

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการตรวจรักษาที่คลินิกผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 120 ราย ระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือนสิงหาคมถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2544 ผลการวิจัยนำเสนอในรูปตารางประกอบคำบรรยายตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยและการสนับสนุนทางสังคมกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับความสามารถของการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และการสนับสนุนทางสังคมในการทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตารางที่ 1

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
n = 120		
อายุ (ปี) Mean = 47.83, S.D. = 8.87 (Range 29 - 73)		
20 - 29	1	0.84
30 - 39	16	13.33
40 - 49	60	50.00
50 - 59	30	25.00
60 ขึ้นไป	13	10.83
สถานภาพสมรส		
คู่	92	76.67
โสด	7	5.83
หม้าย	15	12.50
หย่า/แยก	6	5.00
การศึกษา		
ประถมศึกษา	78	65.00
มัธยมศึกษา	19	15.83
ประกาศนียบัตร	9	7.50
ปริญญาตรี	12	10.00
ปริญญาโท	2	1.67

ตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 47.83 ปี (S.D. = 8.87) และมีอายุอยู่ในช่วง 29 - 73 ปี โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50 มีอายุอยู่ในช่วง 40 - 49 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 76.67 และจบการศึกษาระดับประถมศึกษาจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 65

ตารางที่ 2

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาชีพ และรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน) n = 120	ร้อยละ
อาชีพ		
ค้าขาย	14	11.67
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	13	10.83
เกษตรกรรม	21	17.50
รับจ้าง	36	30.00
แม่บ้าน	27	22.50
อื่นๆ	9	7.50
รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน (บาท) (Range 2,000 – 40,000)		
ต่ำกว่า 4,000	15	12.50
4001 – 8,000	39	32.50
8001 – 12,000	22	18.33
12,001 – 16,000	18	15.00
16,001 – 20,000	11	9.17
มากกว่า 20,000	6	5.00
ไม่ระบุ	9	7.50

ตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่า หนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 30) รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนอยู่ในช่วง 2,000 – 40,000 บาท โดยมีรายได้ในช่วง 4,001 – 8,000 บาท จำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32.5

ตารางที่ 3

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการชำระค่ารักษาพยาบาล ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษา และบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแล

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน) n = 120	ร้อยละ
การชำระค่ารักษาพยาบาล		
ชำระค่ารักษาพยาบาลเอง	29	24.17
เบิกจากต้นสังกัด	39	32.50
บัตรประกันสุขภาพ	22	18.33
บัตรสงเคราะห์	21	17.50
บัตรประกันสังคม	4	3.33
บัตรสูงอายุ	4	3.33
ประกันชีวิต	1	0.84
ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษา		
มี	22	18.33
ไม่มี	98	81.67
บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือ		
มี	110	91.67
ไม่มี	10	8.33

ตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่า การชำระค่ารักษาพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เบิกจากต้นสังกัดและมีบัตรใช้สิทธิรักษาพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 75.83 ที่เหลืออีกร้อยละ 24.17 ต้องชำระค่ารักษาพยาบาลเอง กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 81.67 ไม่มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และร้อยละ 91.67 มีบุคคลที่คอยให้ความช่วยเหลือ มีเพียงร้อยละ 8.33 ที่ไม่มีบุคคลให้ความช่วยเหลือ

ตารางที่ 4

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระยะเวลาที่รับทราบการวินิจฉัยโรค ระยะของมะเร็ง และชนิดของการผ่าตัด

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน) n = 120	ร้อยละ
ระยะเวลาที่รับทราบการวินิจฉัยโรค (เดือน) (Range 2 – 108)		
2 – 12	53	44.17
13 – 24	22	18.33
25 – 36	14	11.67
37 – 48	10	8.33
49 – 60	8	6.67
มากกว่า 60	13	10.83
ระยะของมะเร็ง		
ระยะที่ 1	20	16.67
ระยะที่ 2	71	59.16
ระยะที่ 3	12	10.00
ระยะที่ 4	17	14.17
ชนิดของการผ่าตัด		
Modified Radical Mastectomy	108	90.00
Simple Mastectomy	4	3.33
Wide Excision	3	2.50
ไม่ได้รับการผ่าตัด	5	4.17

ตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่า ระยะเวลาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบการวินิจฉัยโรคมีตั้งแต่ 2 เดือน ถึง 108 เดือน โดยอยู่ในช่วง 2–12 เดือน จำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.17 กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 59.16 เป็นมะเร็งเต้านมในระยะที่ 2 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยได้รับการผ่าตัดมาก่อน และ ชนิดของการผ่าตัดที่พบในกลุ่มตัวอย่างมากที่สุดคือ modified radical mastectomy คิดเป็นร้อยละ 90

ตารางที่ 5

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน และการรักษาที่ได้รับทั้งหมด

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน) n = 120	ร้อยละ
การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน		
เคมีบำบัด	40	33.33
รังสีรักษา	1	0.84
ฮอร์โมนบำบัด	49	40.83
ไม่ได้รับการรักษา	30	25.00
การรักษาที่ได้รับทั้งหมด		
ผ่าตัด	2	1.67
ผ่าตัด+เคมีบำบัด	53	44.17
ผ่าตัด+ฮอร์โมนบำบัด	1	0.83
ผ่าตัด+รังสีรักษา	2	1.67
ผ่าตัด+เคมีบำบัด+ฮอร์โมนบำบัด	43	35.83
ผ่าตัด+เคมีบำบัด+รังสีรักษา	6	5.00
ผ่าตัด+เคมีบำบัด+รังสีรักษา+ฮอร์โมนบำบัด	7	5.83
เคมีบำบัด	2	1.67
เคมีบำบัด+รังสีรักษา	1	0.83
เคมีบำบัด+รังสีรักษา+ฮอร์โมนบำบัด	3	2.50

ตารางที่ 5 แสดงให้เห็นว่า การรักษาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับในปัจจุบันที่มีจำนวนมากที่สุด คือ การใช้ฮอร์โมนบำบัด คิดเป็นร้อยละ 40.83 รองลงมาเป็น การรักษาด้วยเคมีบำบัดร้อยละ 33.33 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 96.66) ได้รับการรักษาเสริม (adjuvant therapy) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดรวมกับการรักษาด้วยเคมีบำบัดมีจำนวนมากที่สุด คือร้อยละ 44.17

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 6

จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ระดับคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณ และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ($n = 120$)

ตัวแปร	ช่วงคะแนนตามแบบวัด	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	ร้อยละ
ความผาสุกทางจิตวิญญาณ			
ระดับต่ำ	20 - 40	0	0.00
ระดับปานกลาง	41 - 99	63	52.50
ระดับสูง	100 - 120	57	47.50
การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย			
ระดับต่ำ	18 - 41	58	48.33
ระดับปานกลาง	42 - 65	60	50.00
ระดับสูง	66 - 90	2	1.67

จากตารางที่ 6 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 52.50) มีคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง และกลุ่มตัวอย่างที่เหลือทั้งหมดร้อยละ 47.50 มีคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย พบว่าจำนวนครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 48.33 มีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยอยู่ในระดับต่ำ

ตารางที่ 7

คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย
การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่าง (n = 120)

ตัวแปร	ช่วงคะแนน		Mean	S.D.	skewness
	แบบวัด	กลุ่มตัวอย่าง			
การรับรู้ความรุนแรง ของการเจ็บป่วย	18 – 90	20 - 73	41.97	10.62	.128
การสนับสนุนทาง สังคม	25 – 175	94 - 174	141.32	14.63	- .545
ความผาสุกทาง จิตวิญญาณ	20 – 120	71 - 114	96.73	10.05	- .543

จากตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยเท่ากับ 41.97 (S.D. = 10.62) และคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคม มีค่าเท่ากับ 141.32 (S.D. = 14.63) เมื่อพิจารณาผลการทดสอบด้วยสถิติ Kolmogorov-Sminov พบว่าคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และคะแนนการสนับสนุนทางสังคม มีการกระจายเป็น โค้งปกติ

สำหรับผลการวิเคราะห์ข้อมูลความผาสุกทางจิตวิญญาณ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความผาสุกทางจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 96.73 (S.D. = 10.05) แต่เมื่อทำการทดสอบด้วยสถิติ Kolmogorov-Sminov แล้ว พบว่าคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณมีการกระจายไม่เป็น โค้งปกติ ผู้วิจัยจึงทำการปรับคะแนน (transform) ให้เป็นคะแนนมาตรฐาน แล้วจึงนำคะแนนมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ซึ่งนำเสนอในส่วนที่ 3 ต่อไป

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม และความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 8

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม และความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 120$)

ตัวแปร	1	2	3
1. การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย	1.00		
2. การสนับสนุนทางสังคม	-.273*	1.00	
3. ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ	-.301**	0.480**	1.00

** $p = .000$

* $p = .001$

จากตารางที่ 8 แสดงให้เห็นว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจทางจิตวิญญาณอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .000 ($r = -.301$) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000 ($r = .480$) และยังพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = -.273$)

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความสามารถในการทำนายของการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยและการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์เชิงเส้นตรงแล้ว พบว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (ภาคผนวก ง) (Munro, 2001) จากนั้นจึงนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนดังนี้

ตารางที่ 9

การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยและการสนับสนุนทางสังคมในการทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่าง (n = 120)

ตัวทำนาย	ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย (b)	Beta	t	p
การสนับสนุนทางสังคม	2.908E - 02	.430	5.212	.000
การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย	-1.714E - 02	-.184	-2.231	.028
ค่าคงที่	-3.390		-3.634	.000
R ² = .262				
SEE = .856				
F = 20.787				
Sig of F = .000				

จากตารางการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่าการสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย สามารถร่วมกันทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณได้ร้อยละ 26.2 มีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการทำนายเท่ากับ .856 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณของตัวทำนาย พบว่าการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณได้สูงสุด และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนดิบ (b) เป็น 2.908E-02 และในรูปคะแนนมาตรฐานเป็น .430 รองลงมาคือการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยสามารถทำนาย

ความผาสุกทางจิตวิญญาณได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .028 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนดิบ (b) เป็น $-.1714E-02$ และในรูปคะแนนมาตรฐานเป็น $-.184$ และสามารถเขียนสมการทำนายในรูปคะแนนดิบได้ดังนี้

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ = $-3.390 + 2.908E-02$ (การสนับสนุนทางสังคม) $-.1714E-02$ (การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย)

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาระดับของความผาสุกทางจิตวิญญาณ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคมกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ และความสามารถของการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยและการสนับสนุนทางสังคมในการทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ผลการศึกษาแยกอภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า คะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างดี โดยพบว่าร้อยละ 52.50 ของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง ที่เหลืออีกร้อยละ 47.50 มีคะแนนอยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยทั้งหมดเท่ากับ 96.73 ใกล้เคียงกับการศึกษาของมิกเคลย์และคณะ (Mickley et al., 1992) ที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีค่าเท่ากับ 99.8 โดยใช้เครื่องมือชนิดเดียวกันวัด การที่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับปานกลางถึงสูง อาจจะมีปัจจัยด้านบุคคลที่เกี่ยวข้องสำคัญหลายประการด้วยกันคือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่ได้รับทราบการวินิจฉัยโรค เศรษฐกิจ และศาสนา

เพศ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นเพศหญิงซึ่งจะมีการปรับตัวยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ดีกว่าเพศชาย (Shock, 1984 อ้างใน จวีวรรณ ไพรวลัย, 2540) สอดคล้องกับการศึกษาของเฟอร์นสเลอร์และเคลมม์ (Femler & Klemm, 1999) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้เพศหญิงมีความผาสุกทางจิตวิญญาณสูงกว่าเพศชาย

อายุ อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีความผาสุกทางจิตวิญญาณที่ดี กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ร้อยละ 50 มีอายุอยู่ในช่วง 40 – 49 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 47.83 ปี ซึ่งเป็นวัยกลางคนที่เตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ ผ่านประสบการณ์ชีวิตมามากจึงมีการยอมรับกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับชีวิตและจะมีความเชื่อเรื่องจิตวิญญาณมากกว่าวัยหนุ่มสาว (Carpenito, 1997) สอดคล้องกับการศึกษาของแคคโซโรวสกี (Kaczorowski, 1989 cited in Mickley et al., 1992) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็ง

สถานภาพสมรส ร้อยละ 76.67 ของกลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสอยู่ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกมีความมั่นใจ มีกำลังใจ และมีบุคคลที่คอยให้คำปรึกษาซึ่งกันและกัน อันจะส่งผลถึงความสามารถในการ

ปรับตัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์วิกฤตของชีวิต (Peri, 1995) จากการศึกษาของ บุปผา ขอบใช้ (2536) พบว่า กลุ่มสมรสจะเป็นบุคคลที่คอยให้ความช่วยเหลือในการตอบสนองความต้องการทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุที่เป็นมะเร็ง โดยจะเป็นผู้คอยให้กำลังใจ ให้ความรักและช่วยปฏิบัติภารกิจที่ให้ความหมายแก่ชีวิต เช่น การทำบุญหรือประกอบพิธีกรรมทางศาสนา

ระยะเวลาที่ได้รับทราบการวินิจฉัยโรค อาจมีส่วนทำให้ความผาสุกทางจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี เนื่องจากเมื่อระยะเวลาที่ยาวนานขึ้นทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการทำใจยอมรับกับการเจ็บป่วยของตนเองได้มากขึ้น มีการปรับตัว และเรียนรู้ว่าจะต้องมีชีวิตอยู่ต่อไปอย่างไร มองหาเป้าหมายในชีวิตว่าควรจะทำอย่างไรต่อไป มีความหวังในชีวิต และจะต้องมีชีวิตต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของมิกเคิลย์และคณะ (Mickley et al., 1992) ที่พบว่าระยะเวลาที่ได้รับทราบการวินิจฉัยโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

แม้ว่าการรักษาโรคมะเร็งจะทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นจำนวนมาก แต่เมื่อพิจารณาด้านปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 81.67) ไม่มีปัญหาด้านค่าใช้จ่ายในการรักษา เนื่องจากสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลและมีบัตรใช้สิทธิรักษาพยาบาล ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถรับการตรวจรักษาได้อย่างต่อเนื่อง และไม่ต้องกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษา ซึ่งความวิตกกังวลดังกล่าวจะมีผลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยได้ จากการศึกษาของ แคคโซโรวสกี (Kaczorowski, 1989 cited in Mickley et al., 1992) พบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็ง

การศึกษานี้ศึกษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่นับถือศาสนาพุทธ ซึ่งมีความเชื่อเรื่องบาปบุญ ผลของกรรม ดังจะเห็นได้จากการเรียงลำดับข้อคำถามตามคะแนนเฉลี่ยที่กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญสูงสุด 3 อันดับแรก (ภาคผนวก ข) พบว่ากลุ่มตัวอย่างจะให้ความสำคัญกับศาสนาค่อนข้างมาก โดยเชื่อว่าการสวดมนต์หรือทำสมาธิจะช่วยให้จิตใจสงบ การทำบุญจะทำให้รู้สึกสบายใจและคลายความทุกข์ และถึงแม้จะเจ็บป่วยทางกายแต่ศาสนาก็ช่วยทำให้มีจิตใจที่สงบและไม่ว่าวุ่นได้ ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากในบริบทของสังคมและวัฒนธรรมไทย เมื่อเกิดการเจ็บป่วย ผู้ป่วยมักจะมีศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ หรือเป็นที่พึ่งทางใจ เพื่อให้เกิดความสงบสุข คลายความทุกข์ นอกจากนี้ศาสนายังเป็นสิ่งที่ช่วยหล่อหลอมจิตใจและเป็นเครื่องกำหนดความเข้าใจของบุคคลต่อคุณค่า จุดหมายของชีวิตและการเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง ดังนั้นความเชื่อและความศรัทธาในพุทธศาสนาจึงทำให้นักกลปฏิบัติตามคำสอนของพระพุทธเจ้าโดยการกระทำความดี ไม่ทำความชั่ว และมีจิตใจที่บริสุทธิ์ (พระธรรมปิฎก, 2539) ความเชื่อและความศรัทธาดังกล่าวจะมีผลให้นักกลมีจิตใจที่สงบและดำรงชีวิตแบบมีความสุข เกิดความผาสุกในความศรัทธายึดมั่นทางศาสนาได้

นอกจากการตอบแบบสอบถามแล้ว กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนประเด็นต่าง ๆ ที่สะท้อนให้เห็นมุมมองของความผาสุกทางจิตวิญญาณที่ปรากฏนอกเหนือจากข้อคำถาม โดยกลุ่มตัวอย่างหลายรายบอกว่า ปกติแล้วไม่ค่อยได้สนใจในเรื่องพุทธศาสนามากนัก แต่เมื่อต้องมาเจ็บป่วยด้วยมะเร็งเรื้อรังด้านมที่ค่อนข้างจะคุกคามต่อชีวิตของตนและมีความไม่แน่นอนค่อนข้างสูง ทำให้เป็นทุกข์หนักมากขึ้น จึงพยายามหาวิธีบรรเทาทุกข์ ตามความเชื่อของชาวพุทธนั้นวิธีที่จะบรรเทาทุกข์ได้ คือการทำบุญ ปฏิบัติตามคำสอนของพระพุทธเจ้า ทำสมาธิ โดยหวังว่าการกระทำความดีและกุศลผลบุญที่ได้ จะช่วยผ่อนหนักเป็นเบา และจะช่วยให้หายจากภาวะเจ็บป่วย ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะสามารถช่วยให้จิตใจสงบได้ อย่างไรก็ตามศาสนาเป็นเพียงส่วนหนึ่งของจิตวิญญาณ การที่ผู้ป่วยจะมีความผาสุกทางจิตวิญญาณได้นั้น นอกจากจะมีศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจแล้ว ยังมีบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลที่รักเป็นที่พึ่งทางใจหรือยึดเหนี่ยวจิตใจ ต้องการมีชีวิตอยู่ต่อไปอย่างมีเป้าหมายเพื่อบุคคลอันเป็นที่รัก ซึ่งการมีเป้าหมายในชีวิตจะทำให้บุคคลไม่รู้สึกละเลยตัวเอง มีกำลังใจในการดำเนินชีวิต มองเห็นถึงความหมายของชีวิตว่าเป็นสิ่งจำเป็นที่ช่วยให้เกิดความสงบสุขในบั้นปลายของชีวิต (McClyment et al., 1982 cited in Ross, 1995) และการที่จะทำให้ชีวิตพบกับความสงบสุขได้นั้น บุคคลจะต้องรู้จักปล่อยวาง มองโลกในแง่ดี ยอมรับความจริง มีจิตใจสงบเยือกเย็น (พระมหาธีรพงษ์ มีโรตง, 2540 อ้างใน จวีวรรณ ไพรวัดย์, 2540) นอกจากนี้ยังจะต้องพึงพอใจในชีวิตที่เป็นอยู่ มองเห็นคุณค่าของชีวิต เห็นวันเวลาเป็นสิ่งที่มีความค่าและสวยงาม พึงพอใจในชีวิตที่เป็นอยู่ สิ่งเหล่านี้จะทำให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดี และบ่งชี้ว่ามีความผาสุกในสิ่งที่เป็นอย่างอีกด้วย (Ellison, 1983)

การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรัง

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 48.33 และอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 50 ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของวิไลลักษณ์ จันทรพวง (2534) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังจะมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคค่อนข้างสูง ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องจากมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการคือ ระยะของมะเร็ง ระยะเวลาที่ได้รับทราบการวินิจฉัยโรค การรักษาที่ได้รับ และการได้รับข้อมูลข่าวสาร

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังระยะที่ 2 ร้อยละ 59.17 ซึ่งเป็นมะเร็งระยะที่ยังไม่ถึงขั้นลุกลาม และมีโอกาสรักษาให้หายได้ถ้ามารับการตรวจรักษาอย่างสม่ำเสมอ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความหวังในการหายจากการเจ็บป่วย และมีการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในระดับปานกลางและระดับต่ำ

นอกจากนี้ ระยะเวลาที่ได้รับทราบการวินิจฉัยโรคของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อยู่ในช่วง 2 – 12 เดือน ร้อยละ 53 และอยู่ในช่วง 13 – 24 เดือน ร้อยละ 22 ซึ่งเป็นระยะเวลานานพอที่กลุ่มตัวอย่างจะสามารถปรับตัวและยอมรับกับการเจ็บป่วยได้มากกว่าครั้งแรกที่ได้รับทราบการวินิจฉัยโรค สอดคล้องกับการศึกษาของจากรูวรรณ กฤตย์ประชา (2538) ที่ศึกษาปฏิกิริยาตอบสนองต่อโรคในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยเปรียบเทียบระยะเวลาที่ได้รับทราบการวินิจฉัยในระยะ 3 เดือนแรก พบว่าในระยะแรกผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจะรู้สึกกลัวต่อการเจ็บป่วย แต่เมื่อเวลาผ่านไประยะหนึ่ง ผู้ป่วยจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการเจ็บป่วย โดยการเผชิญหน้าต่อสู้และมีการปรับตัวมากขึ้น เนื่องจากเมื่อเวลาผ่านไปผู้ป่วยจะค่อย ๆ พยายามเรียนรู้สถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง ยอมรับความจริง มีความหวัง และมีการรับรู้ว่าการเจ็บป่วยของตนเองไม่ได้รุนแรงอย่างที่คิด

การรักษาที่ได้รับก็อาจมีผลต่อการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ดังจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษารุ่นนี้ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ที่อยู่ในระหว่างรับการรักษาด้วยฮอร์โมนบำบัดร้อยละ 40.83 และเป็นผู้ที่ไม่ได้รับการรักษาแต่อยู่ในช่วงติดตามผลการรักษาร้อยละ 25 ทำให้ได้รับผลกระทบจากผลข้างเคียงของการรักษาก่อนข้างน้อยจึงสามารถปรับตัวและยอมรับกับการเจ็บป่วยของตนเองได้

ปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งที่อาจมีผลอย่างมากต่อการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง คือ การได้รับข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัยและมีประสิทธิภาพในปัจจุบัน ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เรื่องมะเร็งเต้านมในทางที่ถูกต้องมากขึ้น ทั้งจากผู้รักษาดูแลและผู้ป่วยด้วยกันเอง ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการเจ็บป่วยและการรักษาในปัจจุบันที่มีทางเลือกและแนวทางในการรักษามากขึ้น กลุ่มตัวอย่างจึงอาจมีความหวังและเพิ่มความรู้สึกว่าตนเองมีโอกาสหายจากการเจ็บป่วยได้มากขึ้น ทำให้มีการรับรู้ว่าการเจ็บป่วยด้วยมะเร็งเต้านมไม่ได้รุนแรงอย่างที่คิด

นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้รับข้อมูลเพิ่มเติมจากการสังเกตและพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่าง โดยพบว่าในขณะที่รอตรวจ กลุ่มตัวอย่างได้พบเห็นผู้ป่วยมะเร็งเช่นเดียวกับตน ทำให้รู้สึกว่าไม่ใช่ตนเองเท่านั้นที่ป่วย แต่ยังมีอีกหลายคนที่เป็นเหมือนตน หลายคนก็มีชีวิตอยู่นาน บางคนเจ็บป่วยมากกว่าตนและมีปัญหามากกว่า ยังสามารถต่อสู้กับอุปสรรคได้ และการได้มีโอกาสพูดคุยกับคนที่ผ่านประสบการณ์การเจ็บป่วยมาก่อน ทำให้รู้สึกว่า การเจ็บป่วยครั้งนี้ไม่น่ากลัวอย่างที่ตนคิดไว้

ถึงแม้กลุ่มตัวอย่างจะมีการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในระดับต่ำถึงปานกลาง แต่เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย (ภาคผนวก ข) แยกตามรายด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ พบว่าในด้านร่างกาย กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้รบกวนต่อการดำเนินชีวิตมากที่สุด ซึ่งผลกระทบทางร่างกายที่รบกวนต่อการดำเนินชีวิตประจำวันขึ้นอยู่กับการศึกษาที่ได้รับ ในระยะหลังผ่าตัดอาจมีอาการแขนบวม ยกแขนลำบาก ใช้แขนทำงานไม่สะดวก การรักษาด้วยเคมีบำบัด จะทำให้เกิดผลข้างเคียงคือ คลื่นไส้ อาเจียน และ

อ่อนเพลีย ส่วนการรักษาด้วยฮอร์โมนบำบัดจะมีผลข้างเคียงคือหงุดหงิด อารมณ์แปรปรวน อาการข้างเคียงจากการรักษาเหล่านี้จะรบกวนต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยได้ ในด้านจิตใจ กลุ่มตัวอย่างจะมีความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยมากที่สุด ซึ่งความไม่แน่นอนเกิดขึ้นได้ทุกระยะของการเจ็บป่วย ตั้งแต่ระยะแรกถึงระยะสุดท้าย โดยผู้ป่วยไม่แน่ใจว่าการรักษาที่ได้รับจะได้ผลหรือไม่ รูปแบบของการรักษาต่อไปจะเป็นอย่างไร หลังจากรักษาแล้วจะกลับเป็นซ้ำหรือไม่ การมาตรวจเพื่อติดตามผลการรักษาแต่ละครั้งจะมีการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่นหรือไม่ ใกล้เคียงกับการศึกษาของจุฬาลักษณ์ กวีวิรัช (2536) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจะมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยค่อนข้างสูง ในด้านสังคมกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการเจ็บป่วยทำให้ต้องเป็นภาระของผู้อื่นมากที่สุด เนื่องจากอาการของโรคและผลข้างเคียงจากการรักษา ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีอาการอ่อนเพลีย ทำงานหนักไม่ได้ บางคนต้องออกจากงาน ทำให้รายได้ของครอบครัวลดลง จึงเป็นภาระของบุคคลในครอบครัวที่จะต้องปฏิบัติหน้าที่บางอย่างแทนและหารายได้เพิ่มเติม นอกจากนี้การมาตรวจตามนัดแต่ละครั้งกลุ่มตัวอย่างจะรู้สึกเกรงใจญาติที่ต้องหยุดงานเพื่อมาส่งตนเองและรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของผู้อื่น ในด้านจิตวิญญาณ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่าตนเองมีกรรมถึงต้องเจ็บป่วยอย่างนี้มากที่สุด เนื่องจากเป็นความเชื่อของชาวพุทธที่เชื่อเรื่องบาปบุญ และผลของการกระทำ ใกล้เคียงกับการศึกษาของกนกนุช ชื่นเลิศสกุล (2541) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจะมีความเชื่อว่าที่ตนต้องเจ็บป่วยด้วยมะเร็งเต้านมอาจเป็นเพราะเวรกรรมแต่ชาติปางก่อน หรือผลของการกระทำในอดีตที่ผ่านมา

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยและความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยกับความผาสุกทางจิตวิญญาณพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกทางจิตวิญญาณอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.301, p = .000$) (ตารางที่ 3) แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในระดับต่ำจะมีความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับสูง และหากกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในระดับสูงจะมีความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับต่ำ ผลการศึกษานี้สนับสนุนสมมติฐานที่ว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ

ผลการศึกษาครั้งนี้มีความสอดคล้องกับแนวคิดความผาสุกทางจิตวิญญาณของพอลูทเซียนและเอลลิสัน (Paloutzian & Ellison, 1982) ที่ประกอบด้วย ความผาสุกในสิ่งที่เป็นอย่างอยู่ และความผาสุกในความศรัทธายึดมั่นทางศาสนา โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ว่าการเจ็บป่วยด้วย

มะเร็งเต้านมมีความรุนแรง ก่อให้เกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิต จะรู้สึกมีความไม่แน่นอนในชีวิต เป้าหมายในชีวิตเปลี่ยนไป เมื่อระดับการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีมากขึ้นก็จะยังมีผลกระทบต่อจิตวิญญาณของผู้ป่วยมากขึ้น โดยผู้ป่วยจะมีความรู้สึกที่ตนเองไม่สามารถจะดำเนินชีวิตไปสู่จุดหมายที่ตนเองตั้งใจได้ อาจแสดงออกถึงความกลัว เบื่อหน่ายชีวิต รู้สึกไม่พึงพอใจในชีวิตหมดกำลังใจ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนแต่ขัดขวางเป้าหมายในชีวิต (Craven & Himle, 1992) นอกจากนี้ผู้ป่วยบางคนยังมองการเจ็บป่วยว่าเป็นการลงโทษจากพระเจ้าหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนเองตนเองนับถือ หรือยึดเหนี่ยวว่าไม่สามารถจะช่วยเหลือหรือเป็นที่พึ่งทางใจได้ โดยเฉพาะในบริบทของสังคมไทยที่คนส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ เมื่อเกิดเหตุการณ์วิกฤตในชีวิตหรือเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง จะมีความเชื่อว่าเป็นเรื่องของเวรกรรมหรือการกระทำที่ผ่านมา และมองการเจ็บป่วยว่าเป็นเรื่องของบาปกรรม ก่อให้เกิดทุกข์ (Nuckolls, 2000) ซึ่งการให้ความหมายหรือมุมมองต่อวิกฤตที่เกิดขึ้นในชีวิตดังกล่าวจะมีผลกระทบต่อการแสดงออกของบุคคล ทำให้ไม่มีความผาสุกในศาสนาหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนเองยึดเหนี่ยว และทำให้ความผาสุกทางจิตวิญญาณลดลงได้

จากการที่ผู้วิจัยได้สนทนาลงลึกเปลี่ยนข้อคิดเห็นเพิ่มเติมกับกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างหลายรายเมื่อทราบว่าเป็นมะเร็งเต้านมจะรู้สึกว่ามีความทุกข์ที่ร้ายแรงเข้ามาในชีวิต คิดว่าตนเองทำอะไรผิดถึงต้องมาป่วยแบบนี้ รู้สึกว่าชีวิตไม่มีความมั่นคง ไม่รู้จะทำอย่างไรกับชีวิต แต่เมื่อได้ปฏิบัติตามความเชื่อ เช่น ทำบุญ สะเดาะเคราะห์ ประกอบพิธีกรรมทางศาสนา จะรู้สึกสบายใจและมั่นใจในชีวิตมากขึ้น กลุ่มตัวอย่างหลายรายหันหน้าเข้าหาวัด หาที่พึ่งทางใจ เพื่อให้จิตใจสงบและยอมรับความจริงในชีวิต ตามหลักคำสอนทางพุทธศาสนา บางรายมีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้เกิดจากการกระทำกรรมของตน หรือเกิดจากกลืนสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนเองนับถือ กลัวว่าสิ่งที่ตนเองนับถือจะไม่คุ้มครองดูแลอีกต่อไป ก็พยายามที่จะขอขมาต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์เพื่อให้ตนเองได้รับการให้อภัยตามความเชื่อของตน ข้อมูลจากคำบอกเล่าเหล่านี้มีความสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม ดังจะเห็นได้จากการเรียงลำดับค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง (ภาคผนวก ข) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อว่าตนเองมีกรรมจึงต้องเจ็บป่วยด้วยมะเร็งเต้านมมากที่สุดเป็นอันดับหนึ่ง

ผลการศึกษาครั้งนี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา กล่าวคือ การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของความเจ็บป่วยหรือสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยที่การรับรู้สถานการณ์ยิ่งรุนแรงก็ยิ่งมีความผาสุกทางจิตวิญญาณลดลง (Chrisman, 1990) และยังคงคล้ายคลึงกับการศึกษาของสมพร รัตนพันธ์ (2541) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายภาวะจิตวิญญาณของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล พบว่าระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะจิตวิญญาณอย่างมีนัยสำคัญ

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .480, p = .000$) (ตารางที่ 8) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูง จะมีความผาสุกทางจิตวิญญาณสูง และหากกลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมต่ำก็必将มีความผาสุกทางจิตวิญญาณต่ำ ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ

ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นถึงระบบสังคมและวัฒนธรรมไทยที่เป็นสังคมที่มีการสนับสนุนช่วยเหลือเกื้อกูลและเอื้ออาทรต่อกัน ดังจะเห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีบุคคลที่คอยให้ความช่วยเหลือมากถึงร้อยละ 91.67 (ตารางที่ 3) และกลุ่มตัวอย่างยังมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ดังนั้นเมื่อกลุ่มตัวอย่างเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายที่คุกคามต่อชีวิต สมาชิกในสังคมจะให้ความช่วยเหลือโดยการให้กำลังใจ ให้คำแนะนำ และให้ข้อคิดในการเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับมะเร็งเต้านมอย่างมีความสุข เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการต่อสู้กับภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นและเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น เมื่อมีโอกาสได้ช่วยเหลือบุคคลอื่นแม้ว่าตนเองจะเจ็บป่วยอยู่ก็ตาม สอดคล้องกับแนวคิดของไวส์ (Wiess cited in Brandt & Weinert, 1981) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นการรับรู้ของบุคคลในการมีปฏิสัมพันธ์ และได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือประคับประคองจากสมาชิกในสังคม โดยรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความรู้สึกผูกพันใกล้ชิด การได้รับคำแนะนำจากสมาชิกภายในสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการมีโอกาสดได้ช่วยเหลือผู้อื่น การสนับสนุนทางสังคมดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยได้รับความรัก ความห่วงใย ช่วยให้ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว เกิดการเรียนรู้ว่า ตนเองต้องมีชีวิตอยู่ต่อไปอย่างมีเป้าหมายและพึงพอใจกับชีวิตที่เป็นอยู่ของตนเอง นอกจากนี้สมาชิกในสังคมยังมีส่วนในการช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติภารกิจทางศาสนา ซึ่งเป็นความเชื่อและสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจที่จะทำให้เกิดความผาสุกในความศรัทธายึดมั่นทางศาสนา

จากการพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นกับกลุ่มตัวอย่าง บางรายเล่าให้ฟังว่า ตอนแรกที่ทราบว่า เป็นมะเร็งเต้านมจะรู้สึกกลัวและท้อแท้ ไม่แน่ใจ อยู่เฉยๆ คนเดียวคิดแต่ในทางลบ และปฏิเสธการรักษา แต่เมื่อมีเพื่อนบ้านที่มีประสบการณ์เจ็บป่วยด้วยมะเร็งเต้านม คอยให้กำลังใจและชักชวนให้มารับการรักษา จึงมีความรู้สึกมั่นใจและมีกำลังใจมากขึ้น และการมาพบแพทย์แต่ละครั้งก็ทำให้รู้จักเพื่อนใหม่ ทำให้เกิดเครือข่ายในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเต้านมด้วยกัน จากการสังเกตของผู้วิจัยพบว่า ขณะรอตรวจ กลุ่มตัวอย่างจะมีการจับกลุ่มคุยกัน ถามถึงความเป็นอยู่ คอยให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพ และเป็นกำลังใจให้

กันและกันในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเต้านมด้วยกัน ทำให้ตระหนักในคุณค่าของตนเอง และมีเป้าหมายในการดำรงชีวิตอยู่ต่อไป

นอกจากนี้ สิ่งแวดล้อม สังคม และวัฒนธรรมทางภาคเหนือ ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดทางครอบครัวและเครือญาติ ยังก่อให้เกิดความผูกพันกันอย่างลึกซึ้ง มีความห่วงใย เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่คอยช่วยเหลือ ให้คำแนะนำในการประกอบพิธีกรรมทางศาสนาตามความเชื่อ เช่น การสืบชะตา สะเดาะเคราะห์ ทำบุญ ถือศีล ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการต่อสู้การเจ็บป่วยมากขึ้น เนื่องจาก สัมพันธภาพในครอบครัวจะก่อให้เกิดความผูกพันอย่างลึกซึ้งด้วยความรัก ความเอื้ออาทรและความไว้วางใจ อันจะนำไปสู่การมีความหมายในชีวิต ซึ่งประเด็นดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้พูดคุยระหว่างการรวบรวมข้อมูล และยังพูดคุยแลกเปลี่ยนระหว่างผู้ป่วยด้วยกันเองขณะรอตรวจด้วย

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของโมรี (Moree, 1998) ที่ศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของสตรีที่ทำงานให้กับองค์กรศาสนา และการศึกษาของทัก แมคเคน และเอลสวิค (Tuck, McCain & Elswick, 2001) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ติดเชื้อเอชไอวี นอกจากนี้โคนิคและคณะ (Konic et al., 1988 cited in Fehering et al., 1997) ยังศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้ผู้ป่วยมะเร็งที่เชื่อมั่นในศาสนาสามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ และมีสภาพจิตใจที่เข้มแข็งขึ้น จากการที่ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากเพื่อน ญาติ และการได้รับการดูแลเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัว ทำให้รู้สึกมีกำลังใจในการต่อสู้กับภาวะเจ็บป่วยและเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณตามมา

ความสามารถของการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยและการสนับสนุนทางสังคมในการทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

การศึกษาครั้งนี้ ได้ศึกษาความสามารถของการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และการสนับสนุนทางสังคมในการทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่าง โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยและการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของความผาสุกทางจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 26.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยและการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าเมื่อมีการผันแปรของการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และการสนับสนุนทางสังคมก็จะสามารถอธิบายความผันแปรของ

ความผาสุกทางจิตวิญญาณได้ โดยเฉพาะการสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวแปรแรกที่ถูกเลือกเข้าไป และสามารถอธิบายความผันแปรของความผาสุกทางจิตวิญญาณได้ร้อยละ 23.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของเพซและสตาเบิล (Pace & Stable, 1997) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถอธิบายความผันแปรของความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยเอดส์และผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้มากที่สุดถึงร้อยละ 47 ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยเป็นตัวแปรที่สองที่ถูกเลือกเข้าไป และสามารถอธิบายความผันแปรของความผาสุกทางจิตวิญญาณได้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 3.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของสมพร รัตนพันธ์ (2541) ที่พบว่า ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยสามารถอธิบายความผันแปรของภาวะจิตวิญญาณของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลได้

สำหรับปัจจัยทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนที่เหลืออีก ร้อยละ 73.8 อาจเป็นผลจากปัจจัยอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณ แต่ผู้วิจัยไม่ได้นำมาศึกษาในครั้งนี้ เช่น ความเข้มแข็งอดทน (Carson, 1990) ความวิตกกังวล (Kaczowski, 1989 cited in Mickley et al., 1992) การเจ็บป่วยด้วยมะเร็งเต้านมในระยะต่าง ๆ (Mickley et al., 1992) ซึ่งควรมีการศึกษาต่อไป