใจในสิ่งที่เป็นอยู่ของตนเอง ขณะเจ็บป่วย และเกี่ยวข้องกับศาสนาซึ่งเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจของผู้ป่วยในสังคมไทยที่มักจะใช้ในการเผชิญปัญหา โดยเฉพาะในขณะเจ็บป่วยซึ่งเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคเรื้อรัง และเหมาะสมกับวัฒนธรรมไทย

จากแนวคิดความผาสุกทางจิตวิญญาณของพอลูทเชียนและเอลลิสันดังกล่าว ผู้วิจัยได้ทบทวนความรู้จากวรรณกรรมเพื่อขยายความรู้ในแต่ละด้านของความผาสุกทางจิตวิญญาณดังต่อไปนี้

1. ความผาสุกในสิ่งที่เป็นอยู่ (the existential well-being) สิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตย่อมส่งผลถึงความรู้สึกนึกคิดภายในจิตใจของบุคคล ซึ่งการรับรู้ดังกล่าวหากเป็นสิ่งที่พึงพอใจก็จะก่อให้เกิดความรู้สึกเป็นสุข ขณะเดียวกันเมื่อประสบสิ่งที่ไม่พึงพอใจจะเกิดความทุกข์ เกรี้ยวกราด และส่งผลต่อพฤติกรรม คำพูด การกระทำที่แสดงออก บุคคลที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณจะเป็นผู้ที่รู้เป้าหมายของชีวิต มีความพึงพอใจในชีวิต และให้ความหมายในชีวิตของตนเองได้

1.1 การรับรู้เป้าหมายของชีวิต คือการที่บุคคลมีเป้าหมายหรือจุดมุ่งหมายในชีวิต รู้ว่าตนเองต้องการทำอะไร เพื่ออะไร อะไรคือสิ่งที่เหมาะสมกับตนเองในปัจจุบัน การมีเป้าหมายของชีวิตทำให้บุคคลรู้สึกว่าการมีชีวิตเป็นสิ่งที่มีความหมาย ไม่รู้สึกแหว่งแวงเลื่อนลอย มีกำลังใจในการดำรงชีวิตอยู่ มองเห็นถึงความหมายของชีวิตตนเองว่าเป็นสิ่งจำเป็นที่ช่วยให้เกิดความสงบสุขในบั้นปลายของชีวิต (McClyment et al., 1982 cited in Ross, 1995) เบิร์กฮาร์ด (Burkhardt, 1989) กล่าวว่า

การตระหนักในความหมายของชีวิตและการมีเป้าหมายในชีวิตเป็นความสามารถในการคิดและแสวงหาคุณค่าในชีวิตของแต่ละบุคคล มีการแสดงออกถึงความหวังและการยอมรับกับความคลุมเครือ และความไม่แน่นอนของชีวิตว่าเป็นเรื่องธรรมชาติ เป็นสัจธรรมของชีวิต ไฮฟิลด์และคาร์สัน (Highfield & Carson, 1983) มองว่าความหมายและเป้าหมายในชีวิตเป็นความรู้สึกนึกคิดที่ออกมาจากส่วนลึกของจิตใจโดยมีพื้นฐานมาจากประสบการณ์ส่วนบุคคล และจะดำเนินชีวิตโดยยึดถือค่านิยมของตน คนที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณจะคงไว้ซึ่งความหมายของชีวิตและการมีเป้าหมายบางอย่างในชีวิต แม้ว่าจะมีเหตุการณ์ใด ๆ เกิดขึ้นก็จะสามารถทำใจยอมรับได้อย่างเข้มแข็งและมีสันติสุขในใจ ดังนั้นผู้ที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยและได้รับความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณจะสามารถค้นหาความหมายในชีวิตที่เป็นอยู่จริง โดยจะเกิดการเรียนรู้และค้นหาความหมายบางอย่างในความทุกข์ของตนเอง และเชื่อว่าในขณะที่เจ็บป่วยชีวิตในส่วนอื่นๆก็ยังคงมีการดำเนินไปอย่างมีคุณค่า (Buchanan, 1995)

1.2 ความพึงพอใจในชีวิตของตนเอง คือการที่บุคคลรู้สึกเป็นสุขกับสิ่งที่ตนเองมีอยู่ พึงพอใจกับประสบการณ์ที่มีคุณค่าในอดีตของตน ซึ่งช่วยให้บุคคลมีความภาคภูมิใจในตนเอง มองเห็นคุณค่าของชีวิต พึงพอใจในการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อบุคคลรอบข้าง เห็นวันเวลาเป็นสิ่งที่มีความหมาย และมีความหมาย มองโลกในแง่ดี และพึงพอใจในชีวิตที่เป็นอยู่ขณะนี้ นอกจากนี้ความพึงพอใจในชีวิตยังเป็นมิติหนึ่งของการวัดคุณภาพชีวิต นั่นคือเมื่อบุคคลรู้สึกพึงพอใจในชีวิตจะเป็นสิ่งที่บ่งบอกว่า บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Ellision, 1983)

2. ความผาสุกในความศรัทธายึดมั่นทางศาสนา (the religious well-being) ศาสนาเป็นส่วนประกอบและเป็นบ่อเกิดอันสำคัญของวัฒนธรรมและจริยธรรม ซึ่งอบรมหล่อหลอมชีวิตของบุคคลที่เจริญเติบโตขึ้นมาในสังคม การกระทำของบุคคลที่แสดงออกหรือลักษณะสังคมที่เป็นอยู่ล้วนเป็นผลสืบเนื่องที่ศาสนามีส่วนช่วยชักนำให้เป็น ไปด้วยทั้งสิ้น และศาสนายังเป็นเครื่องกำหนดความเข้าใจของบุคคลต่อคุณค่า จุดหมายของชีวิตและการเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง (พระธรรมปิฎก, 2539) ศาสนาพุทธช่วยให้คนเราก่อเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณได้ใน 2 ลักษณะ คือ

2.1 การมีความเชื่อและศรัทธาในศาสนาและนำมาปฏิบัติ ความเชื่อและศรัทธาเป็นองค์ธรรมสำคัญที่ทำให้คนมีหลักที่จะปฏิบัติตาม หรือเป็นสิ่งนำทางในการดำเนินชีวิต ช่วยเหนี่ยวรั้งไม่ให้ยอมตามสิ่งชักจูงในทางที่ผิด ไม่ให้ทำความชั่ว การมีศรัทธาเป็นเหมือนมีร่องไหลประจำของกระแสความคิด เมื่อได้รับรู้อารมณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งไม่เกินกำลังของศรัทธาที่มีอยู่ กระแสความคิดก็จะวิ่งเล่นไปตามร่องหรือแนวทางที่ศรัทธาเตรียมไว้ ทำให้ไม่คิดไปในทางอื่น หรือทางที่ผิดศีลธรรม (พระธรรมปิฎก , 2538) ศรัทธาหรือความเชื่อพื้นฐานของชาวพุทธมี 4 ประการได้แก่ เชื่อในการตรัสรู้ของพระพุทธเจ้า เชื่อเรื่องกฎแห่งกรรม เชื่อเรื่องผลของกรรมที่ทำ และเชื่อว่าเราจะได้รับผลของกรรมที่เราทำ (พระเมธีธรรมาภรณ์, 2539)

2.2 การมีศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจหรือเป็นที่พึ่งทางใจ จะทำให้เกิดความสงบ คลายความทุกข์ มีความเข้าใจในธรรมชาติ ความเป็นจริงของชีวิตที่มีการเกิด แก่ เจ็บ ตาย ไม่มีผู้ใดหลีกเลี่ยง การเข้าใจชีวิตหรือโลกตามความเป็นจริง ทำให้บุคคลมีชีวิตอยู่อย่างมีสติปัญญา จิตไม่วุ่นวาย รำลึกถึงความตายด้วยความไม่ประมาท ให้มีการใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่า ประกอบแต่สิ่งดีงาม (พระธรรมปิฎก, 2539)

ความสำคัญของความผาสุกทางจิตวิญญาณ

มนุษย์ทุกคนมีความต้องการที่จะมีชีวิตที่มีคุณค่า มีความหมาย สามารถอยู่ในสิ่งแวดล้อม ตามค่านิยมของตนเอง มีพลังในการดำรงชีวิต สามารถรักและให้อภัยผู้อื่น ในขณะเดียวกัน ก็ต้องการรับความรักและการให้อภัยจากผู้อื่น หากบุคคลได้รับการตอบสนองทางจิตวิญญาณ อย่างเพียงพอ จะทำให้บุคคลนั้นมีความผาสุกทางจิตวิญญาณ (อวยพร ตันมุขกุล, 2534)

ความผาสุกทางจิตวิญญาณทำให้บุคคลคงไว้ซึ่ง ความหวัง กำลังใจ แสวงหาสิ่งยึดเหนี่ยว จิตใจ ใ้บุคคลสามารถก้าวผ่านปัญหา อุปสรรค ความลำบากและความยุ่งยากในชีวิตได้ (Ross, 1997) ซึ่งความผาสุกทางจิตวิญญาณจะมีความสัมพันธ์กับความหวัง (Mickley et al., 1992) เนื่องจาก ความหวังเป็นส่วนหนึ่งของความผาสุกทางจิตวิญญาณที่จะสามารถช่วยให้บุคคลค้นหาความหมาย และเป้าหมายในชีวิตได้ (Ellison, 1983) ความหวังจะเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของบุคคล และเป็น ความพร้อมภายในของบุคคลที่จะนำไปสู่ความผูกพันกับชีวิต ความหวังจะช่วยให้บุคคลมีกำลังใจ ในการเผชิญกับสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตและส่งผลต่อการฟื้นหายจากโรค (Ross, 1995) โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ กำลังเผชิญภาวะวิกฤตในชีวิต เช่น ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยเอดส์ หรือผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งมีความต้องการ ทางจิตวิญญาณและต้องการได้รับการสนองตอบทางจิตวิญญาณมากกว่าผู้ป่วยประเภทอื่น (Gill, 1995) ผู้ที่ป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิตจึงต้องการค้นหาความหมายและเป้าหมายในชีวิต ความมีคุณค่าในตนเอง การมีความหวังในการมีชีวิตอยู่ เพื่อให้ตนเองมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่เหลืออยู่ ดีขึ้น พร้อมทั้งต่อสู้ กับสิ่งต่างๆที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง หากบุคคลไม่มีประสบการณ์ของความผาสุกทางจิตวิญญาณหรือ มีความพร้อมของจิตวิญญาณอาจจะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า อ้างว้าง วิตกกังวลในการมีชีวิตอยู่และ อยู่อย่างไร้ความหมาย (Droege, 1991 cited in O'Brien, 1999)

มิกเคลย์ และคณะ (Mickley et al., 1992) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความผาสุกทาง จิตวิญญาณ ความศรัทธาในศาสนา และความหวังในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 175 ราย ผลการ ศึกษาพบว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความหวัง ($r = .661, p < .001$) โดยที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณค่อนข้างดี เฟอริง และคณะ (Fehring et al., 1997) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความผาสุกทางจิตวิญญาณ ความศรัทธาในศาสนา ความหวัง

ภาวะซึมเศร้า และภาวะอารมณ์ในทางบวกของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นมะเร็ง จำนวน 100 ราย พบว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความหวัง ($r = 0.75, p < .001$) และภาวะอารมณ์ในทางบวกของผู้สูงอายุที่เป็นมะเร็ง ($r = 0.51, p < .001$)

ความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งของจิตใจ และช่วยบรรเทาความวิตกกังวล คาร์สัน (Carson, 1990) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความผาสุกทางจิตวิญญาณ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านจิตวิญญาณ ภาวะสุขภาพและความเข้มแข็งอดทน ในกลุ่มตัวอย่างผู้ที่มีผลเลือด เอช ไอ วี เป็นบวก ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ หรือเป็นเอดส์จำนวน 100 ราย พบว่าความผาสุกทางจิตวิญญาณ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งอดทน ($r = .417, p < .001$) และแคคโซโรวสกี (Kaczorowski, 1989 cited in Mickley et al., 1992) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความผาสุกทางจิตวิญญาณกับความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 114 ราย พบว่าความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวล

ผลของความผาสุกทางจิตวิญญาณยังทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับปัญหาและมีการปรับตัวต่อภาวะวิกฤตในชีวิต มีความหวังในการดำเนินชีวิตซึ่งจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น คอตตอนและคณะ (Cotton et al., 1999) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความผาสุกทางจิตวิญญาณ คุณภาพชีวิต และการปรับตัวทางจิตสังคมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 147 ราย พบว่าความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตและการปรับตัวทางจิตสังคม แลนดิส (Landis, 1996) ศึกษาเรื่องความรู้สึกไม่แน่นอน ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และการปรับตัวทางจิตสังคมในผู้ป่วยเรื้อรังจำนวน 94 ราย พบว่าความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวทางจิตสังคมในผู้ป่วยเรื้อรัง

นอกจากนี้ความผาสุกทางจิตวิญญาณยังมีความสำคัญในการดูแลสุขภาพ เนื่องจากการดูแลด้านจิตวิญญาณเป็นสิ่งสำคัญและเป็นความรับผิดชอบของพยาบาลในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ได้ (O'Brien, 1999; Taylor, 1998) การดูแลผู้ป่วยให้มีความผาสุกทางจิตวิญญาณนับว่าเป็นศิลปะทางการพยาบาลอย่างหนึ่ง (Oldnale, 1996) และการดูแลด้านจิตวิญญาณยังเป็นการเพิ่มคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย (Dyson & Cobb, 1997) นอกจากนี้ Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organization: JCAHO ได้กำหนดให้การดูแลทางด้านจิตวิญญาณเป็นส่วนหนึ่งของการรับรองคุณภาพ และสิ่งที่ต้องเน้นคือ การให้ความสำคัญในการดูแลทางด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะใกล้ตาย (Bush, 1998) สำหรับในประเทศไทยได้ให้ความสำคัญกับเรื่องจิตวิญญาณมากขึ้น โดยมีการให้ความหมายของคำว่า 'สุขภาพ' ว่าหมายถึงภาวะของบุคคลที่สมบูรณ์พร้อมทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และนโยบายการปฏิรูประบบสาธารณสุขในปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะ

เน้นการดูแลสุขภาพให้ครอบคลุมถึงการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความผาสุกทางจิตวิญญาณ เนื่องจากการดูแลบุคคลต้องดูแลให้ครบองค์รวม (ส่วนข้อมูลข่าวสาร สถาบันปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2544)

จากที่กล่าวมาจะเห็นว่าความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสำคัญต่อผู้ป่วย โดยช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถค้นหาความหมายและเป้าหมายในชีวิต มีความหวังในชีวิต ยอมรับความจริงที่เกิดขึ้น มีความเข้มแข็งในจิตใจ สามารถเผชิญกับปัญหา ปรับตัวได้กับภาวะเจ็บป่วย และสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่ถูกคุกคามด้วยโรคที่เป็นอันตรายแก่ชีวิต

การประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ

เนื่องจากภาวะจิตวิญญาณเป็นภาวะที่ไม่คงที่เปลี่ยนแปลงได้ การประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณจึงต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง เช่นเดียวกับการประเมินด้านสภาพร่างกาย จิตใจและสังคม การรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินสภาพด้านจิตวิญญาณมี 2 วิธี คือ การสังเกตและการสัมภาษณ์

การสังเกต โดยพยาบาลสามารถสังเกตผู้รับบริการห่าง ๆ หรือใช้การสังเกตในขณะที่ปฏิบัติกิจกรรมอื่น ๆ ให้แก่ผู้รับบริการ ข้อมูลที่พยาบาลสามารถรวบรวมได้โดยวิธีสังเกต ได้แก่ ทำทางที่ผู้รับบริการแสดงออก พฤติกรรมทางวาจา การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นและสิ่งแวดล้อม การสังเกตทางพฤติกรรมที่ผู้รับบริการแสดงออก ได้แก่ สีหน้า ท่าทาง การแสดงอารมณ์ เช่น ว้าวุ่น โกรธ ซึมเศร้า หงุดหงิดง่าย หรือสังเกตจากกิจกรรมที่ปฏิบัติ เช่น สวดมนต์ อ่านหนังสือธรรมะ การพกพาเครื่องรางของขลังหรือสัญลักษณ์ต่าง ๆ เกี่ยวกับความเชื่อ นอกจากนี้อาจสังเกตพฤติกรรมทางวาจาของผู้รับบริการ เช่น การพูดเน้นเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมานของตน ลักษณะคำพูดที่ใช้ ตลอดจนน้ำเสียงเมื่อพูดถึงพระเจ้า สิ่งศักดิ์สิทธิ์ ความเชื่อ ความศรัทธาของตนเอง ความหมายและเป้าหมายในชีวิต ความสัมพันธ์ระหว่างความเจ็บป่วยต่อชีวิตประจำวัน กิจกรรมทางศาสนา เป็นต้น (อวยพร ตันมุษยกุล, 2534; David & Richard, 2000)

การสัมภาษณ์ มีนักวิจัยหลายท่านได้สร้างแบบประเมินเพื่อใช้ในการสัมภาษณ์ผู้รับบริการเกี่ยวกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ ทั้งแบบประเมินเชิงคุณภาพที่เป็นแนวคำถามปลายเปิดและแบบประเมินเชิงปริมาณที่สามารถประเมินออกมาเป็นระดับคะแนน

การสัมภาษณ์โดยใช้แบบประเมินเชิงคุณภาพ

เป็นคำถามปลายเปิดเพื่อสัมภาษณ์ภาวะและความต้องการทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยซึ่งสามารถใช้ในการประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยได้ (Ellerhorst-Ryan, 1997) โดย สโตล (Stoll, 1979) ได้สร้างแบบประเมินชื่อ Stoll's Guidelines for spiritual assessment ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 17 ข้อ เพื่อถามผู้ป่วยในแนวคิดเกี่ยวกับพระเจ้า แหล่งของความหวัง ความเข้มแข็ง การปฏิบัติ

ศาสนกิจ และความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านจิตวิญญาณและศาสนา แบบประเมินนี้มีข้อจำกัดคือ อาจต้องใช้เวลาในการสัมภาษณ์และประเมินผลนานเนื่องจากเป็นคำถามปลายเปิด และจำนวนข้อคำถาม มีมาก ผู้รับบริการแต่ละคนอาจมีแนวคำตอบที่หลากหลายแตกต่างกันออกไป

การสัมภาษณ์โดยใช้แบบประเมินเชิงปริมาณ

ได้มีผู้สร้างแบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณหลายท่านดังนี้

1. ไฮฟิลด์ (Highfield, 1992) ได้พัฒนาแบบวัดภาวะสุขภาพด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Health Inventory : SHI) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ให้ผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินความรู้สึกเกี่ยวกับสุขภาพจิตวิญญาณของตนเอง ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ 1) การยอมรับตนเอง ความไว้วางใจในตนเอง โดยมีพื้นฐานจากความรู้สึกมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต 2) การมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและสิ่งนอกเหนือธรรมชาติ โดยจะเป็นความรักแบบไม่มีเงื่อนไข รวมทั้งการมีความศรัทธาและการให้อภัย และ 3) การมีความหวังในชีวิต ประกอบด้วยคำถาม 31 ข้อ โดยแต่ละข้อจะมีค่าคะแนนแบบมาตราส่วนประมาณค่า ตั้งแต่ 1 – 5 คะแนน ตามประสบการณ์ และความรู้สึกของตนเอง ถ้าคะแนนรวมของแบบประเมินมีระดับสูง แสดงถึงการมีระดับสุขภาพจิตวิญญาณในระดับสูง หรือมีความผาสุกทางจิตวิญญาณ หากคะแนนรวมอยู่ในระดับต่ำ จะแสดงถึงระดับสุขภาพจิตวิญญาณในระดับต่ำหรือมีความบีบคั้นทางจิตวิญญาณ (spiritual distress)

2. ฮังเกลแมนน์ และคณะ (Hunglemann et al., 1996) ได้สร้างแบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณชื่อ JAREL ขึ้นจากแนวคิดที่ว่าความผาสุกทางจิตวิญญาณมีหลายมิติ ประกอบด้วยแนวคิด 3 มิติคือ

2.1 มิติของความศรัทธา และความเชื่อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความเชื่อด้านจิตวิญญาณ เป้าหมายในชีวิต สัมพันธภาพระหว่างความเชื่อด้านจิตวิญญาณ และแนวคิดการดำเนินชีวิต ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ

2.2 มิติของชีวิตและความรับผิดชอบต่อตัวเอง เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการสะท้อนการสูญเสียอำนาจความเชื่อ ไม่ยอมให้อภัยผู้อื่น และไม่สามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลงในชีวิต หรือตัดสินใจในชีวิต ประกอบด้วยข้อคำถามทางลบ 7 ข้อ

2.3 มิติด้านความพึงพอใจในชีวิต เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการตั้งเป้าหมายและยอมรับในสถานการณ์ของชีวิต มีความรักและรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ

จำนวนข้อคำถามมีทั้งหมด 21 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ถ้าระดับคะแนนสูงแสดงว่ามีความผาสุกทางจิตวิญญาณ แต่ถ้าคะแนนต่ำแสดงถึงการมีความทุกข์ทรมานทางจิตวิญญาณ อย่างไรก็ตาม ฮังเกลแมนน์ และคณะ (Hunglemann et al., 1996) ได้ให้

ข้อคิดเห็นไว้ว่า แบบประเมินนี้ไม่เหมาะสมในการใช้ประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต หรือภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันทั้งทางร่างกายและจิตใจ

3. แบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณของ พอลูทเซียนและเอลลิสัน (Paloutzian & Ellison, 1982) เป็นแบบประเมินที่สะท้อนความเชื่อเรื่องความผาสุกทางจิตวิญญาณใน 2 ด้านคือ

3.1 ความผาสุกในสิ่งที่เป็นอย่างอยู่ (the existential well-being : EWB) กล่าวถึงความรู้สึกของการมีเป้าหมายในชีวิต และความพึงพอใจในชีวิต

3.2 ความผาสุกในความศรัทธายึดมั่นในศาสนา (the religious well-being : RWR) กล่าวถึงความผาสุกในการมีสัมพันธภาพกับพระเจ้าหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนนับถือหรือยึดเหนี่ยว

แบบวัดนี้มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับความผาสุกในสิ่งที่เป็นอย่างอยู่ 10 ข้อ และความผาสุกในความศรัทธายึดมั่นทางศาสนา 10 ข้อ แต่ละข้อคำถามมีให้เลือก 6 ระดับ แบ่งระดับตามมาตราส่วนประมาณค่า ตั้งแต่เห็นด้วยมากที่สุดจนถึงไม่เห็นด้วยมากที่สุด ลักษณะคำถามเป็นคำถามด้านบวก 11 ข้อ และคำถามด้านลบ 9 ข้อ แบบวัดนี้สามารถนำไปใช้กับบุคคลที่นับถือศาสนาทางตะวันออก เช่น ศาสนาพุทธ หรือศาสนาอิสลามได้ หากดัดแปลงหรือปรับเปลี่ยนประโยคคำถามที่กล่าวถึงพระเจ้าให้สอดคล้องกับศาสนาและวัฒนธรรมของกลุ่มตัวอย่าง (David & Richard, 2000; Ellerhorst- Ryan, 1997)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณของพอลูทเซียนและเอลลิสัน (Paloutzian & Ellison, 1982) โดยมีการปรับใช้ให้เหมาะสมกับหลักคำสอนของพุทธศาสนา เพื่อให้สามารถประยุกต์ใช้กับคนไทยที่นับถือศาสนาพุทธ เนื่องจากความศรัทธาในศาสนาเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกทางจิตวิญญาณที่ได้มีผู้สนใจศึกษากันมาก สามารถแบ่งได้เป็น 2 หมวดด้วยกัน คือ ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านสถานการณ์และสภาพแวดล้อม มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

แม้ว่าที่ผ่านมาจะมีการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ แต่ความรู้ที่ได้รับก็มีความหลากหลาย และยังไม่สามารถสรุปได้แน่นอนถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ กล่าวคือ

อายุ จะมีความสัมพันธ์ต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยผู้สูงอายุจะมีความเชื่อในจิตวิญญาณมากกว่าคนหนุ่มสาวหรือคนที่มีอายุน้อย ความผาสุกทางจิตวิญญาณจะทำให้มีความพึงพอใจในความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ทำให้ผู้สูงอายุสามารถให้ความหมายของการเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปในทางที่ยอมรับได้ และการนับถือศาสนาหรือการปฏิบัติพิธีกรรมจะสามารถกระตุ้นให้มีจุดมุ่งหมายในชีวิต (Carpenito, 1997) ไฮฟีลด์ (Highfield, 1992) ศึกษาพบว่า อายุจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งปอด และแคคโซโรวสกี (Kaczorowski, 1989 cited in Mickley et al., 1992) ศึกษาพบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็ง ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของเฟอร์นสเลอร์ และเคลมม์ (Fernsler & Klemm, 1999) ที่พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้

สถานภาพสมรส การสมรสจะทำให้บุคคลรู้สึกเป็นปึกแผ่นมั่นคง มีคู่คิดที่คอยให้คำปรึกษาหรือคอยดูแลซึ่งกันและกัน นับเป็นการสนับสนุนทางจิตใจที่สำคัญในการตอบสนองความต้องการทางจิตวิญญาณ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์วิกฤตของชีวิต ซึ่งการปรับตัวได้ของบุคคลในภาวะดังกล่าว จะทำให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข (Peri, 1995) จากการศึกษาของบุปผา ซอบใช้ (2536) พบว่าคู่สมรสจะเป็นบุคคลที่ช่วยเหลือในการตอบสนองความต้องการทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุที่เป็นมะเร็ง เนื่องจากเป็นผู้คอยให้กำลังใจ ให้ความรัก ช่วยปฏิบัติภารกิจที่ให้ความหมายของชีวิต แต่จากการศึกษาของฉวีวรรณ ไพรวัลย์ (2540) พบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยโรคเอดส์

เพศ เพศหญิงจะมีการปรับตัวตามหน้าที่ได้ดีกว่าเพศชาย เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วัยสูงอายุ เนื่องจากเมื่ออายุมากขึ้น เพศชายจะเฉื่อยชา ไม่แข็งแรง แต่ผู้หญิงจะมีบทบาทเด่นขึ้นทำให้การมีความหมายในชีวิตจะเด่นกว่าเพศชาย (Shock, 1984 อ้างในฉวีวรรณ ไพรวัลย์, 2540) จากการศึกษาของเฟอร์นสเลอร์ และเคลมม์ (Fernsler & Klemm, 1999) พบว่าผู้ป่วยเพศหญิงที่เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่จะมีระดับคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณสูงกว่าเพศชาย

ระดับการศึกษา การศึกษาจะช่วยเพิ่มภูมิปัญญา สามารถมองชีวิตด้วยมุมมองทั้งในทางโลกและทางธรรมให้ไปด้วยกัน ช่วยให้บุคคลใช้กระบวนการคิดและทักษะในการแก้ปัญหา ซึ่งมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมที่จะนำไปสู่พัฒนาการทางด้านจิตวิญญาณได้ จากการศึกษาของสายพิน เกษมกิจวัฒนา และวิมลรัตน์ ภู่วรรณนิข (2539) พบว่าระดับการศึกษาของผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอดส์จะมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับภาวะเหนือตนเองซึ่งเป็นอีกมิติหนึ่งของความผาสุกทางจิตวิญญาณ

ฐานะทางเศรษฐกิจหรือรายได้ เป็นสิ่งแสดงถึงความมั่นคงในชีวิตอย่างหนึ่ง ที่เกี่ยวข้องกับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล และฐานะทางเศรษฐกิจยังเป็นอีกปัจจัยหนึ่งในการ

กำหนดทางเลือกแหล่งบริการสุขภาพ การร่วมกิจกรรมทางศาสนาหรือการประกอบพิธีกรรมต่าง ๆ ชาวพุทธที่เชื่อเรื่องการเวียนว่ายตายเกิดมักเชื่อว่าการทำบุญจะเป็นการสร้างความหวังในชีวิต และเตรียมตัวเผชิญกับความตาย ซึ่งการทำบุญมักต้องใช้เงินเป็นปัจจัยประกอบ นอกจากนี้การมีรายได้หรือฐานะทางเศรษฐกิจดียังหมายถึงความสะดวกสบายในชีวิต ช่วยแก้ไขปัญหาค่าใช้จ่าย ฟ่อนหนักเป็นเบา ทำให้มีความหวัง กำลังใจ เกิดความมั่นคงทั้งในจิตใจและความเป็นอยู่ ซึ่งทั้งหมดนี้เกี่ยวข้องกับความต้องการทางจิตวิญญาณ จากการศึกษาของ จีวีวรรณ ไพรวัลย์ (2540) พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยโรคเอดส์

ศาสนา ศาสนาเป็นส่วนหนึ่งของจิตวิญญาณและเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อมนุษย์ตั้งแต่เกิดจนตาย การปฏิบัติในทางศาสนาจะช่วยให้จิตวิญญาณของคนสมบูรณ์ขึ้น และศาสนายังเป็นความศรัทธาของมนุษย์ที่ช่วยให้เข้าใจตนเอง สำหรับผู้ป่วยนอกจากจะใช้ศาสนาเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตแล้วยังใช้ศาสนาเป็นสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ที่ช่วยทำให้เกิดกำลังใจ (Shaffer, 1991) แต่ศาสนาแต่ละศาสนาก็มีหลักคำสอนที่แตกต่างกัน หลักคำสอนในศาสนาพุทธ จะต้องอาศัยปัญญาในการทำความเข้าใจ สามารถไตร่ตรองพิจารณาสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเองและเชื่อในเรื่องกฎแห่งกรรม ศาสนาอิสลามจะมีความเชื่อเรื่องจิตวิญญาณ ชีวิตหลังความตาย พระเจ้าจะเป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากมีความเชื่อว่าพระเจ้าเป็นผู้สร้างโลกและสิ่งทั้งปวง (Halstead & Micklen, 1997 cited in Nuckolls, 2000) ส่วนศาสนาคริสต์มีความเชื่อว่ามนุษย์เป็นสิ่งที่พระเจ้าสร้างขึ้นมา สภาพของชีวิตมนุษย์และความตายเป็นไปตามประสงค์ของพระเจ้า (Nuckolls, 2000) สมพร รัตนพันธ์ (2541) ศึกษาพบว่าศาสนามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะจิตวิญญาณของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล เฟอ์สเตอร์และเคลมม์ (Fensler & Klemm, 1999) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่เป็นคริสเตียน จะมีระดับคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ใช่คริสเตียน เนื่องจากความเชื่อและหลักคำสอนทางศาสนาเป็นเครื่องชี้นำปฏิบัติในการดำเนินชีวิตของบุคคล และเป็นที่ยึดเหนี่ยวของจิตใจที่เกี่ยวข้องกับจิตวิญญาณ (Ellison, 1983) ดังนั้นหลักคำสอนของศาสนาจึงมีผลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณ

2. ปัจจัยด้านสถานการณ์และสภาพแวดล้อม

การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วย เมื่อเกิดการเจ็บป่วยบุคคลจะมีการปรับตัวทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และเมื่อระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีมากขึ้นจะยังมีผลกระทบต่อภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยมากขึ้น (Craven & Hirmler, 1992) โดยผู้ป่วยจะรู้สึกถึงความไม่แน่นอนในชีวิตของตนเอง ความหมายและเป้าหมายในชีวิตเปลี่ยนแปลงไป ไร้ความหวัง ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะมีผลต่อการปรับตัวในการดำเนินชีวิตและมีชีวิตอยู่อย่างไร้ความสุข โดยเฉพาะผู้ป่วยเรื้อรังและมีภาวะคุกคามต่อชีวิตเช่นผู้ป่วยมะเร็ง และผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งได้รับความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยและผลข้างเคียงของการรักษา

ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษายาวนานและมีอาการรุนแรงเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ จนถึงระยะสุดท้าย จึงต้องการสิ่งยึดเหนี่ยวและหาหนทางประคับประคองจิตใจโดยการพึ่งพาทางด้านจิตวิญญาณ ดังนั้นผู้ป่วยที่รับรู้ว่าการเจ็บป่วยของตนเองมีความรุนแรง และไม่สามารถยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ จึงทำให้ความผาสุกทางจิตวิญญาณลดลง แต่ถ้าผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าการเจ็บป่วยของตนเองไม่มีความรุนแรง สามารถทำใจยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้น และมีชีวิตอยู่กับการเจ็บป่วยด้วยมะเร็งอย่างมีความสุข จะทำให้ผู้ป่วยมีความผาสุกทางจิตวิญญาณได้ เทเลอร์ (Taylor, 1993) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความหมายในชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่กลับเป็นซ้ำ พบว่าการค้นหาความหมายในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ความรุนแรงของอาการแสดงและระยะเวลาที่ได้ทราบการวินิจฉัยโรค คริสต์แมน (Christman, 1990) ศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของอาการแสดงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัญหาในการปรับตัวของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น ความหวังในชีวิตลดลง เป็นผลให้ความผาสุกทางจิตวิญญาณลดลง รีด (Reed, 1987) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลจะมีความผาสุกทางจิตวิญญาณสูงกว่าผู้ป่วยเรื้อรังที่ไม่ใช่ระยะสุดท้ายเนื่องจากการยอมรับต่อการเจ็บป่วยได้ดีกว่า

การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณ เนื่องจากสามารถช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณค่าของตนเองได้รับความรัก ความห่วงใย (Aguilera, 1994) ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ช่วยเหลือในการค้นหาความหมายและเป้าหมายในชีวิต (O'Connor et al., 1990) ไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว คู่สมรส บุคลากรทางการแพทย์หรือองค์กรต่าง ๆ โดยให้การช่วยเหลือสนับสนุนต่าง ๆ เช่น เงินทอง สิ่งของ การให้กำลังใจ ให้ความใกล้ชิด รักใคร่ผูกพัน มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารซึ่งกันและกัน เกิดความรู้สึกคุ้นเคย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รู้สึกว่าชีวิตยังมีความหมาย มีความหวังและกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไป นอกจากนี้แล้วการสนับสนุนทางสังคมยังรวมไปถึงการมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี เนื่องจากครอบครัวเป็นหน่วยที่มีความผูกพันใกล้ชิดซึ่งกันและกันในระหว่างสมาชิก การได้รับการประคับประคอง ความรัก ความเข้าใจจึงเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนาจะได้รับจากครอบครัวเมื่อเจ็บป่วยและจะเป็นหนทางในการสร้างจิตวิญญาณของคน (Hill & Smith, 1990) ดังคำกล่าวของเอลกิน (Elkin, 1995) ที่กล่าวว่า ผู้ป่วยจะมีสุขภาพทางกาย สังคม และจิตวิญญาณดีไม่ได้ถ้าสัมพันธภาพในครอบครัวเสื่อมลง เนื่องจากผู้ที่ช่วยเหลือทางจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยได้ดีคือบุคคลในครอบครัว (Sodestrom & Martinson, 1987) สมพร รัตนพันธ์ (2541) ศึกษาปัจจัยที่ทำนายภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะจิตวิญญาณในผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล โมรี (Moree, 1998) ศึกษาการทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณในสตรีที่ทำงานเกี่ยวกับศาสนาจำนวน 400 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความผาสุกทาง

จิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง ความพึงพอใจในชีวิตและการสนับสนุนจากครอบครัว และเพื่อน สามารถทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณได้

ความเข้มแข็งอดทน เป็นปัจจัยภายในที่จะช่วยให้บุคคลสามารถป้องกันเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ตนรับรู้ว่ามีผลคุกคามต่อภาวะสุขภาพ และช่วยให้สามารถต่อต้านความเครียดอันเนื่องมาจากการเผชิญกับความเจ็บป่วย ส่งผลทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีภายใต้การเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยที่มากกระทบ และสามารถใช้แหล่งประโยชน์ทางสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Pollock, 1989) ความเข้มแข็งอดทนไม่เพียงแต่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเท่านั้น แต่ยังพบว่ามันผลทำให้การดำเนินของโรคลดลงด้วย (Nicholas & Webster, 1993) จากการศึกษาของคาร์สันและกรีน (Carson & Green, 1992) พบว่า ความเข้มแข็งอดทนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยและการสนับสนุนทางสังคมเนื่องจากผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่า ปัจจัยทั้งสองอย่างเป็นปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงหรือจัดการดูแลได้โดยบทบาทของพยาบาล หากยืนยันได้ว่ามีอิทธิพลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยที่การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในทางที่ถูกต้องจะมีผลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณและความร่วมมือในการรักษา ส่วนการสนับสนุนทางสังคมจะเป็นแรงเสริมที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้พบกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ

มะเร็งเต้านม

มะเร็งเต้านม เป็นโรคที่พบบ่อยในเพศหญิง และเป็นสาเหตุการตายในสตรีอายุระหว่าง 40 – 44 ปี (Chapman & Goodman, 1997) สำหรับในประเทศไทยพบว่ามะเร็งเต้านม เป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 รองจากมะเร็งปากมดลูก โดยพบว่ามีจำนวนร้อยละ 20.7 ของมะเร็งทั้งหมดที่พบในสตรี (National Cancer Institute, 1996) สตรีทุกคนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม โดยเฉพาะผู้ที่มียุมากกว่า 35 ปี (วรชัย รัตนธรร, 2541) ซึ่งในปัจจุบันการตรวจมะเร็งเต้านม สามารถกระทำได้โดยการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การตรวจประจำปีจากแพทย์และการทำแมมโมแกรม (mammogram) ทำให้ค้นพบโรคได้เร็วขึ้น (Tums, 1995) และสามารถรักษาให้หายได้หากค้นพบโรคก่อน สำหรับอัตราการรอดชีวิต (survival rate) พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 83 มีอัตราการรอดชีวิตหลังได้รับการวินิจฉัย 5 ปี ร้อยละ 65 มีอัตราการรอดชีวิตหลังได้รับการวินิจฉัย 10 ปี และร้อยละ 51 มีอัตราการรอดชีวิตหลังได้รับการวินิจฉัย 15 ปี (Ferrell, Grant, Funk, & Otis-Green, 1997)

ผลกระทบของมะเร็งเต้านมต่อบุคคล

มะเร็งเต้านมเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานาน ลักษณะพยาธิสภาพ การดำเนินของโรค และการดำเนินการรักษาดูแลตั้งแต่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย สังคม จิตใจ และจิตวิญญาณทุกระยะ ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัย จนกระทั่งถึงระยะสุดท้ายของการเจ็บป่วย (Bush, 1998) ดังนี้

ผลกระทบด้านสุขภาพร่างกาย

1. ผลกระทบด้านสุขภาพร่างกายจากลักษณะพยาธิสภาพ และการดำเนินของโรค การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมในระยะแรก อาจจะไม่ค่อยพบความเจ็บปวด แต่เมื่อระยะของโรคดำเนินไปถึงระยะกลับเป็นซ้ำ หรือลุกลามไปยังอวัยวะอื่นๆของร่างกาย เช่น กระดูก ปอด ตับ จะทำให้ผู้ป่วยได้รับความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นภาวะที่บ่งชี้ชัดเจนว่ามีการแพร่กระจาย นอกจากนี้ยังพบอาการคลื่นไส้ อาเจียน หายใจลำบาก เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ส่วนอาการแทรกซ้อนที่รุนแรงของมะเร็งที่แพร่กระจายคือ ไซนัสหลังถูกกดและภาวะแคลเซียมในร่างกายน้อย (Crane, 1997) ความรุนแรงของอาการต่างๆที่เกิดขึ้นอาจก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย และกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย (Swenson, 1997)

2. ผลกระทบด้านสุขภาพร่างกายจากการรักษา ซึ่งมีหลายวิธีและแต่ละวิธีจะมีผลกระทบทางร่างกายผู้ป่วยดังนี้

2.1 การรักษาด้วยการผ่าตัด ผู้ป่วยจะสูญเสียเต้านมและอาจรวมถึงการสูญเสียกล้ามเนื้อหนังทรวงอกส่วนหน้า ซึ่งมีผลต่อเนื่องจากการที่ผิวหนัง หลอดเลือด ท่อน้ำเหลืองและเส้นประสาทบางส่วนถูกตัดเลาะหรือตัดขาด ทำให้เกิดการคั่งรังสี ผิดรูปร่าง มีรอยแผลเป็นที่ขรุขระ (กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2541) และการผ่าตัดที่มีการเลาะต่อมน้ำเหลืองออก จะทำให้รูปร่างของเต้านมผิดปกติกว้างกว่าเดิม ทำให้แขนขบวม นอกจากนี้อาจเกิดข้อไหล่ติดจากการที่ผู้ป่วยไม่ยอมขยับแขนหลังผ่าตัดเนื่องจากกลัวปวดแผล (Bland, 1991) และความเจ็บปวดแผลผ่าตัดจะก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย (Ferrell et al., 1997)

2.2 การรักษาด้วยเคมีบำบัด จะทำให้เกิดผลข้างเคียงที่พบบ่อยคือ อาการคลื่นไส้ อาเจียน (Bedell, 2000) ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน โดยเฉพาะในรายที่มีอาการรุนแรงหรือเรื้อรังอยู่นาน จะทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะทุพโภชนาการ ขาดสารอาหาร น้ำ อิเล็กโทรไลต์ และภาวะกรดด่างไม่สมดุล (Hawthorn, 1995) นอกจากนี้ยังพบอาการข้างเคียงอื่น ๆ เช่น ผมร่วง หลอดเลือดดำ

อักเสบ อ่อนเพลีย กระจายน้ำ ท้องเดิน ภูมิคุ้มกันลดลง มีการติดเชื้อแทรกซ้อน มีความทุกข์ทรมาน ทั้งในช่วงที่กำลังรับการรักษาและภายหลังการรักษา

2.3 การรักษาด้วยรังสีรักษา ในระยะแรกที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีนี้ ผิวหนังของผู้ป่วยบริเวณที่ได้รับรังสีรักษามักจะแดง บวม ต่อมาจะมีสีคล้ำลง จนอาจจะเป็นสีดำ แห่ง ผู้ป่วยอาจจะรู้สึกปวดแสบปวดร้อน (กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2541; American cancer society, 2000) นอกจากนี้ยังพบอาการท้องเสีย อ่อนเพลีย ผอมร่าง

2.4 การรักษาด้วยสารชีวภาพ จะมีผลข้างเคียงที่รุนแรงกว่าการรักษาชนิดอื่น เช่น อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า รู้สึกไม่สบายกาย ปวดกล้ามเนื้อ มีผลต่อระบบประสาท เกิดอารมณ์แปรปรวน และมีการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ (Bush, 1998)

2.5 การรักษาด้วยฮอร์โมน จะพบอาการข้างเคียงคือ มีเลือดออกทางช่องคลอด หลอดเลือดดำส่วนลึกอักเสบ ร้อนวูบวาบ อารมณ์ และบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงเนื่องจากผลของฮอร์โมน (American cancer society, 2000)

ผลกระทบด้านสังคม

1. ด้านการทำงาน เนื่องจากอาการและผลข้างเคียงจากการรักษา ทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพอ่อนแอลง ทำงานหนักไม่ได้ อาจต้องมีการปรับเปลี่ยนงาน ถูกโยกย้าย ไม่ได้รับผลประโยชน์จากการทำงานอย่างเต็มที่ (Fredette, 1995) นับเป็นการด้อยโอกาสในการทำงานของผู้ป่วยมะเร็งด้านม เนื่องจากผลการเจ็บป่วยโดยตรง ทำให้ไม่สามารถทำงานได้อย่างเต็มที่ ปิดกั้นโอกาสและความก้าวหน้าในการทำงาน (Ferrell et al., 1997) ซึ่งจะมีผลต่อเนื่องถึงภาวะจิตใจและเศรษฐกิจของผู้ป่วยมะเร็งด้านม ที่สำคัญความด้อยโอกาสในการทำงานยังเป็นอุปสรรคต่อโอกาสการสร้างเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อมั่น ความนับถือตนเอง และความผาสุกของผู้ป่วย จากการศึกษามาก (Schag, 1993) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งด้านมมากกว่าครึ่งที่สูญเสียรายได้จากการไม่ได้กลับเข้าทำงานตามปกติหลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งด้านม จนนำไปสู่ปัญหาทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัวด้วยเหตุที่ว่ามะเร็งด้านมเป็นโรคเรื้อรังและต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง (Woods, 1985)

2. ด้านเศรษฐกิจ การเจ็บป่วยด้วยมะเร็งด้านม ทำให้ผู้ป่วยต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัย เช่น ค่าตรวจ ค่าตัดชิ้นเนื้อ ค่าใช้จ่ายในการผ่าตัด การรักษาเพิ่มเติม ภายหลังการผ่าตัด เช่น รังสีรักษา เคมีบำบัด ตลอดจนค่าใช้จ่ายในการฟื้นฟูสภาพ การนัดตรวจเพื่อติดตามผลการรักษา นอกจากนี้ผู้ป่วยยังต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง เนื่องจากในการรักษามะเร็งหลังผ่าตัดที่ต้องให้เคมีบำบัดหรือรังสีรักษามักจะต้องเดินทางมารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยหรือ

สถาบันมะเร็ง ดังนั้นจะพบว่ามีผู้ป่วยจำนวนมากที่ไม่มีค่าใช้จ่ายในการมาตรวจตามนัด และไม่มาตรวจตามนัดทำให้เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำและอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในระยะหลัง (Ferran, 1994) นอกจากนี้การแสวงหาสถานบริการเพื่อการรักษา ซึ่งเป็นอีกทางเลือกหนึ่งของผู้ป่วยนอกเหนือจากการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบัน เช่น การใช้สมุนไพร ยาหม้อ ชีวจิต หรือความเชื่อทางไสยศาสตร์ (กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2541) อาจทำให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น

3. ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม และต้องได้รับการรักษา จะกระทบต่อบทบาทและวิถีชีวิตของผู้ป่วยและสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว ทั้งโดยยอมรับได้และไม่สามารถยอมรับได้ ผู้ป่วยอาจต้องปลดปล่อยบทบาทประจำของตนเอง ในขณะที่สมาชิกในครอบครัวต้องกระจายกันรับบทบาทใหม่เพิ่มขึ้นในฐานะผู้ดูแล เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถจะทำงานหนักได้ และสมาชิกในครอบครัวต้องมีบทบาทในการสนับสนุนและให้กำลังใจผู้ป่วย (Carnevalik & Reiner, 1990) ในด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับคู่สมรส นั้น เรื่องเพศสัมพันธ์มีความสำคัญต่อผู้ป่วยมาก (Schag, 1993) เนื่องจากเต้านมเป็นสัญลักษณ์ทางเพศของเพศหญิง การตัดเต้านมจะมีผลต่อการปรับตัวของคู่สมรส ในผู้ป่วยที่แต่งงานแล้วจะรู้สึกไม่มั่นใจที่จะให้ความสุขหรือมีเพศสัมพันธ์กับสามีได้ อย่างปกติ กลัวสามีรังเกียจ ไม่สามารถทำหน้าที่ของภรรยาได้อย่างเต็มที่ กลัวสามีนอกใจไปหาผู้หญิงอื่น กลัวปัญหาการหย่าร้าง ซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Ferrell et al., 1997; Northouse, 1989)

4. ด้านการมีสัมพันธภาพในสังคม ผลข้างเคียงจากการรักษาบางอย่างเช่น ผมร่วงจากการได้รับเคมีบำบัดที่ไม่สามารถปิดบังได้ จะส่งผลกระทบต่อการใช้สังคม และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกอายต่อภาพลักษณ์ของตนเอง จนไม่อยากเข้าสังคมกับผู้อื่น บางครั้งอาจจะรู้สึกว่าถูกแยกออกจากสังคม (Freedman, 1994) นอกจากนี้แล้วภาวะเจ็บป่วยและการรักษาที่ใช้เวลานาน ทำให้ไม่สามารถพบปะผู้คนได้ตามปกติ สิ่งเหล่านี้ล้วนแต่ก่อให้เกิดข้อจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและการใช้ชีวิตส่วนรวม

โดยสรุปแล้วผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจะได้รับผลกระทบทางสังคมทั้งในด้านสัมพันธภาพในครอบครัวโดยเฉพาะคู่สมรส ไม่กล้าออกสู่สังคมจากการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ของตน อาการเจ็บป่วยยังเป็นอุปสรรคต่อการกลับเข้าทำงานและโอกาสก้าวหน้าในการทำงาน การสูญเสียค่าใช้จ่ายระหว่างการรักษาเป็นจำนวนมาก เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจ และสิ่งเหล่านี้จะนำมาซึ่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย

ผลกระทบทางด้านจิตใจ

มะเร็งเต้านมก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยในด้านจิตใจหลายประการ ไม่ว่าจะเป็นภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนในอนาคต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ กลัวการกลับเป็นซ้ำหรือลุกลามไปยังอวัยวะอื่น และกลัวการเสียชีวิต (Ferrell et al., 1998) ซึ่งผลกระทบทางจิตใจนี้จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยทุกระยะแตกต่างกันตั้งแต่ระยะได้รับการวินิจฉัยจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต ดังนี้

ระยะวินิจฉัยโรค หลังจากที่ได้รับแจ้งการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกกลัว ปฏิเสธ ตกใจ เกิดภาวะช็อกทางจิตใจ จากการที่ผู้ป่วยมีทัศนคติต่อมะเร็งว่าเป็นโรคร้ายแรงที่คุกคามชีวิต ดังนั้นในช่วงที่ได้รับทราบผลการวินิจฉัย ผู้ป่วยมักจะมีปฏิกิริยาการตอบสนองรุนแรงกว่าเป็นโรคอื่น (Cloutier & Ferrel, 1996 cite in Bush, 1998) เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนต่อเหตุการณ์ในอนาคตของตนเอง มีความวิตกกังวลกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตัวเอง นึกถึงแต่เรื่องความตาย เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ความหมายและเป้าหมายในชีวิตเปลี่ยนแปลงไป (Mahol & Casperson, 1995)

ระยะได้รับการรักษา ในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีการตอบสนองทางอารมณ์ไปตามผลข้างเคียงของการรักษา การรักษามะเร็งเต้านมโดยการผ่าตัด จะทำให้ผู้ป่วยสูญเสียภาพลักษณ์และได้รับความทุกข์ทรมานในการดำเนินชีวิต (Block & Matassarin-Jacobson, 1993) การสูญเสียเต้านมจะมีผลต่อจิตใจผู้ป่วยอย่างมาก (Gorman, 1998) เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนและความวิตกกังวลภายหลังผ่าตัด (Feather & Wainstock, 1989) ผู้ป่วยจะรู้สึกถึงความมีคุณค่าในตนเองลดลง เนื่องจากสรีระภาพของตนเองเปลี่ยนแปลงไป ไข้แขนทำงานหนักไม่ได้เหมือนเดิม มีความลำบากในการสวมเสื้อผ้า ร่างกายอ่อนแอ ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น (Northous, 1989) การรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัด อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกลัวต่อการรักษา และผลข้างเคียงจากการรักษา เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน ผื่น ร่วง ความเจ็บปวดจากแผลในปาก จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความอ่อนล้า และมีระดับของความสิ้นหวังเพิ่มมากขึ้น (Brandt, 1987) การรักษาด้วยวิธีรังสีรักษา และผลข้างเคียงจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเหนื่อยล้ามากขึ้น (Hughes, 1993) และระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนานจะก่อให้เกิดความเครียดมากขึ้น (Bush, 1998) ซึ่งสิ่งเหล่านี้ย่อมมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วย

ระยะสงบของโรค เป็นช่วงสิ้นสุดการรักษา ผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนในอนาคต กลัวการกลับเป็นซ้ำ รู้สึกสูญเสียการควบคุมเมื่อการรักษามาถึงระยะสุดท้าย ถึงแม้ว่าการรักษามะเร็งจะสิ้นสุดไปแล้ว ก็ยังต้องติดตามผลต่อไปอีกระยะหนึ่ง ซึ่งระยะนี้ผู้ป่วยยังคงอยู่ในความเครียด หรือรอคอยอยู่ว่าโรคมะเร็งที่เป็นอยู่จะหายขาดหรือไม่ จะมีการคืนกลับมาเป็นอีกเมื่อใด

และการรักษาที่ได้รับนั้นเพียงพอหรือไม่ (อาคม เชียรศิลป์, 2531; Loveys & Klaich, 1991)

ระยะอาการกำเริบกลับเป็นซ้ำ ในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกคล้ายกับระยะแรกที่ได้รับทราบว่าตนเองเป็นมะเร็งคือ ตกใจ ไม่เชื่อ วิดกกังวล แต่ความรู้สึกในครั้งนี้จะรุนแรงกว่า (Fawzy et.al, 1997 cited in Bush, 1998) ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกกลัวและเกิดความไม่แน่นอนในอนาคตของตัวเองมากขึ้น เนื่องจากเกิดเหตุการณ์ที่คุกคามชีวิตขึ้นอีกครั้งหนึ่ง (Schmale, 1976 cited in Mahol & Casperson, 1997) การกลับเป็นซ้ำมักเป็นขั้นที่การลุกลามแพร่กระจาย ซึ่งผู้ป่วยมักจะได้รับความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด (Swenson, 1997) และได้รับการรักษาที่มากกว่าเดิมซึ่งจะมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (กนกนุช ชื่นเลิศกุล, 2541)

ระยะสุดท้าย เป็นระยะที่มะเร็งลุกลามไปมาก พยาธิสภาพของโรคได้ลุกลามไปสู่อวัยวะอื่น ผู้ป่วยจะรู้สึกสิ้นหวัง กลัวถูกทอดทิ้ง เจ็บปวด (Bush, 1998) ต้องการความช่วยเหลือและนึกถึงเรื่องความตาย (Cloutier & Ferral, 1996 cited in Bush, 1998) ในระยะนี้ผู้ป่วยจะต้องการสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจและมีความต้องการทางจิตวิญญาณมากขึ้น แต่ถ้าผู้ป่วยมีการปรับตัวยอมรับกับสภาพความเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายได้ ก็จะทำให้ผู้ป่วยมีความผาสุกทางจิตวิญญาณได้ (Reed, 1987)

จากผลกระทบทางด้านจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งที่เกิดขึ้นดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในสิ่งที่เกี่ยวข้องกับชีวิต การดำเนินของโรคและผลการรักษา ต้องการมีความหวังในการมีชีวิตอยู่ และมีความต้องการความมั่นคงในจิตใจที่สูงขึ้น โดยพยายามหาสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจเพื่อให้ตนเองมีความผาสุกทางจิตวิญญาณ

ผลกระทบด้านจิตวิญญาณ

การที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเด้านนับเป็นเหตุการณ์วิกฤตของชีวิตที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงชีวิตของผู้หญิงและมีผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย (Lonvey & Klainch, 1991) ผลกระทบทางจิตวิญญาณ จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงระยะสุดท้ายของการเจ็บป่วย เนื่องจากเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิต (Pace, 2000) ในระยะแรกผู้ป่วยมะเร็งจะนึกถึงแต่เรื่องความตาย และมีความรู้สึกสูญเสีย (Taylor, 1998) ต่อไปผู้ป่วยจะรู้สึกถึงความไม่แน่นอนในอนาคตของตนเองสิ้นหวัง ท้อแท้ กลัว วิดกกังวล ซึมเศร้า รู้สึกว่าเป้าหมายในการดำเนินชีวิตของตนเองเปลี่ยนแปลงไป (Ferrell et al., 1998) การได้รับรู้ว่าเป็นมะเร็งจะทำให้ผู้ป่วยคิดว่าชีวิตจะต้องได้รับความทุกข์ทรมานในการดำรงชีพ นึกถึงแต่โรคภัย เกิดความขัดแย้งในตนเอง จนนำไปสู่ภาวะบิบบันทางจิตวิญญาณ (O'Connor et al., 1990) นอกจากนี้ผู้ป่วยบางคนจะโทษตัวเอง คิดว่าภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นการ

ลงโทษจากพระเจ้า (Nuckolls, 2000) ผู้ป่วยบางคนคิดว่าการเป็นมะเร็งถือเป็นเวรกรรมแต่ชาติปางก่อน หรือผลจากการกระทำในอดีตที่ผ่านมา (กนกนุษ ชื่นเลิศสกุล, 2541) ผู้ป่วยมะเร็งมักจะมีคำถามกับตนเองว่า ‘ทำไมต้องเป็นฉัน’ ‘ฉันทำผิดอะไร’ ‘ฉันทำความดีมาตลอด ทำไมต้องเป็นฉัน’ (Ferrell et al., 1998) ผู้ป่วยมะเร็งจะตระหนักถึงความสำคัญของจิตวิญญาณมากขึ้น และมีความต้องการทางจิตวิญญาณค่อนข้างมาก (O'Connor et al., 1990) จากการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งต้องการได้รับการให้อภัยจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนเองนับถือ ต้องการความหวังให้หายจากโรค ต้องการสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ต้องการได้รับความเข้าใจ ความหวังใจจากผู้อื่น ต้องการปฏิบัติตามความเชื่อ ความศรัทธาในสิ่งที่ตนเองนับถือ และสิ่งที่มีคุณค่าแก่ตนเอง เช่น ศาสนา หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ต่าง ๆ ที่เชื่อว่ามีอำนาจเหนือตน (Carson, 1989) ความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งมักเกี่ยวข้องกับการบรรเทาความทุกข์ทรมานทางจิตวิญญาณ การคงไว้ซึ่งความหวังและความมีคุณค่าแห่งตน ให้ตนเองสามารถเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยโดยใช้แหล่งประโยชน์ทางจิตวิญญาณเพื่อให้ตนเองเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ แต่ภาวะของการเจ็บป่วยและผลข้างเคียงจากการรักษาที่ทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวดและมีสภาพร่างกายที่อ่อนแอ อาจเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติศาสนกิจหรือการค้นหาความหมายและเป้าหมายในชีวิตได้ และเนื่องจากบุคคลเป็นองค์รวม ผลกระทบทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม ดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น ยังส่งผลกระทบต่อภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยด้วย (ส่วนข้อมูลข่าวสาร สถาบันปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2544)

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าการเจ็บป่วยในแต่ละระยะของมะเร็งด้านมและการรักษาพยาบาลที่ได้รับ จะมีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ทั้งนี้จะมีผลต่อการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับความรุนแรงของการเจ็บป่วย ซึ่งจะมีผลกระทบต่อความต้องการหรือการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณด้วย กล่าวคือ ถ้ารับรู้ว่าการเจ็บป่วยมีความรุนแรงมากความต้องการทางจิตวิญญาณก็จะสูงและมีการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณลดน้อยลงไปด้วย

การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย (perceived severity of illness)

การรับรู้ (perception) หมายถึงความสามารถของบุคคลในการทำความเข้าใจในความเป็นจริงของสรรพสิ่งและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและดำรงอยู่ แสดงออกเป็นความคิด ความเชื่อ ส่วนบุคคลซึ่งเป็นผลจากการเรียนรู้และประสบการณ์ของบุคคลนั้น (Wehmeier, 2000) การรับรู้ของบุคคลเป็นสภาพทางจิตวิทยา และเป็นความสนใจของบุคคลในการเลือกที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในสิ่งแวดล้อม ซึ่งบุคคลแต่ละคนจะมีการรับรู้ที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ความรู้สึกรู้สีกและประสบการณ์ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต (King, 1981) ส่วนการเจ็บป่วยเป็นปรากฏการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นได้กับมนุษย์ทุกคน เป็นประสบการณ์ชีวิตที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ (Brunners & Suddarth, 1988)

การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยจึงเป็นความคิดและความเชื่อของบุคคลที่เกี่ยวกับอันตรายของการเจ็บป่วย ได้มีผู้ให้ความหมายของการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยหลายท่านดังนี้

เอลเมิดา (Almeida, 1996) กล่าวว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย เป็นความคิด ความเข้าใจเกี่ยวกับระดับความมากน้อยของความทุกข์ทรมาน และความยากลำบากในการดำเนินชีวิต อันสืบเนื่องมาจากโรคหรือความผิดปกติ

ทิมเมอร์ช (Timmerch, 1997) กล่าวว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยเป็นความเข้าใจและความเชื่อของความเลวร้ายของสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่ปรากฏขึ้นจากการเจ็บป่วย และการบาดเจ็บ ซึ่งเป็นเรื่องที่ซับซ้อนมีผลต่อสุขภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย และเป็นเรื่องตรงกันข้ามกับการรับรู้ถึงความผาสุก

สไตน์และคณะ (Stein et al., 1987 cited in Yu, 1999) กล่าวว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยเป็นการอธิบายถึงปริมาณของการเจ็บป่วยหรือความผิดปกติที่มีสาเหตุมาจากการเจ็บป่วย และสิ่งเหล่านี้จะมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต เศรษฐกิจ สังคม และอารมณ์

โดยสรุปแล้ว การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยเป็นความรู้สึกและความเข้าใจของบุคคลต่อความเลวร้ายของสถานการณ์ที่มีสาเหตุมาจากการเจ็บป่วย ซึ่งก่อให้เกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิตจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

เนื่องจากการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยจัดเป็นการเปลี่ยนแปลงในวงจรต่อเนื่อง และเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญอย่างหนึ่งที่แสดงถึงการเคลื่อนระดับหรือมีการเปลี่ยนแปลงจากการมีสุขภาพดีไปสู่ด้านตรงข้าม ยิ่งรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วยมากขึ้นเท่าใด ย่อมส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่ การดำรงชีวิต และคุณภาพชีวิตของบุคคลมากขึ้นตามไปด้วย (Antonovsky, 1982) การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วยจะมากขึ้นในหลายกรณี เช่น การป่วยด้วยโรคที่ร้ายแรง ทำลายต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกายมาก มีการรักษาที่ซับซ้อนหรือเป็นโรคที่รักษาไม่หาย การพยากรณ์ของโรคเลวลง อาการกำเริบหรือกลับเป็นซ้ำบ่อย ๆ และเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยหรือการรักษาที่ได้รับ เช่น ผู้ป่วยมะเร็ง หรือผู้ป่วยในระยะสุดท้าย เป็นต้น

นอกจากการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยจะขึ้นอยู่กับ การดำเนินของโรค พยาธิสภาพ และกระบวนการการรักษาแล้ว ยังอาจขึ้นอยู่กับความสามารถของบุคคลในการทำความเข้าใจ และปรับการรับรู้หรือความรู้สึกของตนเองให้เป็นไปในทางบวกหรือลดต่อสิ่งที่ตนกำลังประสบอยู่ กล่าวคือ บางคนอาจเผชิญกับโรคและการเจ็บป่วยด้วยความวิตกกังวล ความเครียด ความสิ้นหวัง ในขณะที่บางคนอาจมีการปรับการรับรู้ไปในทางที่จะช่วยให้ความรู้สึกในทางลบเกิดขึ้นน้อยลง เช่น การแสวงหาทางเลือกอื่น ๆ การแสวงหาสิ่งยึดเหนี่ยวเหนือธรรมชาติและปฏิบัติตามความเชื่อที่จะช่วยให้ตนเองสามารถเผชิญได้ดีขึ้น นั่นก็คือ อาศัยกระบวนการรับรู้เป็นตัวกลั่นกรองหรือเปลี่ยนแปลง

ความรุนแรงของเหตุการณ์นั้นต่อตนเอง ความสามารถดังกล่าวจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคลขึ้นกับปัจจัยด้านประสบการณ์ในชีวิตที่ผ่านมา ภาวะการเจริญเติบโตและการพัฒนาการ และอิทธิพลทางสังคมและวัฒนธรรม ได้แก่ ความเชื่อ ทักษะคิด การได้รับข้อมูลข่าวสารสำคัญจากแพทย์และพยาบาล ความคาดหวังในตนเอง ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้จะทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ สามารถประเมินตัดสิน ภาวะสุขภาพ ของตนให้ตรงกับสภาพความเป็นจริงได้ (Kozier, Erb, & Bufalino, 1989)

สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการ และผลข้างเคียงของการรักษานั้น ในทางปฏิบัติ แพทย์ผู้รักษาส່วนใหญ่มักจะไม่อธิบายถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วยให้ผู้ป่วยทราบ อาจบอกเพียงระยะของโรคหรือวิธีการรักษาที่จะได้รับ ซึ่งอาจจะตรงหรือไม่ตรงกับความรู้สึกและการรับรู้ของผู้ป่วย เนื่องจากการรับรู้จะขึ้นอยู่กับการเผชิญหรือการมีประสบการณ์ตรงของบุคคล (Wehmeier, 2000) ผู้ป่วยมะเร็งจะเผชิญกับความเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกาย ความยากลำบากในการดำรงชีวิต อันเนื่องมาจากพยาธิสภาพและการรักษาที่ได้รับ หรือรับรู้ไปตามค่านิยมและความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็ง ประสบการณ์จากตัวอย่างผู้ป่วยรายอื่น ๆ ที่เคยพบเห็น สิ่งแวดล้อมและกลุ่มสังคมที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนแต่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยทั้งสิ้น

จากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่พบรายงานการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมโดยตรง แต่มีรายงานการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ ที่ชี้ให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยกับคุณภาพชีวิตและความผาสุกทางจิตวิญญาณเช่น ผ่องศรี ศรีมรกต (2536) ศึกษาเรื่องผลของการให้คำปรึกษาแบบประคับประคองต่อการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย ระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และขวัญกำลังใจในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา จำนวน 60 ราย โดยศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ภาวะเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในวันแรกและวันสิ้นสุดการได้รับรังสีรักษา พบว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบประคับประคองมีคะแนนการรับรู้ความเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้น และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงเมื่อเทียบกับคะแนนในระยะเริ่มต้นในการรักษา แสดงให้เห็นว่ายิ่งผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรับรู้ว่าการป่วยของตนเองมีมากขึ้น จะมีผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำลงเรื่อย ๆ

ฮุนซุ (Hyun-Soo, 1993) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยและคุณภาพชีวิตของสตรีชาวเกาหลีที่เป็นข้ออักเสบ จำนวน 96 ราย พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต งานวิจัยนี้บ่งชี้ว่าหากผู้ป่วยมีการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในทางที่ถูกต้อง จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ชาร์โล และคณะ (Scharlo et al., 2000) ศึกษาเรื่องการรับรู้การเจ็บป่วยและการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยเรื้อรัง จำนวน 69 ราย พบว่า ผู้ป่วยที่มีการรับรู้ว่าการเจ็บป่วยของตนเองมีความรุนแรงจะมาพบแพทย์บ่อยขึ้น และมีผลกระทบทางด้านจิตใจ เช่น ภาวะซึมเศร้า และวิตกกังวล ส่งผลต่อ

การดำเนินชีวิตของผู้ป่วย จากงานวิจัยดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า การที่ผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าการเจ็บป่วยของตนเองมีความรุนแรงมากจะมีผลกระทบต่อภาวะจิตใจและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยด้วย

การประเมินการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย

เนื่องจากการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย เป็นเรื่องของความรู้สึกหรือความตระหนักของแต่ละบุคคล ดังนั้นในการประเมินการรับรู้จึงต้องประเมินจากการรายงานของบุคคลโดยตรง ซึ่งเป็นการประเมินทางจิตพิสัย จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่ามีเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและความรุนแรงของการเจ็บป่วยหลายชนิด ดังนี้

1. แบบประเมินการรับรู้ภาวะเจ็บป่วย (perception of illness) ปรับปรุงมาจากแบบประเมินภาวะสุขภาพทั่วไป (General Health Rating Index : GHRI) ของเดวิสและแวร์ (Davis & Ware, 1981 อ้างใน ผ่องศรี ศรีมรกต, 2536) ประกอบด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ เกี่ยวกับการประเมินสุขภาพทั่ว ๆ ไป ตามการรับรู้ของผู้ป่วยเอง ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คะแนนมากหมายถึงรับรู้ว่าคุณป่วยมาก คะแนนน้อยหมายถึงรับรู้ว่าคุณป่วยน้อย

2. แบบวัดความทุกข์ทรมานของอาการ (Symptom Distress Scale : SDS) (McCorkle, 1987 cited in Taylor, 1993) ใช้ในการวัดเฉพาะอาการแสดงที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน ประกอบด้วยข้อคำถาม 13 ข้อ เป็นแบบประเมินที่ให้ผู้ป่วยรายงานด้วยตนเอง ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า แต่แบบประเมินนี้ไม่ครอบคลุมถึงการประเมินทางด้านจิตใจ

3. แบบวัดผลกระทบจากการเจ็บป่วย (Sickness Impact Profile : SIP) (Bergner, Bobbitt, Carter, & Gilson, 1981) เป็นแบบวัดเฉพาะการรับรู้ภาวะสุขภาพเพื่อประเมินความรุนแรงและผลกระทบจากการเจ็บป่วย ประกอบด้วยข้อคำถาม 136 ข้อ ซึ่งครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ แต่มีจำนวนข้อคำถามค่อนข้างมาก

จากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่พบเครื่องมือที่ใช้ประเมินการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยมะเร็งเต้านมโดยเฉพาะ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้สร้างเครื่องมือขึ้นมาใหม่ เพื่อประเมินการรับรู้ความรุนแรงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยมะเร็งเต้านมให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยขณะนั้น

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยและความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยเป็นความรู้สึกส่วนตัวอีกของบุคคลต่อภาวะการเจ็บป่วย ซึ่งบุคคลแต่ละคนจะมีการรับรู้ที่แตกต่างกันออกไปตามสิ่งแวดล้อมและประสบการณ์ของตนเอง (King, 1981) ดังนั้นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมแต่ละคนจึงมีการรับรู้ที่แตกต่างกันออกไป หากผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าการเจ็บป่วยของตนเองมีความรุนแรง จะทำให้รู้สึกถึงความไม่แน่นอนในอนาคตของตนเอง มีการแสดงออกถึงความว้าวุ่น สับสน กลัว รู้สึกผิด มีความรู้สึกสูญเสียการควบคุม เมื่อหน้าชีวิตหมดกำลังใจ เป็นสิ่งที่ขัดขวางเป้าหมายของชีวิต เป็นความล้มเหลวของชีวิต ทำให้รู้สึกว่าชีวิตไม่มีความหมาย ความหวังในชีวิตลดลง มีความยากลำบากในการปรับตัวและการดำเนินชีวิต มีความรู้สึกว่าชีวิตไม่มีความหมาย เกิดความบีบคั้นทางจิตวิญญาณ (spiritual distress) และมีชีวิตอยู่อย่างทุกข์ทรมาน ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้มีผลทำให้ความผาสุกทางจิตวิญญาณลดลงได้ (Christman, 1990) นอกจากนี้ผู้ป่วยบางคนคิดว่าทั้งการเจ็บป่วยและความรุนแรงที่เกิดขึ้น เป็นความโชคร้ายของชีวิต มองว่าการเจ็บป่วยเป็นการลงโทษจากพระเจ้าหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนเองนับถือยึดเหนี่ยว ทำให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นคงในความเชื่อหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนยึดถืออยู่ว่าจะสามารถยึดเป็นที่พึ่งได้อีกต่อไปหรือไม่ ทำให้ไม่สามารถจะดำเนินชีวิตไปสู่จุดหมายที่ตนเองตั้งใจไว้ได้ (O'Brien, 1999) ผู้ป่วยจึงต้องการได้รับการให้อภัยจากพระเจ้าหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ และต้องการได้รับการตอบสนองทางจิตวิญญาณเพื่อให้มีความผาสุกทางจิตวิญญาณ (carson, 1989) แต่ในทางกลับกัน หากผู้ป่วยมีการทำใจยอมรับกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นก็จะรู้สึกว่าความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นไม่ได้รุนแรงเกินไป สามารถยอมรับกับสภาพที่เป็นอยู่ มองการเจ็บป่วยว่าเป็นประสบการณ์ของชีวิตที่ต้องมีการเรียนรู้ และมีเป้าหมายในการมีชีวิตอยู่ ก็จะส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษา สามารถเรียนรู้และมีชีวิตอยู่กับการเจ็บป่วยด้วยมะเร็งเต้านมอย่างมีความสุข และเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ ดังคำกล่าวของเดวิด (David & Richard, 2000) ที่กล่าวว่าจิตวิญญาณมีความสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่ได้รับคามทุกข์ทรมานจากความรุนแรงของโรคให้มีศักยภาพในตนเอง และสามารถเผชิญกับความรุนแรงของการเจ็บป่วยได้

จากการศึกษาของเทเลอร์ (Taylor, 1993) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความหมายในชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่กลับเป็นซ้ำจำนวน 74 ราย พบว่าการค้นหาความหมายในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ความรุนแรงของอาการแสดงและระยะเวลาที่ได้ทราบการวินิจฉัยโรค ซึ่งหมายความว่า ยิ่งผู้ป่วยมีการรับรู้ความรุนแรงของอาการป่วยและผลข้างเคียงของการรักษามากขึ้น การค้นหาความหมายและเป้าหมายในชีวิตก็ลดลงเป็นผลให้ความผาสุกทางจิตวิญญาณลดลง คริสต์แมน (Christman, 1990) ศึกษาเรื่อง ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย ความหวัง การรับรู้ความรุนแรง

ของอาการแสดงหรืออาการข้างเคียง ความพึงพอใจในการควบคุมดูแลสุขภาพ และการปรับตัวในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาจำนวน 55 ราย ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของอาการแสดงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัญหาในการปรับตัวของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น ความหวังในชีวิตลดลง และมีความยากลำบากในการปรับตัวและการดำเนินชีวิต ซึ่งจะมีผลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณ

การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมเป็นแนวคิดที่มีอิทธิพลต่อการบริการด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และภาวะสุขภาพของบุคคล (Stewart, 1993) การสนับสนุนทางสังคมมีลักษณะเป็นโครงสร้างหลายมิติ (multidimensional structure) จึงได้มีผู้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้หลายความหมายดังนี้

คอบบ์ (Cobb, 1976) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการให้ข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าเขาได้รับการดูแล ให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่าและยกย่อง รวมถึงการมองว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม

คาห์น (Kahn, 1979 cited in Lindsey, 1997) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดหมายระหว่างบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่ง ซึ่งมีผลทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อกัน มีการยอมรับนับถือ ยอมรับพฤติกรรม และช่วยเหลือทางด้านวัตถุซึ่งกันและกัน

สจิวต์ (Stewart, 1993) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นการมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว เพื่อน คู่สมรส และบุคลากรสุขภาพ เพื่อการติดต่อสื่อสารข้อมูลให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่า ช่วยเหลือและผูกมิตรซึ่งกันและกัน ช่วยลดสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด และส่งเสริมสุขภาพ

ไวส์ (Weiss, 1974 cited in Brandt & Weinert, 1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการรับรู้ของบุคคลในการมีปฏิสัมพันธ์และได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือประคับประคองจากสมาชิกในสังคม ซึ่งประกอบด้วยการสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากผู้อื่น การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีโอกาสได้ช่วยเหลือผู้อื่น การรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง และความรู้สึกมีความผูกพันใกล้ชิด ซึ่งผู้วิจัยนำมาใช้เป็นแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้

ความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวปัจจัยทางจิตสังคมอย่างหนึ่ง (Krishnamamy, 1996; Tilden & Weinert, 1987) มีการยอมรับกันทั่วไปว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับสุขภาพ และพฤติกรรมอนามัยของบุคคลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ สวัสดิภาพ ของบุคคลทั้งทางตรงและทางอ้อม (Cohen & Wills, 1985; Stewart, 1993) เนื่องจากความสัมพันธ์ ของมนุษย์ในสังคม มีลักษณะเป็นเครือข่ายที่ต้องพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน มีความไว้วางใจ ช่วยเหลือกัน เพื่อให้บรรลุความต้องการของตนในด้านสรีรวิทยา เกิดความมั่นคง และรู้สึกว่าคุณ เป็นที่ยอมรับของบุคคลในสังคม อันจะทำให้มีชีวิตอยู่อย่างมีความสุข และมีความหมายขึ้น (จริยวัตร คมพัตต์, 2533) ซึ่งในปัจจุบันแนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม ได้รับความสนใจเป็นอย่างมาก ในทางสังคมศาสตร์ พฤติกรรมศาสตร์ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งในระบบบริการสุขภาพ เนื่องจากพบว่า มีบทบาทสำคัญในการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามา ในชีวิตได้เหมาะสม และก่อให้เกิดความผาสุกของอารมณ์ (Cohen & Wills, 1985)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่านักวิจัยหลายท่านได้กล่าวถึงความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ มีบทบาทเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการป้องกันและรักษาการเจ็บป่วย โดยเป็นตัวแปรที่ทำหน้าที่เสมือนตัวกันชน (buffer) รองรับ สถานการณ์เครียด (Cohen & Wills, 1985; Krishnamamy, 1996; Lindsey, 1997; Tilden & Weinert, 1987) การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยดูดซับหรือบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียดในขั้นตอนของการ ประเมินความเครียด หรือแปลความหมายของเหตุการณ์ โดยช่วยป้องกันบุคคลที่เกิดความรู้สึก หดหู่ทางช่วยเหลือและรู้สึกว่าคุณเองไร้ค่า ได้มีความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง (Cohen & Wills, 1985; Stewart, 1993)

ความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมอีกประการหนึ่งคือ ช่วยให้บุคคลมีการปรับตัว ต่อปัญหาหรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เข้ามากระทบต่อชีวิตเช่น ภาวะเจ็บป่วยและผลกระทบจากการรักษา โดยเฉพาะผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษายาวนาน และมีความไม่แน่นอนในอนาคต เช่น ผู้ป่วยมะเร็งหรือผู้ป่วยเอดส์ (Tilden & Weinert, 1987) เมื่อผู้ป่วยมีการปรับตัวได้ดีขึ้น จะทำให้เกิด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ก่อให้เกิดความผาสุกในชีวิตและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Foote, Piazza, Holcombe, & Daffin, 1993; Lindsey, 1997) เดวิส (Davis, 1998) ศึกษาเรื่องความเข้มแข็งของตน การสนับสนุนทางสังคม ความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย และการปรับตัวในสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม จำนวน 99 ราย พบว่าการสนับสนุนทางสังคมสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีการปรับตัวได้ดีขึ้น เฟิเตอร์และเวินสต็อก (Feather & Wainstock 1989) ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทาง

สังคม เครือข่ายทางสังคม ทักษะคิดต่อการผ่าตัดเต้านม และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย มะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับทัศนคติต่อการผ่าตัด เต้านม เป็นผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้นและทำให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวดีขึ้น นอกจากนี้เกอร์รา (Guerre, 1997) ยังได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง เต้านม พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต โดยผู้ป่วยที่มีการรับรู้ ว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงจากครอบครัวและเพื่อนจะมีระดับคะแนนของคุณภาพ ชีวิตที่สูงขึ้น ดังนั้นจะเห็นว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอจะทำให้สามารถปรับตัวต่อ การเปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้นได้ (Cassel, 1976 cited in Lindsey, 1992)

นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมยังสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับเหตุการณ์ที่เป็นภาวะ วิกฤตหรือปัญหาต่างๆในชีวิต (Cassel, 1976 cited in Lindsey, 1992; Tilden & Weinert, 1987) ให้มี ความเข้มแข็งในการต่อสู้กับปัญหา จนนำไปสู่ความเข้มแข็งในตนเองซึ่งเป็นลักษณะสำคัญ อย่างหนึ่งของความผาสุกทางจิตวิญญาณ ดังเช่นการศึกษาของเดวิส (Davis, 1998) ที่ศึกษาพบว่า ความเข้มแข็งของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสนับสนุนทางสังคม โดย ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว คู่สมรส จะมีความเข้มแข็งในการต่อสู้กับปัญหา ต่าง ๆ ที่เกิดจากโรคและการรักษาได้ดีขึ้น ฮอลสตีคและเฟิร์นสเลอร์ (Halstead & Fernsler, 1994) ศึกษาผลของการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 59 ราย พบว่าการสนับสนุน ทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยมองโลกในแง่ดี มีความหวังในชีวิต ช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับโรค และการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ที่กล่าวมาทั้งหมดแล้วการสนับสนุนทางสังคมยังสามารถ ปกป้องการเจ็บป่วยและช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นสภาพหลังเจ็บป่วยได้ดีขึ้น (Cobb, 1976) ส่งเสริมการดำเนินชีวิต และพัฒนาการของมนุษย์ให้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Weiss, 1974 cited in Foote, 1993) ทำให้บุคคลมี ภาวะสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (Brandt & Weinert, 1981)

ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม

ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นถึงความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ที่บุคคลต้องการได้รับจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม มีนักวิจัยได้แบ่งชนิดของการสนับสนุน ทางสังคมเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มแรกแบ่งแนวคิดของการสนับสนุนทางสังคมในลักษณะของการเป็นผู้ให้ ฝ่ายเดียว เช่น คอบบ์ (Cobb, 1976) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้านคือ การสนับสนุน ด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านความรัก และความรู้สึกมีคุณค่า และการสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่ง ของสังคม เชฟเฟอร์ คอยน์และลาซารัส (Schaeffer, Coyne, & Lazarus, 1981) แบ่งชนิดของการสนับสนุนทาง

สังคมเป็น 3 ด้านคือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านสิ่งของ และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร แต่นักวิจัยอีกกลุ่มหนึ่งได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคม ในลักษณะของการปฏิสัมพันธ์แลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน คือเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับ เช่น เฮาส์ (House, 1981) แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ด้าน คือ การสนับสนุนทางอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมิน การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ ไวส์ (Weiss, 1974 cited in Brandt & Weinert, 1981) แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมเป็น 5 ด้าน คือการรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้รับคำแนะนำจากผู้อื่น การมีโอกาสร่วมช่วยเหลือผู้อื่น การรับรู้ถึงควมมีคุณค่าในตนเอง และการมีความรู้สึกผูกพันใกล้ชิด อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าการแบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมดังกล่าว อาจจะมีเพียงผู้ให้ฝ่ายเดียวหรือทั้งผู้ให้และผู้รับแต่ก็มีเป้าหมายเดียวกันคือต้องการให้ผู้ป่วยเกิดความผาสุก

แหล่งสนับสนุนทางสังคม

แหล่งสนับสนุนทางสังคมเป็นคำบอกถึงลักษณะขนาดของเครือข่ายทางสังคมซึ่งเป็นตัวกำหนดรูปแบบ และปริมาณของการสนับสนุนทางสังคมที่ควรได้รับ (Stewart, 1993) แหล่งสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยเครือข่ายดังนี้ 1) บุคคลใกล้ชิด เช่น บิดา มารดา บุตร คู่สมรส ญาติ 2) บุคคลที่เกี่ยวข้องทางสังคม เช่น เพื่อน เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน 3) บุคลากรทางสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา และ 4) เครือข่ายทางชุมชน เช่น กลุ่มบุคคลที่ไปโบสถ์หรือวัดด้วยกัน (Lindsey, 1996) ในการใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมเข้ามาช่วยเหลือผู้ป่วยนั้นขึ้นอยู่กับสมาชิกเครือข่ายทางสังคมจะพิจารณาว่าแหล่งใดสำคัญที่สุดตามชนิด และสถานการณ์ของเหตุการณ์ (Norbeck, 1981 cited in Krishnasamy, 1990) เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมจะไม่คงที่ (dynamic) มีการเปลี่ยนแปลงเช่นเดียวกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิตคน (Norbeck 1981 cited in Lindsey, 1992) และการสนับสนุนทางสังคมแต่ละชนิดสามารถลดปัญหาหรือภาวะทุกข์ของผู้ป่วยได้ไม่เท่ากัน ดังนั้นจึงต้องมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา (Thoit, 1982)

การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมเป็นโครงสร้างหลายมิติ ทำให้เครื่องมือที่สร้างขึ้นเพื่อใช้ในการประเมินการสนับสนุนทางสังคมมีความหลากหลาย วัดได้หลายมิติแล้วแต่มุมมองหรือแนวคิดที่แตกต่างกันออกไป เช่น อาจเป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นเพื่อวัดในเชิงปริมาณเกี่ยวกับชนิดและแหล่ง

ที่มาของการสนับสนุนทางสังคมหรือเครือข่ายทางสังคม รวมทั้งปริมาณของการสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับ หรืออาจเป็นเครื่องมือที่วัดในเชิงคุณภาพ (Steward, 1993) นอกจากนี้ เครื่องมือที่ใช้ในการวัดอาจจะแสดงระบบสนับสนุน ลักษณะและบทบาททางสังคมของกลุ่มสนับสนุน ความเชื่อเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนที่จะให้ได้ขณะเจ็บป่วย ความต้องการและสิ่งที่ยึดถือในสังคม (Murawshi, 1993 cited in Lindsey, 1997) การเลือกเครื่องมือใช้ประเมินการสนับสนุนทางสังคมจึงควรอยู่บนพื้นฐานของความเหมาะสม หรือความสอดคล้องกันระหว่างตัวแปรที่ต้องการศึกษา (Lindsey, 1992) มีนักวิจัยหลายท่านได้สร้างเครื่องมือเพื่อใช้วัดการสนับสนุนทางสังคมเช่น

โปรซิคาโน และเฮลเลอร์ (Procidano & Heller, 1983 cited in Lindsey, 1997) ได้พัฒนาเครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมโดยแบ่งเป็นการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน (Perceived Social Support from Friends : PSS-Fr) และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว (PSS -Fa) เพื่อแบ่งแยกโครงสร้างของเครือข่ายทางสังคม และนำเสนอความแตกต่างของแหล่งสนับสนุนทั้ง 2 แหล่ง

นอร์เบคและคณะ (Norbeck et al, 1985 cited in Lindsey, 1997) ได้สร้างเครื่องมือชื่อ Norbeck Social Support Questionnaire (NSSQ) ใช้ประเมินการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของคาห์น (Kahn, 1977 cited in Lindsey, 1997) ซึ่งแบ่งการสนับสนุนออกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านการได้รับการยอมรับ และด้านการให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

แบรนต์ และไวเนอร์ท (Brandt & Weinert, 1981) ได้สร้างเครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมที่เป็นแบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล (Personal Resource Questionnaire: PRQ) โดยสร้างขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของไวส์ (Weiss, 1974 cited in Brandt & Weinert, 1981) ต่อมาแบบวัดนี้ได้รับการปรับปรุงและพัฒนาแบบวัดนี้เป็น PRQ-82 และ PRQ-85 ตามลำดับ (Weinert, 1987) แบบวัดแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลนี้แบ่งเป็น 2 ส่วน โดยส่วนแรกเป็นแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล ให้ผู้ตอบระบุสถานการณ์ที่บุคคลต้องการความช่วยเหลือ แหล่งบุคคลที่สามารถขอความช่วยเหลือได้ และความพึงพอใจที่ได้รับจากการช่วยเหลือ ส่วนที่ 2 เป็นลักษณะการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสังคม ตามชนิดของการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งแบ่งเป็น 5 ด้าน คือความรู้สึกมีความผูกพันใกล้ชิด การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง การมีโอกาสดำเนินการช่วยเหลือผู้อื่น การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และการได้รับคำแนะนำจากผู้อื่น

แบบวัดชุดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ด้วยนำไปการทดสอบความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) โดยที่ไวเนอร์ท (Weinert, 1987) ได้หาความสัมพันธ์ระหว่างแบบวัดชุดนี้กับแบบวัดอารมณ์ซึมเศร้า (Depressive Inventory) และแบบวัดความวิตกกังวล (Trait Anxiety Scale) จากกลุ่มตัวอย่าง 181 ราย ได้ค่าความสัมพันธ์เท่ากับ -.33 และ -.39 ($p < .001$) ตามลำดับ ซึ่งทิศทางและ

ความมั่นคงของความสัมพันธ์มีความสอดคล้องกับแนวคิดเชิงโครงสร้างของการสนับสนุนทางสังคม และเป็นไปตามทฤษฎี ค่อมาไวเนิร์ตและทิลเดน (Weinert & Tilden, 1990) ได้หาความสัมพันธ์ระหว่างแบบวัดแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลส่วนที่ 2 (PRQ 85-Part II) กับแบบวัดข้อบ่งชี้ต้นทุนและค่าตอบแทน (Cost and Reciprocity Index: CRI) จากกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม กลุ่มแรกเป็นผู้ใหญ่ 333 ราย กลุ่มที่ 2 เป็นผู้ใหญ่อีก 99 ราย พบว่าแบบวัดทั้งสองมีความสัมพันธ์กันในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นจึงสนับสนุนความตรงเชิงโครงสร้างของแบบวัดชุดนี้ และไวเนิร์ต (Weinert, 1987) ได้หาความเชื่อมั่นของแบบวัดชุดนี้ โดยนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 132 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของแบบวัดทั้งชุดเท่ากับ .89 ส่วนความเชื่อมั่นในรายค้าน พบว่าการได้รับคำแนะนำจากผู้อื่นเท่ากับ .71 การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมเท่ากับ .66 การมีโอกาสได้ช่วยเหลือผู้อื่นเท่ากับ .64 การรับรู้ถึงคุณค่าของตนเองเท่ากับ .78 และความรู้สึกมีความผูกพันใกล้ชิดเท่ากับ .73

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของแบรนท์และไวท์เนิร์ต ส่วนที่ 2 (PRQ-85 Part II) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย จิรภา หงษ์ตระกูล (2532) และนำไปใช้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งเป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องการได้รับการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินนี้ผู้วิจัยได้พิจารณาในรายละเอียดของข้อคำถามแล้ว พบว่ามีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยเรื้อรัง และใช้กรอบแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของไวส์เหมือนกัน

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและความผาสุกทางจิตวิญญาณ

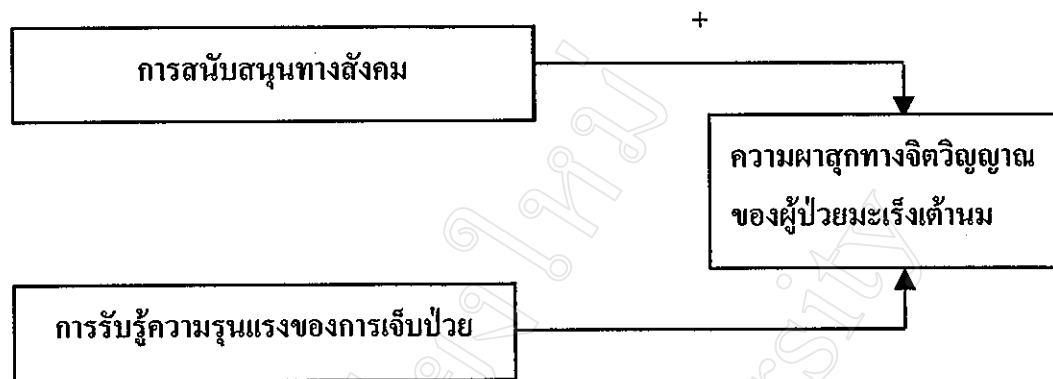
การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทางจิตสังคมที่ช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งสามารถเผชิญกับภาวะวิกฤตในชีวิตและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความผาสุกทางจิตวิญญาณ การได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกในสังคมเช่น สมาชิกในครอบครัว คู่สมรส เพื่อนและองค์กรต่าง ๆ ในการให้ความรัก ความเอื้ออาทร ให้ความเข้าใจ และกำลังใจ จะทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกโดดเดี่ยว เครือข่ายทางสังคมจะช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ว่าตนเองต้องมีชีวิตอยู่ต่อไปเพื่อใคร มีความหวังในชีวิต มีโอกาสในการค้นหาเป้าหมายและความหมายในชีวิตได้ดีขึ้น โดยการช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักและเห็นคุณค่าของตนเองต่อผู้อื่น การมีโอกาสได้ช่วยเหลือดูแลผู้อื่น แม้ว่าตนจะรับรู้ว่ายังเจ็บป่วยอยู่ก็ตาม (O'Connor, 1990) นอกจากนี้สมาชิกในสังคมยังมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยในการประกอบพิธีกรรมทางศาสนา การนำเสนอวัตถุ สิ่งของสักการะต่างๆ ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการสนองตอบทางจิตวิญญาณและเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Peri, 1995) ซึ่งมีรายงานพบว่า สตรี

ที่เป็นมะเร็งเต้านมระยะก้าวหน้าจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถมีชีวิตอยู่ยืนนานถึง 18 เดือน จากการเข้ากลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (Spiegel, 1993) เนื่องจากครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งของสังคม สัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวจะก่อให้เกิดความผูกพันอย่างลึกซึ้ง ด้วยความรัก ความเอื้ออาทร และความไว้วางใจ ซึ่งเป็นสิ่งที่จะนำไปสู่การมีความหมายในชีวิต (Landis, 1996) สมาชิกในครอบครัวสามารถให้ความช่วยเหลือในด้านจิตวิญญาณเพื่อให้ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะทุกข์ทรมานของชีวิต เช่น ผู้ป่วยมะเร็งหรือผู้ป่วยใกล้ตาย ให้เกิดความสุขทางใจและเผชิญหน้ากับภาวะวิกฤตของชีวิต โดยพูดคุยเกี่ยวกับคำสอนทางศาสนา อ่านหนังสือธรรมะให้ฟัง (Huchings, 1992) ส่วนการสนับสนุนจากกลุ่มสมรสจะทำให้บุคคลรู้สึกเป็นปึกแผ่นมั่นคง มีคู่คิดที่คอยให้คำปรึกษาหรือคอยดูแลซึ่งกันและกัน นับเป็นการสนับสนุนทางจิตใจที่สำคัญในการตอบสนองต่อความต้องการทางจิตวิญญาณ (Peri, 1995)

จากการศึกษาเรื่องความต้องการทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลที่เป็นโรคมะเร็งของบุผา ซอบใช้ (2536) พบว่า ลูก หลาน คู่สมรส จะเป็นกลุ่มบุคคลที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการสนองตอบต่อความต้องการทางจิตวิญญาณ เนื่องจากคอยเป็นกำลังใจ ได้เห็นหน้าพูดคุยคอยช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน และช่วยเหลือในภาระกิจต่างๆ ที่ให้ความหมายในชีวิตและช่วยในการปฏิบัติภารกิจทางศาสนา เช่น การทำบุญ ทำทาน การถวายอาหารแก่พระภิกษุ สงฆ์ โมรี (Moree, 1998) ศึกษาเรื่องการทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณในสตรีที่ทำงานให้กับองค์กรศาสนา พบว่าความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสนับสนุนทางสังคม ความพึงพอใจในตนเอง และความพึงพอใจในชีวิต นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมยังสามารถเป็นตัวทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณได้ โคนิคและคณะ (Konic et al., 1988 cited in Fehring et al., 1997) ศึกษาพบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน และพระ จะช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งที่ยึดมั่นในศาสนาสามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ซึ่งมีผลให้ผู้ป่วยมีสภาพจิตใจที่เข้มแข็งขึ้น ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคม จึงน่าจะมีความสำคัญและสามารถทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับการรักษาที่คลินิก ศัลยกรรมทั่วไป แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ในการศึกษาครั้งนี้อาศัยแนวคิด ความผาสุกทางจิตวิญญาณของพอลูเทเชียนและเอลลิสัน ซึ่งประกอบด้วยความผาสุกในสิ่งที่เป็นอย่างอยู่ และความผาสุกในความศรัทธายึดมั่นทางศาสนา แนวคิดการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม หมายถึง ความรู้สึกและความเข้าใจของบุคคลต่อความเลวร้ายของสถานการณ์ อันสืบเนื่องมาจากการเจ็บป่วยด้วยมะเร็ง และการสนับสนุนทางสังคมใช้แนวคิดของไวส์ ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้รับคำแนะนำจากผู้อื่น การมีโอกาสได้ช่วยเหลือผู้อื่น การรับรู้ถึงคุณค่าของตนเองและความรู้สึกมีความผูกพันใกล้ชิด มะเร็งเป็นโรคร้ายที่คุกคามชีวิต ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยที่เรื้อรังและต้องมีการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมซึ่งได้รับความทุกข์ทรมานจากภาวะเจ็บป่วย จึงมีความต้องการทางจิตวิญญาณสูงขึ้นเพื่อให้ตนเองเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ ความผาสุกทางจิตวิญญาณจะช่วยทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหา มีการปรับตัว และยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง โดยแสวงหาสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ความหวัง กำลังใจ เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุขและมีความผาสุกทางจิตวิญญาณ หากผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าการเจ็บป่วยของตนเองมีความรุนแรง ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน เกิดความไม่แน่นอนในอนาคต ไร้ซึ่งความหวัง เป้าหมายในชีวิตเปลี่ยนไป จะมีผลทำให้ความผาสุกทางจิตวิญญาณลดลง ส่วนการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้ผู้ป่วยได้รับความรัก ความห่วงใย กำลังใจ ช่วยให้ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว เกิดการเรียนรู้ว่าตนเองต้องมีชีวิตอยู่ต่อไปอย่างมีเป้าหมาย และการช่วยเหลือจากสมาชิกในสังคมจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ตลอดจนสามารถค้นหาเป้าหมายในชีวิต ส่งผลให้ความผาสุกทางจิตวิญญาณมากขึ้น นอกจากนี้ผู้วิจัยยังมีความเชื่อว่าทั้ง การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และการสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้ซึ่งสามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดของการวิจัยครั้งนี้ด้วยแผนภูมิที่ 1 ดังนี้



แผนภูมิที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยและ
การสนับสนุนทางสังคม กับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม