

ความสัมพันธ์ระหว่างความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม
และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต
ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2550

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม

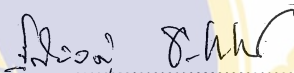
การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม



น.ส. พรพรหม รุจิไพโรจน์

ผู้วิจัย



รองศาสตราจารย์จิตติวัตร ธรรมไพโรจน์

กศ.ม. (การแนะแนว)

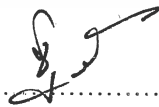
ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



ดร. โสภิติน แสงอ่อน

Ph. D. (Nursing)

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



ศาสตราจารย์ ม.ร.ว. ชินนุสรณ์ สวัสดิ์วัฒน์

Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย



รองศาสตราจารย์ ดร. อรสา พันธุ์ศักดิ์

D.S.N.

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม

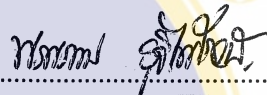
การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

วันที่ 9 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2550



น.ส. พรพรหม รุจิไพโรจน์

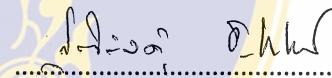
ผู้วิจัย



รองศาสตราจารย์จรรวรณ์ ต.สกุล

สสม. (การแพทย์จิตภาพ)

ประธานสอบวิทยานิพนธ์



รองศาสตราจารย์วิวัฒน์ ธรรมไพโรจน์

กศ.ม. (การแนะแนว)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศรีสมร ภูมณสกุล

พย.ด. (มหิดล)

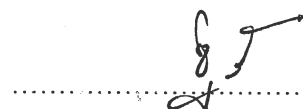
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ดร. โสภณ แสงอ่อน

Ph. D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

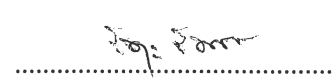


ศาสตราจารย์ ม.ร.ว. ชัยฉัตร สวัสดิวัตน์

Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



ศาสตราจารย์ นพ. รัชตะ รัชตะนาวิน

พ.บ.

คณบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาของรองศาสตราจารย์จิตติวัศค์ ธรรมไพโรจน์ และ อ.ดร. โสภิติน แสงอ่อน อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ให้ข้อเสนอแนะและคำแนะนำในการวิจัย ตรวจสอบ แก้ไขข้อบกพร่องจนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ ตลอดจนเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณคณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกภาควิชาศัลยศาสตร์ หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกภาควิชาอายุรศาสตร์ พยาบาลประจำการ เจ้าหน้าที่และบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ซึ่งผู้วิจัยมีโอกาสนามได้ทั้งหมด ที่ให้ความอนุเคราะห์ ช่วยเหลือ ให้คำแนะนำตลอดระยะเวลาในการเก็บข้อมูลวิจัย ผู้วิจัยรู้สึกประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่งและกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณสภากาชาดไทยในการอนุเคราะห์ทุนการศึกษาตลอดหลักสูตรการศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ขอบพระคุณผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทยในการสนับสนุนให้ผู้วิจัยมีโอกาสศึกษาต่อ ขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์อังคณา สรียาภรณ์ และคณาจารย์ภาควิชาการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย ที่ให้คำแนะนำ เป็นกำลังใจ ให้ความอนุเคราะห์ในด้านต่างๆ ตลอดมาตั้งแต่เริ่มต้นกระทั่งวิทยานิพนธ์เล่มนี้สมบูรณ์ ผู้วิจัยกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ขอบคุณผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทุกท่าน ที่เปิดโอกาสให้ผู้วิจัยได้ศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ขอบนุญกุศลต่างๆที่ได้จากการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความเข้มแข็งในจิตใจมากยิ่งขึ้น

ผู้วิจัยขอขอบคุณสมาชิกในครอบครัว ทั้งคุณแม่ พี่สาวและน้องสาว ที่ให้ความช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจ โดยเฉพาะคุณวัชรพงษ์ โสมอินทร์ ที่คอยเป็นแรงใจสำคัญ ในการให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา และช่วยเหลือในทุกเรื่อง จนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงด้วยดี

พรพรหม รุจิไพโรจน์

ความสัมพันธ์ระหว่าง ความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
(RELATIONSHIPS BETWEEN SPIRITUAL WELL-BEING, SOCIAL SUPPORT, AND PERCEIVED SEVERITY OF ILLNESS TO PSYCHOLOGICAL SELF-CARE BEHAVIOR IN BREAST CANCER PATIENTS.)

พรพรหม รุจิไพโรจน์ 4536575 RAPM/ M

พย.ม. (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ : ฐิติวัธน์ ธรรมไพโรจน์ M.Ed. (GUIDANCE), โสภณ แสงอ่อน Ph. D. (NURSING)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่หน่วย Short Stay โรงพยาบาลรามาธิบดี เดือนกรกฎาคม-กันยายน 2549 จำนวน 100 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณ แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และใช้สถิติสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณ ผลการศึกษาพบว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณและการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.612, p < 0.05$; $r = 0.650, p < 0.05$ ตามลำดับ) ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.225, p < 0.05$) โดยความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ได้ร้อยละ 52.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{(3, 96)} = 35.42, p < .05$) ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าพยาบาลควรส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมและความผาสุกทางจิตวิญญาณเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

คำสำคัญ : ความผาสุกทางจิตวิญญาณ/ การสนับสนุนทางสังคม/ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย/ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

RELATIONSHIPS BETWEEN SPIRITUAL WELL-BEING, SOCIAL SUPPORT,
AND PERCEIVED SEVERITY OF ILLNESS TO PSYCHOLOGICAL SELF-CARE
BEHAVIOR IN BREAST CANCER PATIENTS.

PORNPROM RUJIPAIRUCH 4536575 RAPM/M

M.N.S. (PSYCHIATRIC AND MENTAL HEALTH NURSING)

THESIS ADVISORS: TITIWONE THUMAPIROJ M.Ed. (GUIDANCE)

SOPIN SANG-ON Ph. D. (NURSING)

ABSTRACT

This descriptive research aims studying the relationships between spiritual well-being, social support, and perceived severity of illness to psychological self-care behavior in breast cancer patients. The subjects of this study were of 100 breast cancer patients who received chemotherapy at the Short Stay Unit at Ramathibodi Hospital from July to September 2006. Data were collected using the following: demographics questionnaire; spiritual well-being questionnaire; social support questionnaire; perceived severity of illness questionnaire; and psychological self-care behavior questionnaire. Descriptive statistics, Pearson's product moment correlation and Multiple regressions were used to analyze the data. The results showed that spiritual well-being and social support were positively correlated to psychological self-care behavior ($r=0.612$, $p<0.05$; $r=0.650$, $p<0.05$; respectively) and the perceived severity of illness was negatively correlated to psychological self-care behavior ($r=-0.225$; $p<0.05$). Spiritual well-being, social support, and perceived severity of illness could jointly explain 52.5 % of the variance of psychological self-care behavior in breast cancer patients. ($F_{(3, 96)}=35.42$, $p<.05$) This study suggested that nurses should promote social support and spiritual well-being in order to improve psychological self-care behavior in breast cancer patients.

KEY WORDS: SPIRITUAL WELL-BEING/ SOCIAL SUPPORT/ PERCEIVED
SEVERITY OF ILLNESS/ PSYCHOLOGICAL SELF-CARE
BEHAVIOR

116 pp.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญรูป	ณ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญ	1
กรอบแนวคิดการวิจัย	5
ปัญหาหรือคำถามในการวิจัย	7
วัตถุประสงค์การวิจัย	7
สมมติฐานของการวิจัย	7
ขอบเขตงานวิจัย	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย	8
นิยามตัวแปร	8
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	
มะเร็งเต้านม	9
พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต	17
ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ	29
การสนับสนุนทางสังคม	36
การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย	39
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	
ประชากร	42
กลุ่มตัวอย่าง	42
ขนาดกลุ่มตัวอย่าง	42

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ	43
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	48
ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล	48
การวิเคราะห์ข้อมูล	49
บทที่ 4 ผลการวิจัย	
ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	54
ข้อมูลค่าคะแนน ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าคะแนนโดยรวมเมื่อคิดจากค่าคะแนนจริง	56
ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ การสนับสนุน ทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และ พฤติกรรมการดูแล ตนเองด้านสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง	56
ข้อมูลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ หาอำนาจการทำนายของความพึงพอใจ ทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของ การเจ็บป่วยกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต	57
บทที่ 5 อภิปรายผล	58
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย	65
ข้อเสนอแนะในการวิจัย	66
ปัญหาในการวิจัย / ข้อจำกัดในการวิจัย	66
บทสรุปสำหรับผู้บริหารภาษาไทย	67
บทสรุปสำหรับผู้บริหารภาษาอังกฤษ	78
บรรณานุกรม	88
ภาคผนวก	97
ประวัติผู้วิจัย	116

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม	52
2	ข้อมูลค่าคะแนน ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าคะแนนโดยรวมเมื่อคิดจากค่าคะแนนจริง	55
3	ความสัมพันธ์ระหว่างความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้าน สุขภาพจิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม	56
4	ความสามารถในการทำนายความแปรปรวนของความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยกับพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม	57

สารบัญรูป

แผนภาพที่

- 1 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

หน้า

6



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญ

มะเร็งเต้านมเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญปัญหาหนึ่งของสตรีทั่วโลก ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของสตรีจำนวนมาก ในปี ค.ศ. 1998 สหรัฐอเมริกามีการประมาณอัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งเต้านมเท่ากับ 5 รายต่อชั่วโมง หรือประมาณ 43,000 รายต่อปี (Landis, Murray, Bolder & Wingo, cited in Beddell, 2000: 62-82) ในประเทศไทยพบว่าสตรีไทยเสียชีวิตจากมะเร็งเต้านมมากที่สุด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2545) จากรายงานของสำนักงานระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปี พ.ศ. 2544-2548 พบจำนวนผู้ป่วยจากมะเร็งเต้านมเท่ากับ 11,902, 15,255, 15,728, 17,932 และ 21,376 ตามลำดับ จะเห็นว่าอุบัติการณ์ของมะเร็งเต้านมมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ

มะเร็งเต้านมเป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของเซลล์ในร่างกาย ที่สูญเสียการควบคุมการเจริญเติบโตและหน้าที่ตามปกติ และมีการแพร่กระจายของเซลล์ที่ผิดปกติไปยังอวัยวะใกล้เคียง (นิตยา คงชุม, 2539: 1) ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงที่เต้านมทั้งขนาดและรูปร่าง ผู้ที่เจ็บป่วยด้วยมะเร็งเต้านม จะเกิดความทุกข์ทรมานจากภาวะเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อน ตั้งแต่การได้รับการวินิจฉัยจนกระทั่งถึงระยะสุดท้ายของชีวิต (Ferrell, 1998: 2) โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยเคมีบำบัด ซึ่งเป็นการรักษาที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับ และเป็นการรักษาที่ต้องใช้ระยะเวลานาน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2545: 263) และก่อให้เกิดอาการข้างเคียงในระบบต่างๆ เช่น ระบบไขกระดูก ระบบผิวหนัง ผม และขน ระบบทางเดินอาหาร โดยอาการข้างเคียงที่พบบ่อยคือ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ผมห่น ซึ่งอาการข้างเคียงเหล่านี้ ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วย ก่อให้เกิดความทุกข์และซึมเศร้าตามมา (พวงทอง ไกลพิบูลย์, 2534: 167; Holley, 1991: 15) ดังเช่น การศึกษาของเชิร์ค (Schag, 1993: 783) ได้ศึกษาถึงลักษณะของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาด้านสุขภาพจิต พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด จะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษาและผลที่จะได้รับจากการรักษาในอนาคต รวมทั้งอาการข้างเคียงที่ได้รับจากการรักษาด้วยเคมีบำบัด เช่นเดียวกับการศึกษาของจุฬารักษ์ กวีวิรัช (2536: 59) พบว่าการได้รับเคมีบำบัดส่งผลให้ผู้ป่วยขาดความเชื่อมั่นในการเข้าสังคม วิตกกังวลในการแต่งกาย รวมถึงการใช้ผมปลอม

เพื่อให้มีบุคลิกเหมือนเดิมมากที่สุด และรู้สึกเสียใจที่สภาพร่างกายของตนเองไม่เหมือนเดิม โดยเฉพาะเรื่องของหน้าอกและทรงผม การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยและการรักษาที่เกิดขึ้น จะเกิดในทุกระยะของการดำเนินของโรค หากผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ จะก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิต ดังเช่นการศึกษาของพจน์ รอดจินดา (2541: 4) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจะมีความวิตกกังวลสูงถึงร้อยละ 59.6 มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 42.2 และผู้ป่วยจะรู้สึกถึงความไม่แน่นอนในอนาคตของตนเอง รู้สึกไม่สามารถค้นหาความหมายของชีวิตได้ ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทางจิตวิญญาณขึ้น และบางคนมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2534:169) และพบว่าปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นนี้ ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเช่นกัน ดังเช่นการศึกษาของวัตสันและคณะ (Watson , 1999 อ้างถึงใน Carroll, 2001: 155) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เกิดภาวะ สิ้นหวัง หดหนทางช่วยเหลือ หรือ เครียดและมีภาวะซึมเศร้า และมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น จะทำให้อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยได้ และการศึกษาของโซเมอร์เซต (Somerset, 2004: 1032) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและภาวะซึมเศร้า พบว่าภาวะซึมเศร้าส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา และทำให้อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยลดลง และเมื่อรักษาให้ภาวะซึมเศร้าดีขึ้น ผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ได้ยาวนานขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา แสดงให้เห็นว่าปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นนั้นเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ

ทั้งนี้จากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของผู้วิจัยพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนหนึ่งจะมีปัญหาด้านสุขภาพจิตเช่น รู้สึกท้อแท้ ทุกข์ทรมานกับการเจ็บป่วยและอาการที่เกิดขึ้น จนเกิดภาวะซึมเศร้าหรือปัญหาสุขภาพจิตตามมา แต่ในขณะเดียวกัน ผู้วิจัยยังพบว่าผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่สามารถยอมรับการเจ็บป่วยและมีความทุกข์ทรมานน้อยกว่า รวมทั้งมีปัญหาด้านสุขภาพจิตที่น้อยกว่า ปรากฏการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงความสามารถในการรักษาสมดุลทางด้านจิตใจของผู้ป่วย การศึกษาเพื่อให้ทราบถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษาสมดุลทางด้านจิตใจในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จะเป็นสิ่งที่ช่วยป้องกันและลดปัญหาด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้ ดังการศึกษาของบาบาราห์ (Barbara, 2004: 3570) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะสุขภาพจิต พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย พบว่าผู้ป่วยที่มีสุขภาพจิตดี จะสามารถลดภาวะเครียดและเพิ่มพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ นอกจากนี้ยังช่วยให้การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายดีขึ้น ซึ่งส่งผลดีต่อสุขภาพกายของผู้ป่วย จะเห็นว่าการรักษาความสมดุลด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ

พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต เป็นหนึ่งกิจกรรมในการรักษาความสมดุลด้านจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และเป็นกิจกรรมที่บุคคลลงมือกระทำด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง ทั้งในภาวะปกติและยามที่มีปัญหาด้านจิตใจ หรือเกิดภาวะทุกข์ทรมานทางจิตใจ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534:

20) ประกอบด้วย การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหา การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองโดยทั่วไป การที่ผู้ป่วยมีแรงจูงใจด้านนี้จะสามารถมีพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตได้ดีขึ้น ขึ้นอยู่กับการรับรู้ของผู้ป่วยต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ระบบเกื้อหนุนค้ำจุนจากบุคคลอื่น ความสามารถของผู้ป่วยที่จะเผชิญกับสถานการณ์อันเกิดจากการเจ็บป่วย ตลอดจนพื้นฐานและภูมิหลังของผู้ป่วยเช่น ศาสนาหรือหลักเกณฑ์ในชีวิต ถ้าหากผู้ป่วยขาดองค์ประกอบอย่างใดอย่างหนึ่ง อาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการรักษาสมดุลด้านจิตใจของผู้ป่วย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540: 4-5) อันนำไปสู่การเกิดการเจ็บป่วยทางจิตได้ จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่น่าจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตคือ การรับรู้ของผู้ป่วยต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นหรือการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ระบบเกื้อหนุนค้ำจุนจากบุคคลอื่น หรือการสนับสนุนทางสังคม และการมีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเองหรือความผาสุกทางจิตวิญญาณ

ความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นความเชื่อในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ การมีสิ่งยึดมั่นทางด้านจิตใจ ก่อให้เกิดกำลังใจและทำให้ผู้ป่วยมีความสุข มีความเข้มแข็งในจิตใจ และพร้อมที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (Paloutzian & Ellison, 1982) ทั้งนี้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ เป็นสิ่งที่อยู่กับตัวของผู้ป่วย เป็นสภาพจิตใจส่วนบุคคล ที่เป็นแหล่งพลังงานภายในของผู้ป่วยซึ่งไม่มีใครทำให้ได้ นอกจากตัวของผู้ป่วยเท่านั้น ความผาสุกทางจิตวิญญาณก่อให้เกิดแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง ตามแนวคิดการดูแลตนเองของโอเรม เปรียบได้กับพลังความสามารถ 10 ประการ ที่ช่วยเกื้อหนุนสำหรับการดูแลตนเองของผู้ป่วย (Orem, 1991 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล: 25) คือการมีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าความผาสุกทางจิตวิญญาณส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีเป้าหมายในชีวิต มีความเข้มแข็งอดทน มีความวิตกกังวลและความซึมเศร้าในระดับต่ำ เพิ่มคุณภาพชีวิต ลดความตายลดลง ส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีการปรับตัวอย่างมีประสิทธิภาพ ดำเนินชีวิตได้ตามปกติ มีความผาสุก และมีสุขภาพจิตที่ดี (Renetzy, 1979 cited in Ross, 1995; Carson, 1992; McClain, 2003; Kaczorowski, 1989; Hung-Ru, 2003; Ellison, 1989; Colton, 1998; Crigger, 1996) เช่นเดียวกับการศึกษาของ สมจิต หนูเจริญกุล (2545: 259) ที่พบว่า การช่วยเหลือผู้ป่วยให้เกิดความหวัง และมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรค มีเจตคติที่ดีต่อโรคและมีความตั้งใจที่จะมีชีวิตอยู่ จะช่วยให้ระบบภูมิคุ้มกัน (Immune) ของผู้ป่วยทำงานได้ตามปกติ ช่วยให้โรคไม่มีการแพร่กระจายเร็วขึ้น และเป็นการช่วยเพิ่มกำลังใจและความพยายามในการดูแลตนเองของผู้ป่วยตามมา (สมจิต หนูเจริญกุล, 2545: 259)

นอกจากนี้ การสนับสนุนทางสังคม เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไป โดยเฉพาะการสนับสนุนจากบุคคลรอบครัว มีความสำคัญต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยมากที่สุด ทั้งนี้แนวคิดการดูแลตนเองของโอเรม (1985) การสนับสนุนทางสังคม เปรียบได้กับปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐาน (Basic conditioning factor) อันเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อทั้งความต้องการและความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมในการวิจัยนี้ จะหมายถึง การรับรู้ของบุคคลต่อการได้รับการสนับสนุนด้านต่างๆ และพบว่าผู้ป่วยที่รับรู้ถึงการมีแรงสนับสนุนทางสังคม ไม่รู้สึกว่าถูกทอดทิ้ง จะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา (สุจรรยา โลหาชีวะ, 2548: 52) ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจ รู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่าและมีความหวัง รับรู้ว่าตนเองได้รับความรัก ความห่วงใย (Aguilera, 1994: 124) และทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกโดดเดี่ยวและช่วยในการค้นหาความหมายและเป้าหมายในชีวิต (O'corner, 1990: 169)

นอกจากนี้ ปัจจัยที่อาจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตคือ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย เนื่องจากเป็นความรู้สึกและความเข้าใจของบุคคลต่อสถานการณ์ที่เกิดจากการเจ็บป่วย อนึ่งการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยเป็นการเปลี่ยนแปลงในวงจรต่อเนื่อง และเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญอย่างหนึ่งที่แสดงถึงการเลื่อนระดับหรือมีการเปลี่ยนแปลงจากการมีสุขภาพดีไปสู่ด้านตรงข้าม ยิ่งรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วยมากขึ้นเท่าใด ย่อมส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่ การดำรงชีวิต และคุณภาพชีวิตของบุคคลมากขึ้นตามไปด้วย (Antonovsky, 1982: 86) เมื่อบุคคลมีความเข้มแข็งอดทน จะมีการเผชิญหน้าต่อสู้กับโรค ยอมรับการเป็นโรค คิดว่าต้องต่อสู้กับโรค ต้องเอาชนะโรค จึงทำให้มีพฤติกรรมออกมาในรูปของการแสวงหาข้อมูลต่างๆ ไม่ยอมจำนนต่อโรค และส่งผลให้มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองมากขึ้น ซึ่งรวมถึงการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น (Carson, 1992; Renetzy, 1979 cited in Ross, 1995 Pace, 1997; McClain, 2003; สมจิตและคณะ, 2540; นารายาราสมี, 2545; Lincoln, 1997) ดังการศึกษาของธัญญา น้อยเปียง (2545) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมพบว่า ผู้ป่วยที่รับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในระดับสูง จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความท้อแท้ เบื่อหน่าย และส่งผลให้ความสามารถในการพัฒนาการดูแลตนเองของผู้ป่วยลดลง

จากที่กล่าวข้างต้น และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต คือ ความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ยังมีค่อนข้างน้อย การศึกษาเพื่อให้ทราบถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จะเป็นสิ่งที่ช่วยป้องกัน

และลดปัญหาด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม การวิจัยนี้จึงได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม การศึกษานี้จะเป็นข้อมูลและแนวทางให้ผู้เกี่ยวข้องเกิดความเข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และวางแผนการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตมากขึ้น

กรอบแนวคิดในการทำวิจัย

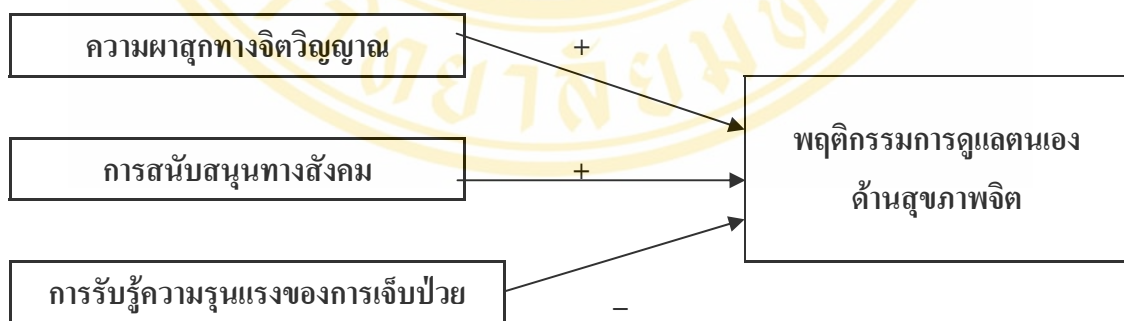
การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม(Orem, 1991) เป็นแนวทางในการอธิบายถึงความสัมพันธ์ดังกล่าว

โอเรม (Orem, 1991) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นสิ่งที่บุคคลควรจะต้องกระทำในระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง ในการตอบสนองความต้องการที่จำเป็น(Therapeutic self-care demand) ในสถานการณ์หนึ่งๆ เพื่อรักษาไว้ซึ่งความผาสุกและสุขภาพของตน ทั้งนี้การที่บุคคลจะสามารถทำกิจกรรมในการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น(Therapeutic self-care demand)ได้นั้น บุคคลจำเป็นต้องมีความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care Agency) ซึ่งประกอบด้วย 1) ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operations) 2) พลังความสามารถ 10 ประการ(Ten power components) และ 3) ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and dispositions) นอกจากนี้จำเป็นต้องพิจารณาปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐาน (Basic conditioning factor) ซึ่งประกอบด้วย อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ สังคมชนบทธรรมเนียม ประเพณี สภาพที่อยู่อาศัย ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต ภาวะสุขภาพ ปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ แหล่งประโยชน์ และประสบการณ์สำคัญในชีวิต อันเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อทั้งความต้องการและความสามารถในการดูแลตนเองด้วย

ในการศึกษาวิจัยนี้ ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณเปรียบได้กับองค์ประกอบหนึ่งของพลังความสามารถ 10 ประการ (Power components) คือ การมีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นความสามารถที่เกื้อหนุนสำหรับการดูแลตนเองของผู้ป่วย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) โดยความพึงพอใจทางจิตวิญญาณเป็นความเชื่อในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ก่อให้เกิดกำลังใจ เกิดความเข้มแข็งในจิตใจของผู้ป่วย (Paloutzian & Ellison, 1982) และเป็นแหล่งพลังงานภายในของผู้ป่วยซึ่งไม่มีใครทำให้ได้นอกจากตัวของผู้ป่วยเท่านั้น ก่อให้เกิดเป็นแรงจูงใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยตามมา

การสนับสนุนทางสังคม เปรียบได้กับปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐาน (Basic Conditioning Factor) คือ ระบบครอบครัว อันเป็นสิ่งบ่งชี้ถึงศักยภาพในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหรือการช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว ครอบครัวเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อทั้งความต้องการและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2545: 52) ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าและมีแรงจูงใจในการที่จะดูแลตนเอง มีกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไป การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยเป็นความรู้สึกและความเข้าใจของบุคคลต่อความเลวร้ายของสถานการณ์ที่มีสาเหตุมาจากการเจ็บป่วย ที่ก่อให้เกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิต ซึ่งเป็นความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานในการดูแลตนเอง (Foundational capabilities and dispositions) คือ การรับรู้ในเหตุการณ์ต่างๆทั้งภายในและภายนอกตนเอง และพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต เป็นพฤติกรรมที่มีการพัฒนาตามระยะพัฒนาการของบุคคลและจากการเรียนรู้จากประสบการณ์ ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมในการดูแลตนเองทั้งหมด 7 ด้านคือ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ การใช้เวลา การเผชิญปัญหา การพัฒนาระบบการสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองโดยทั่วไป ทั้งนี้ จินตนา ชูนิพันธ์ (2534) ได้พัฒนาแนวความคิดการดูแลตนเองของโอเรม เพื่อให้เกิดความเข้าใจในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ที่เหมาะสมกับวัฒนธรรมของไทย

จากกรอบแนวคิดในการวิจัยดังกล่าว สามารถแสดงถึงความสัมพันธ์ของแต่ละตัวแปรที่ผู้วิจัยนำมาศึกษา ดังนี้



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดเกี่ยวกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย กับ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ปัญหาหรือคำถามในการวิจัย

1. ความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเป็นอย่างไร
2. ความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหรือไม่
3. ความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาถึงระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
3. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

สมมติฐานของการวิจัย

1. ความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
2. ความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ขอบเขตงานวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่มารับเคมีบำบัดที่หน่วย Short stay โรงพยาบาลรามาธิบดี ระหว่างเดือนกรกฎาคม – เดือนกันยายน 2549 จำนวน 100 คน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. เป็นข้อมูลสำหรับพยาบาลในการหาแนวทาง เพื่อส่งเสริมพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
2. ช่วยให้พยาบาลได้เกิดความเข้าใจและตระหนักถึงลักษณะความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ซึ่งมีผลกระทบต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
3. เป็นแนวทางให้กับพยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพในการช่วยเหลือ จัดกิจกรรมการพยาบาล และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการ自我ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตมากขึ้น

นิยามตัวแปร

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลว่าตนสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติในสิ่งที่ตนอยู่ปัจจุบัน มีเป้าหมายและความพึงพอใจในชีวิต การมีศาสนาเป็นที่ศรัทธาและยึดมั่น รวมทั้งการมีสิ่งศักดิ์สิทธิ์เป็นที่นับถือหรือยึดเหนี่ยว ซึ่งรวมถึงความเชื่อและการปฏิบัติตามหลักพุทธศาสนา

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของบุคคลต่อการได้รับการสนับสนุนด้านต่างๆ จากบิดา มารดา สามี ลูก-หลาน ญาติ พี่น้อง ประกอบด้วยการสนับสนุนด้านข้อมูล การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านสิ่งของ

การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย หมายถึง ความรู้สึกและความเข้าใจของบุคคลต่อความเลวร้ายของสถานการณ์ที่มีสาเหตุจากความเจ็บป่วย ซึ่งก่อให้เกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิต

พฤติกรรม自我ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเอง โดยมีเป้าหมายเพื่อการมีสุขภาพจิตที่ดี มีความสุข มีความพึงพอใจ และกระทำอย่างต่อเนื่องเพื่อประคองจิตใจ และส่งเสริมให้มีพัฒนาการในแต่ละระยะของวงจรชีวิต ทั้งในภาวะปกติและภาวะที่มีปัญหา

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วย มะเร็งเต้านม ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. มะเร็งเต้านม
2. พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต
3. ความผาสุกทางจิตวิญญาณ
4. การสนับสนุนทางสังคม
5. การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย

มะเร็งเต้านม (Breast cancer)

ความหมาย

มะเร็งเต้านม คือ เซลล์ของเนื้อเยื่อเต้านมที่มีการเปลี่ยนแปลงภายใน จนทำให้มีการเจริญเติบโตได้รวดเร็วขึ้นและเหนือการควบคุมของร่างกาย โดยเซลล์ที่เจริญเติบโตขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติ เซลล์ผิดปกติเหล่านี้สามารถลุกลามไปยังเนื้อเยื่อใกล้เคียง และมีโอกาสแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองและอวัยวะใกล้เคียงของร่างกายได้

ระยะของมะเร็งเต้านม

การแบ่งระยะของมะเร็งเต้านม เป็นการจัดระดับความรุนแรงของโรคเพื่อใช้เป็นพื้นฐานสำหรับการเลือกใช้วิธีการรักษา การจัดระยะของมะเร็งเต้านมที่นิยมใช้คือ TNM ของ International Union Against Cancer โดยอาศัยขนาดของก้อนเนื้อที่คลำได้โดยการตรวจเต้านม (Tumor : T) ต่อมน้ำเหลืองที่คลำได้ (Node : N) และการกระจายของโรค (Metastasis : M) เป็นหลัก ทั้งนี้ Union International Center Cancer (UICC, 1987 อ้างถึงใน Burnet, 2001) ได้แบ่งระยะของมะเร็งเต้านม ดังนี้

UICC Stage	TNM classification
Stage I	T1, N0, M0
Stage II	T1, N1, M0, T2, N0-1, M0
Stage III	Any T, N2-3, M0, T3, Any N, M0, T4, Any N, M0
Stage IV	Any T, Any N, M1

อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมาด้วยการตรวจพบว่ามียีนต่อมน้ำเหลืองโตหรือพบก้อนที่เต้านม หรือในบางรายอาจพบว่า ขนาดและรูปร่างของเต้านมนั้นเปลี่ยนแปลงไป บางครั้งอาจพบว่าบริเวณหัวนมจะมีลักษณะเป็นร่องหลุม บวมลงไป หรือลักษณะของผิวหนังบริเวณเต้านมเปลี่ยนแปลง อาจมีเลือดหรือน้ำเหลือง หรือน้ำใสๆไหลออกจากหัวนม (พิชัย เจริญพานิช, 2545: 174) ซึ่งโดยมากมักจะไม่มีอาการเจ็บปวดใดๆในระยะแรกนี้ ระยะต่อมาอาจเกิดอาการอักเสบหรือเกิดอาการบวมมากขึ้น ผู้ป่วยจะเริ่มรับรู้ถึงอาการปวด อาจเป็นลักษณะการเจ็บแปลบคล้ายเข็มแทง

โดยส่วนใหญ่แล้ว ก้อนเนื้อมันมักมีการเปลี่ยนแปลงไปหลังจากที่มีการตรวจพบอาการ อาจพบว่าก้อนเนื้อมันอยู่ใต้กล้ามเนื้อของเต้านม ขนาดของก้อนเนื้อมันอาจใหญ่จนไม่สามารถคลำต่อมน้ำเหลืองได้ หรือในบางกรณีก้อนเนื้อมันอาจทำให้เกิดเป็นบาดแผล มีการติดเชื้อหรือมีเลือดออก แขนอาจบวมโต เนื่องจากก้อนเนื้อมันขยายไปกดการไหลเวียนของต่อมน้ำเหลือง (Burnet, 2001: 63)

สาเหตุ / ปัจจัยที่ทำให้เกิดมะเร็งเต้านม

1. อายุ : เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุด อัตราเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านมนั้นจะเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยพบมากในช่วงอายุ 45 – 75 ปี (Burnet, 2001: 53) จากการศึกษาของเอลเลนและฟิลลิปส์ (Allen & Phillip, 1996: 196) พบว่าอายุเป็นปัจจัยสำคัญของการเป็นมะเร็งเต้านม โดยจะพบมากในสตรีอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป ซึ่งพบถึงร้อยละ 16, 17 และ 25 ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีอายุ 40-49 ปี, 50-59 ปี และ 60-69 ปี ตามลำดับ จะเห็นว่าอายุยิ่งมากขึ้นจะมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมมากขึ้น (พิชญา ทองโพธิ์, 2546: 7)

2. การให้ฮอร์โมนในสตรีวัยหมดประจำเดือน : เนื่องจากการเกิดมะเร็งเต้านมนั้นมีความสัมพันธ์กับฮอร์โมนในร่างกาย ได้มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับฮอร์โมนและพบว่า การได้รับยาคุมกำเนิด (Oral contraceptives: OCS) และ/หรือ การรักษาด้วยฮอร์โมนเอสโตรเจน (Estrogen replacement therapy: ERT) มีการศึกษาหลายงานที่บ่งบอกว่า การได้รับเอสโตรเจนจากการได้รับฮอร์โมน

ทดแทนหรือการรับประทานยาคุมกำเนิดเกิน 5 ปีขึ้นไป เป็นปัจจัยที่ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม (สุรพงษ์ สุภาภรณ์, 2545: 35)

3. อายุที่เริ่มมีและหมดประจำเดือน : สตรีที่เริ่มมีประจำเดือนครั้งแรกเมื่ออายุน้อยกว่า 11 ปี หรือ หมดประจำเดือนมากกว่าอายุ 54 ปี จะมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมสูง (สุรพงษ์ สุภาภรณ์, 2545: 36) ทั้งนี้อาจเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกายคือ เอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรน ซึ่งอาจก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ภายในร่างกายได้ (Crane-Okada, 2001: 115)

4. อายุเมื่อคลอดบุตรคนแรก : การตั้งครรภ์เมื่ออายุน้อย ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด แต่คาดเดาว่าน่าจะเกิดจากหลายปัจจัยเช่น การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนและการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อบริเวณเต้านม (Crane-Okada, 2001: 116) นอกจากนี้ในผู้ที่ไม่เคยมีบุตรเลยหรือมีบุตรเมื่ออายุมาก จะมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมมากขึ้น เช่นในสตรีที่มีบุตรเมื่ออายุมากกว่า 30 ปี จะมีอัตราเสี่ยงเป็น 2 เท่ากว่าสตรีที่มีบุตรคนแรกเมื่ออายุ 20 ปี (สุรพงษ์ สุภาภรณ์, 2545)

5. อาหารและความอ้วน : อาหารที่มีไขมันสูง โดยเฉพาะอาหารที่เป็นไขมันสัตว์ หรืออาหารประเภทเนื้อสัตว์ พบว่าคนที่รับประทานอาหารประเภทเบคอน แฮมเบอร์เกอร์ ที่ทำให้สุก (Well done) จะมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมสูงกว่าคนทั่วไป 4.62 เท่า (สุรพงษ์ สุภาภรณ์, 2545: 40) และภาวะอ้วนในสตรีวัยทองจะเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม ทั้งนี้เนื่องจากสตรีในวัยนี้จำเป็นต้องได้รับฮอร์โมนทดแทน ซึ่งอาจจะมีผลต่อการเกิดมะเร็งเต้านมได้ ทั้งนี้มีงานวิจัยที่สนับสนุนว่าอาหารที่มีไขมันมากมีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งเต้านมเช่นกัน (Crane-Okada, 2001: 117)

6. การดื่มแอลกอฮอล์ : แอลกอฮอล์จะเข้าไปลดการทำลาย หรือเพิ่มการสร้างฮอร์โมนเอสโตรเจนในร่างกาย ทำให้สารที่ก่อให้เกิดมะเร็งผ่านเข้าสู่ผนังของเซลล์ได้ง่ายขึ้น มะเร็งเต้านมที่เกิดในผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณมากนั้น มักจะมีระยะลุกลามมากกว่าในคนที่ไม่ดื่มหรือดื่มน้อย (สุรพงษ์ สุภาภรณ์, 2545: 42) ทั้งนี้ต้องพิจารณาจากอายุที่เริ่มดื่ม ความถี่และระยะเวลาในการดื่มแอลกอฮอล์ (Crane-Okada, 2001: 118)

7. พันธุกรรม : ในสตรีที่มีประวัติของมะเร็งเต้านมในครอบครัวเช่น มารดา พี่สาวหรือน้องสาว หรือบุตรสาวป่วยเป็นมะเร็งเต้านม จะมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยมะเร็งเต้านม 2.1 – 4.0 เท่า ทั้งนี้เนื่องจากบุคคลในครอบครัวจะมีความคล้ายคลึงกันในหลายปัจจัยเช่น รับประทานอาหารเหมือนกัน มีปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและสังคมเหมือนกัน นอกจากนี้ยังพบว่าบุคคลในครอบครัวเดียวกันมักจะเกิดมะเร็งที่อวัยวะเดียวกันมากกว่าบริเวณอื่น (วินัส ปัทมภาสพงษ์, 2526: 15, Crane-Okada, 2001: 115, สุรพงษ์ สุภาภรณ์, 2545: 43)

8. ปัจจัยอื่นๆ เช่น การสูบบุหรี่ ความเครียด บุคลิกภาพส่วนบุคคล การไม่ออกกำลังกาย การเจ็บป่วยทางจิตเวช การใช้ซิลิโคน หรือคาเฟอีน อาจเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดมะเร็งเต้านมเช่นกัน (Crane-Okada, 2001: 119)

ผลกระทบต่อผู้ป่วยจากการเจ็บป่วยด้วยมะเร็งเต้านม

มะเร็งเต้านมนั้นเป็นโรคที่เรื้อรัง ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานาน ลักษณะทางพยาธิสภาพ การดำเนินของโรค ล้วนก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย สังคม จิตใจและจิตวิญญาณ ซึ่งผลกระทบนั้นจะเกิดขึ้นตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยโรค จนถึงระยะสุดท้ายของการเจ็บป่วย

1. ผลกระทบด้านร่างกาย

1.1 ผลกระทบด้านร่างกายจากลักษณะและพยาธิสภาพของโรค

การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมในระยะแรก มักไม่พบอาการเจ็บปวด แต่จะมีการเปลี่ยนแปลงของขนาด รูปร่าง ลักษณะ หรืออาจมีสิ่งคัดหลั่งออกมาจากเต้านม เมื่อระยะการดำเนินของโรคมามากขึ้น หรือมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะต่างๆ จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะไขสันหลังถูกกด ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนจากการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง ผู้ป่วยจะทุกข์ทรมานจากการอ่อนแรงและอาการชาหรือไร้ความรู้สึกที่ขาและอาจมีอาการปวดหลังร่วมด้วย (Smith. J. 2001: 217-219)

1.2 ผลกระทบด้านร่างกายจากการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ

1.2.1 การผ่าตัด : ผลข้างเคียงที่อาจพบได้คือ มีการดึงรั้งของกล้ามเนื้อ ภายหลังได้รับการผ่าตัด ทำให้เต้านมมีลักษณะผิดรูป หรือขนาดของเต้านมที่เปลี่ยนไป มีรอยแผลเป็น(Burnet, 2001: 89) หรือปวดบาดแผลที่เกิดจากการผ่าตัด (Thomson, 1988: 255)

1.2.2 เคมีบำบัด: อาการข้างเคียงที่พบบ่อยคือ คลื่นไส้ อาเจียน ผอมลง ปากแห้ง ท้องเดิน อ่อนเพลีย นอกจากนี้ยังอาจพบอาการอื่นๆเช่น หลอดเลือดดำอักเสบ ภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ และภาวะขาดสารอาหาร (ธัญญา น้อยเปียง, 2545: 21-22; Burnet. K and Oakley. C. 2001: 120-128)

1.2.3 รังสีรักษา: ในระยะแรกที่ได้รับการรักษา ผิวหนังบริเวณที่ได้รับรังสีรักษามักจะแดง บวม ต่อมาจะมีสีคล้ำลงจนเป็นสีดำ แห้ง ผู้ป่วยอาจรู้สึกปวดแสบปวดร้อน ท้องเสีย อ่อนเพลีย ผอมลงได้ นอกจากนี้การได้รับรังสีรักษาอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดบวม หายใจลำบาก เนื่องจากเกิดการยึดติดและมีพังผืดเกิดขึ้นที่เนื้อปอดได้ (Burnet. K and Oakley. C. 2001: 104-107)

นอกจากนี้ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลีย ซึ่งเป็นอาการที่พบได้บ่อย โดยจะมีอาการอ่อนเพลียภายหลังการได้รับรังสีประมาณสัปดาห์ที่ 2 – 3

2. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจและสังคม

2.1 ผลกระทบด้านการทำงาน : อาการและผลข้างเคียงจากการรักษา ทำให้สุขภาพของผู้ป่วยอ่อนแอลง ส่งผลกระทบต่อการทำงาน อาจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้เท่าเดิม อีกทั้งการต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง อาจต้องมีการปรับเปลี่ยนตำแหน่งงาน ประเภทของงาน ซึ่งส่งผลกระทบต่อความก้าวหน้าในหน้าที่การงานได้

2.2 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ : การเจ็บป่วยด้วยมะเร็งเต้านมนั้น ทำให้ผู้ป่วยต้องใช้ค่าใช้จ่ายมาก ตั้งแต่การตรวจโรค ค่าตรวจชิ้นเนื้อ เมื่อได้รับคำวินิจฉัยแน่นอนว่าเป็นมะเร็งเต้านม ค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มเติมเช่น การรับเคมีบำบัด การผ่าตัดหรือรังสีรักษา นอกจากนี้ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับการรักษาที่โรงพยาบาลก็เป็นจำนวนไม่น้อย จากการศึกษาของแซ็ก (Schag, 1993 อ้างใน กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2541: 22) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมากกว่าครึ่ง สูญเสียรายได้จากการไม่ได้กลับเข้าทำงานตามปกติหลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม

2.3 ผลกระทบด้านสัมพันธภาพในครอบครัว : ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเต้านมต้องมีการปรับบทบาทในครอบครัว จากการเป็นผู้ดูแลต้องเปลี่ยนเป็นผู้ได้รับการดูแลแทน ครอบครัวต้องรับหน้าที่ในการดูแล ให้กำลังใจผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาในรูปแบบต่างๆ ล้วนส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส เนื่องจากต้องสูญเสียเต้านม ซึ่งเป็นสัญลักษณ์ทางเพศ (Peck, 1972; Reneker & Cutler, 1952 อ้างถึงใน พงษ์ รอดจินดา, 2541) ผู้ป่วยอาจรู้สึกไม่มั่นใจในตนเอง วิตกกังวลในการทำหน้าที่ของภรรยา กลัวสามีนอกใจ หรือในผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด จะทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงร่างกาย เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยอาจมีภาวะประจำเดือนไม่มา หรือมากะปรึบกระปรอย ซึ่งส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วย หรือการที่เยื่อบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์น้อยลง ทำให้การสร้างสารคัดหลั่งลดลง ซึ่งส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพกับคู่สมรสได้ (Ferrell et al. 1997; Northouse. 1989 อ้างถึงใน ธัญญา น้อยเปียง, 2545: 23)

2.4 ผลกระทบด้านสัมพันธภาพในสังคม : อาการข้างเคียงจากการได้รับการรักษาต่างๆเช่น ผอมร่าง คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนแรง ท้องเสีย และภาวะติดเชื้อง่าย รวมทั้งรูปร่าง ลักษณะของเต้านมที่เปลี่ยนแปลงไป สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยอับอาย โดยเฉพาะด้านภาพลักษณ์ รู้สึกวิตกกังวลในการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ป่วยไม่อยากเข้าสังคม หรือพยายามหลีกเลี่ยงสังคม พบว่าการที่ผอมร่างทำให้ขาดความเชื่อมั่นในการเข้าสังคม ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลในการเลือกชุดสวมใส่ ต้องใช้

ผมปลอมเพื่อให้มีบุคลิกเหมือนเดิมมากที่สุด รู้สึกเสียใจที่สภาพของตนเองนั้นไม่เหมือนเดิม โดยเฉพาะเรื่องของหน้าอกและทรงผม (จุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย, 2536: 59)

3 ผลกระทบด้านจิตใจ

มะเร็งเต้านมเป็นโรคที่คุกคามต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้ป่วย เนื่องจากคนทั่วไปมักมีความเชื่อว่ามะเร็งเป็นโรคที่ร้ายแรง รักษาไม่หายขาด รับรู้ถึงอันตรายที่ใกล้กับความตาย (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2536: 3) ผู้หญิงที่รับรู้ว่าเป็นมะเร็งเต้านมจะมีความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าสูง เนื่องจากกลัวเพราะต้องสูญเสียเต้านม ซึ่งทำหน้าที่ผลิตน้ำนมในบทบาทของมารดา และเป็นสัญลักษณ์ทางเพศ (Peck, 1972; Reneker & Cutler, 1952 อ้างใน พงนิ รอดจินดา, 2541: 1) ซึ่งผลกระทบด้านจิตใจจะเกิดในทุกระยะของการดำเนินของโรค

ในระยะแรกผู้ป่วยจะปฏิเสธการเจ็บป่วยของตน (Francis. G. M. 1969:1678) กลัวตกใจ เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนต่อเหตุการณ์ในอนาคตของตนเอง (ธนัญญา น้อยเปียง, 2545: 24) บางรายอาจมีภาวะซึมเศร้า ท้อแท้ หดหู่กังวลใจ หดหู่และคิดทำร้ายตนเอง มีความวิตกกังวล หวาดกลัวว่าอาการโรคของตนหดหู่ ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ (กฤษณา ศรีวรรณวิทย์, 2533: 73-74) ผู้ป่วยบางรายอาจรู้สึกสูญเสีย เสรีภาพ วิตกกังวล เนื่องจากผู้ป่วยอาจต้องสูญเสียเต้านมไปตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงการสูญเสียเต้านมทั้งสองข้าง และอาจรวมถึงการสูญเสียผนังกล้ามเนื้อ ทรวงอกส่วนหน้าไปด้วย (กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2541: 22) ในระยะที่สอง เมื่อผู้ป่วยสามารถยอมรับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และยอมเข้ารับการรักษา ในระยะนี้การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจขึ้นอยู่กับลักษณะการรักษาและผลข้างเคียงที่ผู้ป่วยได้รับ ความทรนทนจากการรักษาและผลข้างเคียงที่เกิดขึ้น อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ อ่อนล้า หดหู่ (Brandt, 1987 : 237; กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2541: 97-113) ผู้ป่วยบางรายอาจรู้สึกว่าตนเองโดดเดี่ยว และรู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า (Thomson, 1988: 257)

ในระยะสิ้นสุดการรักษา จะเป็นช่วงเวลาที่มีความคับข้องใจสูง ผู้ป่วยและครอบครัวอาจไม่ยอมรับรู้ผลการวินิจฉัยในด้านลบ หลีกเลี่ยงหรือปฏิเสธอาการเตือนทางด้านร่างกาย (Camevalik& Reiner, 1990: 59) ถึงแม้ว่าการรักษาจะสิ้นสุดลง ผู้ป่วยยังคงต้องติดตามผลการรักษาต่อไปอีกระยะหนึ่ง ซึ่งในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีความเครียดหรือกังวลว่ามะเร็งจะหายขาดหรือไม่ (ธนัญญา น้อยเปียง, 2545: 24) ในระยะนี้ผู้ป่วยอาจมีความหวังลึกๆว่าอาการของตนน่าจะดีขึ้น และไม่ต้องเข้ารับการรักษาอีก แต่หากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีการกลับเป็นซ้ำของโรค หรือมีการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่นๆ ผู้ป่วยจะรู้สึกท้อแท้และเจ็บปวดยิ่งกว่าการได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก เพราะหมายถึงว่าความตายได้ใกล้เข้ามามากขึ้น ผู้ป่วยจะรู้สึกกลัว วิตกกังวล ทุกข์ทรมานและรู้สึกถึงความไม่แน่นอน (Herth. K. 2000: 1431)

ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะมีความรู้สึกซึมเศร้า สิ้นหวัง และวิตกกังวล ซึ่งเป็นปฏิกิริยาที่พบได้บ่อยๆ ผู้ป่วยจะรู้สึกเครียดที่ต้องเผชิญความตาย รู้สึกว่าตนเองสูญเสียความหวังในชีวิต และในช่วงระยะเวลาสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยจะรู้สึกอยากตายให้พ้นความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นจนอาจนำไปสู่ความคิดฆ่าตัวตายได้ (McClain, 2003: 1603)

4 ผลกระทบด้านจิตวิญญาณ

เมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นมะเร็งเต้านม ผู้ป่วยจะคิดถึงเรื่องของความตาย ความรู้สึกสูญเสีย และความทุกข์ทรมาน รู้สึกหมดอาลัยตายอยาก รู้สึกว่าตนเองถูกคุกคาม และอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้ สิ้นหวัง และเกิดความสงสัยในความสัมพันธ์กับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนเองนับถือ (Ferrell & Ferrell, 1996: 53) ผู้ป่วยบางคนคิดว่าการเป็นมะเร็งถือเป็นเวรกรรมแต่ชาติปางก่อนหรือผลจากการกระทำในอดีตที่ผ่านมา (กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2541: 36) เช่น คิดว่าตนเองประกอบกรรมดีมาตลอด ทำไมต้องเผชิญกับการเจ็บป่วย การสูญเสียอวัยวะ หรือต้องเกิดการพลัดพรากจากสิ่งอันเป็นที่รัก ทำไมเหตุการณ์เหล่านี้ไม่เกิดกับบุคคลอื่น (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2545: 24) เกิดความขัดแย้งในตนเองและส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานจนนำไปสู่ความบีบคั้นทางจิตวิญญาณ (Spiritual distress) ผู้ป่วยที่รู้สึกถึงความไม่แน่นอนในอนาคตของตนเอง รู้สึกไม่สามารถค้นหาความหมายของชีวิตได้ ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทางจิตวิญญาณขึ้น และบางคนมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2534:169) และพบว่าความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งมักจะเกี่ยวข้องกับการบรรเทาความทุกข์ทรมานทางจิตวิญญาณ เช่น ต้องการได้รับการอภัยจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ผู้ป่วยนั้นนับถือ ต้องการหายจากโรค ต้องการสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ การได้รับความเข้าใจ ความหวังใจจากคนอื่น การปฏิบัติตามความเชื่อ ความศรัทธาในสิ่งที่นับถือ เช่น ศาสนา สิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่เชื่อว่ามีอำนาจ เพื่อให้สามารถเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยและผลข้างเคียงจากการรักษา เกิดความหวังและความมีคุณค่าแห่งตน (ชนินญา น้อยเปียง, 2545: 26)

ปัญหาสุขภาพจิตและผลกระทบในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง มีผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก เนื่องจากมะเร็งเต้านมเป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง และความต้องการการช่วยเหลือเป็นอันดับแรกคือ ปัญหาการปรับตัวด้านจิตใจ (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2548: 72) เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม จะมีการตอบสนองทางอารมณ์ที่พบบ่อยได้แก่ วิตกกังวล กลัว โกรธ และเกิดเป็นภาวะซึมเศร้าในที่สุด (Krumm, 1982: 729; Pinder et al, 1994 อ้างถึงใน Burnet, 2001: 152-153) โดยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจะมีความวิตกกังวลสูงถึงร้อยละ 59.6 มีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 42.2 (พณิ รอดจินดา, 2541: 4) ซึ่งภาวะซึมเศร้านั้นเป็นภาวะขาดความสุข (Otong, 1995: 145) และ

ความวิตกกังวลเป็นพื้นฐานของความเครียด ความรู้สึกนี้ทำให้เกิดความหวาดหวั่น เครียด กระวนกระวายใจ รู้สึกว่าตนเองนั้นไร้คุณค่า รู้สึกผิด ไม่สนใจในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เศร้า ไร้เรี่ยวแรง ไม่สามารถช่วยตนเองได้ รู้สึกว่าตนเองนั้นถูกละทิ้ง ไม่พอใจในการมีชีวิตอยู่ เกิดความคิดฆ่าตัวตายได้ (Neese, 1991: 613, พงนิ รอดจินดา, 2541: 2) ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ไม่มีกำลังใจในการเข้ารับการรักษจะเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาด้านสุขภาพจิต (Burton & Watson, 1998 อ้างถึงใน Burnet, 2001: 152-153) และปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมคือปัญหาการปรับตัว, ภาวะซึมเศร้า, เสียใจ, ท้อแท้หมดหวัง, ภาวะบีบคั้นด้านจิตใจ, รู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับอนาคตและการรักษาที่ได้รับ นอกจากนี้ผลกระทบจากการได้รับเคมีบำบัดและการข้างเคียง เป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาด้านอารมณ์และความรู้สึกของผู้ป่วยอย่างมากเช่น การที่มรณังทำให้ขาดความเชื่อมั่นในการเข้าสังคม มีความวิตกกังวลในการเลือกชุดสวมใส่ ต้องใช้หมวกปลอมเพื่อให้มีบุคลิกเหมือนเดิมมากที่สุด รู้สึกเสียใจที่สภาพของตนเองนั้นไม่เหมือนเดิม โดยเฉพาะเรื่องของหน้าอกและทรงผม (จุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย, 2536: 59) นอกจากนี้ อาการข้างเคียงที่เกิดจากการได้รับเคมีบำบัดส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย รู้สึกถึงความไม่แน่นอนของอาการ วิตกกังวลถึงผลที่ได้จากการรักษาว่าจะหายจากโรคหรือไม่ (วนิดา รัตนานนท์, 2545: 22) สอดคล้องกับการศึกษาของคริสเซน (Kissane, 2004: 320) ได้ศึกษาเปรียบเทียบภาวะการเจ็บป่วยทางจิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เจ็บป่วยในระยะเริ่มแรกกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระยะลุกลาม จำนวน 303 คน พบว่าผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเต้านมทั้งในระยะเริ่มแรกและระยะลุกลาม จะมีอาการของความผิดปกติด้านอารมณ์ (Mood disorder) ปัญหารองลงมาคือภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (Minor depression) และเป็นโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) ตามลำดับ จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมไม่ว่าจะอยู่ในระยะใดก็ตาม จะพบปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตได้ ประกอบกับเมื่อผู้ป่วยมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก การดูแลจะให้ความสำคัญกับอาการทางด้านร่างกายมากกว่าด้านจิตใจ เนื่องจากการถูกจำกัดด้วยเวลาและสถานที่ การตระหนักถึงปัญหาด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยจึงเป็นบทบาทของพยาบาลที่สำคัญ (Payne et al, 1998: 155) เนื่องจากพยาบาลเป็นบุคลากรทีมสุขภาพที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย

การรักษา

การพิจารณาปัจจัยต่างๆเพื่อประกอบการรักษา โดยพิจารณาจาก อายุของผู้ป่วย ขนาดของก้อนมะเร็งที่พบ ตำแหน่งของก้อนที่เกิด และการตรวจทางพยาธิสภาพว่าโรคต้องไม่มีการกระจายที่รุนแรงซึ่งการรักษานั้นมีหลายวิธีคือ

1. ก้อนเนื้อที่เป็น In Situ Breast Cancer

การรักษาจะเป็นการผ่าตัดเต้านมเพื่อเอาก้อนเนื้อนั้นออก ซึ่งอาจเป็นการผ่าตัดเฉพาะที่ร่วมกับการรักษาด้วยรังสี เนื่องจากเป็นวิธีที่ได้ผล อย่างไรก็ตาม ยังสามารถพบว่าเกิดการกลับเป็นซ้ำได้ค่อนข้างสูง การรักษาเมื่อเกิดการกลับเป็นซ้ำมักจะเป็นการทำ Lumpectomy

2. ก้อนเนื้อระยะที่ 1 และ ระยะที่ 2

การผ่าตัด : มักใช้ร่วมกับรังสีรักษา ซึ่งถือว่าเป็นพื้นฐานของการรักษาในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ในรายที่มีการกระจายของเซลล์มะเร็งไปที่ต่อมน้ำเหลือง มักจะได้รับการผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองนั้นไปด้วย

รังสีรักษา : ใช้ร่วมกับการผ่าตัด มีงานวิจัยสนับสนุนว่าการผ่าตัดร่วมกับการใช้รังสีนั้น ทำให้โอกาสการกลับเป็นซ้ำลดลง ซึ่งการใช้รังสีรักษานั้นจะเริ่มหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดเรียบร้อยแล้ว เนื่องจากปลอดภัยและได้ผลการรักษาดีกว่า

เคมีบำบัด : เคมีบำบัดที่ใช้ในปัจจุบันมีหลายชนิด ซึ่งล้วนแต่มีความสามารถในการทำลายเซลล์มะเร็งในระยะแบ่งตัวแตกต่างกัน โดยสูตรของเคมีบำบัดที่ใช้รักษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเช่น CMF (Cyclophosphamide, Methotrexate และ Fluorouracil), FAC (Fluorouracil, Adriamycin และ Cyclophosphamide) AC (Adriamycin และ Cyclophosphamide) เป็นต้น

3. ก้อนเนื้อระยะ Advance Breast Cancer

การรักษาผู้ป่วยในระยะนี้จะใช้ฮอร์โมนร่วมกับการใช้เคมีบำบัด ซึ่งการใช้ฮอร์โมนถือว่าเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในผู้ป่วยระยะนี้ การใช้รังสีและการผ่าตัดนั้นจะใช้เพื่อลดความทุกข์ทรมานจากอาการของโรค เช่น ไซตัสหลังถูกกด หรือมีการกระจายของมะเร็งไปที่สมองเท่านั้น (Ursin, 2000)

จากที่ได้กล่าวมาข้างต้นจะเห็นว่า การเจ็บป่วยด้วยมะเร็งเต้านมส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยอย่างมาก โดยเฉพาะผลกระทบด้านจิตใจที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในทุกๆระยะ ความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นทำให้ความสนใจที่จะดูแลตนเองของผู้ป่วยลดน้อยลง จึงเป็นความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตให้ดีขึ้น

พฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

การดูแลตนเอง (Self-care)

การดูแลตนเองของโอเรม(Orem, 1991) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่

ใจและมีเป้าหมาย (Deliberate action) และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปจนถึงขีดสุด ทั้งนี้การดูแลตนเองประกอบด้วยความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand) กับความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency)

ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand)

ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด เป็นส่วนประกอบแรกของการดูแลตนเอง ซึ่งหมายถึง กิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดที่บุคคลควรต้องกระทำในระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง เพื่อตอบสนอง ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นของตนในสถานการณ์หนึ่งๆ หรือเป็นงานทั้งหมดที่บุคคลต้องกระทำเพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ

ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency)

ความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นมโนคติที่กล่าวถึงคุณภาพอันสลับซับซ้อนของบุคคลที่มีศักยภาพในการดูแลตนเอง โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองมี 3 ระดับคือ

1. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operations) เป็นความสามารถที่จำเป็นและต้องใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันที ซึ่งประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการคือ

1.1 การคาดการณ์ (Estimative) เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบในตนเองและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง ความหมาย และความต้องการในการปรับการดูแลตนเอง

1.2 การปรับเปลี่ยน (Transitional) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถ ควรและจะกระทำเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น

1.3 การลงมือปฏิบัติ (Productive operation) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น

2. พลังความสามารถ 10 ประการ (Ten power components) เป็นตัวเชื่อมการรับรู้และการกระทำของมนุษย์ แต่เฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างจงใจเพื่อการดูแลตนเอง ไม่ใช่การกระทำโดยทั่วไป ประกอบด้วย

2.1 ความสนใจและการเอาใจใส่ในตนเอง

2.2 ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอ สำหรับการริเริ่มและการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

2.3 ความสามารถในการที่จะควบคุมส่วนต่างๆของร่างกาย เพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการริเริ่ม หรือปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองให้เสร็จสมบูรณ์และต่อเนื่อง

2.4 ความสามารถที่จะใช้เหตุใช้ผลเพื่อการดูแลตนเอง

2.5 มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง

2.6 มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ

2.7 มีความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่เหมาะสมและเชื่อถือได้ สามารถจะจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้

2.8 มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดกระทำ การติดต่อ และการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง

2.9 มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง

2.10 มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดแทรกการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตในฐานะบุคคล ซึ่งมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและชุมชน

3. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and dispositions) เป็นความสามารถที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจโดยทั่วไป ประกอบด้วย

3.1 ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่าน เขียน นับเลข รวมทั้งความสามารถในการแสวงหาเหตุผล และการใช้เหตุผล

3.2 หน้าที่ของประสาทรับรู้ความรู้สึก (Sensation) ทั้งการสัมผัส การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น และการรับรส

3.3 การรับรู้ในเหตุการณ์ต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง

3.4 การเห็นคุณค่าในตนเอง

3.5 นิสสัยประจำตัว

3.6 ความตั้งใจ

3.7 ความเข้าใจในตนเอง

3.8 ความห่วงใยในตนเอง

3.9 การยอมรับตนเอง

3.10 ระบบการจัดลำดับความสำคัญ รู้จักแบ่งเวลาในการกระทำกิจกรรมต่างๆ

3.11 ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง

ปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐาน (Basic Conditioning Factor)

เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถและความต้องการในการดูแลตนเองของบุคคล ได้แก่ (Orem, 2001)

1. อายุ : ความสามารถในการดูแลตนเองนั้นขึ้นกับอายุ โดยเริ่มมาตั้งแต่วัยเด็ก การพัฒนาจะสมบูรณ์ในวัยผู้ใหญ่และจะลดลงเมื่อถึงวัยสูงอายุ นั่นคือ ในวัยเด็กความสามารถในการดูแลตนเองยังน้อย เนื่องจากอยู่ในวัยที่ต้องพึ่งพาอาศัยบิดา มารดา หรือบุคคลในครอบครัว และความสามารถในการดูแลตนเองจะเพิ่มมากขึ้นตามช่วงอายุ เนื่องจากการอบรมสั่งสอนภายในครอบครัวในการพึ่งพาตนเองเพิ่มมากขึ้น และพัฒนาสมบูรณ์มากขึ้นในวัยผู้ใหญ่ และความสามารถในการดูแลตนเองจะลดลงไปเรื่อยๆในวัยสูงอายุเนื่องจากความเสื่อมของร่างกาย
2. เพศ : เป็นตัวกำหนดบทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบของบุคคล เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความแตกต่างทางสรีระ ซึ่งอาจจะส่งผลต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด เช่น เพศหญิงมักมีบทบาทในการดูแลความเป็นอยู่สมาชิกในครอบครัว จึงจำเป็นต้องดูแลสุขภาพของตนเองมากกว่าเพศชาย เป็นต้น
3. ระยะพัฒนาการ : บุคคลจะมีการพัฒนาความรู้และทักษะตามเหตุการณ์ที่ประสบ ตามระยะพัฒนาการของชีวิต เพื่อนำไปสู่การวางแผนในการดูแลตนเอง นั่นคือ แต่ละช่วงวัย งานตามพัฒนาการในการดูแลตนเองจะแตกต่างกันเช่น ในเด็กเล็กๆอาจจะยังไม่พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง หรือในผู้สูงอายุความสามารถในการดูแลตนเองจะลดลง เป็นต้น
4. ภาวะสุขภาพ : โครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย การเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค และการรักษาของแพทย์ ตลอดจนความเครียดและภาวะทางด้านอารมณ์ที่บ่งบอกถึงความสามารถในการเผชิญกับปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น ในบุคคลที่มีภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ แข็งแรง จะมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองได้ดีกว่าบุคคลที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วย หรือมีภาวะเครียด
5. สังคม วัฒนธรรม : เป็นปัจจัยในการพิจารณาแหล่งประโยชน์ในการจัดระบบการดูแลตนเองของบุคคลเช่น ในสังคมชนบท จะมีความเป็นอยู่ช่วยเหลือกันและกันมากกว่าในสังคมเมือง และสามารถตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้มากกว่า เป็นต้น
6. ระบบบริการสุขภาพ : ระบบบริการเป็นปัจจัยที่จะเอื้ออำนวยและเกื้อหนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัว ได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองและพึ่งพาตนเองได้ และช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองอย่างจริงจังเท่าที่ความสามารถของเขาจะกระทำได้
7. ระบบครอบครัว : ความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว มีอิทธิพลต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด และความสามารถในการดูแลตนเองของสมาชิกที่เจ็บป่วย และจะช่วยบ่งชี้ถึงศักยภาพในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

8. แบบแผนการดำเนินชีวิต : แบบแผนที่ปฏิบัติเป็นกิจวัตร เป็นตัวกำหนดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคลเช่น คนที่สูบบุหรี่ ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นของบุคคลนั้นคือ ร่างกายและปอดปราศจากควันและสารพิษ บุคคลต้องมีการปฏิบัติกิจกรรมโดยการหยุดสูบบุหรี่ เพื่อให้บรรลุความต้องการการดูแลตนเอง เป็นต้น

9. สิ่งแวดล้อม : ได้แก่ ที่อยู่อาศัยและภูมิประเทศที่อยู่โดยรอบบุคคล เช่น บุคคลที่อยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีการศึกษาน้อย ขาดความสนใจในการดูแลสุขภาพตนเอง จะมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองน้อยกว่าบุคคลที่อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี หรือมีระดับการศึกษาที่สูงกว่า เป็นต้น

10. แหล่งประโยชน์ : เป็นปัจจัยที่เอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองและพึ่งพาตนเองเช่น ระบบบริการสุขภาพและการส่งต่อ จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถที่จะได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพและสะดวกมากยิ่งขึ้นที่จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลรักษาตนเองได้ตามศักยภาพ

11. ประสบการณ์สำคัญในชีวิต : เหตุการณ์ที่ผู้ป่วยได้ประสบมาในอดีต ซึ่งอาจจะมีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองหรือความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด เช่น ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์เคยเห็นผู้ป่วยมะเร็งตายทุกคน เมื่อตนเองได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง อาจมีความกลัวหรือไม่ยอมรักษา เพราะคิดว่ารักษาอย่างไรก็ตาย หรือเกิดความรู้สึกหมดกำลังใจ สูญเสียความหวังจนไม่สามารถจะรู้คิดตัดสินใจ หรือลงมือปฏิบัติการดูแลตนเองได้ เป็นต้น

พฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเอง โดยมีเป้าหมายเพื่อการมีสุขภาพจิตที่ดี มีความสุข มีความพึงพอใจ และกระทำอย่างต่อเนื่องเพื่อประกอบจิตใจ และส่งเสริมให้มีพัฒนาการในแต่ละระยะของวงจรชีวิต ทั้งในภาวะปกติและภาวะที่มีปัญหาสุขภาพจิต (จินตนา ยูนิพันธ์ , 2534: 22 – 23)

องค์ประกอบของพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

แนวคิดพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของจินตนา ยูนิพันธ์ (2534) ได้แบ่งพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตเป็น 7 ด้านประกอบด้วย การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ การบริหารเวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองโดยทั่วไป ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การพัฒนาการรู้จักตนเอง (Developing Self awareness)

การพัฒนาการรู้จักตนเอง คือ ความพยายามของบุคคลที่จะรับรู้เกี่ยวกับตนเอง ตรงกับความเป็นจริงตามธรรมชาติที่บุคคลนั้นเป็นอยู่ (ทัศนาศา นุญทอง, 2535) ทั้งด้านพฤติกรรม ความคิด ค่านิยม จุดเด่นจุดด้อย และความรู้สึกสำนึกในคุณค่าของตนเอง ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของสุขภาพจิตและเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลตนเอง

บุคคลที่มีสุขภาพจิตดีสามารถระบุนความแข็งแกร่ง หรือจุดเด่น จุดด้อย หรือข้อจำกัดของตนเองได้ รู้สึกในคุณค่าของตนเอง รวมทั้งต้องมีความรู้จักตนเองในด้านความรู้สึกและความขัดแย้งต่างๆ สามารถเผชิญกับประสบการณ์ที่เป็นสิ่งไม่น่าพึงพอใจ พร้อมทั้งเรียนรู้จากประสบการณ์นั้นได้

2. การติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ (Effective communication)

การสื่อสารเป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคม เพราะเป็นกระบวนการที่บุคคลทำให้ผู้อื่นรับรู้ความต้องการของตนเอง และตนเองสามารถรับรู้ความต้องการของผู้อื่น ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ปัญหาสุขภาพจิตส่วนหนึ่งมีสาเหตุจากการติดต่อสื่อสารที่ไม่เหมาะสม ทำให้บุคคลต้องเก็บความรู้สึกหรือความคิดเอาไว้ด้วยความคับข้องใจจนกลายเป็นปัญหาสุขภาพจิต (บุญวดี เพชรรัตน์, 2534 อ้างถึงใน จินห์จุฑา ชัยเสนา, 2541) บุคคลจะมีสุขภาพจิตดีได้ก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นสามารถที่จะส่งและรับข่าวสารที่เป็นความต้องการ ความคิด ความรู้สึก ระหว่างบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพนั้นบุคคลจะต้องเข้าใจให้กระจ่างชัดในสิ่งที่ต้องการ และสื่อสารว่าจะสื่ออะไร ให้กับใคร โดยพยายามสื่อความให้ชัดเจนและให้ข้อมูลที่เพียงพอสำหรับผู้รับ การพัฒนาและดำรงรักษาความสามารถในการให้และรับข้อมูลข่าวสารที่แม่นยำ รับรู้ ความต้องการของผู้อื่น เป็นส่วนสำคัญในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต(จินตนา ยูนิพันธ์, 2534)

3. การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ (Time management)

เป็นการรู้จักใช้เวลาให้เกิดประโยชน์สูงสุดทั้งปริมาณและคุณภาพ โดยเริ่มต้นที่การใช้เวลาในแต่ละวัน ว่าใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมอะไรบ้าง และกิจกรรมนั้นสำคัญแค่ไหน ใช้เวลามากน้อยเพียงใด จากนั้นจึงวางแผนการใช้เวลาโดยมีการกำหนดเวลาเริ่มต้น เวลาสิ้นสุด จัดลำดับกิจกรรมที่จะปฏิบัติก่อนหลัง และเลือกสรรงานตามความสำคัญหรือความเร่งด่วน ดังนั้นการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพจึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างหนึ่งของพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

4. การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม (Developing and maintaining social system)

ระบบสนับสนุนทางสังคม คือ กลุ่มคนที่มีปฏิสัมพันธ์กันอย่างมีจุดมุ่งหมาย มีการให้ข้อมูลย้อนกลับซึ่งกันและกัน ทำให้การติดต่อสื่อสารของคนกับสิ่งแวดล้อมภายนอกมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น การสนับสนุนทางสังคม จะมีผลต่อการปรับตัวหรือการตอบสนองภาวะเครียดของบุคคล โดยที่การสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำหรือไม่มีเลย ทำให้บุคคลเกิดความเครียด และส่งผลในทางลบต่อสุขภาพ ในทางตรงข้าม หากบุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมดี ก็จะทำให้บุคคลมีสุขภาพจิตที่ดี (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534: 42)

ชนิดของการสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับจากการติดต่อสัมพันธ์กัน ประกอบด้วย การได้รับการตอบสนองทางด้านอารมณ์ การได้รับการยอมรับและเห็นว่ามีคุณค่า การมีส่วนร่วม และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้รับความช่วยเหลือด้านสิ่งของ การเงินหรือแรงงาน และด้านข้อมูลข่าวสาร ครอบครัวและเพื่อนเป็นบุคคลสำคัญในโครงสร้างของระบบสนับสนุนทางสังคมของบุคคล แต่ยังมีบุคคลอื่นๆอีกซึ่งมีความสำคัญเช่นกัน คือ เครือข่ายในสังคมเช่น เพื่อนบ้าน ระบบสนับสนุนทางสังคมในชุมชน แหล่งสนับสนุนทางเศรษฐกิจฉุกเฉิน รวมทั้งศูนย์แนะแนว และสิ่งที่จะช่วยส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน

5. การเผชิญปัญหา (Coping skill)

ในการดำรงชีวิต บุคคลจะต้องประสบกับปัญหาในลักษณะต่างๆ ปัญหาที่เกิดขึ้นทั้งปัญหาส่วนตัว ปัญหาครอบครัว หรือปัญหาอื่นๆ จะส่งผลกระทบต่อทั้งร่างกายและจิตใจ ทำให้บุคคลไม่มีความสุข กังวลใจ เป็นทุกข์ การดูแลตนเองเพื่อเป็นการเตรียมตัวเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่อาจจะนำไปสู่ภาวะวิกฤติได้ ซึ่งแสดงออกในลักษณะของความเจ็บป่วยทางร่างกายหรือความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ แต่ถ้าบุคคลสามารถแก้ปัญหาได้ จะทำให้บุคคลรู้สึกถึงคุณค่าของตนเอง และเกิดความผาสุกทางอารมณ์ การพัฒนาความสามารถในการเผชิญปัญหา จึงเป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่สำคัญ ที่จะช่วยให้บุคคลวิเคราะห์และหาวิธีการแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถปรับสภาพจิตใจและอารมณ์ให้กลับสู่ภาวะสมดุลได้

6. การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา (Religious practice)

การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำตามหลักความเชื่อในศาสนาที่ตนเองยึดถือ ซึ่งทุกศาสนาต่างก็มีหลักคำสอนเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติและเป็นหลักในการดำเนินชีวิตอย่างเป็นสุขของบุคคล รวมทั้งเป็นแบบอย่าง กฎเกณฑ์ และต้นกำเนิดของขนบธรรมเนียม ประเพณี ค่านิยม วัฒนธรรมที่ก่อให้เกิดความสงบสุขในการอยู่ร่วมกัน นอกจากนี้ การมีศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ จะทำให้บุคคลสามารถปล่อยวาง และยอมรับสภาพ

ความเป็นจริงของชีวิตได้ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของสุขภาพจิตที่ดี ดังนั้นการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา จึงเป็นการพัฒนาจิตใจ ส่งเสริมให้จิตใจมีความสงบ มีความสุข สามารถแก้ไขปัญหาวิตและอุปสรรคได้ด้วยเหตุผลและปัญญา กลายความเครียด และแก้ทุกข์ทางใจได้

7. การดูแลตนเองโดยทั่วไป (Physical self-care)

การดูแลตนเองโดยทั่วไปนั้น เป็นกิจกรรมที่ทุกคนทุกวัยกระทำ เพื่อการดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี ซึ่งครอบคลุมในเรื่องเกี่ยวกับอากาศ น้ำ อาหาร การขับถ่ายของเสีย การทำกิจกรรมและการพักผ่อน การอยู่อย่างสันโดษ การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม การป้องกันอันตรายที่มีต่อชีวิต และการแสวงหาแนวทางในการดำรงชีวิตอย่างผาสุก กิจกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตได้แก่

7.1 การดูแลตนเองให้ได้รับสารอาหารที่ถูกต้อง มีคุณค่าตามหลักโภชนาการ การรับประทานอาหารควรรับประทานให้พอเหมาะ ไม่อ้วนหรือผอมเกินไป น้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์พอดี การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ทำให้ร่างกายแข็งแรง ไม่เจ็บป่วย ซึ่งเป็นแนวทางแห่งความสุขอย่างหนึ่ง

7.2 การออกกำลังกาย จะทำให้อัตราการไหลเวียนโลหิตสูงขึ้น ฉะนั้นผู้ที่ออกกำลังกายอย่างจริงจัง สม่ำเสมอ จะไม่มีความเครียดของจิตประสาท (แจก ธนะศิริ, 2533) บุคคลจึงควรดูแลตนเองในเรื่องการออกกำลังกาย (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534) เพราะการออกกำลังกายเป็นสิ่งจำเป็นต่อสุขภาพ ทำให้ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง และช่วยส่งเสริมสุขภาพจิต (ไชยา มาแจ้ง, 2536)

7.3 การพักผ่อนนอนหลับ บุคคลควรดูแลตนเองในเรื่องการพักผ่อนนอนหลับ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534) เพราะการนอนเป็นความจำเป็นของคน เพื่อพักผ่อนร่างกายหลังจากทำงานต่างๆ มาหลายชั่วโมง ในการนอนหลับพบว่า จิตใจที่เครียดจะถูกปลดปล่อยให้สงบลง ทุกส่วนของร่างกาย จะทำงานน้อยลง จึงเป็นการลดความเครียดไปด้วย (วิระ ไชยศรีสุข, 2533) และเป็นวิธีที่สามารถบรรเทาความเครียดได้ดีวิธีหนึ่ง (วารุณี อมรทัต, 2531)

7.4 การผ่อนคลาย การผ่อนคลายเป็นกิจกรรมที่บุคคลพัฒนาขึ้นเพื่อป้องกันภาวะเครียดมากและนานเกินไป เพื่อมิให้เกิดผลเสียต่อร่างกายและจิตใจ กิจกรรมนี้จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในร่างกาย ทำให้สุขภาพอยู่ในสภาพที่ดีขึ้น ดังนั้นบุคคลจึงควรดูแลตนเองในเรื่องการผ่อนคลาย นอกจากนี้การฝึกการผ่อนคลายเป็นประจำจะช่วยให้สภาวะทางจิตใจมั่นคง ลดความวิตกกังวล และมีความรู้สึกละสามารถควบคุมตนเองได้

ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

เนื่องจากพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองตามแนวคิดของโอเรม (Orem, 1995) มองสุขภาพของบุคคลโดยรวมครอบคลุมทั้งกาย จิต สังคม ดังนั้นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จึงพิจารณาตามปัจจัย ดังต่อไปนี้

1. อายุ : เป็นปัจจัยพื้นฐานที่บ่งชี้ความแตกต่างด้านพัฒนาการทั้งในด้านร่างกายและความรู้สึนึกคิด อายุเป็นตัวบ่งชี้วุฒิภาวะหรือความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม ภาวะจิตใจและการรับรู้ อายุมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการ自我ดูแลตนเองของบุคคล ซึ่งจะเพิ่มขึ้นตามอายุ จนสูงสุดในวัยผู้ใหญ่และอาจลดลงในวัยสูงอายุ (Orem, 1991 อ้างถึงใน นภาพร วงศ์ใหญ่, 2542: 29) พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตก็เช่นกัน เมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะทางกายและจิตใจสูงขึ้น บุคคลจะตั้งสมประสงค์ชีวิต มีการปรับตัวและเรียนรู้สิ่งใหม่ๆตลอดเวลา เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง เพื่อให้เกิดความรู้สึมั่นคงและพึงพอใจ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534: 55) เช่นในวัยสูงอายุ จะมีความสามารถในการ自我ดูแลตนเองได้ดี ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุมีประสบการณ์และทักษะชีวิตมาก สามารถเข้าใจปัญหาและรู้ว่าจะปฏิบัติตนอย่างไรให้มีความสุขได้

2. เพศ : เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความแตกต่างด้านร่างกายและด้านค่านิยมของบุคคล ซึ่งมีผลต่อการ自我ดูแลตนเอง (Orem, 1991 อ้างถึงใน นภาพร วงศ์ใหญ่, 2542: 30) และการที่สังคมกำหนดบรรทัดฐานเพื่อเป็นแนวปฏิบัติสำหรับเพศหญิงและเพศชายไว้แตกต่างกัน จึงเป็นเหตุส่งเสริมหรือขัดขวางให้เพศหญิงและเพศชายมีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ต่างกัน (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534)

3. ภาวะสุขภาพ : เป็นภาวะสุขภาพกายและภาวะสุขภาพจิตที่บ่งชี้ถึงระดับความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมในการ自我ดูแลตนเอง (Orem, Taylor & Renpenning, 1995 อ้างถึงใน นภาพร วงศ์ใหญ่, 2542: 30) ภาวะสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ทอดทิ้งที่จะต่อสู้ชีวิตต่อ เพราะคิดว่าตนเองไม่ต้องพึ่งพาหรือเป็นภาระให้กับใคร แต่ถ้าสุขภาพร่างกายที่อ่อนแอ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และต้องเป็นภาระให้กับผู้อื่นจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สบายใจและทอดทิ้งที่จะมีชีวิตอยู่ (ระวีวรรณ ถวายทรัพย์, 2545)

4. สถานภาพสมรส : แสดงถึงลักษณะความสัมพันธ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจระหว่างบุคคล และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากระบบครอบครัว ซึ่งจะส่งเสริมให้บุคคลมีการปฏิบัติเพื่อการ自我ดูแลตนเอง (Orem, 1991 อ้างถึงใน นภาพร วงศ์ใหญ่, 2542: 30) การมีชีวิตคู่จะมีความผูกพันอย่างลึกซึ้ง เมื่อคู่สมรสเจ็บป่วยย่อมมีคนดูแล ช่วยเหลือ เอาใจใส่ ต่างจากกลุ่มสถานภาพสมรสอื่น ที่อาจอยู่อย่างโดดเดี่ยวและต้องช่วยเหลือตนเองทั้งในยามปกติและยามเจ็บป่วย การขาดคู่สมรสทำให้รู้สึกอ้างว้าง โดดเดี่ยว ขาดคู่คิดและที่ปรึกษา เหนง ว่าเหว่ ขาดคน

คอยช่วยเหลือและให้กำลังใจ จากการศึกษาของจินตนา ยูนิพันธ์ (2534) พบว่าประชาชนที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตด้านการติดต่อสื่อสาร การเผชิญปัญหา และการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าประชาชนที่มีสถานภาพสมรสโสด จึงอาจกล่าวได้ว่าสถานภาพสมรสมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

5. ระดับการศึกษา: การศึกษาเป็นการถ่ายทอดความรู้ ทักษะ และทัศนคติ แบบของความประพฤติ และมรดกทางสังคม ทำให้บุคคลเข้าใจปรากฏการณ์ธรรมชาติ เข้าใจสังคม พัฒนาความคิด และทัศนคติในการดำรงชีวิต และส่งผลให้มีการปฏิบัติเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งจะช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวและช่วยให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ นอกจากนี้การศึกษายังเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และการมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง ซึ่งบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำจะมีข้อจำกัดในการรับรู้ เรียนรู้ ตลอดจนแสวงหาความรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยสำคัญตัวหนึ่งที่ส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมอนามัยที่ถูกต้อง พัฒนาความคิดและทัศนคติในการดำรงชีวิตประจำวัน เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี (แสงเดือน แท่งทองคำ, 2546: 230) จากการศึกษาของเบนซัวร์ (Ben-Zur, 2001: 37-38) พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาที่สูงจะมีความเข้าใจต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และสามารถเข้าถึงข้อมูลต่างๆ ได้มากกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำ

6. รายได้: เป็นตัวบ่งชี้สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม รวมถึงแหล่งประโยชน์ของบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานและความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ฐานะทางเศรษฐกิจเป็นปัจจัยที่มีผลกับพฤติกรรมสุขภาพจิต ถ้ามีเศรษฐกิจไม่ดีจะทำให้ไม่มีเงินซื้อสิ่งที่จำเป็นต่อสุขภาพ ส่งผลให้เกิดภาวะเครียด (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526: 79 อ้างถึงใน แสงเดือน แท่งทองคำ, 2001: 27) ดังนั้น ฐานะเศรษฐกิจหรือรายได้ของครอบครัวจึงมีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพจิตของบุคคล

7. ลักษณะครอบครัว: เนื่องจากครอบครัวเป็นระบบหนึ่งของสังคม เป็นสถาบันที่จะทำหน้าที่ดูแลและตอบสนองความต้องการพื้นฐานทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมโดยตรง สัมพันธภาพระหว่างบุคคลในครอบครัว ถ้ายิ่งใกล้ชิดมากเท่าใด ก็ย่อมเกิดพลังสนับสนุนซึ่งกันและกันมากขึ้น บุคคลที่ได้รับความรัก ความเข้าใจ ความเห็นอกเห็นใจจากบุคคลในครอบครัว ได้รับการยอมรับว่าตนเองนั้นมีคุณค่า มีความสำคัญ จะเป็นผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

8. สภาพแวดล้อม: เป็นปัจจัยที่บ่งชี้ถึงความแตกต่างของแหล่งที่อยู่อาศัย ลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรม แบบแผนการดำเนินชีวิต ตลอดจนระบบบริการสุขภาพ ซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของบุคคล โดยสภาพแวดล้อมที่ดีจะช่วยจูงใจบุคคลให้ไปถึงเป้าหมาย

ที่เหมาะสมและปรับพฤติกรรมเพื่อให้ได้ผลตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ และมีส่วนช่วยให้มีการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล (สมจิต หนูเจริญกุล, 2534) เมื่อบุคคลสามารถที่จะกระทำการกิจกรรมได้ตามเป้าหมาย จะส่งผลให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่ามีคุณค่า และส่งผลต่อการมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

9. ความเชื่อเกี่ยวกับศาสนา : การที่บุคคลยึดมั่นในความเชื่อทางศาสนา จะช่วยให้บุคคลเข้าใจชีวิตและประสบการณ์ต่างๆรอบตัว ในยามที่เกิดความทุกข์ก็จะสามารถใช้หลักการทางศาสนาเป็นเครื่องปลอบประโลมใจ เมื่อบุคคลขาดความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกถึงความไม่แน่นอนในชีวิต ความเชื่อทางศาสนาจะช่วยประคับประคองจิตใจให้เกิดความมั่นใจ ความเชื่อทางศาสนาจะเป็นพื้นฐานของการมีความสุข มีความพึงพอใจ ซึ่งเป็นลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดี (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534: 64)

10. ความเชื่อด้านสุขภาพจิต : ประกอบด้วย

10.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย (Perceived susceptibility) มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพจิต การรับรู้โอกาสเสี่ยงนี้เป็นความเชื่อของบุคคลว่าตนเองมีโอกาสเกิดการเจ็บป่วยทางจิตได้ แม้ว่าจะไม่มีภาวะหรือเหตุการณ์ที่นำไปสู่ภาวะวิกฤตก็ตาม ดังนั้นในภาวะปกติโดยเฉพาะในสังคมปัจจุบัน บุคคลทุกคนมีโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยได้ นอกจากนี้การที่บุคคลมีเหตุส่งเสริมอื่นเช่น กรรมพันธุ์ การมีปัญหสุขภาพกาย และการมีแบบแผนพฤติกรรมการแก้ปัญหาที่ไม่เหมาะสม ก็ยังเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิต โรคประสาทได้

10.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพยืนยันว่า แม้บุคคลจะรับรู้ว่าจะตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคร้ายเดียว ไม่เพียงพอที่จะกระตุ้นให้บุคคลกระทำพฤติกรรมสุขภาพ แต่จะต้องเชื่อว่าโรคที่เกิดขึ้นจะมีผลกระทบที่รุนแรงต่อร่างกายและบทบาททางสังคมของบุคคลด้วย การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยทางสุขภาพจิต เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับการเป็นโรคจิต โรคประสาทว่ารุนแรงมากน้อยเพียงใด สามารถรักษาได้หรือไม่ ความเชื่อเกี่ยวกับผลกระทบของการเจ็บป่วยด้านจิตใจที่มีต่อครอบครัว ความสามารถทางสังคมและต่อสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

10.3 การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ในด้านสุขภาพจิตเป็นการยากที่จะกำหนดลงไปให้แน่ชัดว่า พฤติกรรมสุขภาพใดเหมาะสมและมีประสิทธิภาพในการลดความเครียด ทั้งนี้เพราะแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน อีกทั้งพฤติกรรมต่างๆยังเกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมอีกด้วย ดังนั้น พฤติกรรมสุขภาพด้านสุขภาพจิตที่เหมาะสม ในรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพจิต จึงจำกัดอยู่เฉพาะพฤติกรรมของการแสวงหา และยอมรับความช่วยเหลือจากบุคลากรในทีมสุขภาพจิต

10.4 การรับรู้อุปสรรคของการมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง การที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้นั้น ผู้กระทำได้ไม่คาดการณไปในทางลบว่า จะมีอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้น ในด้านการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต อุปสรรคของการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพจิตที่ดี ครอบคลุมถึง การมีทัศนคติในทางลบต่อการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเกิดปัญหา และการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดปัญหาทางจิต เช่นมีความรู้สึกลำบากที่จะกระทำพฤติกรรมดังกล่าว

การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

การเจ็บป่วยด้วยมะเร็งเต้านมนับว่าเป็นภาวะวิกฤตของชีวิต ที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณได้ กล่าวคือ ผู้ป่วยเกิดภาวะสิ้นหวัง หดหนทางช่วยเหลือ เครียด ท้อแท้ มีทัศนคติที่ไม่ค่อยดีต่อการเจ็บป่วยและมีภาวะซึมเศร้า (Watson et al, 1999 อ้างถึงใน Carroll, 2001: 155) จากการศึกษาของโซเมอร์เซต (Somerset, 2004) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและภาวะซึมเศร้า พบว่า ภาวะซึมเศร้าส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาและลดอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย นอกจากนี้ภาวะซึมเศร่ายังส่งผลต่อการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตด้วย จากการศึกษาของลองแมน (Longman, 1996) พบว่า การดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) นั่นคือ ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าสูง ส่งผลให้การดูแลตนเองของผู้ป่วยลดลง ในทางกลับกันผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าต่ำ การดูแลตนเองของผู้ป่วยจะดีขึ้น และจากการสังเกตของแพทย์และนักวิจัยพบว่า ลักษณะที่สำคัญประการหนึ่งในผู้ป่วยที่มีการลุกลามของเซลล์มะเร็งไปอย่างรวดเร็ว จะเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีอารมณ์เศร้า เก็บกด สิ้นหวัง และสูญเสียกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรค ซึ่งตรงข้ามกับลักษณะของผู้ป่วยที่โรคสงบและมีอายุยืนยาวกว่า มักจะมีพลังที่จะต่อสู้กับโรค มีความเชื่อว่าตนเองสามารถเอาชนะโรคได้ และมีความตั้งใจอย่างแรงกล้าในการที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป (Borysenko, 1982; Blumberg. et al, 1954; Simonton & Simonton, 1978; Stavaky, 1969 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2545: 259) ดังการศึกษาของบาบาราห์ (Barbara, 2004) พบว่าผู้ป่วยที่มีสุขภาพจิตที่ดี จะสามารถลดภาวะเครียด และเพิ่มการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังช่วยให้การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายดีขึ้น ซึ่งส่งผลดีต่อสุขภาพของผู้ป่วย แสดงให้เห็นว่าสุขภาพจิตมีความสำคัญต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และพบว่าการช่วยเหลือผู้ป่วยให้เกิดความหวัง และมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรค มีเจตคติที่ดีต่อโรคและมีความตั้งใจที่จะมีชีวิตอยู่ จะช่วยให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายของผู้ป่วยทำงานได้ตามปกติ ช่วยให้โรคมะเร็งไม่มีการแพร่กระจายเร็วขึ้น และ

เป็นการช่วยเพิ่มกำลังใจและความพยายามในการดูแลตนเองของผู้ป่วยตามมา (สมจิต หนูเจริญกุล, 2545: 259)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่าน การศึกษาถึงการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วย มะเร็งเต้านมโดยตรงยังมีค่อนข้างน้อย แต่มีการศึกษาที่ใกล้เคียงเช่น การเผชิญความเครียด การเผชิญปัญหา ความทุกข์ทรมาน ความวิตกกังวล พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่มีการเผชิญปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพได้แก่ การยอมจำนนต่อความเจ็บป่วย การถอยหนี แยกตัว การปฏิเสธการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น จะเป็นผู้ป่วยที่มีอารมณ์ทุกข์โศกสูง ซึ่งมีโอกาสที่จะเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นปัญหาด้านสุขภาพจิต (สมจิต หนูเจริญกุล, 2545: 261) และพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ยอมจำนนต่อการเจ็บป่วย ไม่ดิ้นรนต่อการรักษา เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาการปรับตัวด้านจิตใจในระยะยาวตามมาได้ (Hack, 2002: 235) และพบว่าผู้ป่วยที่มีรูปแบบการเผชิญกับปัญหาที่ดีจะช่วยเพิ่มภาวะสุขภาพจิตที่ดี (Griffin, 2002: 672) การศึกษาของปิยะฉัตร สัมพันธ์รัตน์ (2547) ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเผชิญปัญหา และพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในเด็กที่อยู่ในสถานพินิจเด็กและเยาวชน พบว่าการเผชิญปัญหามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงถึงบุคคลที่มีรูปแบบการเผชิญปัญหาที่ดีจะส่งผลให้มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดี และทำให้มีสุขภาพจิตที่ดีตามมา (McClaul, 1999: 230) สอดคล้องกับการศึกษาของภัทราภรณ์ พุ่งปันคำและคณะ (2546) เกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่สามารถรอดชีวิตจะมีการปรับเปลี่ยนกระบวนการคิด พยายามคิดในทางที่ดี ทำใจให้ยอมรับกับสิ่งที่ เป็น ให้กำลังใจตนเอง คิดถึงข้อได้เปรียบที่ตนมีเมื่อเทียบกับคนอื่น ไม่วิตกกังวลจนเกินไป สร้างความหวัง ทำจิตใจให้สงบ (ภัทราภรณ์ พุ่งปันคำ, 2546: 25-32) และการศึกษาของสมจิต หนูเจริญกุลและคณะ (2540) พบว่าผู้ป่วยที่มีทัศนคติที่ดี จะมีการตอบสนองต่อโรคในทางที่ดี แสดงถึงพฤติกรรมปรับตัวที่ดี และส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ดีตามมา จะเห็นว่าการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมีผลกับพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ซึ่งการเผชิญปัญหานั้นจัดเป็นองค์ประกอบหนึ่งของพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต สิ่งเหล่านี้ช่วยสะท้อนให้เห็นถึงความพยายามของผู้ป่วยที่ช่วยให้สภาพจิตใจให้อยู่ในภาวะสมดุลและเข้มแข็ง เผชิญกับผลกระทบต่างๆที่เกิดจากโรคมะเร็งได้ และช่วยให้ผู้ป่วยผ่านพ้นความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Spiritual well being)

จิตวิญญาณเป็นมิติหนึ่งของสุขภาพที่องค์การอนามัยโลกได้ให้ความสำคัญและเป็นตัวบ่งชี้ภาวะสุขภาพ เนื่องจากจิตวิญญาณมีหน้าที่ในการควบคุมจิตใจและจิตใจควบคุมร่างกาย และช่วย

ให้เกิดความผสมผสานกันระหว่างร่างกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณ จิตวิญญาณจึงมีความสำคัญในการมองบุคคลเป็นองค์รวม (ฟาริดา อิบราฮิม, 2534: 24)

ความหมายของความผาสุกทางจิตวิญญาณ

แลนด์ส (Landis, 1996: 217) ได้ให้ความหมายว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณ เป็นลักษณะของความเข้มแข็งภายในของบุคคลที่จะเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้น เป็นความพึงพอใจกับชีวิตในการมีสัมพันธ์กับสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรือสิ่งเหนือธรรมชาติ และมีการรับรู้เกี่ยวกับการมีเป้าหมายในชีวิต

แม็คสันสันนิย์ เสถียรสุด (2544 อ้างถึงในนงเยาว์ กันทะมูล, 2546: 4) ได้ให้ความหมายว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณ หมายถึง สภาพที่จิตใจมีความสุข มีความสงบเยือกเย็น มีความแข็งแรงทางจิตวิญญาณ ตลอดจนมีภูมิคุ้มกันทางจิตที่มีกระแสการรับรู้ที่ไวต่อสิ่งที่เข้ามากระทบ รู้ตื่นและเบิกบานกับการทำหน้าที่และการใช้ชีวิต ไม่ประมาทหรือขาดสติ เป็นพลังงานแห่งความเข้าใจในการใช้ชีวิต เป็นสิ่งที่สามารถทำอะไรที่มีประโยชน์ต่อตนเองและผู้อื่นได้อีกมาก และเป็นส่วนหนึ่งที่จะก่อให้เกิดสุขภาพทางกายและใจที่ดีอย่างถาวร

พอลลูทเชียนและเอลลิสัน (Paloutzian & Eillison, 1982) ได้ให้ความหมายว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นความรู้สึกของบุคคลว่า สามารถดำเนินชีวิตไปตามปกติ โดยมีเป้าหมายของชีวิต และมีความสำเร็จตามที่ตั้งใจไว้ ความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นสิ่งที่ชี้ให้เห็นถึงความเข้มแข็งของจิตวิญญาณที่เป็นอยู่ในปัจจุบันของตัวบุคคล

จากที่กล่าวข้างต้น อาจกล่าวได้ว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณ เป็นความรู้สึกของบุคคลที่พึงพอใจกับชีวิต มีสัมพันธภาพที่ดีกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรือสิ่งที่เหนือธรรมชาติ มีเป้าหมายในการดำรงชีวิต มีจิตใจที่เข้มแข็ง สามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นได้ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดความผาสุกทางจิตวิญญาณของพอลลูทเชียนและเอลลิสัน (Paloutzian & Eillison, 1982)

องค์ประกอบของความผาสุกทางจิตวิญญาณ

พอลลูทเชียนและเอลลิสัน (Paloutzian & Eillison, 1982) ได้แบ่งองค์ประกอบของความผาสุกทางจิตวิญญาณไว้ 2 ด้าน ซึ่งมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน คือ

1. ความผาสุกในสิ่งที่เป็นอย่างปัจจุบัน (The Existential Well-Being) บุคคลที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณจะเป็นผู้รู้เป้าหมาย มีความพึงพอใจในชีวิต และให้ความหมายในชีวิตของตนเองได้ ประกอบด้วย

- 1.1 การรับรู้เป้าหมายของชีวิต (Sense of Life purpose) เป็นเป้าหมายหรือจุดมุ่งหมายในชีวิตของบุคคล รู้ว่าตนเองต้องการกระทำสิ่งใด เพื่ออะไร อะไรเป็นสิ่งที่เหมาะสมกับตนเองใน

ปัจจุบัน การมีเป้าหมายของชีวิตทำให้บุคคลรู้ว่าชีวิตเป็นสิ่งที่มีความหมาย ไม่รู้สึกแฉะแฉะว้างว้างเลือนลอย มีกำลังใจในการดำรงชีวิตอยู่ มองเห็นถึงความหมายของชีวิตตนเอง ว่าเป็นสิ่งจำเป็นที่ช่วยให้เกิดความสงบสุขในบั้นปลายของชีวิต

1.2 ความพึงพอใจในชีวิตของตนเอง (Life satisfaction) คือการที่บุคคลรู้สึกเป็นสุขกับสิ่งที่ตนเองมีอยู่ พอใจกับประสบการณ์ที่มีคุณค่าในอดีตของตนเอง ซึ่งช่วยให้บุคคลมีความภาคภูมิใจในตนเอง มองเห็นคุณค่าของชีวิต พึงพอใจในการมีส่วนร่วมในสภาพที่ดีต่อบุคคลรอบข้าง เห็นวันเวลาเป็นสิ่งที่มีความหมายและมีความหมาย มองโลกในแง่ดี และพึงพอใจในชีวิตที่เป็นอยู่ในขณะนี้ นอกจากนี้ความพึงพอใจในชีวิตยังเป็นมิติหนึ่งในการวัดคุณภาพชีวิต กล่าวคือ เมื่อบุคคลมีความพึงพอใจในชีวิต จะเป็นสิ่งบ่งบอกว่าบุคคลนั้นมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Ellison, 1983 cited in Anucha Kunmuang, 2004: 13)

2. ความผาสุกในการมีศาสนาเป็นที่ยึดมั่น (The Religious Well-Being) ศาสนาเป็นส่วนประกอบและเป็นบ่อเกิดอันสำคัญของวัฒนธรรมและจริยธรรม ซึ่งอบรมหล่อหลอมชีวิตของบุคคล การกระทำของบุคคลที่แสดงออกหรือลักษณะสังคมที่เป็นอยู่ ล้วนเป็นผลสืบเนื่องที่ศาสนามีส่วนช่วยชักนำให้เป็นไปด้วยดีทั้งสิ้น ทั้งนี้ศาสนาพุทธช่วยให้คนเราเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณได้ใน 2 ลักษณะคือ

2.1 การมีความเชื่อและศรัทธาในศาสนาและนำมาปฏิบัติ ความเชื่อและศรัทธาเป็นองค์ธรรมสำคัญที่ทำให้คนมีหลักที่จะปฏิบัติ หรือเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต ช่วยเหนี่ยวรั้งไม่ให้ยอมตามสิ่งชักจูงในทางที่ผิด ไม่ให้ทำชั่ว การมีศาสนาเป็นเสมือนร่องน้ำไหลประจำความคิด เมื่อได้รับรู้อารมณ์อย่างใดอย่างหนึ่งซึ่งไม่เกินกำลังของศรัทธาที่มีอยู่ กระแสความคิดก็จะแล่นไปตามเรื่องหรือแนวทางที่ศรัทธาเตรียมไว้ ทำให้ไม่คิดไปทางอื่นหรือทางที่ผิดศีลธรรม (พระธรรมปิฎก, 2539) แก่นแท้ของพระพุทธศาสนา คือ ละเว้นความชั่ว ทำความดี ทำจิตใจให้บริสุทธิ์ (Anucha Kunmuang, 2004)

2.2 การมีศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจหรือเป็นที่พึ่งทางใจ จะทำให้เกิดความสงบ คลายความทุกข์ มีความเข้าใจในธรรมชาติ ความเป็นจริงของชีวิตที่มีการเกิด แก่ เจ็บ ตาย ไม่มีผู้ใดหลีกเลี่ยง การเข้าใจชีวิตหรือโลกตามความเป็นจริง ทำให้บุคคลมีชีวิตอยู่อย่างมีสติปัญญา จิตใจไม่วุ่นวาย ระลึกถึงความตายด้วยความไม่ประมาท มีการใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่า ประกอบแต่สิ่งที่ดีงาม (พระธรรมปิฎก, 2539: 13)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ

การที่บุคคลจะเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณได้ ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆดังต่อไปนี้

1. อายุ : มีความสัมพันธ์ต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณ ทั้งนี้อาจเนื่องจากในแต่ละช่วงของการพัฒนาการแห่งชีวิตและการเจ็บป่วย บุคคลในวัยต่างๆจะมีพัฒนาการทางจิตวิญญาณต่างกัน (Taylor, Lillis & Lemone, 2001: 150) เพราะการเจริญเติบโตและพัฒนาการของมนุษย์ทั้งด้านร่างกาย ความคิด และสติปัญญา มีความแตกต่างกันในแต่ละช่วงวัยของชีวิต (Nagai-Jacobson, 1989: 18-26) เช่น ผู้สูงอายุจะมีศรัทธา สนใจ และมีความเข้าใจเรื่องของจิตวิญญาณมากกว่าคนหนุ่มสาว อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุเกิดมาในยุคที่ใกล้ชิดกับสถาบันศาสนามากกว่า และกิจกรรมทางสังคมมักเกิดขึ้นที่วัด ประกอบกับวัยสูงอายุมีประสบการณ์ชีวิตที่มากกว่าและมีเวลาว่างพอที่จะพิจารณาทบทวนเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเองและบุคคลอื่นรอบตัวตามคำสอนทางศาสนา จึงดูเหมือนว่าเรื่องของจิตวิญญาณเป็นเรื่องของผู้สูงอายุมากกว่า (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2545: 24) การศึกษาของแควโซโรวสกี (Kaczorowski, 1989: 150) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความผาสุกทางจิตวิญญาณกับความวิตกกังวลในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็ง กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณสูงจะเป็นผู้ที่มีอายุมาก

2. สถานภาพสมรส : สถานภาพสมรสจะทำให้บุคคลรู้สึกเป็นปีกแผ่นมั่นคง การที่ผู้ป่วยมีบุคคลที่เป็นคู่คิดที่คอยให้กำลังใจ ให้คำปรึกษาซึ่งกันและกัน จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ มีกำลังใจ ส่งผลต่อความสามารถในการปรับตัวและการเผชิญปัญหา หรือเหตุการณ์ต่างๆในชีวิตได้ จากการศึกษาของเพรี (Peri, 1995: 69) การได้รับความรัก ความเข้าใจ ความเอื้ออาทรและกำลังใจจากบุคคลอันเป็นที่รัก จะทำให้ผู้ป่วยรู้ว่าตนเองจะมีชีวิตอยู่เพื่อใคร มีความหวังในชีวิต มีโอกาสในการค้นหาเป้าหมาย และความหมายในชีวิตได้ดีขึ้น และช่วยเพิ่มความผาสุกทางจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วย เช่นเดียวกับการศึกษาของบุนฟา ซอบใช้ (2536: ก) ได้ศึกษาถึงความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่เป็นมะเร็งพบว่าคู่สมรสจะเป็นบุคคลที่ช่วยเหลือในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ

3. ระดับการศึกษา : การศึกษาช่วยให้บุคคลสามารถมีมุมมองชีวิตที่กว้างขึ้น ช่วยให้มีความกระบวนกรคิดและทักษะในการแก้ปัญหา กล่าวคือ มีรูปแบบการคิดที่มีเหตุผล เป็นขั้นตอน ซึ่งมีผลกับพฤติกรรมที่นำไปสู่การพัฒนาจิตวิญญาณได้ การศึกษาของ Ben-Zur (2001: 37-38) พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาที่สูงจะมีความเข้าใจต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้มากกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำ เป็นต้น

4. ฐานะทางเศรษฐกิจหรือรายได้ : ระดับของรายได้เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถที่จะเลือกแหล่งบริการทางสุขภาพ การร่วมกิจกรรมทางสังคมหรือการประกอบพิธีกรรมต่างๆ เช่น การทำบุญ เพื่อให้เกิดความมั่นคงทางด้านจิตใจ โดยเฉพาะในผู้ป่วยมะเร็งซึ่งเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง และผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลหลายครั้ง ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก (ระวีวรรณ ถวายทรัพย์, 2545: 26) หากผู้ป่วยมีปัญหาด้านค่าใช้จ่าย จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล กลัว และไม่กล้าที่จะมาได้รับการรักษาต่างๆ และส่งผลกระทบต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณ สอดคล้องกับการศึกษาของจวีวรรณ ไพรวัลย์ (2540) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การประพฤติกิจทางศาสนา พฤติกรรมการดูแลทางโรงพยาบาลกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยเอดส์โรงพยาบาลบาราศนราดรุ พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยเอดส์ เป็นต้น

5. ศาสนา : เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณ เพราะศาสนาเป็นสิ่งที่ให้ความหมายแก่นมนุษย์ตั้งแต่เกิดจนตาย ในผู้ที่เจ็บป่วย ศาสนานอกจากเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตแล้ว ยังเป็นแหล่งศักดิ์สิทธิ์ เป็นแหล่งของความหวังและกำลังใจ (บุบผา ขอบใช้, 2536: 53) จากการศึกษาของเจนกินส์และพาคเมนต์ (Jenkins & Pargament, 1995) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของศาสนา จิตวิญญาณและการปรับตัวกับโรคมะเร็ง พบว่าผู้ป่วยที่รับรู้ว่ามีสิ่งศักดิ์สิทธิ์ (God) ช่วยให้การตอบและคำอธิบายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวกับการเจ็บป่วยดีขึ้น นอกจากนี้แล้ว พาคเมนต์ (Pargament, 2001) ศึกษาถึงความสำคัญของการไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อกับอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยที่รับรู้ว่ามีตนเองถูกละทิ้งจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนเองนับถืออยู่ หรือรู้สึกว่าการเจ็บป่วยนี้เป็นการลงโทษจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ จะเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหรือการเสียชีวิตได้สูง จะเห็นว่าศาสนาเป็นส่วนหนึ่งที่มีความสำคัญในการดูแลบุคคลด้านจิตวิญญาณ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพุทธศาสนานั้นได้ผสมผสานในวิถีชีวิตของคนในสังคม ยิ่งในภาวะวิกฤตของชีวิต ความเชื่อและการได้ปฏิบัติตามในสิ่งที่เชื่อในศาสนาโดยไม่ขัดต่อการรักษา จะมีส่วนช่วยให้บุคคลมีความหวังและความผาสุกในชีวิต (ทัศนีย์ทองประทีป, 2545: 17)

6. ความเข้มแข็งอดทน : เป็นปัจจัยภายในที่จะช่วยให้บุคคลสามารถป้องกันเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ตนรับรู้ว่ามีผลคุกคามต่อภาวะสุขภาพ และช่วยให้สามารถต่อต้านความเครียด อันเนื่องจากการเผชิญความเจ็บป่วย ส่งผลทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี ภายใต้อการเจ็บป่วยที่มากกระทบ และสามารถใช้เวลาแห่งประโยชน์ทางสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Pollack, 1989) จากการศึกษาของมณีนุช ธรรมวัฒน์ (2542) พบว่า ความเข้มแข็งอดทน มีส่วนช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกิดความรู้สึกท้าทายที่จะเอาชนะและมีชีวิตอยู่กับการติดเชื้อเอชไอวี

สามารถเผชิญความกลัว จนกระทั่งกลายเป็นความไม่กลัว รู้สึกเป็นอิสระ สงบและมีความสุข เช่นเดียวกับการศึกษาของคาร์สันและกรีน (Carson & Green, 1992: 209) พบว่าความเข้มแข็งอดทน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวัลลภา ครุฑแก้ว (2540) พบว่า ความเข้มแข็งอดทนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ

ความสำคัญของความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

เนื่องจากความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นความเชื่อในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ การมีสิ่งยึดมั่นทางด้านจิตใจ และเป็นสภาพจิตใจส่วนบุคคลที่อยู่กับผู้ป่วย เป็นแหล่งพลังงานภายในของผู้ป่วยซึ่งไม่มีใครทำให้ได้นอกจากตัวของผู้ป่วยเท่านั้น ผู้ป่วยที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณจะยอมรับการเจ็บป่วย มีความพึงพอใจในสิ่งที่ตนเองเป็นอยู่ในขณะที่เจ็บป่วยได้แม้จะเกิดการเปลี่ยนแปลงต่างๆทางด้านร่างกาย (ธนิญา น้อยเปียง, 2545: 10) และสามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุข มีจิตใจที่เข้มแข็ง กล้าเผชิญความจริง พร้อมทั้งจะเผชิญกับเหตุการณ์ที่จะดำเนินต่อไป รวมถึงกล้าเผชิญกับความตายอย่างเข้มแข็งและมีสติ ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความรู้สึกทุกข์ทรมานน้อยลง มีความมั่นคงทางอารมณ์ มีความหวัง มีกำลังใจ สามารถค้นหาความหมายในชีวิตของตนเองได้ และตายอย่างสงบ (Narayanaseemy, 1995: 267; Ross, 1995: 457) ดังการศึกษาของนางเยาว์ กันทะมูล (2546) เกี่ยวกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอด พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยกลุ่มนี้คือ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางศาสนา และการปฏิบัติตามความเชื่อของแต่ละศาสนาของผู้ป่วย ซึ่งความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสำคัญต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณสูงจะมีระดับความซึมเศร้าต่ำ (McClain, 2003:1604) สอดคล้องกับการศึกษาของแคซอร์สกี (Kaczorowski, 1989: 150) เกี่ยวกับความผาสุกทางจิตวิญญาณและความวิตกกังวลในผู้ใหญ่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง พบว่าบุคคลที่มีระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณสูงจะมีความวิตกกังวลในระดับต่ำ และจากงานวิจัยของ Rustoen (1998) พบว่าความหวังเป็นปัจจัยสำคัญและเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการหลังจากทราบว่าตนเองเป็นมะเร็งเต้านม ความหวังช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับความสูญเสีย ความโดดเดี่ยวและความทุกข์ทรมานได้ และเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยอยากมีชีวิตอยู่ต่อไป (Rustoen. T; Wiklund. I; Hanested. B. ; Moum. T. 1998: 235-36) เช่นเดียวกับจันทิพย์ ติรกะ (2539) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับความหวังสูงจะมีพฤติกรรมการเผชิญความเครียดเหมาะสมกว่าผู้ป่วยที่มีระดับความหวังที่ต่ำ ซึ่งความหวังเป็นองค์ประกอบหนึ่งของความผาสุกทางจิตวิญญาณ

มีผู้ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับความผาสุกทางจิตวิญญาณในกลุ่มของผู้ป่วยอื่นๆ เช่น เฟิร์นเลอร์และคณะ (Fernler et al, 1999: 134) ได้ศึกษาถึงความผาสุกทางจิตวิญญาณและความต้องการในขณะที่เจ็บป่วย ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ พบว่าผู้ป่วยที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับสูง จะส่งผลให้ความต้องการของร่างกายด้านต่างๆในขณะที่เจ็บป่วยนั้นลดลงอย่างมีนัยสำคัญ เพส (Pace, 1997: 582) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความโดดเดี่ยวกับความผาสุกทางจิตวิญญาณและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ทางลบกับความโดดเดี่ยว และความโดดเดี่ยวมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต กล่าวคือความผาสุกทางจิตวิญญาณจะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกโดดเดี่ยวลดลงและช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมตามมา นอกจากนี้คาร์สัน (Carson, 1992: 209) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความผาสุกทางจิตวิญญาณ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านจิตวิญญาณ ภาวะสุขภาพและความเข้มแข็งอดทน ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีผลเลือดเอช ไอ วี เป็นบวก พบว่า ผู้ป่วยที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความเข้มแข็งอดทนมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณ ($r = .417, p < .001$) จันทิพย์ ศิริระ (2539) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับความหวังสูงจะมีพฤติกรรมการเผชิญความเครียดเหมาะสมกว่าผู้ป่วยที่มีระดับความหวังที่ต่ำ ซึ่งความหวังนั้นเป็นองค์ประกอบหนึ่งของความผาสุกทางจิตวิญญาณ จะเห็นว่าความผาสุกทางจิตวิญญาณนั้นมีความสำคัญ และส่งผลต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

ความผาสุกทางจิตวิญญาณกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

ความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นความรู้สึกส่วนลึกภายในจิตใจของบุคคล ที่แสดงถึงภาวะสงบ เป็นสุข มีความเข้มแข็งในจิตใจ ยอมรับความจริง มีเป้าหมายในชีวิต และพึงพอใจในสิ่งที่เป็นอย่างของตนเอง (Paloutzian & Ellison, 1982) และก่อให้เกิดแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง โดยความผาสุกทางจิตวิญญาณตามแนวคิดการดูแลตนเองของโอเรม เปรียบได้กับองค์ประกอบหนึ่งของพลังความสามารถ 10 ประการ ที่ช่วยเกื้อหนุนสำหรับการดูแลตนเองของผู้ป่วย คือการมีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง (Orem, 1991 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล: 25) และมีความสำคัญอย่างมากในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ทั้งนี้โอเรมได้ให้ความหมายของแรงจูงใจในลักษณะของเป้าหมายประสงค์ของการดูแลตนเอง ซึ่งจะมีส่วนรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตนเอง (Orem, 1985 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล: 125) เมื่อบุคคลมีแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง จะเป็นการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง และก่อให้เกิดเป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองตามมา โดยพบว่าการช่วยเหลือผู้ป่วยให้เกิดความหวัง และมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรค มี

เจตคติที่ดีต่อโรคและความตั้งใจที่จะมีชีวิตอยู่ จะช่วยให้ระบบภูมิคุ้มกันร่างกายของผู้ป่วย ทำงานได้ตามปกติ ช่วยให้โรคมั้มีการแพร่กระจายเร็วขึ้น และเป็นการช่วยเพิ่มกำลังใจและความพยายามในการดูแลตนเองของผู้ป่วยตามมา (สมจิต หนูเจริญกุล, 2545: 259)

การศึกษาที่ผ่านมายังไม่พบถึงการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความผาสุกทางจิตวิญญาณ และพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตโดยตรง แต่มีการศึกษาในตัวแปรที่ใกล้เคียงกันเช่น ความหวัง กำลังใจ ความหมายในชีวิต เป้าหมายในชีวิต ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและกลุ่มผู้ป่วยอื่นๆ ดังเช่นงานวิจัยของรัสเตียร์(Rustoen, 1998: 235-36) พบว่าความหวังเป็นปัจจัยสำคัญ และเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการหลังจากทราบว่าตนเองเป็นมะเร็งเต้านม ความหวังจะช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับความสูญเสีย ความโดดเดี่ยวและความทุกข์ทรมานได้ นอกจากนี้แล้วความหวังเป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยอยากมีชีวิตอยู่ต่อไป ซึ่งความหวังนั้นเป็นองค์ประกอบหนึ่งของความผาสุกทางจิตวิญญาณ

การสนับสนุนทางสังคม (Social support)

การสนับสนุนทางสังคมเป็นแนวคิดที่มีอิทธิพลต่อการบริการด้านสุขภาพ พฤติกรรม และภาวะสุขภาพของบุคคล เป็นการสนับสนุนที่ได้รับจากสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญในการช่วยเสริมสร้างให้บุคคลสามารถปรับตัวที่เหมาะสม และส่งผลต่อภาวะสุขภาพที่ดี บุคคลที่มีความเจ็บป่วยหรือช่วยเหลือตนเองได้อย่างจำกัด เมื่อได้รับการช่วยเหลือทางด้านสุขภาพที่ดี จะนำไปสู่การปรับตัวที่เหมาะสมและมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีตามมา

ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

ได้มีผู้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ ดังนี้

คอปป์ (Cobb, 1976; cited in Hinson, 1996: 147) ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารที่ทำให้บุคคลเชื่อว่า มีคนรักและสนใจ เอาใจใส่ และมองเห็นคุณค่า รู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน

เฮาส์ (House, 1981: 24-25) ให้ความหมายว่า เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วย ความรักใคร่ ห่วงใย ความไว้วางใจ การช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลย้อนกลับและข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และประเมินตนเอง

เชฟเฟอร์และคณะ (Schaefer, 1981: 385-386) ให้ความหมาย คือ เป็นสิ่งที่ประทับประคองจิตใจของบุคคลในสังคม

จากที่กล่าวข้างต้นอาจกล่าวได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมคือ การที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กันได้รับความช่วยเหลือทางด้านข้อมูลข่าวสาร การเงิน สิ่งของ หรือแรงงาน และทำให้บุคคลเกิด

ความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า เกิดกำลังใจ มีความมั่นใจและรับรู้การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งเป็นสิ่งที่ช่วยประคับประคองจิตใจของบุคคล

การสนับสนุนทางสังคมสามารถแบ่งออกเป็นการสนับสนุนในด้านต่างๆ (Cobb, 1976: 147; House, 1981: 24-25; Schaefer, 1981: 385-386; สมจิต หนูเจริญกุล 1988) ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotion support) คือ การให้ความรักและดูแลเอาใจใส่ การสนับสนุน การยกย่อง การให้ความรัก ความจริงใจ ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ ความผูกพัน ใกล้ชิด การได้รับการยืนยันว่าบุคคลมีความสำคัญและได้รับความรักหรือการดูแลเอาใจใส่ การให้ความมั่นใจ ความรู้สึกที่สามารถพึ่งพาและไว้วางใจผู้อื่น

2. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental support) หมายถึง การช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคลเรื่องเงิน แรงงาน เวลา และการปรับสภาพแวดล้อม การได้รับการช่วยเหลือด้านวัตถุ สิ่งของ และการบริการ

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) หมายถึง การให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ และให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและการรักษา ที่สามารถนำไปใช้แก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ และทำให้บุคคลรับรู้ถึงพฤติกรรมและการปฏิบัติของตนเอง

4. การสนับสนุนด้านการให้การยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem support) เป็นการช่วยให้บุคคลรู้ว่าตนเองเป็นคนที่มีค่า เป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น

5. การสนับสนุนด้านการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social support or Network) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลรู้ว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

6. การสนับสนุนด้านการประเมิน (Appraisal support) หมายถึง การให้ข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเอง และเรียนรู้ได้แก่ การเห็นพ้องต้องกัน การรับรอง และให้ข้อมูลป้อนกลับ ซึ่งจะทำให้เกิดความมั่นใจ การสนับสนุนทางด้านนี้เปรียบเสมือนการเสริมแรงทางสังคม

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ สมจิต หนูเจริญกุล(1988) ซึ่งแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้านคือ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านอารมณ์ และการสนับสนุนด้านสิ่งของ

ความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

การเจ็บป่วยด้วยมะเร็งเต้านมและได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง และเกิดภาวะเครียดจากการที่ต้องเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาที่ได้รับและการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจ รู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่าและมีความหวัง รับรู้ว่าตนเองได้รับ

ความรัก ความห่วงใย (Aguilera, 1994: 697) และทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกละอายและช่วยในการค้นหาความหมายและเป้าหมายในชีวิต (O'corner, 1990: 169) เช่นเดียวกับการศึกษาของธนิญา น้อยเปียง (2545) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยเฉพาะคนในครอบครัว เป็นการสนับสนุนทั้งด้านของความรัก ความห่วงใย การเอาใจใส่ ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรู้สึกถึงการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และทำให้ผู้ป่วยอดทนในการรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมพื้นฐานที่สำคัญในการเผชิญกับภาวะเจ็บป่วย (Connell, 2003) ดังการศึกษาของพินทุสร โชตนากร (2539) พบว่าความสัมพันธ์และความเอื้ออาทรระหว่างสมาชิกในครอบครัว ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับโรคและการรักษาได้ดีขึ้น และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ตามมา โดยผู้ป่วยที่รับรู้ถึงการมีแรงสนับสนุนทางสังคม ไม่รู้สึกว่าถูกทอดทิ้ง จะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา (สุจรรยา โลหะชีวะ, 2548: 52) นอกจากนี้ การสนับสนุนทางสังคมจะมีผลต่อการปรับตัวหรือการตอบสนองภาวะเครียดของบุคคล (จินตนา ยูนิพันธ์, 2524: 24) โดยที่การสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำหรือไม่มีเลย ทำให้บุคคลเกิดความเครียด และส่งผลในทางลบต่อสุขภาพ ในทางตรงข้าม หากบุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมดี จะทำให้บุคคลมีสุขภาพจิตดีตามไปด้วย

ความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

การสนับสนุนทางสังคม เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไป ทั้งนี้การสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิดการดูแลตนเองของโอเรม (1985) เปรียบได้กับปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐาน (Basic conditioning factor) อันเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อทั้งความต้องการและความสามารถในการดูแลตนเอง (Orem, 1985; สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมในการวิจัยนี้ จะหมายถึงการรับรู้ของบุคคลต่อการได้รับการสนับสนุนทั้งด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านสิ่งของต่างๆ จากสมาชิกในครอบครัว เนื่องจากครอบครัวเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อทั้งความต้องการและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2545: 52) ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่า ตนเองมีคุณค่าและมีแรงใจในการที่จะดูแลตนเอง มีกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไปและพบว่าผู้ป่วยที่รับรู้ว่ามีแรงสนับสนุนทางสังคม ไม่รู้สึกว่าถูกทอดทิ้ง จะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา (สุจรรยา โลหะชีวะ, 2548: 52) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและมีแรงใจในการที่จะดูแลตนเอง การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ยังไม่พบการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่าง การสนับสนุนทางสังคม และ พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมโดยตรง การศึกษาถึงความสัมพันธ์นี้จึงเป็นสิ่งที่ช่วยให้เกิดความเข้าใจและเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ

การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย (Perceived severity of illness)

ความหมายของการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย

การรับรู้ (Perception) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการทำความเข้าใจความเป็นจริงของทุกสรรพสิ่งและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและดำรงอยู่ แสดงออกมาเป็นความคิด ความเชื่อส่วนบุคคล ซึ่งเป็นผลจากการเรียนรู้และประสบการณ์ของบุคคลนั้น (Wehmeier, 2000) การรับรู้ของบุคคลเป็นความสนใจของบุคคลในการเลือกที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่างๆที่เกิดขึ้นในสิ่งแวดล้อม ซึ่งบุคคลแต่ละคนจะมีการเรียนรู้ที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ความรู้สึก ประสบการณ์ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต (King, 1981) ส่วนการเจ็บป่วยเป็นปรากฏการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นได้กับมนุษย์ทุกคน และไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ (Brunners & Suddarth, 1988) การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยจึงเป็นความคิดและความเชื่อของบุคคลที่เกี่ยวกับอันตรายของการเจ็บป่วย มีผู้ให้ความหมายของการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยดังนี้

เอลเมิดา (Almeida, 1996) ได้ให้ความหมายว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย เป็นความคิด ความเข้าใจ เกี่ยวกับระดับความมากน้อยของความทุกข์ทรมาน และความยากลำบากในการดำเนินชีวิตอันสืบเนื่องมาจากโรคหรือความผิดปกติ

ทิมเมอร์ช (Timmerch, 1997) ได้ให้ความหมายว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย เป็นความเข้าใจและความเชื่อของความเลวร้ายของสถานการณ์ หรือเหตุการณ์ที่ปรากฏขึ้นจากการเจ็บป่วยและการบาดเจ็บ ซึ่งเป็นเรื่องที่ซับซ้อน มีผลต่อสุขภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย และเป็นเรื่องตรงกันข้ามกับการรับรู้ถึงความผาสุก

สไตน์และคณะ (Stein, 1987) ได้ให้ความหมายว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย เป็นการอธิบายถึงปริมาณของการเจ็บป่วยหรือความผิดปกติที่มีสาเหตุมาจากการเจ็บป่วย และสิ่งเหล่านี้จะมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต เศรษฐกิจ สังคม และอารมณ์

โดยสรุปแล้วการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยเป็นความรู้สึกและความเข้าใจของบุคคลต่อความเลวร้ายของสถานการณ์ที่มีสาเหตุมาจากการเจ็บป่วย ซึ่งก่อให้เกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิตจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งบุคคลแต่ละคนจะมีการเรียนรู้ที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ความรู้สึก ประสบการณ์ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต

ความเจ็บป่วยเป็นภาวะเครียดของบุคคล โดยเฉพาะการรับรู้กับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยที่มีการรับรู้และเข้าใจในโรคที่เกิดขึ้นถูกต้องมากเพียงใด รวมทั้งความรุนแรงของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมากเท่าใด จะเป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญหน้าและสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ และก่อให้เกิดความสมดุลทางด้านจิตใจของบุคคลนั้น โดยช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวลของบุคคลนั้น หากผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ตรงตามเป็นจริงมากเท่าใด เนื่องจากการรับรู้ที่เกิดขึ้นนั้น จะ

มีผลต่อความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540: 2) ซึ่งภาวะเครียดหรือวิตกกังวลนั้น จะทำให้มีความยากลำบากในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง การเจ็บป่วยด้วยมะเร็งเต้านมเป็นภาวะวิกฤตหนึ่งของผู้ป่วย และเป็นภาวะเฉพาะของแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับการรับรู้ของบุคคลต่อเหตุการณ์นั้นๆ

ความสำคัญของการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยเป็นความรู้สึกและความเข้าใจของบุคคลต่อความเลวร้ายของสถานการณ์ที่มีสาเหตุมาจากการเจ็บป่วย ที่ก่อให้เกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิต ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยนั้นขึ้นอยู่กับ การดำเนินของโรค พยาธิสภาพ กระบวนการรักษา และความสามารถของบุคคลในการทำความเข้าใจ การปรับการรับรู้หรือความรู้สึกของตนเองให้เป็นไปในทางบวกหรือลบต่อสิ่งที่ตนเองกำลังประสบอยู่ กล่าวคือ บางคนอาจเผชิญกับโรคและการเจ็บป่วยด้วยความวิตกกังวล ความเครียด ความสิ้นหวัง ในขณะที่บางคนอาจมีการปรับการรับรู้ไปในทางที่จะช่วยให้ความรู้สึกในทางลบเกิดขึ้นน้อยลง เช่น แสวงหาทางเลือกอื่นๆ การแสวงหาสิ่งยึดเหนี่ยวเหนือธรรมชาติและการปฏิบัติตามความเชื่อที่จะช่วยให้ตนเองสามารถเผชิญได้ดี นั่นคือ อาศัยกระบวนการรับรู้เป็นตัวกลั่นกรองหรือเปลี่ยนแปลงความรุนแรงของเหตุการณ์นั้นต่อตนเอง ความสามารถดังกล่าวจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคลขึ้นกับ ปัจจัยด้านประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา ภาวะการเจริญเติบโตและการพัฒนาการ อิทธิพลทางสังคมและวัฒนธรรม ได้แก่ ความเชื่อ ทศนคติ การได้รับข้อมูลข่าวสารสำคัญจากแพทย์และพยาบาล ความคาดหวังในตนเอง ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้จะทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ สามารถประเมินตัดสินภาวะสุขภาพของตนเองให้ตรงกับความเป็นจริงได้ (Kozier, Erb, & Bufalino, 1989)

เนื่องจากการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยเป็นการเปลี่ยนแปลงในวงจรต่อเนื่อง และเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญอย่างหนึ่งที่แสดงถึงการเคลื่อนไหวระดับหรือมีการเปลี่ยนแปลงจากภาวะสุขภาพดีไปสู่ด้านตรงข้าม ยิ่งรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วยมากขึ้นเท่าใด ย่อมส่งผลต่อความเป็นอยู่ การดำรงชีวิต และคุณภาพชีวิตของบุคคลมากขึ้นตามไปด้วย (Antonovsky, 1982) การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วยจะมากขึ้นในหลายกรณี เช่น การป่วยด้วยโรคที่ร้ายแรง ทำลายระบบต่างๆ ของร่างกายมาก มีการรักษาที่ซับซ้อนหรือเป็นโรคที่รักษาไม่หาย การพยากรณ์ของโรคเลวลง อาการกำเริบหรือกลับเป็นซ้ำบ่อยๆ และเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยหรือการรักษาที่ได้รับ เช่น ผู้ป่วยมะเร็ง หรือผู้ป่วยในระยะสุดท้าย เป็นต้น ซึ่งอาจจะตรงหรือไม่ตรงกับความรู้สึกและการรับรู้ของผู้ป่วย เนื่องจากการรับรู้จะขึ้นอยู่กับการเผชิญหรือการมีประสบการณ์ตรงของบุคคล (Wehmeier, 2000) ผู้ป่วยมะเร็งจะเผชิญกับความเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกาย ความยากลำบากในการ

ดำรงชีวิต อันเนื่องมาจากพยาธิสภาพและการรักษาที่ได้รับ หรือรับรู้ไปตามค่านิยมและความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็ง ประสบการณ์จากตัวอย่างผู้ป่วยรายอื่นๆที่เคยพบเห็น สิ่งแวดล้อมและกลุ่มสังคมที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนแต่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยทั้งสิ้น

การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยกับการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย เป็นความรู้สึกและความเข้าใจของบุคคลต่อความเลวร้ายของสถานการณ์ที่มีสาเหตุมาจากการเจ็บป่วย ที่ก่อให้เกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิต ซึ่งอาจตรงหรือไม่ตรงกับความรู้สึกและการรับรู้ของผู้ป่วยก็ได้ ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่าเนื่องจากการรับรู้จะเกิดขึ้นกับการเผชิญหรือมีประสบการณ์ตรงของบุคคล (Wehmeier, 2000) ผู้ป่วยมะเร็งจะเผชิญกับความเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกาย ความยากลำบากในการดำรงชีวิต อันเนื่องมาจากพยาธิสภาพและการรักษาที่ได้รับ หรือรับรู้ไปตามค่านิยมและความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็ง ประสบการณ์จากตัวอย่างผู้ป่วยอื่นๆที่เคยพบเห็น สิ่งแวดล้อม และกลุ่มสังคมที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ ดังที่ผ่องศรี ศรีมรกต (2540) กล่าวว่า การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยว่ามีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด ส่วนหนึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพที่ก่อให้เกิดปัญหาโดยตรง และมีผลกระทบไปถึงการประกอบหน้าที่ การงานตามปกติของร่างกายว่าเปลี่ยนแปลงไปมากน้อยเพียงใด อีกส่วนหนึ่งเป็นประสบการณ์การเรียนรู้มาจากอดีตซึ่งสะท้อนถึงค่านิยม ความเชื่อ ตลอดจนขนบธรรมเนียมและวัฒนธรรมในการดำรงชีวิตของบุคคลนั้น (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2540: 171) ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนแต่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยทั้งสิ้น ซึ่งการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งของผู้ป่วยส่วนใหญ่มักเกิดจากความเข้าใจจริงเสมอ (Richardson & Woolcott, 1984: 152) ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกซึมเศร้าสูง ชีวิตไร้ค่า อาจพบว่าบางคนเผชิญหน้ากับโรคและการเจ็บป่วยด้วยความรู้สึกในทางลบเช่น ความวิตกกังวลความเครียด ความสิ้นหวัง ในขณะที่บางคนมีการปรับการรับรู้ไปในทางที่จะช่วยให้ความรู้สึกในทางลบเกิดขึ้นน้อยลงเช่น การแสวงหาทางเลือกอื่นๆ การแสวงหาสิ่งยึดเหนี่ยวเหนียวเหนียว ธรรมชาติและปฏิบัติตามความเชื่อที่จะช่วยให้ตนเองสามารถเผชิญได้ดีขึ้น (ธนินญา น้อยเปียง, 2545) และส่งผลต่อการดูแลตนเองในด้านต่างๆ นอกจากนี้การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยเป็นความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานในการดูแลตนเอง (Foundational capabilities and dispositions) ที่มีผลต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองของบุคคล ซึ่งรวมถึงพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านจิตใจ ทั้งนี้ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม การศึกษาถึงความสัมพันธ์นี้จึงเป็นสิ่งที่ช่วยให้เกิดความเข้าใจและเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

วิธีการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างและความสามารถในการทำนายของความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่มารับเคมีบำบัดที่หน่วย Short stay โรงพยาบาลรามารินทร์

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับเคมีบำบัดที่หน่วย Short Stay โรงพยาบาลรามารินทร์ ที่มีอายุไม่เกิน 60 ปี นับถือศาสนาพุทธ ยินดีให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล และมารับบริการในช่วงเดือนกรกฎาคม – กันยายน 2549

กลุ่มตัวอย่าง

การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. อายุไม่เกิน 60 ปี
2. นับถือศาสนาพุทธ
3. สามารถพูดคุย อ่าน และเข้าใจภาษาไทยได้ดี
4. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้การประมาณค่าสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างจาก Thronndike's formula (Thronndike, 1978) ดังนี้

$$\begin{aligned}\text{Sample size} &\geq (10 \times \text{Independent variable}) + 50 \\ &\geq (10 \times 3) + 50 \\ &\geq 80\end{aligned}$$

ซึ่งการวิจัยนี้ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 คน เพื่อป้องกันข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลในการศึกษานี้ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว บุคคลที่ช่วยเหลือดูแล ระยะเวลาในการเจ็บป่วย จำนวนครั้งการมารับบริการ อาการข้างเคียงที่ได้รับจากการรักษา ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน ระยะเวลาของการเจ็บป่วย และการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ

การวิจัยนี้ใช้แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณของพอลลูทเชียนและเอลลิสัน (Paloutzian & Ellison, 1982) โดยใช้แบบวัดที่ ธนินา น้อยเปียง (2545) ได้นำมาปรับใช้ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านม แบบประเมินนี้ใช้สะท้อนความเชื่อ เรื่องความผาสุกทางจิตวิญญาณใน 2 ด้านคือ

1. ความผาสุกในสิ่งที่เป็นอย่าง (The existential well-being : EWB) กล่าวถึงความรู้สึกรับรู้ของการมีเป้าหมายในชีวิตและความพึงพอใจในชีวิต

2. ความผาสุกในความศรัทธายึดมั่นในศาสนา (The religious well-being: RWB) กล่าวถึงความผาสุกในการมีสัมพันธภาพกับพระเจ้าหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนเองนับถือหรือยึดเหนี่ยว

จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับความผาสุกในสิ่งที่เป็นอย่าง 10 ข้อ และความผาสุกในความศรัทธายึดมั่นในศาสนา 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ ดังนี้

ระดับคะแนน	1	หมายถึง	ไม่เห็นด้วยมาก
ระดับคะแนน	2	หมายถึง	ไม่เห็นด้วยปานกลาง
ระดับคะแนน	3	หมายถึง	ไม่เห็นด้วย
ระดับคะแนน	4	หมายถึง	เห็นด้วย
ระดับคะแนน	5	หมายถึง	เห็นด้วยปานกลาง
ระดับคะแนน	6	หมายถึง	เห็นด้วยมาก

ลักษณะคำถามเป็นคำถามด้านบวก 11 ข้อ และคำถามด้านลบ 9 ข้อ (ข้อ 1, 2, 5, 6, 9, 12, 13, 16 และ 18) คำถามด้านลบเหล่านี้ได้รับการกลับค่าคะแนนไปในทางตรงกันข้าม ก่อนที่นำมารวมคะแนนกับข้ออื่นๆ ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ตามแบบวัด มีค่าระหว่าง 20-120 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณของพลลูทเชียนและเอลลิสัน (1982) ได้รับการแปลโดย ธนิญา น้อยเปียง (2545) และได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบ หลังจากนั้นนำมาคำนวณค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content valid index) ได้เท่ากับ .86 และนำเครื่องมือไปใช้ทดสอบในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .81 และเมื่อรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 120 ราย ได้ค่าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .84

ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยนำเครื่องมือนี้มาใช้ เนื่องจากมีความตรงตามเนื้อหา และค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับสูง โดยผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือก่อนนำไปใช้ศึกษา โดยนำไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับการเคมีบำบัดที่คลินิกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามารชิบดี จำนวน 30 ราย และนำมาคำนวณความเชื่อมั่นของแบบวัด (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) ได้ค่าเท่ากับ .81

ส่วนที่ 3 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

การวิจัยนี้ ใช้แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของเซฟเฟอร์และคณะ (1981) ซึ่งแปลและดัดแปลงโดยสมจิต หนูเจริญกุล (1988) จำนวน 7 ข้อ แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ และด้านสิ่งของ ประกอบด้วย แบบสอบถามด้านข้อมูลข่าวสาร จำนวน 1 ข้อ (ข้อ 1) ด้านอารมณ์ จำนวน 4 ข้อ (ข้อ 2-5) และด้านสิ่งของ จำนวน 2 ข้อ (ข้อ 6-7)

ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ระดับคะแนน	0	หมายถึง	ไม่ได้รับการช่วยเหลือเลย
ระดับคะแนน	1	หมายถึง	ได้รับการช่วยเหลือเล็กน้อย
ระดับคะแนน	2	หมายถึง	ได้รับการช่วยเหลือบ้างบางครั้ง
ระดับคะแนน	3	หมายถึง	ได้รับการช่วยเหลือค่อนข้างมาก
ระดับคะแนน	4	หมายถึง	ได้รับการช่วยเหลือมากที่สุด

ข้อคำถามทั้งหมดเป็นคำถามด้านบวก ค่าคะแนนที่ได้ถูกนำมารวมกันและหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 0-4 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งแปลและดัดแปลงโดย สมจิต หนูเจริญกุล (1988) ซึ่งได้นำไปใช้ในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา จำนวน 112 คน และคำนวณความเชื่อมั่นของแบบวัด โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) ได้ค่าเท่ากับ .97

นิรมล จิตรสุข (2002) นำแบบวัดนี้ไปทดลองใช้กับครอบครัวผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 30 ราย และคำนวณความเชื่อมั่นของแบบวัด โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) ได้ค่าเท่ากับ .91

กรรณิการ์ ภาวะไพบลีย์ (2003) ได้นำแบบวัดนี้ไปหาความเชื่อมั่นในผู้สูงอายุเขตจังหวัดราชบุรี จำนวน 30 คน และคำนวณความเชื่อมั่นของแบบวัด โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) ได้ค่าเท่ากับ .90

สุจรรยา โลหาชีวะ (2005) ได้นำแบบวัดนี้ไปหาความเชื่อมั่นในผู้สูงอายุหลอดเลือดสมองที่ได้รับการตรวจรักษาที่สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำนวน 100 คน คำนวณความเชื่อมั่นของแบบวัด โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) ได้ค่าเท่ากับ .92

ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยนำเครื่องมือนี้มาใช้ เนื่องจากมีความตรงตามเนื้อหา และค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับสูง โดยผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือก่อนนำไปใช้ศึกษา โดยนำไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการเคมีบำบัดที่คลินิกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามารับดี จำนวน 30 ราย และนำมาคำนวณความเชื่อมั่นของแบบวัด (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) ได้ค่าเท่ากับ .94

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย

การวิจัยนี้ ใช้แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของธัญญา น้อยเปียง (2545) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยมะเร็งเต้านม ที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตามการรับรู้ของผู้ป่วยขณะที่ตอบคำถาม ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 18 ข้อ ลักษณะคำถามมีทั้งข้อความด้านบวกและด้านลบ แต่ละข้อมีให้เลือก 5 ระดับ ดังนี้

ระดับคะแนน 5	หมายถึง	เห็นด้วยมากที่สุด
ระดับคะแนน 4	หมายถึง	เห็นด้วยมาก
ระดับคะแนน 3	หมายถึง	เห็นด้วยปานกลาง
ระดับคะแนน 2	หมายถึง	เห็นด้วยน้อย

ระดับคะแนน 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วย

แบบประเมินนี้มีข้อความที่มีความหมายในทางบวกทั้งหมด 3 ข้อคือ ข้อ 9, 14, 17 คำถามเหล่านี้ได้รับการกลับค่าคะแนนในทิศทางตรงข้าม ก่อนนำมารวมคะแนนกับข้ออื่นๆ คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 18-90 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบประเมินนี้ ธนัญญา น้อยเปียง (2545) นำไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่คลินิกผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวน 120 คน และนำมาคำนวณความเชื่อมั่นของแบบวัด โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) ได้ค่าเท่ากับ .85

ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยนำเครื่องมือนี้มาใช้ เนื่องจากมีความตรงตามเนื้อหา และค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับสูง โดยผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือก่อนนำไปใช้ศึกษา โดยนำไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับการเคมีบำบัดที่คลินิกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 30 ราย และนำมาคำนวณความเชื่อมั่นของแบบวัด (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) ได้ค่าเท่ากับ .88

ส่วนที่ 5 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

การวิจัยนี้ใช้แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของจินตนา ยูนิพันธ์ (2534) ข้อคำถามจำนวน 60 ข้อ แบ่งเป็นข้อความทางด้านบวก 58 ข้อ และข้อความทางลบ 2 ข้อ ซึ่งแบ่งออกเป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านต่างๆ 7 ด้าน ดังนี้

ด้านที่	1	การพัฒนาการรู้จักตนเอง	จำนวน	12	ข้อ
ด้านที่	2	การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ	จำนวน	7	ข้อ
ด้านที่	3	การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ	จำนวน	6	ข้อ
ด้านที่	4	การเผชิญปัญหา	จำนวน	11	ข้อ
ด้านที่	5	การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม	จำนวน	5	ข้อ
ด้านที่	6	การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา	จำนวน	10	ข้อ
ด้านที่	7	การดูแลตนเองโดยทั่วไป	จำนวน	9	ข้อ

ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ระดับคะแนน	1	หมายถึง	กิจกรรมนั้นเกือบหรือไม่เคยกระทำ
ระดับคะแนน	2	หมายถึง	กิจกรรมนั้นกระทำเป็นบางครั้ง
ระดับคะแนน	3	หมายถึง	กิจกรรมนั้นกระทำเป็นบ่อยครั้ง
ระดับคะแนน	4	หมายถึง	กิจกรรมนั้นกระทำเป็นประจำ

แบบประเมินนี้มีข้อคำถามที่มีความหมายในทางบวกและทางลบ คำถามด้านลบได้รับการกลับค่าคะแนนในทิศทางตรงข้าม ก่อนนำมารวมคะแนนกับข้ออื่นๆ คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 60-240 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ผู้วิจัยใช้เครื่องมือของจินตนา ยูนิพันธ์ (2534) ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 9 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องของการวัดและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ การตัดสินความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา ใช้เกณฑ์จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 ใน 9 ท่าน และผ่านการหาค่าความเชื่อมั่นในประชาชนไทยภาคกลาง จำนวน 120 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .93

นอกจากนี้ราณี พรมานะจรัสกุล (2537) ได้นำมาศึกษาเกี่ยวกับผลของการเสนอตัวแบบสัญลักษณ์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .86 และศรีสุดา แซ่ลิ้ม (2539) ได้นำมาศึกษาเกี่ยวกับผลของการฝึกแก้ปัญหาต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .90 และกรณีการ์ ภาวะไพบูลย์ได้นำมาศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ความหวัง และการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในจังหวัดราชบุรี จำนวน 120 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .93

ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยนำเครื่องมือนี้มาใช้ เนื่องจากมีความตรงตามเนื้อหา และค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับสูง โดยผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือก่อนนำไปใช้ศึกษา โดยนำไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับการเคมีบำบัดที่คลินิกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 30 ราย และนำมาคำนวณความเชื่อมั่นของแบบวัด (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) ได้ค่าเท่ากับ .94

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยตระหนักถึงจริยธรรมในการวิจัย และคำนึงถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ให้ข้อมูล ดังนั้นก่อนเก็บข้อมูล โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาความเห็นชอบของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลก่อน และเมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล ระยะเวลา สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยที่สามารถถอนตัวออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลาหากต้องการยกเลิกก่อนเสร็จสิ้นการวิจัย ซึ่งไม่มีผลกระทบใดๆต่อตัวผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลทั้งหมดของผู้เข้าร่วมวิจัยได้ถูกเก็บเป็นความลับ โดยไม่มีการเปิดเผยชื่อ ประวัติในการวิเคราะห์ข้อมูลนั้น ผู้วิจัยใช้วิธีให้รหัส ซึ่งไม่ทราบชื่อของผู้เข้าร่วมวิจัย นำเสนอข้อมูลโดยนำเสนอเป็นภาพรวมของกลุ่มประชากร นอกจากนี้แล้ว ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถซักถามข้อสงสัย และสามารถแสดงความคิดเห็นกับผู้วิจัยได้ ถ้าผู้เข้าร่วมโครงการยินดีเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยได้ให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยและเริ่มรวบรวมเก็บข้อมูล (ภาคผนวก ข)

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บข้อมูลในครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองทั้งหมด โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ขั้นเตรียม

1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการขอใช้สถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล โดยส่งหนังสือขออนุญาตถึงคณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และขออนุญาตในการเก็บข้อมูล โดยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลก่อน

1.2 เมื่อได้รับการอนุมัติในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อประสานงานกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในสถานที่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดในการเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ผู้วิจัยตรวจสอบจำนวนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับเคมีบำบัดที่หน่วย Short stay โรงพยาบาลรามาธิบดี ล่วงหน้า 1 วันก่อนเก็บข้อมูล เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

2.2 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลตามวันและเวลา ดังนี้

แผนกศัลยกรรม จันทร์ พุช สุกร์ เวลา 9.00-12.00 น.

แผนกอายุรกรรม อังคาร พุทธิสบัติ เวลา 9.00-12.00 น.

2.3 ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับเคมีบำบัดที่หน่วย Short stay จากนั้นแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการศึกษาวิจัย โดยคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในการตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย

2.4 ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเซ็นยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยในหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (Informed consent form) เมื่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมให้ความยินยอมนร่วมในการวิจัยครั้งนี้

2.5 ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลโดยแจกแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต แบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณ แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย โดยใช้เวลาในการเก็บข้อมูลประมาณ 30 – 45 นาทีต่อคน

2.6 เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยทำแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถามอีกครั้งหนึ่ง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน และแสดงความขอบคุณผู้ที่ให้ข้อมูล

2.7 ผู้วิจัยรวบรวมคะแนนจากแบบสอบถามทั้งหมด นำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป (SPSS for Window)

1. ใช้การแจกแจงความถี่และค่าร้อยละในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล
2. คะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา โดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ความผาสุกทางจิตวิญญาณ, การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) ระดับความสัมพันธ์ของตัวแปรเป็นดังนี้ (ยูดี ฤาชา, 2543: 278)

$r = 0.1-0.3$ หมายถึง ตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์กันน้อย

$r = 0.4-0.7$ หมายถึง ตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์กันปานกลาง

$r = 0.8-0.9$ หมายถึง ตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์กันมาก

4. วิเคราะห์ความสามารถในการทำนายของความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) และมีการตรวจสอบข้อตกลงของการเลือกใช้สถิติในการวิเคราะห์ โดยข้อมูลที่น่ามาวิเคราะห์ต้องมีลักษณะดังนี้ คือ 1) มีการแจกแจงแบบปกติ (Normality) 2) มีรูปแบบเป็นความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity) 3) ความแปรปรวนมีค่าคงที่หรือเป็นเอกภาพ (Homoscedasticity) 4) ตัวแปรทำนายแต่ละตัวต้องไม่มีความสัมพันธ์กัน หรือมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ เพื่อจัดปัญหาความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น (Multicollinearity) (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2544)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างและความสามารถในการทำนายของความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่มารับเคมีบำบัดที่หน่วย Short Stay โรงพยาบาลรามธิบดี ระหว่างเดือนกรกฎาคม – เดือนกันยายน 2549 ที่มีอายุไม่เกิน 60 ปี จำนวน 100 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยแบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ผลการวิเคราะห์ ประกอบด้วย

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ตารางที่ 2 ค่าคะแนน ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าคะแนนโดยรวมเมื่อคิดจากค่าคะแนนจริง (Raw score) (N= 100)

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณหาค่าอำนาจการทำนายของความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

โดยมีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (N = 100)

ข้อมูลส่วนบุคคล	N	%	Mean	SD
อายุ (ปี)			47.34	6.68
30 – 39	10	10.0		
41 – 49	47	47.0		
51 – 59	43	43.0		
สถานภาพสมรส				
โสด	22	22.0		
คู่	58	58.0		
คู่แต่แยกกันอยู่	15	15.0		
หย่า และหม้าย	5	5.0		
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	32	32.0		
มัธยมศึกษาตอนต้น	8	8.0		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	8	8.0		
ปวช. – ปวส.	15	15.0		
ปริญญาตรี	33	33.0		
สูงกว่าปริญญาตรี	4	4.0		
อาชีพ				
แม่บ้าน	28	28.0		
ค้าขาย	25	25.0		
เกษตรกรกรรม	5	5.0		
รับจ้าง	8	8.0		
รับราชการ	21	21.0		
รัฐวิสาหกิจ	6	6.0		
ธุรกิจส่วนตัว	7	7.0		

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (N = 100) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	N	%	Mean	SD
รายได้			14,310	17,793.69
ไม่มีรายได้	29	29.0		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	10	10.0		
5,001 – 10,000	12	12.0		
10,001 – 15,000	13	13.0		
15,001 – 20,000	13	13.0		
มากกว่า 20,001 บาท	23	23.0		
			Minimum. = 0	
			Maximum = 120,000	
สมาชิกในครอบครัว			4	1.81
อยู่คนเดียว	6	6.0		
2-4	65	65.0		
5-7	23	23.0		
8-10	6	6.0		
ผู้ดูแลขณะเจ็บป่วย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)				
ดูแลตนเอง	67	67.0		
บิดา-มารดา	14	14.0		
ญาติ	22	22.0		
พี่-น้อง	11	11.0		
สามี	51	51.0		
บุตร-หลาน	39	39.0		
ระยะเวลาการเจ็บป่วย (เดือน)				
น้อยกว่า 6 เดือน	36	36.0		
6 - 12	21	21.0		
12 - 24	16	16.0		
มากกว่า 24 เดือน	27	27.0		

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (N = 100) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	N	%	Mean	SD
อาการข้างเคียง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)				
คลื่นไส้/ อาเจียน	60	60.0		
อ่อนเพลีย	67	67.0		
ผมร่วง	75	75.0		
อยากอาหารลดลง	75	75.0		
ชาปลายมือปลายเท้า	20	20.0		
มีน้ิหรษะ	9	9.0		
ปากแห้ง	13	13.0		
ปวดเมื่อยตามตัว	18	18.0		
ตึงเต้านม	4	4.0		
ท้องผูก	3	3.0		
เม็ดเลือดขาวต่ำ	4	4.0		
ระยะของมะเร็ง				
Stage I	14	14.0		
Stage II	36	36.0		
Stage III	41	41.0		
Stage IV	9	9.0		
การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน				
ผ่าตัด + เคมีบำบัด	90	90.0		
เคมีบำบัด	6	6.0		
ผ่าตัด + เคมีบำบัด	4	4.0		
+ รังสีรักษา				

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุจะอยู่ในช่วง 41 – 59 ปี (90%) และมีอายุโดยเฉลี่ยเท่ากับ 47.34 ปี ($X = 47.34$, $S.D. = 6.68$) ซึ่งอายุของกลุ่มตัวอย่างที่มากที่สุดคือ 59 ปีและอายุของกลุ่มตัวอย่างที่น้อยที่สุดคือ 30 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่จำนวน 58 คน (58%) รองลงมา มีสถานภาพโสดจำนวน 22 คน (22%) ทั้งนี้พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คนที่มี

สถานภาพสมรสหย่า หม้ายและแยกกันอยู่ (10%) ทั้งนี้ระดับของการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี 33 คน (33 %) และมีระดับการศึกษารองลงมาคือในระดับประถมศึกษา 32 คน (32%) และส่วนใหญ่มีอาชีพแม่บ้าน 28 คน (28%) รองลงมามีอาชีพค้าขาย 25 คน (25%) และอาชีพรับราชการ 21 คน (21%) ตามลำดับ และเมื่อพิจารณารายได้พบว่า รายได้สูงสุดคือ 120,000 บาท (1 คน) และต่ำสุดคือไม่มีรายได้ (29 คน) จึงทำให้รายได้เฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 14,310 บาท ($X = 14,310$, $S.D. = 17793.697$) ซึ่งโดยส่วนใหญ่จะมีรายได้อยู่ในช่วง 5,000 – 20,000 บาท (48%) นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะอยู่อาศัยกับสมาชิกในครอบครัว โดยพบว่าส่วนใหญ่จะมีจำนวนสมาชิก 2-4 คน (65%) และพบว่ามีสมาชิกจำนวน 6 คนที่พักอาศัยอยู่เพียงลำพัง เนื่องจากมีภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัด แต่จำเป็นต้องมาทำงานที่กรุงเทพฯ จึงพักอาศัยอยู่เพียงคนเดียว แต่พบว่า 3 ใน 6 ของกลุ่มตัวอย่างที่อยู่เพียงลำพังนั้น สามารถที่จะโทรศัพท์ติดต่อสมาชิกในครอบครัวเพื่อรับความช่วยเหลือเมื่อต้องการได้ จึงพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างเพียง 3 คนเท่านั้นที่อยู่เพียงลำพัง กลุ่มตัวอย่างส่วนมากในขณะเจ็บป่วยจะดูแลตนเอง (67%) และมีสามีเป็นผู้ดูแลในลำดับรองลงมา (51%) และพบว่าการเจ็บป่วยด้วยมะเร็งเต้านมที่เกิดขึ้นในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วงเวลาน้อยกว่า 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 36 และมากกว่ามากกว่า 2 ปีเป็นลำดับรองลงมา คิดเป็นร้อยละ 27 ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีอาการข้างเคียงจากการรักษาที่ได้รับโดยส่วนใหญ่คือ ผอมร่วง (75%) รับประทานอาหารได้ลดลง (75%) และอ่อนเพลีย (67%) รวมทั้งคลื่นไส้และอาเจียน (60%) ตามลำดับ โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นมะเร็งเต้านมในระยะที่ 3 (41%) และระยะที่ 2 (36%)

ตารางที่ 2 ค่าคะแนน ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าคะแนนโดยรวมเมื่อคิดจากค่าคะแนนจริง (Raw score) (N = 100)

ตัวแปร	Min - max		Mean	S.D.
	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าที่เป็นจริง		
ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ	20-120	70-120	94.92	12.22
การสนับสนุนทางสังคม	0.00-4.00	0.00-4.00	3.23	0.80
การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย	18-90	23-71	47.71	12.49
พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต	60-240	126-216	172.26	21.65

จากตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในช่วง 70 – 120 คะแนน โดยค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณเท่ากับ 94.92 คะแนน (S.D. = 12.22) ระดับคะแนนการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในช่วง 0.00 – 4.00 คะแนน โดยค่าเฉลี่ยของระดับคะแนน การสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 3.23 คะแนน (S.D. = 0.80) ระดับคะแนน การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย อยู่ในช่วง 23 – 71 คะแนน โดยมีค่าเฉลี่ยของระดับคะแนน การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย เท่ากับ 47.71 คะแนน (S.D. = 12.49) และระดับคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตอยู่ในช่วง 126 - 216 คะแนน โดยค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตเท่ากับ 172.26 คะแนน (S.D. = 21.65) และเมื่อพิจารณาคะแนนของค่าที่เป็นไปได้และค่าคะแนนจริงพบว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต มีคะแนนต่ำสุดของค่าที่เป็นจริงสูงกว่าคะแนนต่ำสุดของค่าที่เป็นไปได้

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย กับพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วย มะเร็งเต้านม

ตัวแปร	1	2	3	4
1. ความผาสุกทางจิตวิญญาณ	1			
2. การสนับสนุนทางสังคม	.522*	1		
3. การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย	-.457*	-.051	1	
4. พฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต	.612*	.650*	-.225*	1

* $p < .05$

จากตารางที่ 3 ความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .612, p < .05$) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .650, p < .05$) และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.225, p < .05$)

ในการวิจัยครั้งนี้ ศึกษาถึงความสามารถในการทำนายของความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย กับพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม สถิติที่เลือกใช้ทดสอบคือ การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเข้าพร้อมกัน (Enter multiple regression) เพื่อให้ผลการวิจัยมีความคลาดเคลื่อนน้อยที่สุด จึงได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นซึ่งข้อมูลที่จะนำมาวิเคราะห์ต้องมีลักษณะดังนี้ 1) มีการแจกแจงแบบปกติ

(Normality) 2) มีรูปแบบเป็นความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity) 3) ความแปรปรวนมีค่าคงที่หรือเป็นเอกภาพ (Homoscedasticity) 4) ตัวแปรทำนายแต่ละตัวต้องไม่มีความสัมพันธ์กัน หรือมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ เพื่อจัดปัญหาความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น (Multicollinearity) (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2548) ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าตัวแปรที่ศึกษาทุกตัวได้แก่ ความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต มีการแจกแจงปกติ โดยมีค่า Kolmogorov-Smirnov ที่ $p > .05$ และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระแต่ละตัวอยู่ระหว่าง .225 ถึง .650 ซึ่งต่ำกว่า .8 จึงไม่พบที่มีความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น และเมื่อทดสอบ Durbin Watson test มีค่า 2.40 ซึ่งควรจะมีค่ามากกว่า 1.5 แสดงว่าความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระต่อกัน (ภาคผนวก ข)

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณหาค่าอำนาจการทำนายของความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

ตัวแปร	Beta	B	S.E.	t
การสนับสนุนทางสังคม	.464	12.43	2.276	5.461*
ความผาสุกทางจิตวิญญาณ	.351	.621	.169	3.674*
การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย	-.041	-.071	.141	-.500

$R^2 = .525$, $F_{(3, 96)} = 35.42$, $p < .05$

* $p < .05$

จากตารางที่ 4 ความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ร่วมกันอธิบายค่าอำนาจการทำนายของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้ร้อยละ 52.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ การสนับสนุนทางสังคม ($Beta = .464$, $p < .05$) และความผาสุกทางจิตวิญญาณ ($Beta = .351$, $p < .05$) โดยการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตได้ดีที่สุด ($Beta = .464$) รองลงมาคือความผาสุกทางจิตวิญญาณ ($Beta = .351$)

จากความสัมพันธ์ของตัวแปรพยากรณ์ทั้งหมด สามารถนำมาเขียนเป็นสมการพยากรณ์ได้ดังนี้

สมการคะแนนดิบ

$$Y = 76.53 + 12.43 \text{ การสนับสนุนทางสังคม} + .621 \text{ ความผาสุกทางจิตวิญญาณ} - .071 \text{ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย}$$

บทที่ 5

อภิปรายผล

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างและความสามารถในการทำนายของ ความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยอภิปรายผลคุณลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและผลการทดสอบสมมติฐาน ดังนี้

คุณลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่แผนก Short stay โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล จำนวน 100 คน อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 41-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 90 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 47.34 ปี (ตารางที่ 1) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่ามะเร็งเต้านมมักพบในสตรีที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป (Burnet, 2001; Allen & Phillip, 1996: 127) แต่การศึกษานี้ พบว่าอายุของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมน้อยที่สุดนั้นคืออายุ 30 ปี (ตารางที่ 1) ทั้งนี้อาจเนื่องจากการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพในปัจจุบันที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย ประกอบกับมีการตื่นตัวและให้ความรู้เกี่ยวกับการตรวจเต้านมในสถานบริการด้านสุขภาพหลายแห่ง จึงทำให้พบความผิดปกติของเต้านมได้รวดเร็วขึ้นกว่าในอดีตที่ผ่านมา เมื่อพิจารณาระยะเวลาการเจ็บป่วยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมป่วยเป็นมะเร็งเต้านมนานมากกว่า 2 ปี แสดงว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเริ่มเจ็บป่วยเมื่ออายุ 28 ปี และเมื่อพิจารณาข้อมูลส่วนบุคคล พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีการศึกษาระดับปริญญาตรี ซึ่งอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยให้เข้าถึงข้อมูลได้ง่ายและรวดเร็ว

นอกจากนี้ ระยะเวลาในการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่ไม่น้อยกว่า 6 เดือน (36%) รองลงมาคือเจ็บป่วยมากกว่า 2 ปีขึ้นไป (27%) อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการรักษาที่พบมากที่สุดคือ ผอมลง (75%) รับประทานอาหารได้ลดลง (75%) อ่อนเพลีย (67%) และคลื่นไส้ อาเจียน (60%) ตามลำดับ ทั้งนี้ ระยะของมะเร็งที่พบมากที่สุดคือ Stage III คิดเป็นร้อยละ 41 และ Stage II คิดเป็นร้อยละ 36 จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่เพิ่งทราบว่าตนป่วย แต่ระยะของ

โรคมะเร็งเต้านมนั้นเป็นค่อนข้างมาก ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่เมื่อเจอก้อนที่เต้านมแล้ว มักไม่มารับการตรวจที่โรงพยาบาลในทันที เพราะคิดว่าไม่เป็นอะไร จนกระทั่งรู้สึกวาก่อนที่คลำพบมีขนาดที่โตขึ้นกว่าเดิม จึงมารับการรักษาที่โรงพยาบาล ซึ่งก้อนที่พบมักมีขนาดใหญ่พอที่สามารถคลำเจอได้โดยง่าย คือมีขนาดตั้งแต่เล็กกว่า 2 เซนติเมตรถึงขนาดใหญ่กว่า 5 เซนติเมตร (Burnet, 2001) จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้เพ่งการมารับการรักษา และระยะของมะเร็งเต้านมที่พบจึงอยู่ใน Stage III และ Stage II ตามลำดับ

ผลการทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานข้อที่ 1 : ความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม การศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต (ตารางที่ 3) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 โดยอภิปรายตัวแปรและความสัมพันธ์ของตัวแปรในแต่ละคู่ดังต่อไปนี้

ความผาสุกทางจิตวิญญาณกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

จากการวิเคราะห์สหสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันพบว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .612, p < .05$) (ตารางที่ 3) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ซึ่งความผาสุกทางจิตวิญญาณในที่นี้ประกอบด้วย การมีศาสนาเป็นที่ศรัทธายึดมั่น และการมีเป้าหมายและความพึงพอใจในชีวิต โดยการมีศาสนาเป็นที่ศรัทธายึดมั่นนั้น รวมถึงความเชื่อและการปฏิบัติตามหลักพุทธศาสนา ทั้งนี้เนื่องจากศาสนาโดยเฉพาะศาสนาพุทธ สอนให้คนไม่ยึดมั่นถือมั่น รู้จักปล่อยวางในสิ่งทำให้เกิดทุกข์ และกระทำแต่ความดี ด้วยคำสอนดังกล่าวช่วยให้ผู้ป่วยปลงตกยอมรับการเจ็บป่วยได้มากขึ้น และรู้สึกทุกข์ใจน้อยลง มีความพึงพอใจในสิ่งที่ตนเองเป็นอยู่ในขณะที่เจ็บป่วยได้แม้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่างๆทางด้านร่างกาย (ธนิญา น้อยเปียง, 2545: 10) นอกจากนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความผาสุกทางจิตวิญญาณที่ดี มักเป็นผู้ที่มีศาสนาเป็นที่ยึดมั่นและมีเป้าหมายในชีวิต ดังเห็นได้จากการที่ผู้วิจัยได้พูดคุยกับผู้ป่วยพบว่า เมื่อเริ่มรับรู้ว่าเป็นตนเองป่วย จึงเริ่มหันมาสนใจด้านศาสนา และมีกิจกรรมทางด้านศาสนาเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนที่เจ็บป่วย โดยนำความเชื่อทางศาสนามาเป็นทั้งพึ่งทางใจและคาดหวังว่า การทำบุญ ทำทาน ทำสมาธิ และปฏิบัติตามคำสอนของศาสนา จะช่วยผ่อนหนักเป็นเบาได้ และช่วยให้หายจากภาวะ

เจ็บป่วยได้ ซึ่งพบว่าการปฏิบัติกิจกรรมด้านศาสนาเป็นพฤติกรรมที่อยู่ในลำดับรองลงมาจากกรณีพฤติกรรมในการดูแลตนเองโดยทั่วไป (ภาคผนวก ก)

องค์ประกอบอีกประการคือ การมีเป้าหมายและความพึงพอใจในชีวิต ส่งผลให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความหมาย และก่อให้เกิดแรงจูงใจที่กระทำการดูแลตนเองตามมา โดยการมีแรงจูงใจในการดูแลตนเอง เป็นปัจจัยหนึ่งในพลังความสามารถ 10 ประการ ที่ช่วยเกื้อหนุนสำหรับการดูแลตนเองของผู้ป่วย (Orem, 1991 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2545: 25) เมื่อบุคคลมีแรงจูงใจในการดูแลตนเอง จะเกิดเป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองตามมา (สมจิต หนูเจริญกุล, 2545: 259) ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีสถานภาพสมรสคู่ ต้องการมีชีวิตอยู่เพื่อเห็นความเจริญก้าวหน้าของลูกหลาน และในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีสถานภาพสมรสโสดนั้น ต้องการที่จะได้ทดแทนพระคุณของบิดา-มารดาให้มากกว่าที่เคยปฏิบัติมา สิ่งเหล่านี้สะท้อนถึงเป้าหมายในการมีชีวิตต่อไปของผู้ป่วย และเปรียบเสมือนแรงจูงใจให้ผู้ป่วยมีกำลังใจให้ปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองทั้งด้านสุขภาพกายและด้านสุขภาพจิต โดยมีการพัฒนาการรู้จักตนเอง มีสติปัญญาและอารมณ์ในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น พัฒนาเครือข่ายทางสังคม พิจารณาการใช้เวลา มีพลังในการดูแลตนเองโดยทั่วไป (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534: 84) สอดคล้องกับการศึกษาของคาร์สัน (1992), เรนซี (1979), เฟส (1997), แมคเคิร์น (2003), สมจิตและคณะ (2540), นารายาราสมี (2545), และลินครอน (1997) ที่พบว่าความผาสุกทางจิตวิญญาณส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกมีเป้าหมายในชีวิต มีคุณค่าในตนเอง ยอมรับการเจ็บป่วย มีการเผชิญหน้าต่อสู้กับโรค และมีความพร้อมที่เผชิญกับปัญหาต่างๆ มีการประเมินสถานการณ์ของโรคที่เกิดขึ้นกับตนเองในแง่ที่ดี รับผิดชอบต่อเหตุการณ์ต่างๆ ที่เข้ามากระทบอย่างสงบ มีพลังใจและความมั่นใจในการดูแลตนเอง และทำให้มีพฤติกรรมออกมาในรูปของการแสวงหาข้อมูลต่างๆ ไม่ยอมจำนนต่อโรค และส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองในทุกด้านเพิ่มมากขึ้น ซึ่งรวมทั้งการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตด้วย

การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

จากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .650, p < .01$) (ตารางที่ 3) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วย บิดา มารดา พี่น้อง บุตรหลาน และญาติ ที่เป็นสมาชิกในครอบครัว และเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยอย่างมาก ที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจต่อสู้กับโรคร้ายไข้เจ็บต่อไป ให้กำลังใจ ความเอาใจใส่ เอื้ออาทร ให้ความรัก เห็นอกเห็นใจและมีความ

ผูกพัน ทั้งนี้อาจเนื่องจากครอบครัวเปรียบได้กับปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐาน (Basic conditioning factor) อันเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย (Orem, 1985; สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) ซึ่งส่งผลต่อการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจตามมา โดยพบว่าข้อคำถามที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรับรู้ว่าคุณค่าตนเองได้รับจากครอบครัวมากที่สุด คือการได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) ซึ่งพบว่าเป็นข้อคำถามที่ผู้ป่วยเลือกตอบในสามอันดับแรก (ภาคผนวก จ) แสดงถึงการที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรับรู้ว่าคุณค่าตนเองได้รับความรัก ความเอาใจใส่ รับรู้ว่าคุณค่ามีความสำคัญ และสามารถที่จะพึ่งพาอาศัยบุคคลในครอบครัวได้ค่อนข้างดี ดังการศึกษาของ พินทุสร โชตนากร (2539) ที่พบว่า ความสัมพันธ์และความเอื้ออาทรระหว่างสมาชิกในครอบครัว ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับโรคและการรักษาได้ดีขึ้น จึงช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาผ่านมาที่พบว่า ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม ได้รับการดูแล เอาใจใส่ จากบุคคลในครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยได้รับการเอาใจใส่ ให้คำปรึกษา ช่วยแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม มีกำลังใจ ไม่รู้สึกถูกทอดทิ้งหรือเป็นภาระ สามารถเผชิญกับปัญหาอุปสรรคต่างๆ ลดภาวะเครียด ช่วยในการปรับตัวกับปัญหาที่เกิดขึ้น (กุลธิดา พานิชกุล, 2537; อาภรณ์ รัตนวิจิตร, 2542; บรรจง วาที, 2544; ภาวดี มโนหาญ, 2537) ดังนั้นการที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีการรับรู้ว่าคุณค่าตนเองได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับที่ดี จะทำให้เกิดเป็นแรงจูงใจในการที่ดูแลตนเอง (สุจรรยา โลหาชีวะ, 2548: 52) และก่อให้เกิดเป็นพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตตามมา โดยเห็นได้จากพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านการดูแลตนเองโดยทั่วไปเป็นพฤติกรรมที่อยู่ในลำดับแรกของการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (ภาคผนวก ค)

นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรส ยังเป็นปัจจัยช่วยเสริมในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจต่อการเผชิญกับโรคได้ และปฏิบัติตนให้มีความสุขตามอัตภาพ เนื่องจากรับรู้ถึงความสำคัญของตนเองที่มีต่อคู่สมรส รวมทั้งบุตรที่ต้องการให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวต่อไปนานเท่านาน ประกอบกับคู่สมรสเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดที่ให้อาใจ คำปรึกษา แนะนำเกี่ยวกับเรื่อง และมีความผูกพันทางอารมณ์ รวมทั้งมีความรักที่แน่นแฟ้น เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรับรู้ว่าคุณค่าตนเองได้รับการสนับสนุนทางสังคมในด้านต่างๆอย่างเต็มที่ สอดคล้องกับการศึกษาของ วิไลลักษณ์ จันทรพวง (2534) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนจากคู่สมรส กับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่าการได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรส เป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งสามารถที่ปรับตัวกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจในการรักษาและการปฏิบัติตนไปในทางที่มีผลดีต่อสุขภาพต่อไป (วิไลลักษณ์ จันทรพวง, 2534: 85) เช่นเดียวกับโคเฮนและเวลล์ (Cohen & Wills, 1985) ที่กล่าวว่า

การได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยตรง ทำให้บุคคลรู้สึกมั่นคงต่อการเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น รับรู้ถึงการมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งส่งผลต่อภาวะสุขภาพและพฤติกรรมทางด้านสุขภาพในทางที่ดีขึ้น (สุกัญญา เตชะโศกวัฒน์, 2544: 70)

การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย กับ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

จากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.225, p < .05$) (ตารางที่ 3)

ในที่นี้ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีการรับรู้การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนั้นมีความรุนแรงน้อย ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดี ทั้งนี้จากการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ว่ามีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด ส่วนหนึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพที่ก่อให้เกิดปัญหาโดยตรง และมีผลกระทบไปถึงการประกอบหน้าที่ การงานตามปกติของร่างกายว่าเปลี่ยนแปลงไปมากน้อยเพียงใด อีกส่วนหนึ่งเป็นประสบการณ์การเรียนรู้มาจากอดีตซึ่งสะท้อนถึงค่านิยม ความเชื่อ ตลอดจนขนบธรรมเนียมและวัฒนธรรมในการดำรงชีวิตของบุคคลนั้น (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2540: 171) การที่ผู้ป่วยรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยว่ามีความรุนแรงน้อย ซึ่งในความเป็นจริงความรุนแรงของการเจ็บป่วยอาจจะมากก็ได้ ในกรณีนี้ อาจอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยมีองค์ประกอบอื่นที่ส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ป่วยมองข้ามความเจ็บป่วยนั้น เช่น การได้รับกำลังใจจากครอบครัว การได้รับพลังใจ และมีแรงจูงใจจากความเชื่อ ศรัทธาทางศาสนาและการมีเป้าหมายในชีวิต ประกอบกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่ร้อยละ 72 ยังคงประกอบอาชีพอยู่ (ตารางที่ 1) การที่ผู้ป่วยยังคงมีรายได้เป็นของตนเองและมีเครือข่ายทางสังคมจากการประกอบอาชีพ สามารถรับผิดชอบตนเองได้ องค์ประกอบเหล่านี้ สามารถส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า อันส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี และตราบไคที่บุคคลยังคงสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง บุคคลนั้นรู้สึกว่าสุขภาพของตนอยู่ในระดับที่ดี แม้ว่าเป็นขณะเจ็บป่วยก็ตาม (Travellbee, 1971: 167) ประกอบกับการเห็นผู้ป่วยอื่นที่เจ็บป่วยเช่นเดียวกับตนและยังคงสามารถประกอบอาชีพได้ ร่วมกับการได้รับข้อมูลข่าวสาร ส่งผลให้ผู้ป่วยอดทนและเข้มแข็งที่มารับการรักษาและต่อสู้กับโรค ยอมรับการเป็นโรค คิดว่าต้องต่อสู้กับโรค ต้องเอาชนะโรค จึงทำให้มีพฤติกรรมออกมาในรูปของการแสวงหาข้อมูลต่างๆ ไม่ยอมจำนนต่อโรค และส่งผลให้มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองมากขึ้น ซึ่งรวมถึงการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต (Carson, 1992; Renetzy, 1979 cited in Ross, 1995 Pace, 1997; McClain, 2003; สมจิตและคณะ, 2540; นารายา สมี, 2545; Lincoln, 1997) ตามแนวคิดการดูแลตนเองของโอเรมนั้น การรับรู้ความรุนแรงของการ

เจ็บป่วยเป็นความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานในการดูแลตนเอง (Foundational capabilities and dispositions) ที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง โดยเป็นการรับรู้ในเหตุการณ์ต่างๆทั้งภายในและภายนอกตนเอง ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีการรับรู้ว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงน้อย จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยที่ดีตามมาเช่นกัน ดังการศึกษาที่ผ่านมาพบที่พบว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคในทางที่ดี จะมีระดับความวิตกกังวล ซึมเศร้า โกรธ และอยู่ในภาวะที่สามารถควบคุมได้ เป็นผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีและมีชีวิตยืนยาวขึ้น (Cox, 1984: 153) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของไซมอนตันและคณะ (Simonton, 1978: 87) พบว่าการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งที่ถูกคือนำไปสู่ความหมายในทางที่ดี ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลไปในทางที่ดีตามมาเช่นกัน

สมมติฐานข้อที่ 2 : ความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

จากการวิเคราะห์พหุคูณถดถอยแบบเข้าพร้อมกัน (Enter multiple regression) พบว่าความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้ร้อยละ 52.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .525$, $F_{(3, 96)} = 35.42$, $p < .05$) (ตารางที่ 4) โดยการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตได้ดีที่สุด ($Beta = .464$, $p < .05$) ซึ่งอธิบายได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม เปรียบได้กับปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐาน (Basic Conditioning Factor) ตามแนวคิดการดูแลตนเองของโอเรม คือ ระบบครอบครัวยังเป็นสิ่งที่บ่งชี้ถึงศักยภาพในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหรือการช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว ครอบครัวเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อทั้งความต้องการและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2545: 52) เพราะการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับทำให้รับรู้ว่าจะมีคนคอยช่วยเหลือ ช่วยแก้ไขปัญหาต่างๆ รวมทั้งเคียงข้างผู้ป่วย และสนับสนุนผู้ป่วยทั้งด้านสิ่งของ การให้กำลังใจ และการให้คำแนะนำต่างๆในการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ช่วยให้บุคคลประเมินความรุนแรงหรือเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นในด้านลบน้อยลง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าและมีแรงจูงใจในการที่ดูแลตนเอง มีกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไป การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญอย่างมากในการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดีตามมา

ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในลำดับรองลงมาคือ ความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Beta = .351, $p < .05$) ซึ่งอธิบายได้ว่า โดยความผาสุกทางจิตวิญญาณตามแนวคิดการดูแลตนเองของโอเรม เปรียบได้กับพลังความสามารถ 10 ประการ ที่ช่วยเกื้อหนุนสำหรับการดูแลตนเองของผู้ป่วย คือการมีแรงจูงใจที่กระทำการดูแลตนเอง (Orem, 1991 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2545: 25) เมื่อบุคคลมีแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง จะเป็นการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง และก่อให้เกิดเป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองตามมา เป็นการช่วยเพิ่มกำลังใจและความพยายามในการดูแลตนเองของผู้ป่วยตามมา (สมจิต หนูเจริญกุล, 2545: 259) การที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมนำศาสนาและความเชื่อ และความศรัทธามาใช้รักษาความสมดุลจิตใจของตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยปลงตก ยอมรับการเจ็บป่วยและมีจิตใจที่เข้มแข็งมากขึ้น จึงก่อให้เกิดเป็นความพยายามในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตตามมา ประกอบกับความเชื่อของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ว่าจิตใจสามารถควบคุมร่างกาย ดังกล่าวไว้ว่า “จิตเป็นนาย กายเป็นบ่าว” จึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในระดับที่ค่อนข้างดี

การศึกษานี้ยังพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยไม่สามารถที่จะทำนายพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตได้ โดยสามารถอธิบายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรับรู้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับที่ดีจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน สามี หรือบุตร ประกอบกับการมีความผาสุกทางจิตวิญญาณคือ มีความเชื่อในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ก่อให้เกิดกำลังใจ เกิดความเข้มแข็งในจิตใจของผู้ป่วย จากการมีศาสนาเป็นที่พึ่ง ช่วยให้อ่อนโยน มองโลกในแง่ดี ยอมรับความเป็นจริง ทำให้มีสภาพจิตใจที่เข้มแข็งมากขึ้น โดยไม่ต้องกังวลหรือหวาดกลัวกับความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นว่ามีมากน้อยเพียงใด เนื่องจากมีความมั่นใจว่ามีบุคคลในครอบครัวที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยอยู่เคียงข้างเมื่อต้องการ และยอมรับกับความเจ็บป่วยได้โดยมีศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ ดังเช่นการศึกษาของธนิญา น้อยเปียง (2545) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับรู้ว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนั้นมีความรุนแรงน้อย จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความผาสุกทางจิตวิญญาณที่ดีตามมา จึงส่งผลให้การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยไม่สามารถที่จะเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการทำนายของความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่มารับเคมีบำบัดที่หน่วย Short stay โรงพยาบาลรามาธิบดี ในช่วงเดือน กรกฎาคม – เดือนกันยายน 2549 จำนวน 100 ราย ซึ่งมีคุณสมบัติตามที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้คือ

1. อายุไม่เกิน 60 ปี
2. นับถือศาสนาพุทธ
3. สามารถพูดคุย อ่าน และเข้าใจภาษาไทยได้ดี
4. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/pc+ (Statistic Package for the Social Science) version 14 for Windows ในการวิเคราะห์สถิติบรรยาย สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และสถิติถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) ผลการศึกษาพบว่า

1. ความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.612, p < .05$)
2. การสนับสนุนทางสังคมความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.650, p < .05$)
3. การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.225, p < .05$)

4. ความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ร่วมกันอธิบายความผันแปรของพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้ร้อยละ 52.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{(3,96)}=35.42, p < .05$)

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. การนำไปใช้ทางด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 ควรมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้ปฏิบัติในสิ่งที่ศรัทธา เชื่อมั่น และยึดถือ โดยพยาบาลอาจจัดเตรียมสื่อ/ อุปกรณ์ หรือสถานที่ในการปฏิบัติตามความศรัทธาของแต่ละศาสนา

1.2 พยาบาลควรมีส่วนในการส่งเสริมและสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยพยาบาลอาจทำหน้าที่ในการให้ข้อมูลในการช่วยดูแลผู้ป่วยในขณะที่อยู่ที่บ้าน รวมทั้งให้ความรู้ในสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยที่สมาชิกในครอบครัวควรทราบ

1.3 ควรมีการจัดให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตและภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยเฉพาะโรคมะเร็งแก่พยาบาลและเจ้าหน้าที่ ที่ให้การพยาบาล และการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ตระหนักในความสำคัญ มีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถส่งเสริมภาวะสุขภาพจิตและพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตแก่ผู้ป่วยได้

2. การนำไปใช้ทางด้านการศึกษา

2.1 ควรมีการศึกษาองค์ความรู้ที่เกี่ยวกับความผาสุกด้านจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจและสามารถให้การพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยได้

3. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

3.1 ควรศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการรักษาอื่นเช่น รังสีรักษา หรือการผ่าตัด เป็นต้น

ปัญหาในการวิจัย/ ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ที่หน่วย Short stay เฉพาะโรงพยาบาลรามาริพดิเพียงแห่งเดียว ซึ่งอาจมีความแตกต่างกันในแต่ละโรงพยาบาล จึงควรมีการศึกษาในโรงพยาบาลอื่นๆเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ดังกล่าว

ความสัมพันธ์ระหว่างความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

พรพรหม รุจิไพโรจน์ 4536575 RAPM/ M

พย. ม. (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: จิตวิมล ธรรมไพโรจน์ M.Ed. (GUIDANCE),
โสภณ แสงอ่อน Ph. D. (NURSING)

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

บทนำ

มะเร็งเต้านมเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญปัญหาหนึ่งซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของสตรีจำนวนมาก ในประเทศไทยพบว่าสตรีไทยเสียชีวิตจากมะเร็งเต้านมมากที่สุด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2545) จากรายงานของสำนักงานระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปี พ.ศ. 2544-2548 พบจำนวนผู้ป่วยจากมะเร็งเต้านมเท่ากับ 11,902, 15,255, 15,728, 17,932 และ 21,376 ตามลำดับ จะเห็นว่าอุบัติการณ์ของมะเร็งเต้านมมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ

มะเร็งเต้านมเป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของเซลล์ในร่างกาย ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงที่เต้านมทั้งขนาดและรูปร่าง ผู้ที่เจ็บป่วยด้วยมะเร็งเต้านม จะเกิดความทุกข์ทรมานจากภาวะเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อน ตั้งแต่การได้รับการวินิจฉัยจนกระทั่งถึงระยะสุดท้ายของชีวิต (Ferrell, 1998: 2) นอกจากนี้การเจ็บป่วยด้วยมะเร็งเต้านมจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยหลายด้านทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่เกิดจากมะเร็งเต้านมเช่น จากการที่ก้อนนั้นมีขนาดใหญ่ขึ้น มีการกระจายไปยังอวัยวะอื่น ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปวดและรู้สึกไม่สบาย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยเคมีบำบัดที่ก่อให้เกิดอาการข้างเคียงต่างๆเช่น คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ผอมร่าง อ่อนเพลีย และต้องมีการปรับเปลี่ยนการใช้ชีวิตประจำวัน ซึ่งส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วย การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งจากพยาธิสภาพและการรักษา ก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพจิตตามมาเช่น ปฏิเสธ โกรธ ซึมเศร้า (Holland, 1990; Moore, 2003; Rong-suk, 2000) สับสน ทุกข์ทรมาน มีความคิดอยากตาย รู้สึกว่าไม่มีคุณค่าในตนเอง (Chernledsakul, 2002; Rongtakul, 2001) สิ้นหวัง รู้สึกผิดบาป รู้สึกชีวิตอยู่ในอันตรายและรู้สึก

ถึงความไม่แน่นอน (Ferrell & Ferrell, 1996) ผลกระทบด้านจิตใจที่เกิดขึ้น ก่อให้เกิดเป็นปัญหาด้านสุขภาพจิตตามมาเช่น ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และเกิดเป็นความเครียดตามมา (Rozanski, 1999) ดังนั้น ปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นนั้นจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ทั้งนี้จากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของผู้วิจัยพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนหนึ่งจะมีปัญหาด้านสุขภาพจิต แต่ในขณะเดียวกันยังพบว่าผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตที่น้อยกว่า ปรากฏการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงความสามารถในการรักษาสมดุลทางด้านจิตใจของผู้ป่วย การศึกษาเพื่อให้ทราบถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษาสมดุลทางด้านจิตใจในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จะเป็นสิ่งที่ช่วยป้องกันและลดปัญหาด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้ ดังการศึกษาของบาบาราห์ (Barbara, 2004: 3570) ได้ศึกษาภาวะสุขภาพจิต พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ภายหลังจากการให้การดูแลด้านสุขภาพจิต พบว่าการให้การดูแลด้านสุขภาพจิตนั้นส่งผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ต่อภาวะสุขภาพจิต พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย โดยช่วยให้การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายดีขึ้น จะเห็นว่าการดูแลด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ

พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต เป็นหนึ่งกิจกรรมในการรักษาความสมดุลด้านจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และเป็นกิจกรรมที่บุคคลลงมือกระทำด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง ทั้งในภาวะปกติและยามที่มีปัญหาด้านจิตใจ หรือเกิดภาวะทุกข์ทรมานทางจิตใจ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534: 20) ประกอบด้วย การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหา การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองโดยทั่วไป การที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจะสามารถมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตได้ดีนั้น ขึ้นอยู่กับการรับรู้ของผู้ป่วยต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ความสามารถของผู้ป่วยที่จะเผชิญกับสถานการณ์อันเกิดจากการเจ็บป่วยหรือแรงงูใจ ตลอดจนพื้นฐานและภูมิหลังของผู้ป่วยเช่น ระบบครอบครัว ถ้าหากผู้ป่วยขาดองค์ประกอบอย่างใดอย่างหนึ่ง อาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการรักษาสมดุลด้านจิตใจของผู้ป่วย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540: 4-5) อันนำไปสู่การเกิดการเจ็บป่วยทางจิตได้ จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่น่าจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตคือ การรับรู้ของผู้ป่วยต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นหรือการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย พื้นฐานและภูมิหลังของผู้ป่วยหรือการสนับสนุนทางสังคม และการมีแรงงูใจที่จะกระทำการดูแลตนเองหรือความผาสุกทางจิตวิญญาณ

ความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นความเชื่อในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ การมีสิ่งยึดมั่นทางด้านจิตใจ ก่อให้เกิดกำลังใจและทำให้ผู้ป่วยมีความสุข มีความเข้มแข็งในจิตใจ และพร้อมที่จะเผชิญกับ

เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (Paloutzian & Ellison, 1982) ทั้งนี้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ เป็นสิ่งที่อยู่กับตัวของผู้ป่วย เป็นสภาพจิตใจส่วนบุคคล ที่เป็นแหล่งพลังงานภายในของผู้ป่วยซึ่งไม่มีใครทำให้ได้ นอกจากตัวของผู้ป่วยเท่านั้น ความผาสุกทางจิตวิญญาณก่อให้เกิดแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง ตามแนวทางการดูแลตนเองของโอเรม เปรียบได้กับพลังความสามารถ 10 ประการ ที่ช่วยเกื้อหนุนสำหรับการดูแลตนเองของผู้ป่วย (Orem, 1991 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล: 25) คือการมีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าความผาสุกทางจิตวิญญาณส่งผลให้ผู้ป่วยมีเป้าหมายในชีวิต มีความเข้มแข็งอดทน มีความวิตกกังวลและความซึมเศร้าในระดับต่ำ มีการปรับตัวอย่างมีประสิทธิภาพ ดำเนินชีวิตได้ตามปกติ มีความผาสุก และมีสุขภาพจิตที่ดี (Renetzy, 1979 cited in Ross, 1995; Carson, 1992; McClain, 2003; Kaczorowski, 1989; Hung-Ru, 2003; Ellison, 1989; Colton, 1998; Crigger, 1996)

นอกจากนี้ การสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะการสนับสนุนจากบุคคลรอบครัว มีความสำคัญต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยมากที่สุด ทั้งนี้แนวทางการดูแลตนเองของโอเรม (1985) การสนับสนุนทางสังคม เปรียบได้กับปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐาน (Basic conditioning factor) อันเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อทั้งความต้องการและความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมในการวิจัยนี้ จะหมายถึงการรับรู้ของบุคคลต่อการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว และรับรู้ว่าการได้รับการสนับสนุนทั้งด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสารและด้านสิ่งของ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจ รู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่าและมีความหวัง รับรู้ว่าตนเองได้รับความรัก ความห่วงใย (Aguilera, 1994: 124) และทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกโดดเดี่ยวและช่วยในการค้นหาความหมายและเป้าหมายในชีวิต (O'corner, 1990: 169)

นอกจากนี้ ปัจจัยที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตคือ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย เนื่องจากเป็นความรู้สึกและความเข้าใจของบุคคลต่อสถานการณ์ที่เกิดจากการเจ็บป่วย ยิ่งรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วยมากขึ้นเท่าใด ย่อมส่งผลต่อความเป็นอยู่ การดำรงชีวิต และคุณภาพชีวิตของบุคคลมากขึ้นตามไปด้วย (Carson, 1992; Renetzy, 1979 cited in Ross, 1995 Pace, 1997; McClain, 2003; สมจิตและคณะ, 2540; นารายาราสมี, 2545; Lincoln, 1997) ดังการศึกษาของธัญญา น้อยเปียง (2545) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมพบว่าผู้ป่วยที่รับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในระดับสูง จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความท้อแท้ เบื่อหน่าย และส่งผลให้ความสามารถในการพัฒนาการดูแลตนเองของผู้ป่วยลดลง ทั้งนี้แนวทางการดูแลตนเองของโอเรม (1985) การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยเปรียบได้กับความสามารถและคุณสมบัติขั้น

พื้นฐานในการดูแลตนเอง (Foundational capabilities and dispositions) คือ การรับรู้ในเหตุการณ์ต่างๆทั้งภายในและภายนอกตนเอง

จากที่กล่าวข้างต้น และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต คือ ความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ยังมีค่อนข้างน้อย การศึกษาเพื่อให้ทราบถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จะเป็นสิ่งที่ช่วยป้องกันและลดปัญหาด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม การวิจัยนี้จึงได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย กับพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม การศึกษานี้จะเป็นข้อมูลและแนวทางให้ผู้เกี่ยวข้องเกิดความเข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญของพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และวางแผนการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตมากขึ้น

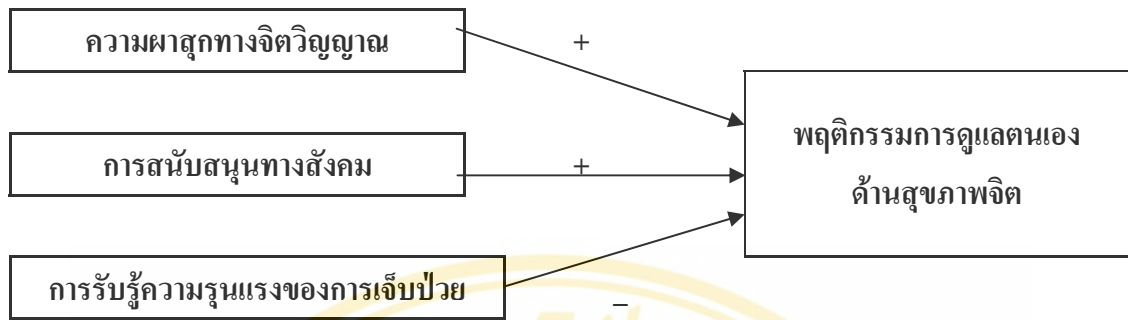
กรอบแนวคิดในการทำวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย กับพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม(Orem, 1991) เป็นแนวทางในการอธิบายถึงความสัมพันธ์ดังกล่าว

โอเรม (Orem, 1991) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นที่บุคคลควรจะต้องกระทำในระยะเวลาใดเวลาหนึ่งในการตอบสนองความต้องการที่จำเป็น(Therapeutic self-care demand) ในสถานการณ์หนึ่งๆ เพื่อรักษาไว้ซึ่งความผาสุกและสุขภาพของตน ทั้งนี้การที่บุคคลจะสามารถทำกิจกรรมในการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น(Therapeutic self-care demand)ได้นั้น บุคคลจำเป็นต้องมีความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care Agency) ซึ่งประกอบด้วย 1) ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operations) 2) พลังความสามารถ 10 ประการ(Ten power components) และ 3) ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and dispositions) นอกจากนี้จำเป็นต้องพิจารณาปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐาน (Basic conditioning factor) ซึ่งประกอบด้วย อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ สังคม ขนบธรรมเนียมประเพณี สภาพที่อยู่อาศัย ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต ภาวะสุขภาพ ปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ แหล่งประโยชน์ และประสบการณ์สำคัญในชีวิต อันเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อทั้งความต้องการและความสามารถในการดูแลตนเองด้วย

ในการศึกษาวิจัยนี้ ความผาสุกทางจิตวิญญาณเปรียบได้กับองค์ประกอบหนึ่งของพลังความสามารถ 10 ประการ (Power components) คือ การมีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นความสามารถที่เกื้อหนุนสำหรับการดูแลตนเองของผู้ป่วย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) โดยความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นความเชื่อในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ก่อให้เกิดกำลังใจ เกิดความเข้มแข็งในจิตใจของผู้ป่วย (Paloutzian & Ellison, 1982) และเป็นแหล่งพลังงานภายในของผู้ป่วยซึ่งไม่มีใครทำให้ได้นอกจากตัวของผู้ป่วยเท่านั้น ก่อให้เกิดเป็นแรงจูงใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยตามมา การสนับสนุนทางสังคม เปรียบได้กับปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐาน (Basic Conditioning Factor) คือ ระบบครอบครัว อันเป็นสิ่งบ่งชี้ถึงศักยภาพในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหรือการช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว ครอบครัวเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อทั้งความต้องการและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2545: 52) ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกได้ว่า ตนเองมีคุณค่าและมีแรงจูงใจในการที่จะดูแลตนเอง มีกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไป การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยเป็นความรู้สึกและความเข้าใจของบุคคลต่อความเลวร้ายของสถานการณ์ที่มีสาเหตุมาจากการเจ็บป่วย ที่ก่อให้เกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิต ซึ่งเป็นความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานในการดูแลตนเอง (Foundational capabilities and dispositions) คือ การรับรู้ในเหตุการณ์ต่างๆทั้งภายในและภายนอกตนเอง และพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต เป็นพฤติกรรมที่มีการพัฒนาตามระยะพัฒนาการของบุคคลและจากการเรียนรู้จากประสบการณ์ ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมในการดูแลตนเองทั้งหมด 7 ด้านคือ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ การใช้เวลา การเผชิญปัญหา การพัฒนาระบบการสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองโดยทั่วไป ทั้งนี้ จินตนา ยูนิพันธ์ (2534) ได้พัฒนาแนวความคิดการดูแลตนเองของโอเรม เพื่อให้เกิดความเข้าใจในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ที่เหมาะสมกับวัฒนธรรมของไทย

จากกรอบแนวคิดในการวิจัยดังกล่าว สามารถแสดงถึงความสัมพันธ์ของแต่ละตัวแปรที่ผู้วิจัยนำมาศึกษา ดังนี้



วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาถึงระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย กับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
3. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

นิยามตัวแปร

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลว่าตนสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติในสิ่งที่ตนอยู่ปัจจุบัน มีเป้าหมายและความพึงพอใจในชีวิต การมีศาสนาเป็นที่ศรัทธาและยึดมั่น รวมทั้งการมีสิ่งศักดิ์สิทธิ์เป็นที่นับถือหรือยึดเหนี่ยว ซึ่งรวมถึงความเชื่อและการปฏิบัติตามหลักพุทธศาสนา

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของบุคคลต่อการได้รับการสนับสนุนด้านต่างๆ จากบิดา มารดา สามี ลูก-หลาน ญาติ พี่น้อง ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านข้อมูล การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านสิ่งของ

การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย หมายถึง ความรู้สึกและความเข้าใจของบุคคลต่อความเลวร้ายของสถานการณ์ที่มีสาเหตุจากความเจ็บป่วย ซึ่งก่อให้เกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิต

พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเอง โดยมีเป้าหมายเพื่อการมีสุขภาพจิตที่ดี มีความสุข มีความพึงพอใจ และกระทำอย่างต่อเนื่องเพื่อ

ประกอบจิตใจ และส่งเสริมให้มีพัฒนาการในแต่ละระยะของวงจรชีวิต ทั้งในภาวะปกติและภาวะที่มีปัญหา

วิธีดำเนินการวิจัย

วิธีการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่มารับเคมีบำบัดที่หน่วย Short stay โรงพยาบาลรามารินทร์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับเคมีบำบัดที่หน่วย Short stay โรงพยาบาลรามารินทร์

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้การประมาณค่าสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างจาก Thronkike's formula (Thronkike, 1978) ดังนี้

$$\begin{aligned}\text{Sample size} &\geq (10 \times \text{Independent variable}) + 50 \\ &\geq (10 \times 3) + 50 \\ &\geq 80\end{aligned}$$

ซึ่งการวิจัยนี้ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 คน เพื่อป้องกันข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์

กลุ่มตัวอย่าง

การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. อายุไม่เกิน 60 ปี
2. นับถือศาสนาพุทธ
3. สามารถพูดคุย อ่าน และเข้าใจภาษาไทยได้ดี
4. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลในการศึกษาค้างนี้ ประกอบด้วย 5 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป : แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว บุคคลที่ช่วยเหลือดูแล ระยะเวลาในการเจ็บป่วย จำนวนครั้งการมารับบริการ อาการข้างเคียงที่ได้รับจากการรักษา ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน ระยะเวลาของการเจ็บป่วย และการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ : ใช้แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณของพอลลูทเซียนและเอลลิสัน (Paloutzian & Ellison, 1982) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงให้เหมาะกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในประเทศไทย โดยธัญญา น้อยเปียง (2545) จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับความผาสุกในสิ่งที่เป็นอย่างอยู่ 10 ข้อ และความผาสุกในความศรัทธายึดมั่นในศาสนา 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “เห็นด้วยมาก” จนถึง “ไม่เห็นด้วยมาก” คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 20-120 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับสูง ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา ได้เท่ากับ .86 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .81

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม : ใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของเซฟเฟอร์, คอนด์และลาซาลัส (1981) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงให้เหมาะกับคนไทย โดยสมจิต หนูเจริญกุล (1988) จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ แบ่งเป็น ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูล ข่าวสาร และด้านสิ่งของ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ “ไม่ได้รับเลย” จนถึง “ได้รับมากที่สุด” คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 0-4 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา ได้เท่ากับ .90-.97 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .94

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย : ใช้แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของธัญญา น้อยเปียง ซึ่งได้สร้างขึ้นเพื่อให้เหมาะกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้านคือ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ “เห็นด้วยมากที่สุด” จนถึง “ไม่เห็นด้วย” คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 18-90 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูง ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา ได้เท่ากับ .85 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .88

ส่วนที่ 5 แบบประเมินพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต : ใช้แบบประเมินพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของจินตนา ยูนิพันธ์ (2534) จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 60 ข้อ แบ่งเป็น 7 ด้านคือ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหา การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองโดยทั่วไป ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ “กระทำเป็นประจำ” จนถึง “เกือบหรือไม่เคยกระทำ” คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 60-120 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับดี ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา ได้เท่ากับ .94 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .94

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองทั้งหมด ในช่วงเดือนกรกฎาคม – กันยายน 2549 โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการขอใช้สถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล โดยส่งหนังสือขออนุญาตถึงคณะบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูล
2. ผู้วิจัยทำหนังสือเพื่อผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อประสานงานกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าพยาบาลหน่วย Short stay พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในสถานที่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดในการเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
5. ผู้วิจัย อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการศึกษาวิจัย โดยคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในการตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย และเซ็นยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยในหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (Informed consent form)
6. เมื่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมให้ความยินยอร่วมมือในการวิจัย ผู้วิจัยแจกแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณ แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และแบบประเมินพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถซักถามข้อสงสัยหรือข้อคำถามที่ไม่เข้าใจกับผู้วิจัยได้

7. ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถามอีกครั้งหนึ่ง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน
8. ผู้วิจัยรวบรวมคะแนนจากแบบสอบถามทั้งหมด นำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้มา นำไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป (SPSS for Window) ดังนี้

1. ใช้สถิติพรรณนา โดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล
2. ใช้สถิติพรรณนา โดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ข้อมูลค่าคะแนนดิบของความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต
3. ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระคือ ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และตัวแปรตามคือพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
4. ใช้สถิติสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) ในการวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายของความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ผลการวิจัย

1. ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ และ การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.612$; $p < 0.05$; $r = 0.650$; $p < 0.05$ ตามลำดับ).
2. การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบกับ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.225$; $p < 0.05$)
3. ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม และ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย สามารถร่วมกันทำนาย พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ได้ร้อยละ 52.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{(3,96)}=35.42$, $p < .05$)

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. การนำไปใช้ทางด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 ควรมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้ปฏิบัติในสิ่งที่ศรัทธา เชื่อมั่น และยึดถือ โดยพยาบาลอาจจัดเตรียมสื่อ/ อุปกรณ์ หรือสถานที่ในการปฏิบัติตามความศรัทธาของแต่ละศาสนา

1.2 พยาบาลควรมีส่วนในการส่งเสริมและสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยพยาบาลอาจทำหน้าที่ในการให้ข้อมูลในการช่วยดูแลผู้ป่วยในขณะที่อยู่ที่บ้าน รวมทั้งให้ความรู้ในสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยที่สมาชิกในครอบครัวควรทราบ

1.3 ควรมีการจัดให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตและภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคมะเร็งแก่พยาบาลและเจ้าหน้าที่ ที่ให้การพยาบาล และการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ตระหนักในความสำคัญ มีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถส่งเสริมภาวะสุขภาพจิตและพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตแก่ผู้ป่วยได้

2. การนำไปใช้ทางด้านการศึกษา

2.1 ควรมีการศึกษาองค์ความรู้ที่เกี่ยวกับความผาสุกด้านจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจและสามารถให้การพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยได้

3. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

3.1 ควรศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการรักษาอื่นเช่น รังสีรักษา หรือการผ่าตัด เป็นต้น

ปัญหาในการวิจัย/ ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ที่หน่วย Short stay เฉพาะโรงพยาบาลรามาธิบดีเพียงแห่งเดียว ซึ่งอาจมีความแตกต่างกันในแต่ละโรงพยาบาล จึงควรมีการศึกษาในโรงพยาบาลอื่นๆเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ดังกล่าว

RELATIONSHIPS BETWEEN SPIRITUAL WELL-BEING, SOCIAL SUPPORT,
AND PERCEIVED SEVERITY OF ILLNESS TO PSYCHOLOGICAL SELF-CARE
BEHAVIOR IN BREAST CANCER PATIENTS

PORNPROM RUJIPAICH 4536575 RAPM/ M

M.N.S. (PSYCHIATRIC AND MENTAL HEALTH NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: TITIWONE THUMAPIROJ M.Ed.
(GUIDANCE), SOPIN SANGON Ph. D. (NURSING)

EXECUTIVE SUMMARY

INTRODUCTION

Breast cancer is a significant health problem in women and also is a leading cause of cancer-related death in women. In Thailand, the National Statistical Office (2005) reported that more Thai women dies of breast cancer than other cancers. The incidence of breast cancer in Thai women between the years 2001-2005 was equal to 11,902, 15,255, 15,728, 17,932 and 21,376 respectively. (Epidemiology Office, Government Department of Disease Control, Ministry of Public Health). The incidences of breast cancer tends to increase continually.

Breast cancer is caused by the abnormality of the cell and induces change in both of size and figure of the breast. Breast cancer patients usually suffer from cancer related symptoms and complications, mostly due to late detection in the final stages. (Ferrell, 1998: 2). Furthermore, breast cancer affects patients in various way both physically and psychologically. The illness associated with breast cancer leads to physical changes as the tumor grows. If the tumor metastasizes, the patients will feel pain and discomfort. For breast cancer patients who receive chemotherapy, there are side effects such as nausea, vomiting, appetite loss, hair loss, exhaustion and altered daily functioning. These impacts affect the patients' psychological conditions. Several studies have reported that the pathological condition of the illness and its treatment

also contribute to psychological problems such as denial, anger, depression, (Holland, 1990; Moore, 2003; Rong-suk, 2000), confusion, suffering, thoughts of death, low self-esteem, (Chernledsakul, 2002; Rongtakul, 2001) despair, guilt, life-threatening danger, and uncertainty. (Ferrell & Ferrell, 1996) These psychological impacts may also lead to psychiatric problem, such as major depressive disorder, anxiety disorder (Rozanski et al., 1999) or suicidal thoughts. Thus, the psychological problem is significant in breast cancer patients.

The researcher has nursing care experience with breast cancer patients. Majority of them have psychological problem but minority is not. The phenomenon is indicating to ability in the preservation equilibriums of the psychological health in breast cancer patients. Therefore, the study to understand factors related ability in the preservation equilibriums of the psychological health may decrease psychological problem. Barbara (2004: 3570) was study psychological, behavioral and immune change after a psychological intervention. The result showed a convergence of significant psychological, health behavior, and biologic effects after a psychological intervention such as immune responses paralleled their psychological and behavioral improvements. The preservation equilibriums of the psychological health are considerable.

Psychological self-care behavior is a part of preservation equilibriums of the psychological health. Psychological self-care behavior is the behavior that individuals have to initiate and constantly conduct in normal circumstance, as well as in stressful situation, with an aim to maintain mental support and well-being. As a consequence, the individuals will be contented with their daily living, and be able to overcome mental suffering and maintain good mental health. Psychological self-care behavior consists of the following components: self-awareness, development, effective communication, effective time-management, coping with problems, development and maintenance of social support system, religious practice, and general self-care (Yunibhand, 1991: 20). Psychological self-care behavior in breast cancer depend on factors such as perceived the situations, support system from other person, ability to resistance the illness or motivation and background, e.g. family system. The result of incomplete these factors may do not equilibriums of the psychological health (Hanucharunkul, 1996: 4-5), and lead to psychiatric problem. These perceived the

situations compare with perceived severity of illness, background compare with social support, and motivation compare with spiritual well-being.

Spiritual well-being is a belief in a holy thing, persists of the mind bring to be happy and ability to resistance the situations (Paloutzian & Ellison, 1982). This is an inner power of individual and motivation. According Orem's theory, spiritual well-being is a part of ten power component and compare with the motivation to self-care. Several studies have reported the result of spiritual well-being that provides a sense of meaning and purpose, strongly, decrease of anxiety and depression, appropriate adaptation, well-being and psychological healthy (Renetzy, 1979 cited in Ross, 1995; Carson, 1992; McClain, 2003; Kaczorowski, 1989; Hung-Ru, 2003; Ellison, 1989; Colton, 1998; Crigger, 1996).

Social support from the family is an important factor in helping patient's feel hope. According Orem's theory, social support is a part of basic conditioning factor to increase self-care agency and compare with the family system. Social support in this study is an individual's perceive support from family member about emotional support, information support and tangible support.

Furthermore, the factors may affect to psychological self-care behavior is perceived severity of illness. That mean a personal perceive and understand the severity of illness situation. For the breast cancer patients perceived high levels of severity of illness may affect to well-being, living, and quality of life (Carson, 1992; Renetzy, 1979 cited in Ross, 1995 Pace, 1997; McClain, 2003; Hanucharunkul, 2540; Narayanasamy, 2545; Lincoln, 1997). Noy-peng (2545) study relationships between perceived severity of illness, social support and spiritual well-being in breast cancer patients. The result showed breast cancer patient perceived high levels of severity of illness that cause of patient's feel despair, inappropriate adaptation, and decrease ability to self-care. According Orem's theory, perceived severity of illness is a part of foundational capabilities and dispositions and compare with perceive both of external and internal situations.

However, the literature review and knowledge of factors related psychological self-care behavior was a little. The study to understand may protect and decrease of psychological problem in breast cancer patient. Thus, this research aimed at studying the relationship between spiritual well-being, social support, and perceived severity of

illness to psychological self-care behavior in breast cancer patients. The research outcomes may be used to understand, enhance nursing efficiently and promote psychological self-care behavior in breast cancer patients.

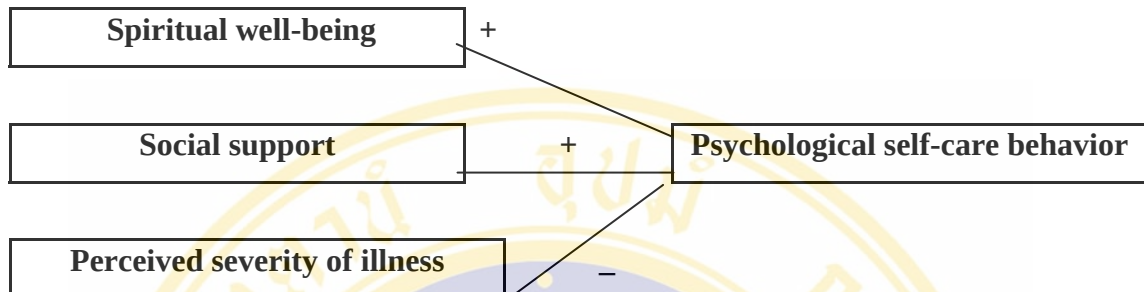
Conceptual framework

This study was descriptive research aimed at explaining about the relationships between spiritual well-being, social support, and perceived severity of illness to psychological self-care behavior in breast cancer patients based on Orem's self-care theory which is discussed as follows:

Self-care is the practice of activities that individuals should be reaction of therapeutic self-care demand perform on their own behalf in maintaining life, health, and well-being (Orem, 1991). The therapeutic self-care demands depend on self-care agency such as capabilities for self-care operations, ten power components, and foundational capabilities and dispositions. Moreover, therapeutic self-care demands must be consider the basic conditioning factor, e.g. age, gender, development, culture, residence state, family system, life pattern, and health condition.

This study, spiritual well-being is a part of ten power component such as the motivation to self-care that it can improved to self-care behavior. Spiritual well-being is a belief in a holy thing, persists of the mind bring to happy and ability to resistance the crisis situations (Paloutzian & Ellison, 1982). This is as inner power and motivation to self-care behavior. Social support is a basic conditioning factor of self-care theory; family system as a person ability to develop self-care agency (Somchit Hanuchalernkul (1982). Family system is helping person to highly self-esteem and self-care motivation. Perceived severity of illness is feeling and understanding to crisis situation due to illness of a person and lead to living difficulty, that is the foundational capabilities and dispositions of self-care theory. Psychological self-care behavior is an individuals initiate by themselves, aiming for good mental health and satisfaction in their lives. Psychological self-care behavior involves the development of self-awareness, effective communication, effective time management, problems-solving, development and maintenance of a social support system, religious practice, and general self-care. Unipan (1991) was derived from Orem's self-care theory to understand and fit in Thai culture. The relationships between spiritual well-being,

social support, and perceived severity of illness to psychological self-care behavior are shown in the following diagram:



Definition of term

Spiritual well being was defined as the feeling of a person that can live normally, having aim and contentment in there life. Include the religious believe in, persist and respect in holy thing such as the practice traditionally the Buddhism.

Social support was define as personal perceived to support from family such as parent, husband, child, grandchild and relative. Social support included information support, emotional support and tangible support.

Perceived severity of illness was define as feeling and understanding to crisis situation due to illness of a person and lead to living difficulty.

Psychological self-care behavior was define as an individuals initiate by themselves, aiming for good mental health, satisfaction in their lives and continually to maintenance psychological and development of life span in normally or crisis situation.

Research objectives

1. To study levels of spiritual well-being, social support, and perceived severity of illness and psychological self-care behavior in breast cancer patients.
2. To study relationships between spiritual well-being, social support, and perceived severity of illness and psychological self-care behavior in breast cancer patients.

3. To determine whether or not spiritual well-being, social support, and perceived severity of illness can explain the variance of psychological self-care behavior in breast cancer patients.

Methodology

Research Design

The descriptive research design was used in this study. The aim of this study was to examine relationships between spiritual well-being, social support, and perceived severity of illness to psychological self-care behavior in breast cancer patients.

Population and sampling

The population of this study was breast cancer patients who were receiving chemotherapy at the Short stay unit, Ramathibodi Hospital.

Sample Size

The sample size of this study was calculated using Thorndike's estimation of sample size technique (1978) as the following formula:

$$n = 10 k + 50$$

When n = Number of the participants

k = Number of independent variables

$$\begin{aligned} n &= 10(3) + 50 \\ &= 80 \end{aligned}$$

According to the Thorndike's estimation of sample size technique, the sample size of 80 was required. However, the sample size of 100 was used in order to prevent the uncompleted data leading to inadequate data.

Sample

Purposive sampling was used to select the subject. The subject was selected based on the following inclusion criteria:

1. aged less than 60 years
2. Being a Buddhism.
3. able to read, communicate and understand Thai.
4. Willing to participate in the study.

Instrumentation

The instruments of this study consist of five parts, as detailed below.

Part I: Demographic characteristic questionnaire. This questionnaire was used to gather information about age, marital status, education, occupation, income, number of family members, caregiver, duration of illness, side effects, stage of illness, and current treatment.

Part II: Spiritual well-being questionnaire. The spiritual well-being questionnaire was developed by Paloutzian and Eillison (1982) and translated into Thai and modified to suit Thai breast cancer patients by Noy-peng (2545). Ten of the 20 items is a religious well-being while the other 10 items assesses an existential well-being. Each item was rated on a six-point Likert scale from “strongly agree” to “strongly disagree”. The items are summed to calculate a total spiritual well-being score, with increasing scores indicating a greater degree of spiritual well-being. The content validity index was .86 and the Cronbach’s alpha coefficients of the instruments was .81.

Part III: The social support questionnaire. The social support questionnaire was developed by Schaefer, Coyne and Lazarus (1981) and translated into Thai and modified to suit Thai by Hanucharurnkul (1988). Seven items is a perceived emotional, informational and tangible support. Each item was rated on a five point Likert scale from “never received” to “usually received”. Scores were adjusted by dividing the summative scores by the number of items equal to 0-4. The scores ranged from 0.00 to 4.00 with higher scores indicating a high level of social support. The content validity index was .90-.97 and the Cronbach’s alpha coefficients of the instruments was .94.

Part IV: Perceived severity of illness questionnaire. Perceived severity of illness questionnaire was developed by Noy-peng (2545) to Thai breast cancer patients. The questionnaire was composed of 18 statements, divided into 4 domains of perceived severity of illness, as follows: physical, mental, social, and spiritual. The response for each statement was rated on a five point Likert scale from “strongly agree” to “strongly disagree”. The scores ranged from 18 to 90 points with higher scores indicating a high level of perceived severity of illness. The content validity index was .85 and the Cronbach’s alpha coefficient of the instruments was .88.

Part V: Psychological self-care behavior. Psychological self-care behavior questionnaire was developed by Yunibhand (1991). This questionnaire comprised of 60 statements, divided into 7 domains of psychological self-care behavior, as follows: self-awareness development; effective communication; effective time management; coping with problems; development and maintenance of social support system; religious practice; and general self-care. The response for each statement was a 4 point Likert scale ranging from “regularly” to “hardly or never”. The score from 60 to 240 with higher scores indicating a greater degree of psychological self-care behavior. The content validity index was .86 to .94 and the Cronbach’s alpha coefficient of the instruments was .94.

Data collection

Data collection was conducted from July to September 2006 by the researcher. Data collection was conducted as follows:

1. The researcher presented an introduction letter from the Faculty of Graduate Studies, Mahidol University to the Ramathibodi Hospital and asked for permission to collect data.
2. The researcher made a request for approval for data collection from the Ethical Clearance Committee on Human Rights Related to Researches Involving Human Subjects at the Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University.
3. The researcher introduced herself to the head nurse and staff nurses at the Short stay unit to inform them about the details and objectives of the study and requested their cooperation in the collection of data.
4. The researcher started collecting data by selecting subjects for the study according to the inclusion criteria.
5. The researcher explained the objectives of the study to the selected patients and asked for cooperation in the study. The patients were also informed about the protection of their rights and were assured that their responses would be treated with strict confidentiality and would be used for research purposes only.
6. When the subjects willingly agreed to participate in the study, the researcher started collecting patient’s data about demographics, spiritual well-being,

social support, perceived severity of illness to psychological self-care behavior. The subjects were permitted to respond to the questions independently and could ask questions if they had any doubt or did not understand the questions. The researcher would resolve any doubts or questions respondents might have.

7. The researcher gathered all data and examined the completeness of the responses.

8. The obtained data were analyzed with statistical methods.

Data analysis

The obtained data were analyzed with standard statistical methods, as detailed below:

1. Descriptive statistics including frequency, percentage, mean, and standard deviation were used to describe the demographic data.
2. Data were calculated into range, mean, and standard deviation of the raw score of spiritual well-being, social support, perceived severity of illness, and psychological self-care behavior.
3. The Pearson's Product Moment correlation coefficient was used to the relationships between the independent variables, comprising spiritual well-being, social support, and perceived severity of illness and dependent variables including psychological self-care behavior.
4. The Multiple Regressions was used to calculate the percentage of the variance explain of spiritual well-being, social support, and perceived severity of illness on psychological self-care behavior in breast cancer patients.

Result

1. The spiritual well-being and social support were positively correlated to psychological self-care behavior ($r = 0.612$; $p < 0.05$; $r = 0.650$; $p < 0.05$, respectively).
2. The perceived severity of illness was negatively correlated with psychological self-care behavior ($r = -0.225$; $p < 0.05$).

3. The spiritual well-being, social support, and perceived severity of illness jointly explains 52.5 % of the variance of psychological self-care behavior in breast cancer patients. ($F_{(3,96)}=35.42, p<.05$).

Recommendations

Implication for nursing practice

1. Nurse should promoting about breast cancer patients believe such as prepare the religious media or private area for each a religious practice.
2. Nurses should giving information to promoting and encouraging the family member. Include this issue in their instructions and suggestions regarding illness and medication.
3. Health care team should consider the knowledge of psychological self-care behavior and psychological problem of chronic illness such as cancer. Therefore, nurses should take this issue into consideration in order to develop strategies to promote psychological and psychological self-care behavior in breast cancer patient.

Implication for nursing education

1. The continually of study in spiritual well-being, social support, perceived severity of illness, and psychological self-care behavior in breast cancer patient is consider in order to understanding and caring to patient.

Implication for further research

1. There should be comparisons type of treatment with regard to psychological self-care behavior such as radiation therapy or mastectomy.

Limitations

This study specific of breast cancer patient received chemotherapy at short stay unit in Ramathibodi hospital. The result may difference in each hospital, then supposed to the study in other hospital for compares with psychological self-care behavior and other factors.

บรรณานุกรม

- กนกนุช ชื่นเลิศสกุล. (2541). *ประสบการณ์ชีวิตของสตรีไทยที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาคุุณบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กฤษณา ศรีวรรณวัฒน์. (2533). ลักษณะทางจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. *วารสารโรคมะเร็ง*. 16(2), 73-74.
- กัลยา พลอยใหม่. (2545). *ความผาสุกทางจิตวิญญาณ ของเด็กวัยรุ่น*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กัลยา วานิชบัญญัติ. (2545). *การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล*. กรุงเทพฯ, โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จันทิพย์ ตีระกะ. (2539). *ความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง กับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาตั้งคมศาสตร์, สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จินห์จุฑา ชัยเสนา. (2541). *ความเครียดและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านจิตใจของประชาชนในเขตชายแดนไทย- ราชอาณาจักรกัมพูชา จังหวัดสระแก้ว*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จินตนา ยูนิพันธ์. (2534). *รายงานการวิจัยเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลาง*. กรุงเทพฯ, คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จุฬารักษ์ กวีวิวิชัย. (2536). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เจก ธนะศิริ. (2532). *ทำอะไรชีวิตจะยืนยาวและมีความสุขฉบับพิสดาร*. กรุงเทพฯ, ธนวิชัยการพิมพ์
- ฉวีวรรณ ไพรวัลย์. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การประพฤติกิจทางศาสนา พฤติกรรมการดูแลทางการพยาบาลกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยเอดส์*

- โรงพยาบาลบำราศนราดูร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชา
บริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชลธิชา วังวิเวก. (2537). *ความสัมพันธ์ของสถานภาพสุขภาพกาย แรงสนับสนุนทางสังคมและ
พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร
มหาบัณฑิต, สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทัศนยา บุญทอง. (2535). *มโนคติของจิตวิญญาณการพยาบาล*. ใน อรุณรัตน์ วีระจิตร (บรรณาธิการ).
การประชุมวิชาการเรื่อง การพยาบาลในมิติจิตวิญญาณ วันที่ 26-27 พฤศจิกายน 2533.
กรุงเทพฯ, เรือนแก้วการพิมพ์.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2543). *กิจกรรมการพยาบาลจิตวิญญาณ*. *วารสารสภาการพยาบาล*. 15(3),
55-64.
- ธนิญา น้อยเปียง. (2545). *การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคมและความ
ผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการ
พยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธวัชชัย วรพงษ์. (2532). *ข้อพิจารณาการใช้สถิติถดถอยพหุคูณสำหรับงานวิจัย*. *วารสารวิจัย
วิทยาศาสตร์การแพทย์*, 3(1), 55-62.
- นงเยาว์ กันทะมูล. (2546). *ความผาสุกทางจิตวิญญาณ ของผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอด*. วิทยานิพนธ์
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นภาพร วงศ์ใหญ่. (2542). *ความหวังและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ
จังหวัดพะเยา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและ
การพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญวดี เพชรรัตน์. (2546). *การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยมศึกษา จังหวัด
สงขลา*. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 11(1), 21-30.
- บุญวดี เพชรรัตน์และอื่น ๆ (2539). *พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของนักศึกษาชั้นปีที่3
และปีที่ 4 คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์*. *วารสารพยาบาลสงขลา
นครินทร์*, 16(2), 36-46.
- บุบผา ขอบใจ. (2536). *ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยมะเร็ง*. วิทยานิพนธ์
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2526). *ทัศนคติ, การวัดความเปลี่ยนแปลง และพฤติกรรมอนามัย*. กรุงเทพฯ,
พีระพัฒนา.

- ผ่องศรี ศรีมรกต. (2536). ผลของการให้คำปรึกษาแบบประคับประคองต่อการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย ระดับความรู้สึกลีคุณค่าแห่งตน และขวัญกำลังใจในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร ดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พจน์ รอดจินดา. (2541). ผลการปรึกษาเชิงจิตวิทยาที่มีต่อความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม. หลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาการปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- พระธรรมปิฎก. (2539). พระพุทธศาสนากับการพัฒนามนุษย์. กรุงเทพฯ, มูลนิธิพุทธธรรม.
- พินทุสร โชตนากร. (2539). รูปแบบการพัฒนาในการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พุทธทาสภิกขุ. (2541). ความมีสุขภาพอนามัยทางจิต. กรุงเทพฯ, สำนักพิมพ์สุขภาพใจ.
- พุทธทาสภิกขุ. (2535). คู่มือมนุษย์ฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพฯ,ธรรมสภา.
- ฟาริดา อิบราฮิม. (2534). มโนคติของจิตวิญญาณการพยาบาล. ใน อรพินท์ วีระจิตร (บรรณาธิการ). การประชุมวิชาการเรื่อง การพยาบาลในมิติจิตวิญญาณ วันที่ 26-27 พฤศจิกายน 2533. กรุงเทพฯ, เรือนแก้วการพิมพ์.
- มณีนุช ธรรมวัฒน์. (2542). ความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพในผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- แม้งีศันสนีย์ เติญยรส. (2543). การมีสติในทุกขณะคือ.... วารสารหมอชาวบ้าน. 22(261), 14-16.
- ระวีวรรณ ถวายทรัพย์. (2545). ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ราณี พรมานะจิรังกุล. (2535). ผลของการเสนอตัวแบบสัญลักษณ์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เรณูการ์ รอดทองคำ. (2541). ความหวังของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- วนิดา รัตนานนท์. (2545). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วัลภา ครุฑแก้ว. (2540). *ความเข้มแข็งของตนและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิไลลักษณ์ จันทร์พวง. (2534). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนจากคู่สมรส กับการปรับตัวในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วินัส ปัทมภาสพงษ์. (2526). *ปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งเต้านม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศรีรัตนา สุกพิทยากุล. (2534). *ความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ความทนทานพฤติกรรมเผชิญสถานการณ์ชีวิตกับระดับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลของรัฐ สังกัดกรุงเทพฯ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศรีสุดา แซ่ลิ้ม. (2539). *ผลของการฝึกแก้ปัญหาต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ. (2540). *การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล*. กรุงเทพฯ, ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี. เจ. พรินติ้ง.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2544). *การพยาบาล: ศาสตร์ของการปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ, ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี. เจ. พรินติ้ง.
- สมจิต หนูเจริญกุล. [2540]. *การพยาบาลอายุรศาสตร์ เล่ม 4*. กรุงเทพฯ, ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี. เจ. พรินติ้ง.
- สมจิต หนูเจริญกุล. [2545]. *การพยาบาลอายุรศาสตร์ เล่ม 1*. กรุงเทพฯ, ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี. เจ. พรินติ้ง.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2542). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ, โรงพิมพ์เรือนแก้ว.

- สายพิน เกษมกิจวัฒนา, วิมลรัตน์ ภู่วรรณวนิช. (2539). รายงานการวิจัยภาวะเหนือตนเอง ความมีคุณค่าในตนเองและสุขภาพจิตของผู้ป่วยติดเชื้อมะเร็ง. *วารสารพยาบาลศาสตร์*. 14(1), 54-64.
- สุกัญญา เตชะโชควิวัฒน์. (2544). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตตามแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยมะเร็ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุจรรยา โลหาชีวะ. (2548). ความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุรพงษ์ สุภาภรณ์, สรรชัย กาญจนลาภ, สุมิต วงศ์เกียรติจิร. (2545). *มะเร็งเต้านม*. กรุงเทพฯ, บริษัทพิมพ์ดี จำกัด.
- อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, พิษณุภรณ์ มูลศิลป์, ชนกวร จิตปัญญา, จิราพร เกศพิชญวัฒนา, เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์, นรลักษณ์ เอื้อกิจ และคณะ. (2548). พัฒนารูปแบบส่งเสริมสุขภาพจิตและการปรับตัวของผู้ป่วยเรื้อรังและครอบครัวในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. 19(1). 72-88.
- อัญรา ตันศรีรัตนวงศ์. (2541). การเฝ้าระวังด้านจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อมะเร็งไอวีที่นับถือพุทธศาสนา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- Aguilera. D. C. (1994). *Crisis intervention, theory and methodology*. St. Louis, Mosby.
- Barbara. L. (2004). Psychological, Behavioral and Immune change after a psychological intervention, a clinical trial. *Journal of Clinical Oncology*, 22 (17), 3570-3580.
- Beddell. C. (2000). Breast cancer. In Nevidjon. B. M., Sowers.K. W. *A nurse's guide to cancer care*. Philadelphia, Lippincott.
- Ben-zur. H, Gilbar. O., Lev. S. (2001). Coping with cancer, patient, spouse, and dyad models. *Psychosomatic Medicine*. 63, 32-39.
- Brandt. P. A., Weinert. C. (1987). The PRO-A social support measure. *Nursing Research*. 30(5), 277-280.

- Brunner, L. S., Suddarth. D. S. (1988). *The Textbook of medical-surgical nursing*. (6thed.). Philadelphia, Lippincott.
- Burkhardt. M. (1989). Spiritual: an analysis of the concept. *Holistic Nursing Practice*, 3(3), 69-77.
- Burnet. K. L. (2001). *Holistic breast cancer*. London, Harcourt publisher.
- Camevalik. D. L., Reiner. A. C. (1990). *The cancer experience: nursing diagnosis and management*. Philadelphia, Lippincott.
- Carroll. S. [2001]. Psychological support. In Burnet. K. [2001]. *Holistic breast cancer*. London. Harcourt publisher.
- Carson. V. N, Green. H. (1992). Spiritual well being, a predictor of hardiness in patients with Acquired Immune Deficiency Syndrome. *Journal of Professional Nursing*. 8(4), 209-220.
- Cobb. S. (1976). Social support as a moderator of the stress. *Psychosomatic Medicine*. 38(5), 300-314.
- Cohen. J., Cohen. P. (1975). *Applied Multiple Regression/ correlation analysis for Behavioral Science*. New Jersey, Lawrence Erlbaum Associated.
- Crane-Oakley. R. (1997). Breast cancer. In Shirley. E. O.(Ed.). *Oncology nursing*. St. Louis, Mosby.
- Ellison. W. (1983). Spiritual Well Being, Conceptualization and Measurement. *Journal of Psychology and Theology*, 11(4), 330-340.
- Fernsler. J. L, Klemm. P. A. (1999). Spiritual well being and demand of illness in people with colorectal cancer. *Cancer Nursing*. 22(2), 134-140.
- Ferrans. (1994). Quality of life through the eyes of survivors of breast cancer. *Oncology Nursing forum*, 21(10), 1645-1651.
- Francis. G. M. (1969). Cancer: the emotional component. *American Journal of nursing*. 69(8), 1676-1681.
- Haas. M. (2003). *Contemporary issues in lung cancer: a nursing perspective*. London, Jones and Bartlett publishers.
- Herth. K. A. (2000). Enhancing hope in people with first recurrence of cancer. *Journal of Advance Nursing*. 32(6), 1431-1441.

- Hill. L., Smith. N. (1990). *Self-care nursing, promotion of health*. New Jersey, Prentice Hall.
- Holland. J. C. (1990). *Handbook of psychooncology, psychological care of the patient with cancer*. New York, Oxford University press.
- Holley. S. P. [1991]. Fatigue in cancer patients; A descriptive study. *Cancer nursing*. 14, 13-19.
- House. J. S., Kahn. R. L. (1985). Measures and concepts of social support. In Cohen. S. L., Syme. S. L. *Social support and health*. Orlando, FL Academic.
- Jenkins. R. A., Pargament. K. L. (1995). Religion and spirituality as resources for coping with cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*. 13, 51-74.
- Kaczorowski. J. M. (1989). Spiritual well being and anxiety in adult diagnosed with cancer. *Hospice Journal*. 5, 105-116.
- King. C. R., Hinds. P. S. (1998). *Quality of life, from nursing and patients perspectives*. Boston, Jones and Bartlett.
- Kissane. D. W, Grabsch. B, Love. A, Clark. D. M, Bloch. S, Smith. G. C. [2004]. Psychiatric disorder in women with early stage and advanced breast cancer: a comparative analysis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38[5], 320.
- Kunmuang. A. (2004). *Psychological self-care behaviors of the elderly attending on elderly club in Sa Kaeo Province*. Master of Nursing science. Mental Health and Psychiatric Nursing. Faculty of Graduate studies. Mahidol University.
- Landis. B. J. (1996). Uncertainty, spiritual well being and psychological adjustment to chronic illness. *Issues Mental Health Nursing*. 17, 217-231.
- Levine. E. G., Targ. E. (2002). Spiritual correlates of functional well being in women with breast cancer. *Integrative cancer therapies*. 1(2), 166-174.
- McClain. C. S., Rosenfrld. B., Breitbart. W. (2003). Effect of spiritual well being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patient. *Lancet*. 361, 1603-1607.
- Mickley. J. R., Soeken. K., Belcher. A. (1992). Spiritual well being, religiousness and hope among women with breast cancer. *Image: Journal of nursing scholarship*. 24(4), 267-272.

- Moore. K. (2003). Living with hope with lung cancer. In Haas. M. *Contemporary issues in lung cancer: a nursing perspective*. London, Jones and Bartlett publishers.
- Narayanasamy. A. (1995). Spiritual care of chronically ill patients. *Journal of Clinical nursing*. 24(4), 267-272.
- Narayanasamy. A. (2004). The puzzle of spiritualing for nursing: a guide to practice assessment. *British Journal of Nursing*. 16 (19), 1140-1143.
- Neese. J. B. [1991]. Depression in the general hospital. *Nursing Clinics of North America*. 26[3], 613-622.
- Northouse. L. L. (1989). The impact of breast cancer on patient and husbands. *Cancer Nursing*. 12(5), 276-284.
- O'Corner. A. P., Wicker. C. A., Germino. B. B. (1990). Understanding the cancer patient's search for meaning. *Cancer Nursing*. 13(3), 167-174
- Orem, D. E. (2001). *Nursing Concept of Practice*. (6th ed.). New York, Mosby Inc.
- Pace. J. C. (1997). Spiritual issues. In Moore. G. J. (2002). *Women and cancer: A Gynecologic oncology nursing perspective*. London, Jones and Bartlett publishers.
- Paloutzian. R. F., Ellison. C. W. (1982). Loneliness, spiritual well being and quality of life. In Peplau. L. A., Perlman. D. *Loneliness, A source book of current therapy, research and therapy*. New York, Wiley Interscience.
- Pawapailoon, K. (2003). *Psychological self-care behavior hope and social support among the elderly in Ratchaburi Province*. Master of Nursing science. Mental Health and Psychiatric Nursing. Faculty of Graduate studies. Mahidol University
- Peri. T. C. (1995). Promoting spiritual in person with Acquired Immune Deficiency Syndrome: A nursing intervention. *Holistic Nursing practice*. 10(10), 68-70.
- Pollock. S. E. (1989). The hardiness characteristic: a motivating factor in adaptation. *Advances in Nursing Science*. 11(2), 53-62.
- Post-White. J., et al. (1996). Hope, spirituality, sense of coherence, and quality of life in patient with cancer. *Oncology Nursing Forum*. 23(10), 1571-1579.

- Renetzy. L. (1979). The spiritual dimension, application to the social service. In Moberg. D. (2000). *Spiritual well being, sociological perspectives*. Washington, University press of America.
- Ross. L. (1995). The spiritual dimensions, it's importance to patient's health, well being, and quality of life and its implications for nursing practice. *International journal of nursing studies*. 32(5), 457-468.
- Schaefer. C., Coyne. J. C., Lazarus. R. S. (1981). The health related function of social support. *Journal of Behavior Medicine*. 4, 381-406.
- Schag. C. A., Ganz. P. A., Polinski. M. C., Hirja. K., Peterson. L. (1993). Characteristics of women at risk for psychological distress in the year after breast cancer. *Journal Clinical Oncology*. 11, 783-793.
- Somerset. W., Stout. S. C., Miller. A. H., Musselman. D. (2004). Breast cancer and depression. *Oncology*. 18(8), 1021-1034.
- Stein. P. (1988). Chemotherapy. In Tschudin. V. (editor). *Nursing the patient with cancer*. 2nd. Washington, Prentice Hall International.
- Taylor. C., Lillis. L., Lemone. P. (2001). *Fundamentals of nursing: The art and science of nursing care*. Philadelphia, J. B. Lippincott.
- Thorndike. R. M. (1978). *Correlational procedures for research*. New York, Gardner.
- Ursin. G., Spicer. D. V., Bernstein. L. (2000). *Breast epidemiology, Treatment and prevention*. In Goldman. M. B., Hatch. M. C. Woman and health. California, Academic press.
- Wehmeier, S. (2000). *Oxford advanced learner's dictionary of current English*. (6th ed.). Oxford, Oxford university Press.



ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป
2. แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต
3. แบบวัดความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ
4. แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม
5. แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

สำหรับผู้วิจัย

1. อายุ ปี
2. สถานภาพสมรส
☐ โสด ☐ คู่ ☐ คู่แต่แยกกันอยู่ ☐ หย่า ☐ หม้าย
3. ระดับการศึกษา
☐ ไม่ได้รับการศึกษา ☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษาระดับต้น
☐ มัธยมศึกษาระดับปลาย ☐ ปวช.-ปวส. ☐ ประกาศนียบัตร
☐ ปริญญาตรี ☐ สูงกว่าปริญญาตรี
4. อาชีพ
☐ แม่บ้าน ☐ ค้าขาย ☐ เกษตรกรรม ☐ รับจ้าง
☐ รับราชการ ☐ รัฐวิสาหกิจ ☐ อื่นๆ ระบุ.....
5. รายได้ บาท / เดือน
6. จำนวนสมาชิกในครอบครัว
7. บุคคลที่ช่วยเหลือดูแลท่าน
☐ ดูแลตนเอง ☐ บิดามารดา ☐ ญาติ ☐ พี่-น้อง
☐ สามเณร ☐ บุตร-หลาน ☐ อื่นๆ
8. ระยะเวลาในการเจ็บป่วย
☐ น้อยกว่า 6 เดือน ☐ 6 เดือน - 1 ปี
☐ 1 - 2 ปี ☐ ตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป
9. อาการข้างเคียงที่ได้รับจากการรักษา
☐ คลื่นไส้ ☐ อาเจียน ☐ อ่อนเพลีย ☐ ผอมร่าง
☐ รับประทานอาหารได้ลดลง ☐ อื่นๆ ระบุ

สำหรับผู้วิจัย

10. ระยะของการเจ็บป่วย
☐ Stage I ☐ Stage II ☐ Stage III ☐ Stage IV

11. การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน

☐ ผ่าตัดเต้านม + เคมีบำบัด

☐ เคมีบำบัดอย่างเดียว

☐ รังสีรักษา + เคมีบำบัด

☐ ผ่าตัดเต้านม + รังสีรักษา + เคมีบำบัด

☐

แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้ไม่มีข้อความใดถูกหรือผิด โปรดเขียนเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับลักษณะการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันของท่านมากที่สุด เพียงเครื่องหมายเดียวในแต่ละข้อ โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบดังนี้

ประจำ หมายถึง กิจกรรมนั้นท่านทำเป็นประจำทุกวันหรือเกือบทุกวัน
 บ่อยครั้ง หมายถึง กิจกรรมนั้นท่านทำบ่อยๆ เว้นบ้างเป็นบางวันหรือเป็นครั้งคราวเท่านั้น
 บางครั้ง หมายถึง กิจกรรมนั้นท่านทำเป็นบางครั้ง เว้นระยะไปนานจึงจะทำสักครั้ง
 ไม่เคยทำ หมายถึง กิจกรรมนั้นท่านแทบจะไม่เคยทำเลยหรือไม่เคยทำเลย

ข้อ	ข้อความ	ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	ไม่เคยทำ
1.	ท่านระลึกเสมอว่า อะไรคือสิ่งสำคัญในชีวิตของท่าน				
2.	แม้ว่าในปัจจุบันวิถีชีวิตของท่านจะยังไม่เป็นไปตามความปรารถนา ท่านก็ยังคงมีความตั้งใจที่จะทำงานหรือดำเนินชีวิตในปัจจุบันและอนาคตให้ดีขึ้น				
.					
.					
.					
60.	เมื่อท่านทุกข์ใจ ท่านพยายามหาเวลาเพื่อผ่อนคลายโดยการหายใจลึกๆ ซ้ำๆ				

แบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย ที่ตรงกับใจท่านมากที่สุด ตามความหมายดังต่อไปนี้ โดยคำตอบที่ได้จะไม่มีถูกหรือผิด

ระดับความคิดเห็น 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยมาก

ระดับความคิดเห็น 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วยปานกลาง

ระดับความคิดเห็น 3 หมายถึง ไม่เห็นด้วย

ระดับความคิดเห็น 4 หมายถึง เห็นด้วย

ระดับความคิดเห็น 5 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง

ระดับความคิดเห็น 6 หมายถึง เห็นด้วยมาก

ข้อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					
		1	2	3	4	5	6
1.	ศาสนาไม่ใช่ที่พึ่งทางใจที่จะช่วยให้ฉันได้พบกับความผาสุกได้						
2.	ฉันรู้สึกแค้นในใจในชีวิต (ฉันไม่รู้ว่าฉันเป็นใคร มาจากไหน หรือกำลังจะไปไหน)						
.							
.							
20	ฉันเชื่อว่า ในชีวิตฉันยังมีเป้าหมายที่สามารถเป็นจริงได้						

แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง แบบวัดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามถึงความช่วยเหลือที่ท่านได้รับจากสมาชิกในครอบครัวของท่าน (ได้แก่ สามี บุตรหลาน ญาติพี่น้อง) โปรดพิจารณา แต่ละข้อความก่อนตอบ โดยการเลือกตอบให้ถือเกณฑ์ดังนี้

ไม่ได้รับเลย หมายถึง ผู้ตอบรับรู้ว่าไม่ได้รับการช่วยเหลือเลย
 ได้รับเล็กน้อย หมายถึง ผู้ตอบรับรู้ว่าได้รับการช่วยเหลือเล็กน้อย
 ได้รับบ้างบางครั้ง หมายถึง ผู้ตอบรับรู้ว่าได้รับการช่วยเหลือเป็นครั้งคราว
 ได้รับค่อนข้างมาก หมายถึง ผู้ตอบรับรู้ว่าได้รับการช่วยเหลือค่อนข้างมาก
 ได้รับมากที่สุด หมายถึง ผู้ตอบรับรู้ว่าได้รับการช่วยเหลือมากที่สุด

ข้อความ	ได้รับมากที่สุด	ได้รับค่อนข้างมาก	ได้รับบ้างบางครั้ง	ได้รับเล็กน้อย	ไม่ได้รับเลย
1. ให้คำแนะนำและแนวทางการปฏิบัติตัวที่เป็นประโยชน์					
2. ให้ความมั่นใจว่าเขาจะอยู่ช่วยเหลือ เมื่อท่านต้องการ					
.....					
.....					
7. ให้ความช่วยเหลือในการทำวัตรประจำวัน					

แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้ เป็นข้อความเกี่ยวกับความรู้สึกของท่านที่มีต่อการเจ็บป่วยของท่านในขณะนี้ โปรดกาเครื่องหมาย (/) ในช่องที่ตรง กับความรู้สึกของท่านมากที่สุดโดยให้ถือเกณฑ์ดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด
มาก	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นมาก
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นปานกลาง
น้อย	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นน้อย
ไม่มีเลย	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นน้อยที่สุด

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มีเลย
1. การเจ็บป่วยครั้งนี้ กระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของท่านมาก					
2. ท่านรู้สึกว่าการเจ็บป่วยของท่านรุนแรงขึ้นกว่าเดิม					
.....					
.....					
17. ถึงแม้จะเจ็บป่วย แต่ชีวิตของท่านก็มีคุณค่า					
18. ภาวะเจ็บป่วย ทำให้ท่านไม่อยากตั้งความหวังอะไรในอนาคตอีกแล้ว					

ภาคผนวก ข



หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ความสัมพันธ์ระหว่างความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ชื่อผู้วิจัย นางสาวพรพรหม รุจิไพโรจน์

*ชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย.....

อายุ.....เลขที่เวชระเบียน.....

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า นาง/นางสาว.....ได้ทราบรายละเอียดของโครงการวิจัย ตลอดจนประโยชน์ และข้อเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นต่อข้าพเจ้าจากผู้วิจัยแล้วอย่างชัดเจน ไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้นและยินยอมให้ทำการวิจัยในโครงการที่มีข้อข้างต้น และข้าพเจ้ารู้ว่าถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้นข้าพเจ้าสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อตัวข้าพเจ้า นอกจากนี้ ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ลงชื่อ.....(ผู้เข้าร่วมการวิจัย)

.....(พยาน)

.....(พยาน)

วันที่.....

คำอธิบายของแพทย์หรือผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งข้อเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบแล้วอย่างชัดเจน โดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ลงชื่อ.....(แพทย์หรือผู้วิจัย)

วันที่.....

หมายเหตุ: กรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในใบยินยอมฯนี้ให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยฟังจนเข้าใจดีแล้ว และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบในการให้ความยินยอม ดังกล่าวข้างต้นไว้ด้วย

- ผู้เข้าร่วมการวิจัย หมายถึง ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย

ภาคผนวก ค

ตารางแสดงคะแนนเฉลี่ย ลำดับ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

ข้อ	ข้อคำถาม	ลำดับ	X	S.D.
1	ท่านระลึกเสมอว่า อะไรคือสิ่งสำคัญในชีวิตของท่าน	5	3.36	0.8
2	แม้ว่าในปัจจุบันวิถีชีวิตของท่านจะยังไม่เป็นไปตามความปรารถนา ท่านก็ยังมีความตั้งใจที่จะทำงานหรือดำเนินชีวิตในปัจจุบันและอนาคตให้ดีขึ้น	7	3.31	0.77
3	ท่านพิจารณาตนเองเพื่อให้ทราบว่าอุปนิสัยที่แท้จริงของท่านนั้นเป็นอย่างไร	39	2.7	0.89
4	ท่านสำรวจความรู้สึกของท่านต่อเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันเป็นประจำหรือไม่	50	2.52	0.69
5	เมื่อท่านพูดคุยหรือทำงานร่วมกับผู้อื่นท่านคิดถึงเหตุผลของการกระทำของตนหรือไม่	47	2.61	0.89
6	ท่านค้นหาความสามารถหรือจุดเด่นของตน และค้นหาข้อบกพร่องเพื่อการปรับปรุงแก้ไข	31	2.81	0.75
7	ท่านทำงานสิ่งใดไม่สำเร็จ ท่านจะสำรวจหาสาเหตุก่อนที่จะคิดว่าตนเองไร้ความสามารถ	27	2.82	0.87
8	ท่านยอมรับและแสดงท่าทีพอใจ เมื่อมีผู้อื่นกล่าวถึง หรือแสดงความชมเชยในจุดเด่นหรือความดีของท่าน	6	3.35	0.78
9	ท่านสำรวจอยู่เสมอว่าในการดำรงชีวิตประจำวัน ท่านประสบความสำเร็จในเรื่องใดบ้าง	30	2.81	0.76
10	ท่านสำรวจตนเองว่าการปฏิบัติของท่านขัดแย้งกับศีลธรรมที่ท่านยึดหรือไม่	23	2.9	0.81
11	เมื่อท่านทุกข์ใจ ท่านจะเล่าให้บุคคลที่ท่านไว้วางใจฟัง	34	2.76	1
12	เมื่อท่านมีความเครียดสูง ท่านจะพยายามลดความเครียด โดยการไปหาผู้อื่นที่มั่นใจว่าจะช่วยได้ เช่น ญาติหรือเพื่อนสนิท พระ หมอคุณ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	43	2.69	0.96
13	ในระหว่างการเล่นกีฬา ท่านให้ความสนใจกับคำพูด สีหน้า และท่าทางของผู้ที่ท่านคุยด้วย	11	3.12	0.71
14	ก่อนการพูดคุย ท่านคิดถึงความรู้สึกของผู้ที่ท่านจะพูดคุยด้วย	21	2.91	0.84

ข้อ	ข้อความ	ลำดับ	X	S.D.
15	ระหว่างการพูดคุยกับคนอื่น ท่านจะตรวจสอบว่า ทั้งสองฝ่ายมีความเข้าใจในเรื่องที่พูดตรงกันหรือไม่	20	2.94	0.83
16	ท่านจะพยายามอธิบายสิ่งที่ท่านต้องการให้กับผู้ฟังจนเข้าใจ	42	2.69	0.79
17	ในการพูดคุย ท่านคิดถึงความแตกต่างของขนบธรรมเนียมประเพณีของผู้ที่ท่านคุยด้วย	51	2.52	1.01
18	เมื่อมีความขัดแย้งเกิดขึ้นระหว่างท่านกับเพื่อน ท่านจะชี้แจงให้เพื่อนของท่านเข้าใจถึงเหตุผลและความรู้สึกของท่าน	46	2.62	0.89
19	ท่านบอกให้ผู้อื่นทราบว่าท่านมีความรู้สึกอย่างไร	54	2.47	0.93
20	ท่านคิดวางแผนการทำงานของท่่านล่วงหน้า	37	2.72	0.78
21	ท่านทำกิจกรรมที่ทำให้ท่านมีความสุขและพอใจด้วยตัวท่านเอง	8	3.26	0.69
22	ท่านใช้เวลาส่วนใหญ่ในแต่ละวันทำกิจกรรมที่ท่านต้องการหรือตั้งใจไว้	15	3.04	0.85
23	ท่านหลีกเลี่ยงการเข้ากลุ่มที่พูดคุยกันอย่างสนุกสนานเคร่ง เต็มไปด้วยเรื่องขบขัน เพราะเป็นการเสียเวลาโดยเปล่าประโยชน์	58	2	0.75
24	ท่านชักชวนให้ครอบครัวและเพื่อนทำกิจกรรมที่ท่านชอบหรือพอใจ	45	2.66	0.89
25	ท่านมีแผนการทำกิจกรรมการพักผ่อนหย่อนใจร่วมกับครอบครัวหรือเพื่อนๆ	38	2.71	0.96
26	ท่านพยายามศึกษาหาวิธีแก้ปัญหาหรือลงมือแก้ปัญหาทีละปัญหา	29	2.82	0.77
27	ท่านพยายามใช้วิธีการหลายๆวิธี จนกระทั่งปัญหาคเล่คลายไปได้	33	2.76	0.75
28	ท่านแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตโดยพิจารณาถึงผลดีและผลเสียของวิธีการแก้ปัญหา นั้น	28	2.82	0.83
29	เมื่อท่านเผชิญปัญหา ท่านจะเริ่มต้นด้วยการพิจารณาว่าปัญหาที่เผชิญอยู่คืออะไร	22	2.9	0.92
30	ท่านสนใจศึกษาการเปลี่ยนแปลงที่อาจจะเกิดขึ้นในแต่ละช่วงชีวิต	55	2.43	1.03
31	ก่อนที่จะท่านจะแก้ปัญหาเมื่อเกิดความทุกข์ใจ ท่านจะพิจารณาว่าความทุกข์ใจนั้นเกิดจากอะไร	36	2.75	0.85
32	ท่านทบทวนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตว่ามีผลกระทบต่อตนเองและครอบครัวอย่างไร	48	2.56	0.78
33	เมื่อเหตุการณ์ร้ายในชีวิตผ่านไป ท่านพิจารณาจนรู้ว่าท่านทำอย่างไร จึงจะทำให้เหตุการณ์นั้นคลี่คลายลงได้	41	2.69	0.9

ข้อ	ข้อความถาม	ลำดับ	X	S.D.
34	ท่านใช้เวลาพิจารณาตนเองว่าต้องเปลี่ยนแปลงตนเองอย่างไร จึงจะเผชิญปัญหาในชีวิตที่อาจจะเกิดขึ้นได้	26	2.85	0.89
35	ท่านแสวงหาความพอใจจากสิ่งที่มีอยู่รอบตัวแทนการหมกมุ่นกับความรู้สึกที่มีต่อสิ่งที่สูญเสียไปแล้ว	10	3.12	0.79
36	ท่านคิดว่าการขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นเป็นครั้งคราวมิใช่เป็นเรื่องที่อาย	53	2.49	0.89
37	ท่านพยายามสร้างสัมพันธภาพกับเพื่อนทั้งหญิงและชาย	40	2.69	0.91
38	ท่านศึกษาหาข้อมูลว่ามีกลุ่มบุคคลหรือหน่วยงานใดในชุมชนที่สามารถสนับสนุนหรือช่วยเหลือท่านได้ในยามที่ท่านเดือดร้อน	59	1.75	0.76
39	ท่านติดต่อกับเพื่อนสนิทในกลุ่มอย่างสม่ำเสมอ	12	3.1	1.05
40	ท่านแบ่งเวลาเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมโดยมุ่งหวังว่าจะได้พบเพื่อนใหม่หรือกระชับความสัมพันธ์กับเพื่อนเก่า	52	2.51	0.95
41	ท่านช่วยเหลือเพื่อนหรือบุคคลอื่นเมื่อท่านทราบว่าเพื่อนหรือบุคคลนั้นต้องการ	14	3.05	0.77
42	ท่านบริจาคเงิน ทรัพย์สิน หรือสิ่งของให้คนอื่น วัดหรือให้ใช้เป็นประโยชน์ต่อส่วนร่วมด้วยเจตนาที่จะเสียสละช่วยเหลือผู้อื่น	13	3.09	0.74
43	ท่านแสดงความเห็นใจกับผู้ที่ได้รับความเดือดร้อนและดีใจกับผู้ที่ประสบความสำเร็จ	4	3.38	0.75
44	ท่านพยายามหลีกเลี่ยงการดื่มสุรา หรือสิ่งเสพติดต่างๆ เพราะรู้สึกว่าเป็นเรื่องผิดศีลธรรม	16	3.03	1.19
45	ท่านฟังเทศน์/การบรรยายธรรม หรือฟังคำสอนทางศาสนาในโอกาสต่างๆ	56	2.33	0.74
46	ท่านสามารถชนะใจตนเอง ละเว้นการกระทำในสิ่งที่ไม่ถูกต้อง ขัดต่อศีลธรรม	24	2.86	0.86
47	ท่านพิจารณาปรับปรุงความบกพร่องต่างๆ ในการดำรงชีวิตที่มีผลกระทบทำให้จิตใจไม่สงบ	44	2.67	0.73
48	เมื่อผู้อื่นทำให้ท่านเจ็บใจ เสียใจ ท่านพยายามไม่ได้ตอบและให้อภัยเขา	19	2.94	0.94
49	เมื่อพบผู้ที่เดือดร้อนไม่ว่าเรื่องใด ท่านพยายามคิดหาทางช่วยเหลือให้เขาพ้นจากความเดือดร้อนนั้นๆ	25	2.85	0.78

ข้อ	ข้อความ	ลำดับ	X	S.D.
50	ท่านทำสมาธิหรือปฏิบัติกิจกรรมที่มุ่งให้จิตใจสงบทั้งในยามปกติหรือเวลาที่ท่านมีความทุกข์ใจ	57	2.21	1.06
51	ท่านสวดภาวนาหรือแผ่เมตตาให้ผู้อื่น	32	2.78	1.08
52	ท่านดูแลให้ร่างกายได้รับน้ำและอากาศบริสุทธิ์อย่างเพียงพอ	3	3.58	0.73
53	ท่านพยายามพักผ่อนนอนหลับจนเพียงพอ	1	3.78	0.5
54	ท่านพยายามรับประทานอาหารให้ครบตามความต้องการของร่างกายและเป็นเวลา	2	3.68	0.63
55	ท่านสูบบุหรี่หรือดื่มสุราเพื่อให้คลายจากความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน	60	1.03	0.17
56	เมื่อท่านวิตกกังวล ท่านมีวิธีการที่จะช่วยท่านสบายใจขึ้นได้ด้วยตัวท่านเอง	9	3.22	0.72
57	ในการทำกิจวัตรประจำวันท่านคำนึงว่ากิจกรรมนั้นๆจะเป็นอันตรายต่อท่านหรือผู้อื่นหรือไม่	17	3.02	0.84
58	ท่านแสวงหาเวลาส่วนตัวเพื่อทำในกิจกรรมที่ท่านพอใจ	18	2.98	0.84
59	ท่านใช้เวลาในการออกกำลังกายหรือออกแรงทำในสิ่งที่ท่านพอใจวันละอย่างน้อย 20 นาที	35	2.75	0.96
60	เมื่อท่านทุกข์ใจ ท่านพยายามหาเวลาเพื่อผ่อนคลายโดยการหายใจลึกๆซ้ำๆ	49	2.55	0.97

ภาคผนวก ง

ตารางแสดงคะแนนเฉลี่ย ลำดับ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความผาสุกทางจิตวิญญาณ

ข้อ	ข้อความ	ลำดับ	X	S.D.
	ความผาสุกในศรัทธายึดมั่นทางศาสนา (RWB)			
1	ศาสนาไม่ใช่ที่พึ่งทางใจที่จะช่วยให้ฉันได้พบกับความผาสุกได้	8	2.13	1.61
3	การทำบุญทำให้ฉันรู้สึกสบายใจและคลายความทุกข์จากภาวะเจ็บป่วยได้	5	5.00	1.22
5	ฉันไม่เชื่อว่าการกระทำความดี จะช่วยให้ฉันได้พบกับความสุขได้	7	2.16	1.83
7	ฉันเชื่อว่าผลจากการทำความดีของฉันที่ผ่านมา จะช่วยฉันไม่ต้องทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย	2	5.07	1.16
9	ความศรัทธาทางพุทธศาสนาไม่ได้ช่วยให้ฉันมีจิตใจที่เข้มแข็ง	10	1.64	1.11
11	ฉันเชื่อว่าการปฏิบัติตามหลักคำสอนของพระพุทธเจ้า เป็นหนทางสู่ความสงบที่แท้จริงของชีวิต	4	5.02	1.15
13	ฉันไม่มีที่พึ่งทางใจ	9	2.07	1.44
15	ความศรัทธา ยึดมั่นในศาสนา ช่วยทำให้ฉันไม่รู้สึกละเลย	6	4.78	1.39
17	การสวดมนต์หรือการทำสมาธิ ทำให้ฉันมีจิตใจที่สงบ	3	5.04	1.08
19	แม้ว่าฉันจะเจ็บป่วยทางกาย แต่ศาสนาที่ช่วยให้ฉันมีจิตใจที่สงบและไม่วุ่นวาย	1	5.18	0.95
	ความผาสุกในสิ่งที่เป็นอย่างอยู่			
2	ฉันรู้สึกกว้างขวางในชีวิต (ฉันไม่รู้ว่าเป็นใคร มาจากไหน หรือกำลังจะไปไหน)	9	2.45	1.68
4	ฉันรู้สึกว่าชีวิตเป็นประสบการณ์ที่งดงามอย่างหนึ่ง	3	4.49	1.02
6	ฉันรู้สึกว่าอนาคตของฉัน ไม่มีความมั่นคงเป็นหลักแหล่ง (ฉันมองไม่เห็นอนาคต)	7	2.72	1.66
8	ฉันรู้สึกว่าชีวิตมีความสมบูรณ์พร้อมและเป็นที่พึงพอใจมาก	4	4.40	1.07
10	ฉันรู้สึกได้ถึงความผาสุกในชีวิตขณะนี้	5	4.20	1.18
12	ฉันไม่มีความรู้สึกรื่นรมย์ในชีวิตมากนัก	8	2.66	1.58
14	ฉันมีความรู้สึกที่ดีเกี่ยวกับอนาคตของฉัน	2	4.51	1.05
16	ฉันรู้สึกว่าชีวิตเต็มไปด้วยความขัดแย้งและไม่มีความสุข	6	2.84	1.66
18	ชีวิตฉันไม่ได้มีความหมายเท่าใดนัก	10	2.02	1.38
20	ฉันเชื่อว่า ในชีวิตฉันยังมีเป้าหมายที่สามารถเป็นจริงได้	1	4.93	0.82

ภาคผนวก จ

ตารางแสดงคะแนนเฉลี่ย ลำดับ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการสนับสนุนทางสังคม

ข้อ	ข้อความ	ลำดับ	X	S.D.
1	ให้คำแนะนำและแนวทางการปฏิบัติตัวที่เป็นประโยชน์	6	2.95	1.41
2	ให้ความมั่นใจว่าเราจะอยู่ช่วยเหลือ เมื่อท่านต้องการ	3	3.26	1.01
3	ช่วยให้ท่านมีขวัญและกำลังใจ เมื่อท้อแท้	2	3.49	0.86
4	ให้ความสนใจ เอาใจใส่ทุกข้อ	1	3.54	0.7
5	ท่านรู้สึกว่าคุณสามารถให้ความไว้วางใจ สามารถปรับทุกข์และบอกความในใจได้	5	3.21	0.98
6	ให้ความช่วยเหลือเมื่อท่านต้องการเงิน หรือต้องการความช่วยเหลือที่รีบด่วน	4	3.22	0.93
7	ให้ความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน	7	2.94	1.14

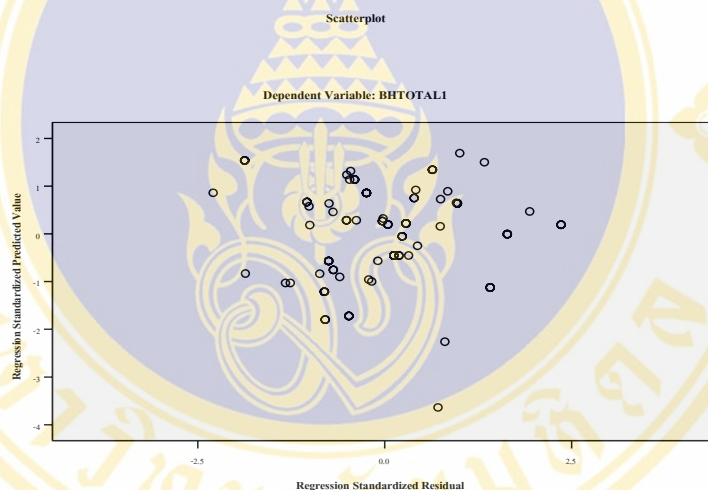
ภาคผนวก จ
ตารางแสดงคะแนนเฉลี่ย ลำดับ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้ความรุนแรง
ของการเจ็บป่วย

ข้อ	ข้อความ	ลำดับ	X	S.D.
1	การเจ็บป่วยครั้งนี้ กระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของท่านมาก	2	3.44	1.25
2	ท่านรู้สึกว่าการเจ็บป่วยของท่านรุนแรงขึ้นกว่าเดิม	11	2.46	1.11
3	การเจ็บป่วยครั้งนี้ ทำให้ร่างกายท่านอ่อนแอลงไปมาก	4	3.07	1.16
4	การรักษาขณะนี้ ทำให้ท่านมีอาการแทรกซ้อนทางร่างกายมาก	5	3.04	1.15
5	ท่านรู้สึกกังวลใจที่รูปร่างหน้าตาเปลี่ยนแปลงไปจากการเจ็บป่วยด้วยมะเร็ง	13	2.33	1.27
6	ท่านรู้สึกกลัวต่อการเจ็บป่วยครั้งนี้	9	2.81	1.32
7	การเจ็บป่วยครั้งนี้ ทำให้ท่านทุกข์ทรมานใจมาก	10	2.74	1.18
8	ท่านรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	3	3.1	1.32
9	ท่านทำใจยอมรับการเจ็บป่วยได้ดี	14	2.21	0.91
10	การเจ็บป่วยเป็นปัญหาต่อสัมพันธภาพในครอบครัวของท่าน	16	2.06	1.15
11	การเจ็บป่วยทำให้ท่านเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้น้อยลง	7	2.93	1.23
12	การเจ็บป่วยทำให้ท่านต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษามากขึ้น	1	3.82	1.14
13	การเจ็บป่วยทำให้ท่านต้องเป็นภาระของผู้อื่นมากขึ้น	6	2.95	1.22
14	ท่านยังทำหน้าที่ในครอบครัวและการทำงานได้ตามปกติ แม้ว่าจะเจ็บป่วย	15	2.1	1.04
15	ท่านรู้สึกว่าท่านมีกรรมมากถึงต้องเจ็บป่วยอย่างนี้	8	2.93	1.65
16	ท่านรู้สึกว่าไม่มีสิ่งใดในโลกนี้จะช่วยให้ท่านหายจากการเจ็บป่วย	17	1.85	0.85
17	ถึงแม้จะเจ็บป่วย แต่ชีวิตของท่านก็มีคุณค่า	18	1.49	0.73
18	ภาวะเจ็บป่วย ทำให้ท่านไม่อยากตั้งความหวังอะไรในอนาคตอีกแล้ว	12	2.38	1.06

ภาคผนวก ข

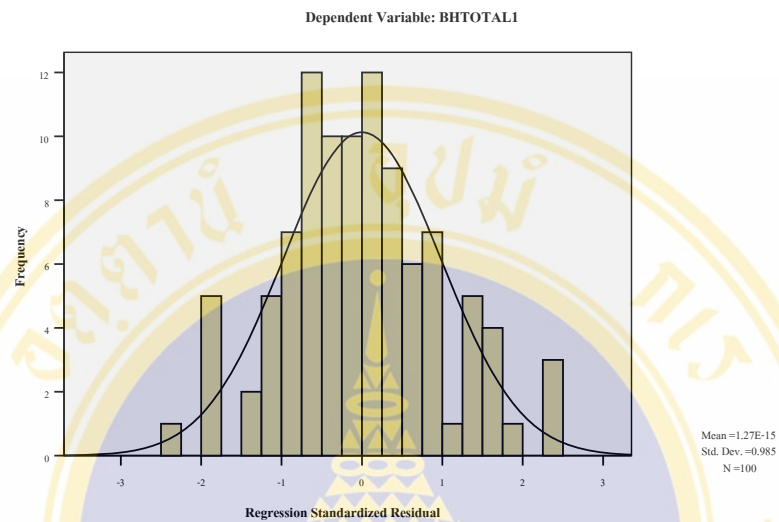
การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเข้าพร้อมกัน

ในการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเข้าพร้อมกัน เพื่อให้ผลการวิจัยมีความคลาดเคลื่อนน้อยที่สุด ข้อมูลที่จะนำมาวิเคราะห์ควรมีลักษณะดังนี้ 1) มีการแจกแจงแบบปกติ (Normality) 2) มีรูปแบบเป็นความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity) 3) ความแปรปรวนมีค่าคงที่หรือเป็นเอกภาพ (Homoscedasticity) (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2548) จากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเข้าพร้อมกัน เมื่อพิจารณารูปที่ พบว่าข้อมูลมีการกระจายตัวเท่ากันเท่ากันทั้งด้านซ้าย-ขวา และบน-ล่าง ของเส้น zero residual line พบว่าผ่านข้อตกลงเบื้องต้น



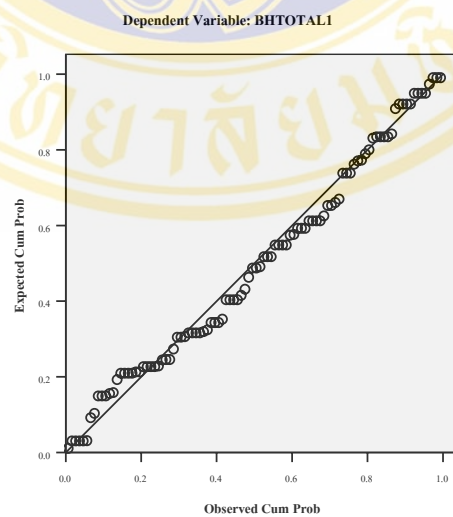
รูปแสดงการกระจายตัวของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนายกับ residual score
ของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

Histogram



รูปแสดงการแจกแจงปกติ

Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual



รูปแสดงความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงของคุณภาพชีวิตกับตัวแปรอิสระ

ตารางแสดงการทดสอบการแจกแจงปกติ

ตัวแปร	Kolmogorov- Smirnov	
	Statistic	p- value
ความผาสุกทางจิตวิญญาณ	.086	.064
การสนับสนุนทางสังคม	.201	.000
การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย	.077	.146

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวพรพรม รุจิไพโรจน์
วัน เดือน ปีเกิด	25 กรกฎาคม พ.ศ. 2521
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย, พ.ศ. 2539 – 2542 ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2545- 2550 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน	พ.ศ. 2542 – ปัจจุบัน ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชนและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย โทรศัพท์ 02- 2564096 ต่อ 593 ตำแหน่ง อาจารย์ 4
ที่อยู่	40/ 1890 หมู่ 4 หมู่บ้านพฤษยา B ต. คลองสาม อ. คลองหลวง จ. ปทุมธานี