

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสามารถของผู้ดูแลในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณและการได้รับการตอบสนองในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา ผู้วิจัยได้ทำการศึกษา ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดตามลำดับดังนี้

1. มะเร็งและรังสีรักษา
 - 1.1 ความหมายของโรคมะเร็ง
 - 1.2 วิธีการรักษาโรคมะเร็งด้วยรังสีรักษา
 - 1.3 อาการข้างเคียงของการรักษาด้วยรังสีรักษา
 - 1.4 ผลกระทบของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา
 - 1.5 ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา
2. ความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา
 - 2.1 ความหมายของจิตวิญญาณ
 - 2.2 ความสำคัญของจิตวิญญาณ
 - 2.3 ความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา
3. ความสามารถของผู้ดูแลในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา
 - 3.1 ความหมายของผู้ดูแล
 - 3.2 ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา
 - 3.3 ความสามารถของผู้ดูแลในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา

มะเร็งและรังสีรักษา

ความหมายของโรคมะเร็ง

โรคมะเร็ง (cancer) เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของยีนหรือโครโมโซมที่มีการเปลี่ยนแปลงทางลักษณะเซลล์อย่างจำเพาะ ทำให้เซลล์มีการแบ่งตัวเพิ่มขึ้นไม่สามารถควบคุมการเจริญเติบโตได้ สามารถลุกลามไปยังอวัยวะใกล้เคียงและกระจาย ไปยังเนื้อเยื่อและตำแหน่งของอวัยวะอื่นๆ

(metastasis) โดยผ่านทางหลอดเลือดและระบบน้ำเหลือง ทำให้บริเวณที่เป็นโรคมียังมีจำนวนเซลล์เพิ่มขึ้น มองเห็นเป็นกลุ่มก้อน เมื่อเกิดมะเร็งในร่างกายจะส่งผลกระทบต่อระบบกายวิภาคทำให้ระบบต่างๆภายในร่างกายไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ส่งผลให้อวัยวะในร่างกายมีการสูญเสียหน้าที่ ทำให้ร่างกายทรุดโทรมจนถึงเสียชีวิตในที่สุด (นิยา, 2546; ปรียา และ ยุพาวรรณ, 2548; อุปมา, 2541; Bucholtz & Ziegfeld, 1998; Sekeres, 2004)

วิธีการรักษาโรคมะเร็งด้วยรังสีรักษา

การรักษาโรคมะเร็งในปัจจุบันมีหลายวิธี ได้แก่ การผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ซึ่งอาจจะใช้วิธีเดียวหรือหลายวิธีร่วมกันขึ้นอยู่กับระยะของโรค (นิยา, 2546; ปรียา และ ยุพาวรรณ, 2548) การรักษาด้วยรังสีรักษาเป็นวิธีหนึ่งที่นิยมมาก ซึ่งพบว่ามากกว่าร้อยละ 60 ของผู้ป่วยมะเร็ง รักษาโดยรังสีรักษา (Maher, 2000) เนื่องจากการใช้รังสีรักษาทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสหายจากโรคและมีชีวิตยืนยาวขึ้น

รังสีรักษา เป็นการนำพลังงานรังสีขนาดสูงเพื่อทำลายเซลล์มะเร็ง โดยอาศัยประจุรังสี (ionizing radiation) ไปทำลายดีเอ็นเอโดยตรงทำให้เกิดการตายของเซลล์ เซลล์มะเร็งหรือเซลล์ปกติจะได้รับอันตรายจากรังสีได้ทั้งสิ้น แต่ด้วยอัตราการทำลายที่ต่างกัน สำหรับเซลล์มะเร็งที่กำลังแบ่งตัวจะไวต่อรังสีมากกว่าเซลล์ปกติ ซึ่งแบ่งตัวช้าหรือไม่แบ่งตัว (ธิตติ, 2546; ปรียา และ ยุพาวรรณ, 2548; Connell, Martel & Hellman, 2005; Cullen, Derrickson & Potter, 2002; Stewart & Kleihues, 2003) การรักษาโรคมะเร็งด้วยรังสีรักษาโดยทั่วไปขึ้นอยู่กับปริมาณรังสีที่ใช้และขนาดของมะเร็ง ซึ่งมี 2 วิธี คือ (นิยา, 2546; ปรียา และ ยุพาวรรณ, 2548; พวงทอง, จีระภา, รัตนา, และ วิภา, 2541; วิชาญ, 2544; Bucholtz & Ziegfeld, 1998; Chon, 2004; Maher, 2000)

1. การให้รังสีจากสารกำเนิดภายนอกเข้าสู่ร่างกาย (external radiation therapy) ซึ่งแบ่งได้ดังนี้

1.1 การฉายแสง (teletherapy) เป็นวิธีการรักษาโดยฉายรังสีจากแหล่งกำเนิดรังสีซึ่งมีอำนาจทะลุทะลวงสูง อยู่ห่างไกลจากตัวคนไข้ หรืออยู่ภายนอกร่างกายโดยฉายรังสีเข้าไปบริเวณที่มีเนื้อมะเร็ง รังสีจะทะลุผ่านผิวหนังไปทำลายเซลล์มะเร็งที่อยู่ภายในลึกๆ ได้ การรักษาวิธีนี้จะสามารถฉายครอบคลุมได้ในบริเวณกว้าง แต่มีข้อเสียคือ ทำให้เนื้อเยื่อปกติได้รับรังสีโดยไม่มีควมจำเป็น มีภาวะแทรกซ้อนสูง รังสีที่ใช้โดยทั่วไปมีเอกซเรย์ แกมมาเรย์ โพตอนและอิเล็กตรอน การรักษาวิธีนี้ได้แก่ เครื่องบีตาตรอน เครื่องฉายกัมมันตรังสี เช่น โคบอลต์ 60 ซีเซียม 137 เป็นต้น การรักษาผู้ป่วยส่วนใหญ่นิยมใช้วิธีนี้ ถ้ามีการจัดลำแสงให้ดีและถูกต้องผู้ป่วยจะได้รับประโยชน์สูงสุดคือ รังสีจะทำลายเฉพาะส่วนสำคัญที่อยู่ในบริเวณที่มีปริมาณรังสีสูงๆ (90-95%) ส่วนบริเวณ

รอบนอกก็จะได้รับรังสีที่ต่ำลงมาเรื่อยๆ โดยปกติมักจะใช้การฉายรังสีหลายๆ fields เช่น 2, 3, 4 fields หรือมากกว่านั้น เพื่อลดผลข้างเคียงต่อเนื่องเยื่อปกติที่อยู่ในบริเวณที่ฉายรังสีให้น้อยลง นิยมใช้ในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งของสมอง สี่ริษะ ลำคอ หลอดอาหาร โพรงของจมูก ปอด และกระเพาะปัสสาวะ เป็นต้น การรักษาใช้ระยะเวลา 1 – 2 เดือน โดยฉายทุกวันครั้งละประมาณ 2 – 5 นาที

1.2 การใส่แร่ (brachytherapy) เป็นการรักษาที่ต้นกำเนิดของรังสีอยู่ชิดติดกับรอยโรคที่จะรักษา เช่น การนำต้นกำเนิดรังสีซึ่งเป็นสารไอโซโทปฝัง หรือสอดเข้าไปในตัวก้อนมะเร็งหรือโพรงของอวัยวะที่เป็นโรคมะเร็งภายในร่างกาย เมื่อได้ปริมาณรังสีที่เพียงพอตามเวลาที่คำนวณไว้จะนำอุปกรณ์และแร่ออกโดยไม่มีแร่หรือรังสีตกค้างในตัวผู้ป่วย รังสีที่ใช้มักจะเป็นแร่เรเดียม (radium) ซีเซียม (cesium) เอิริเดียม (iridium) เป็นต้น

2. การให้สารกำเนิดรังสีเข้าไปในร่างกาย (internal radiation therapy) เป็นการใช้รังสีรักษา โดยต้นกำเนิดรังสีอยู่ภายในร่างกายหรือภายในเนื้อเยื่อที่จะรักษา โดยการรับประทาน หรือใส่เข้าไปในช่องว่าง วิธีนี้เซลล์มะเร็งมีโอกาสถูกรังสีฆ่าตายหมด และเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อเนื่องเยื่อปกติน้อยกว่าวิธีแรก แต่การรักษาวิธีนี้ค่อนข้างยุ่งยาก สามารถเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มาก ถ้าสารกัมมันตรังสีเข้าไปใกล้เนื้อเยื่อปกติ การรักษาวิธีนี้คือ

2.1 การสอดใส่สารกัมมันตรังสีเข้าไปในโพรงของอวัยวะที่เป็นมะเร็ง เช่น โพรงมดลูก

2.2 การฝังสารกัมมันตรังสีเข้าไปในเนื้อเยื่อโดยตรง สารกัมมันตรังสีอาจเป็นเข็มหรือเป็นแท่ง เช่น ใช้รักษามะเร็งที่ริมฝีปากและลิ้น

2.3 การรับประทานหรือนิยสารกัมมันตรังสีบางชนิดเข้าไปทำลายเซลล์มะเร็ง เช่น การรักษามะเร็งของต่อมไทรอยด์ โดยการให้รับประทานสารไอโซโทปบางตัวของไอโอดีน 131 การฉีดคอลลอยด์ของทอง 198 เข้าไปในช่องเยื่อหุ้มปอดหรือช่องท้องเพื่อรักษามะเร็ง

เป้าหมายในการรักษาด้วยรังสีรักษา

การรักษาด้วยรังสีรักษามีเป้าหมาย 2 ประการ คือ (วิชาญ, 2544)

1. การรักษาแบบประคับประคอง (palliative treatment) เป็นการใช้รังสีรักษาโรคตามอาการเพื่อบรรเทาความทรมานในผู้ป่วยที่ไม่สามารถจะรักษาให้หายขาดได้ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยลดอาการที่ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ อาการปวด การอุดตัน มีเลือดออก อาการทางระบบประสาท

2. การรักษาให้หายขาด (curative treatment) เป็นการใช้รังสีรักษาในกลุ่มผู้ป่วยที่คาดว่า จะสามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องพิจารณาให้รังสีแก่ผู้ป่วยในปริมาณที่เพียงพอ และในขณะเดียวกันก็

ต้องยอมรับผลข้างเคียงซึ่งหลีกเลี่ยงไม่ได้เพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่รอด การให้ปริมาณรังสีที่สูงที่สุดเพื่อให้ได้ผลดีที่สุดและผลข้างเคียงที่ยอมรับได้

อาการข้างเคียงของการรักษาด้วยรังสีรักษา

การรักษาด้วยรังสีรักษามีผลในการทำลายเซลล์มะเร็งบริเวณที่ได้รับรังสี และยังมีผลต่อเซลล์ปกติบริเวณข้างเคียง อาการและอาการแสดงที่พบจะแตกต่างกันตามความไวต่อรังสีของเนื้อเยื่อและเซลล์มะเร็งแต่ละชนิด อาการที่พบบ่อยจากผลของรังสีรักษา ได้แก่ (ปริยา และ ยุพาวรรณ, 2548; Connell, Martel, & Hellman, 2005; Cullen, Derrickson, & Potter, 2002)

1. การเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง ผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาจะประสบปัญหาการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง เนื่องจากประจุรังสี (ionization) ทำปฏิกิริยากับผิวหนัง โดยผู้ป่วยที่ได้รับรังสี 1,000 – 2,000 เซนติเกรย์ หรือประมาณ 2-3 สัปดาห์ หลังจากได้รับรังสีจะสังเกตเห็นผื่นแดง (erythema) ผิวแห้ง (dryness) บริเวณผิวหนังที่ได้รับรังสี เนื่องมาจากการคั่งของเลือดในบริเวณที่ได้รับรังสี ต่อมาเมื่อได้รับรังสีประมาณ 4,000 เซนติเกรย์ ผิวหนังจะเริ่มแห้ง ตกสะเก็ด และเปลี่ยนเป็นสีดำน้อยลงใหม่ ซึ่งเกิดจากรังสีไปกระตุ้นให้มีการสร้างเมลานิน (melanin) มากขึ้นในเซลล์ผิวหนัง จากการศึกษาภาวะแทรกซ้อนของรังสีรักษาต่อการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอจำนวน 80 ราย พบว่า ผู้ป่วยมีผิวแห้ง ร้อยละ 67.5 คันบริเวณผิวหนัง ร้อยละ 50 และผิวหนังแดงร้อน ร้อยละ 32.5 ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับรังสีรักษาตั้งแต่ 4,001 เซนติเกรย์ขึ้นไป (สุริสา, 2548)

2. อาการอ่อนเพลีย (fatigue) จะมีอาการตั้งแต่ได้รับรังสีในสัปดาห์แรกโดยความรุนแรงจะค่อยๆ เพิ่มขึ้นตามปริมาณรังสีที่ได้รับ เนื่องจากรังสีทำให้เกิดการทำลายเนื้อเยื่อ มีผลให้ร่างกายมีการใช้พลังงานจำนวนมากในการซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ ทำให้ร่างกายมีพลังงานลดลงและเกิดอาการอ่อนเพลียตามมาได้ จากการศึกษาเชิงคุณภาพของเอกฟอร์สและปีเตอร์สัน (Ekfors & Petersson, 2004) เกี่ยวกับประสบการณ์ระหว่างได้รับรังสีรักษามาแล้ว 2 สัปดาห์ของผู้ป่วยมะเร็งปอด จำนวน 15 ราย พบว่า อาการอ่อนเพลียเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีพลังงานลดลง จนบางครั้งต้องแยกตัวออกจากสังคม เนื่องจากไม่มีแรงที่จะพบปะพูดคุยกับบุคคลอื่น และสอดคล้องกับการศึกษาของบีชและคณะ (Beach et al., 2001) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างอาการอ่อนเพลียและภาวะโภชนาการของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับรังสีรักษาจำนวน 74 ราย พบว่า ปัญหาอ่อนเพลียเป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยมะเร็งปอดขณะเข้ารับรังสีรักษา ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยร้อยละ 31 มีปัญหาทางด้านโภชนาการโดยมีระดับของอัลบูมินต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน

3. ผมร่วง (alopecia) เกิดจากต่อมรากผม (hair follicles) ถูกทำลายโดยตรงจากรังสีที่ได้รับ อาการจะเกิดภายหลังได้รับรังสี 2 – 3 สัปดาห์ ผมจะมีการงอกขึ้นใหม่ 3 – 6 เดือนหลังจาก

การรักษาเสร็จสมบูรณ์ ถ้าได้รับรังสีสูงมากๆ ประมาณ 6,000 เซนติเกรย์ อาจทำให้ไม่มีการงอกใหม่ของเส้นผมตลอดไป (Maher, 2000) จากการศึกษาภาวะแทรกซ้อนของรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอจำนวน 80 ราย พบว่า ผู้ป่วยมีอาการผมร่วงร้อยละ 13.75 (สุทธิสา, 2548)

4. ปากแห้ง (xerostomia) เป็นอาการข้างเคียงที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ เกิดขึ้นเนื่องจากประจุรังสี (ionizing radiation) ไปทำลายดีเอ็นเอ (DNA) เกิดการตายและการเปลี่ยนแปลงทั้งรูปร่างและสรีรวิทยาของเซลล์ ส่งผลให้การไหลเวียนของเลือด (vascularity) และจำนวนออกซิเจนที่มาเลี้ยงเนื้อเยื่อของช่องปากลดลง ส่งผลให้การทำหน้าที่ต่อมน้ำลายมีการสร้างน้ำลายลดลง ทำให้น้ำลายมีความเหนียว การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้เป็นการเพิ่มภาวะเสี่ยงของการเกิดฟันผุและการติดเชื้อในช่องปากมากขึ้น อาการมักเกิดขึ้นประมาณ 1 – 2 สัปดาห์ (ภัทรระจิต, 2547) ซึ่งจากการศึกษาภาวะแทรกซ้อนของรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอจำนวน 80 ราย พบว่า ผู้ป่วยมีอาการปากแห้งร้อยละ 80 (สุทธิสา, 2548)

5. เยื่อในช่องปากอักเสบ (oral mucositis) เป็นอาการที่พบได้ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา จะเกิดอาการอักเสบของเยื่อในช่องปากได้ประมาณสัปดาห์ที่ 2 ของการรับรังสีรักษา จนถึงระยะสุดท้ายของการรักษา (ภัทรระจิต, 2547; Faber, 2000)

6. ท้องเสีย (diarrhea) เกิดจากการได้รับรังสีบริเวณช่องท้องและอุ้งเชิงกราน จะมีอาการ 2-3 สัปดาห์หลังได้รับรังสี ท้องเสียเกิดจากการอักเสบ และมีการทำลายเซลล์ของเยื่อทางเดินอาหาร เยื่อบุลำไส้ ทำให้มีการดูดซึมสารอาหาร น้ำ และกรดน้ำดีในลำไส้ลดลง ทำให้เกิดท้องเสียอย่างรุนแรง ผู้ป่วยบางรายร่างกายเสียน้ำและเกลือแร่มาก อาจทำให้เสียชีวิตได้ภายใน 1 สัปดาห์ (Cullen, Derrickson, & Potter, 2002)

7. ไชกระดูกถูกกดจากรังสี (bone marrow suppression) รังสีจะมีผลต่อไขกระดูก ทำให้ไขกระดูกมีปริมาณลดลง การผลิตเม็ดเลือดของร่างกายก็จะน้อยลง ร่างกายจะขาดกิจกรรมการสลายตัวของเซลล์ (phagocytolysis activity) ภูมิคุ้มกัน โรครในร่างกายก็จะเสียไป มีการแข็งตัวของเลือดผิดปกติเกิดเลือดไหลไม่หยุด เกิดการติดเชื้อทำให้เสียชีวิตได้

8. ระบบประสาท รังสีจะมีผลทำลายเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงสมองและเซลล์ของสมอง จะทำให้เกิดสมองบวมอย่างเฉียบพลัน อาการที่เกิดขึ้นได้แก่ ความจำเสื่อม เฉื่อยชา ชักกระตุก

9. ระบบทางเดินปัสสาวะ (genitourinary system) การฉายรังสีหรือการสอดใส่แร่รักษาบริเวณช่องท้องหรืออุ้งเชิงกรานจะมีผลต่อการทำงานของกระเพาะปัสสาวะ อาจทำให้เกิดการระคายเคืองปัสสาวะบ่อย บางรายอาจมีปัสสาวะมีเลือดปนเป็นสีน้ำตาลเข้ม ซึ่งเป็นอาการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะในรายที่ได้รับรังสีมากกว่า 6 – 7 สัปดาห์ และอาจส่งผลให้เกิดกระเพาะปัสสาวะอักเสบได้ จากการศึกษาเกี่ยวกับกลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา

ร้อยละ 63 จำนวน 220 ราย พบว่า ผู้ป่วยมีอาการปัสสาวะบ่อยโดยเฉพาะในช่วงกลางคืน ร้อยละ 68

10. ระบบสืบพันธุ์ (reproductive system) การได้รับรังสีขนาดสูงหรือโดยตรงในบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ (gonads) ในเพศหญิงอาจทำให้เกิดอาการอักเสบของช่องคลอด จะทำให้ช่องคลอด แคลบลงหรือยึดติดกันและมักจะสูญเสียความรู้สึกทางเพศเพราะไม่มีการสร้างฮอร์โมนเพศจึงทำให้มีอาการมึนงงหรือคล้ายเวียนศีรษะเป็นประจำเดือน ในเพศชายจะทำให้เกิดเป็นหมันชั่วคราวหรือถาวร ขึ้นอยู่กับปริมาณรังสีที่ได้รับ (อารี, ลัทธนา, และ ช่อลดา, 2541)

ผลกระทบของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา

ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาจะได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ผลกระทบทางด้านร่างกาย ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาจะได้รับผลกระทบทางด้านร่างกายเนื่องจากภาวะของโรคและอาการข้างเคียงจากรังสีรักษา จากการศึกษาของ เอกเฟอร์สและปีเตอร์สัน (Ekfors & Petersson, 2004) เกี่ยวกับประสบการณ์ระหว่างได้รับรังสีรักษาในสัปดาห์ที่ 2 ของผู้ป่วยมะเร็งปอด จำนวน 15 ราย พบว่า ขณะได้รับรังสีรักษาผู้ป่วยจะมีปัญหาที่สำคัญ ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทุกราย กล่าวว่า รู้สึกอ่อนเพลีย ไม่มีแรง จนบางครั้งต้องแยกตัวออกจากสังคม เนื่องจากไม่มีแรงมากพอที่จะพบปะพูดคุยกับบุคคลอื่น รองลงมา คือ การรับรู้ถึงความไม่สุขสบายทางด้านร่างกายบริเวณที่ได้รับรังสีรักษา โดยผู้ป่วยบางรายมีอาการปวดเป็นระยะๆ เช่น ขณะไอหรือจาม ผู้ป่วยบางรายมีอาการปวดจนต้องตื่นขึ้นมาในช่วงกลางคืน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับกลุ่มอาการที่พบในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ร้อยละ 63 คือ ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย ร้อยละ 79 อาการไอ ร้อยละ 65 และอาการปวด ร้อยละ 60 (Gift, Jablonski, Stommel, & Given, 2004) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษายังเกิดปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและน้ำหนักลดอีกด้วย ซึ่งจากการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาการรับประทานอาหารและน้ำหนักลดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา จำนวน 50 ราย ผลการศึกษา พบว่า ปัญหาการรับประทานอาหารเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานทั้งก่อนและหลังได้รับรังสีรักษาไปแล้ว 1 ปี ส่วนปัญหาน้ำหนักลดจะเป็นปัญหาขณะที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา (Larsson, Hedelin, Johansson, & Athlin, 2005) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาจำนวน 33 ราย พบว่า ผู้ป่วยมีอาการเยื่อในช่องปากอักเสบ ทำให้มีความยากลำบากในการรับประทานอาหารและดื่มน้ำ ร้อยละ 88 และน้ำหนักลด 17 – 79 ปอนด์ ร้อยละ 83 (Rose-Ped et al., 2002) และจากปัญหาเรื่องการรับประทานอาหารดังกล่าว ส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านโภชนาการ ซึ่งจากการ

ศึกษาเกี่ยวกับภาวะโภชนาการของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับรังสีรักษาจำนวน 74 ราย พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 31 มีปัญหาทางด้านโภชนาการโดยมีระดับอัลบูมินต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน และผลการศึกษายังพบว่า ปัญหาโภชนาการพบมากในสัปดาห์ที่ 4 (Beach et al., 2001)

2. ผลกระทบทางด้านจิตใจ และอารมณ์ การเผชิญกับการรักษาด้วยรังสีรักษาของผู้ป่วยมะเร็งมีผลทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความตึงเครียดและวิตกกังวล เนื่องจากผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าตนเองกำลังสูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเอง ทำให้ไม่สามารถตัดสินใจหรือทำนายสภาพความเจ็บป่วยของตนเองและผลลัพธ์ของการรักษาได้ชัดเจน เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (นิตยา, นันทา, อรรถพร, และไพรัตน์, 2536; อภิรดี, 2547; Flannelly, Flannelly & Weaver, 2002; Maher, 2000) นอกจากนี้รังสีรักษายังต้องใช้ระยะเวลาที่ยาวนานและต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยบางรายต้องห่างไกลจากบ้านและญาติพี่น้อง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าหิว ติดยา ขาดบุคคลที่จะให้กำลังใจไปลอบโยนในการต่อสู้กับโรค จนบางครั้งไม่อาจทนรับการรักษาได้จนครบตามแผนการรักษา (ผ่องศรี, ทศนา, กอบกุล, และ วังนรินทร์, 2537) และจากลักษณะความเจ็บป่วยของโรคที่มักจะมีอาการรุนแรงของอาการเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตามระยะความรุนแรงของโรครวมทั้งภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกถึงความเลวร้าย หรือความรุนแรงของการเจ็บป่วย (O' Brien, 1999) จากการศึกษาของกรณิกา, ปราณิ, และปรียา (2543) เกี่ยวกับการตอบสนองของผู้ป่วยมะเร็งต่อการที่ต้องรับรังสีรักษา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยชายจำนวน 90 คน และหญิงจำนวน 91 คน ผลการศึกษา พบว่า เมื่อรับรู้ว่าจะต้องรักษาด้วยรังสีรักษา กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกตึงเครียดและวิตกกังวล และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิง คือ ผู้ป่วยเพศหญิงมีความรู้สึกตึงเครียดและวิตกกังวลมากกว่าเพศชาย ($p < .05$) และจากบทความเรื่อง ประสิทธิภาพของพยาบาลผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง ซึ่งผู้เขียนเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยนรีเวชกรรมและเจ็บป่วยด้วยมะเร็งปากมดลูกต้องเข้ารับรังสีรักษา ซึ่งในระหว่างที่ได้รับรังสีรักษา ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นมากมายจนรู้สึกท้อถอย ไม่อยากรับการรักษาต่อ จึงได้เข้าพบแพทย์เพื่อที่จะขอเลิกการรักษาด้วยรังสีเพราะอยู่ในสภาพที่ทนไม่ได้ ต่อมาผู้ป่วยเกิดรู้ว่ทะเลระหว่างถ้าใส่ใหญ่กับกระเพาะปัสสาวะซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดและการได้รับรังสีรักษา ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ารับสภาพของตนเองไม่ได้ รู้สึกท้อแท้ สิ้นหวังจนคิดสั้นอยากฆ่าตัวตาย และต้องการหนีไปอยู่ที่ไกลที่ไม่มีใครตามพบ (วัฒนา และ อำไพ, 2543)

3. ผลกระทบทางด้านสังคม จากพยาธิสภาพของโรคและภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษาทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงสภาพของบุคคล โดยผู้ป่วยไม่สามารถแสดงบทบาทเดิมของตนเองได้อย่างสมบูรณ์ทั้งบทบาทที่มีต่อครอบครัวและอาชีพการงาน เป็นเหตุให้ผู้ป่วยถูกแยกจากสังคม ซึ่งจะส่งผล กระทบต่อสัมพันธภาพทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคมลดลงด้วย (ภัสพร, กาญจนา, และกาญจณี, 2543) ผู้ป่วยบางรายเคยเป็นหัวหน้าครอบครัว อยู่ในวัยทำงาน มีหน้าที่หาเลี้ยงครอบครัว

ครัวแต่ไม่สามารถไปทำงานได้ ต้องหยุดงานเพื่อมาพบแพทย์และรับการรักษา ผู้ป่วยบางรายจะมีการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังโดยเกิดผื่นแดง ผิวแห้ง ผื่นร่วง ผู้ป่วยบางรายมีแผลที่มีกลิ่นเหม็น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ รู้สึกในทางลบกับโรคของตนเอง ไม่อยากให้อใครทราบว่าตนเองเป็นโรคมะเร็ง เพราะกลัวว่าจะเป็นที่รังเกียจของสังคม (สุพัตรา, 2544) จากการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและผลกระทบจากความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็ง ด้านการเปลี่ยนแปลงทางสังคม พบว่า ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมลดลง เนื่องจากไม่สะดวกทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยบางรายไม่กล้าขึ้นรถร่วมกับผู้โดยสารอื่นหรือนั่งรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่นเพราะกลัวคนรังเกียจแผล ผู้ป่วยบางรายไม่อยากมาโรงพยาบาลจึงต้องพึ่งพาญาติมารับยาที่โรงพยาบาล (निया, อารี, และ โชม พักตร์, 2545)

4. ผลกระทบทางด้านจิตวิญญาณ ขณะได้รับรังสีรักษาผู้ป่วยบางรายจะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับรังสี ทำให้คิดว่าความเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมานจากโรคเป็นการลงโทษจากเคราะห์กรรมพระเจ้าหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ผู้ป่วยบางรายเกิดความสงสัยในโชคชะตาและการเปลี่ยนแปลงของชีวิตว่าทำไมการเจ็บป่วยต้องเกิดขึ้นกับตนเอง (ทัศนีย์, 2543) และจากความเจ็บป่วยและอาการข้างเคียงจากรังสีรักษาที่ส่งผลกระทบต่อร่างกายของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติศาสนกิจได้ดั้งเดิมหรือผู้ป่วยบางรายต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอาจได้รับการปฏิบัติที่ขัดต่อความเชื่อหรือนิยาม เช่น ผู้ป่วยบางรายมีความเชื่อเรื่องทิศทางการวางเตียง แต่บุคลากรที่มสุขภาพต้องการโยกย้ายเตียงเพื่อเหตุผลในการรักษาและการดูแลอย่างใกล้ชิด ก่อให้เกิดผลกระทบต่อด้านจิตวิญญาณได้ (กาญจนา, 2548) ซึ่งจากการศึกษาความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งของบุบผา (2536) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งได้รับผลกระทบต่อด้านจิตวิญญาณจาก โรคและการรักษา คือ ผู้ป่วยร้อยละ 74.67 ไม่สามารถปฏิบัติศาสนกิจได้ดั้งเดิม เนื่องจากความหวาดหวั่นจากการรักษา ความวิตกกังวลจากความไม่แน่นอนของชีวิต ความทุกข์ทรมาน และความกลัวความเจ็บปวดและความตาย และร้อยละ 76 ต้องมีการเปลี่ยนแปลงจุดมุ่งหมายสูงสุดในชีวิต

จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา ได้รับผลกระทบจากโรคและอาการข้างเคียงจากรังสีรักษาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ผู้ดูแลจึงต้องมีความสามารถในการดูแลและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์สังคมและจิตวิญญาณได้

ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา

การใช้รังสีรักษาทำให้มีการทำลายเซลล์มะเร็ง แต่ผลของรังสียังมีผลต่อเซลล์ปกติของร่างกาย บริเวณข้างเคียง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนหรืออาการข้างเคียง ผู้ดูแลจึงต้องมีความสามารถในการดูแลและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยที่ได้รับรังสี ดังต่อไปนี้ (ชิตติ, 2546; นิยา, 2546; ปรียา และ ยุพา วรณ, 2548; Cullen, Derrickson & Potter, 2002)

1. ความต้องการการดูแลด้านร่างกาย ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา มีความต้องการการดูแลทางด้านร่างกาย เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคและอาการข้างเคียงจากการรักษา ขณะได้รับรังสีรักษาผู้ป่วยจะมีปัญหาที่สำคัญ ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย (Ekfors & Petersson, 2004) เนื่องจากเมื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย ประกอบกับร่างกายต้องการพลังงานเพิ่มขึ้นเพื่อซ่อมแซมเซลล์ที่ถูกทำลาย นอกจากนี้อาการอ่อนเพลียอาจเกิดจากภาวะช็อคหรือเลือดจางจากไขกระดูกสร้างเม็ดเลือดได้ช้ากว่าปกติ (อารี, ลัทธนา, และ ชอลดา, 2541) ผู้ดูแลต้องดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอและรับประทานอาหารที่ช่วยเสริมการสร้างเม็ดเลือด เช่น ตับ เครื่องในสัตว์ ผักใบเขียว เป็นต้น ผู้ป่วยร้อยละ 88 มีความลำบากในการรับประทานและดื่มน้ำ (Rose-Ped et al., 2002) ผู้ดูแลต้องคอยดูแลให้รับประทานอาหารอ่อนที่มีน้ำผสม กลืนง่าย ไม่ร้อน ควรดูแลให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมากกว่า 2,000 ซีซี/วัน ส่วนเครื่องดื่มควรเป็นเครื่องดื่มที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย เช่น น้ำส้ม ควรหลีกเลี่ยงอาหารรสจัด หรือเครื่องเทศ ในผู้ป่วยที่ได้รับรังสีบริเวณหน้าท้อง ทางเดินอาหาร ช่องอก หรือลำคอ ผู้ป่วยที่มีอาการปากแห้ง มีแผลในปาก ผู้ดูแลต้องคอยดูแลทำความสะอาดในช่องปากทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร บ้วนปากบ่อยๆ ใช้ยาสีฟันรสไม่จัด แปรงสีฟันขนอ่อนนุ่ม ดูแลให้บริหารปากเพื่อป้องกันการติบของปาก และเนื่องจากผู้ป่วยร้อยละ 31 มีปัญหาทางด้านโภชนาการ โดยมีระดับอัลบูมินต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (Beach et al., 2001) ผู้ดูแลต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารครั้งละน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง ดูแลให้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เช่น นม นมถั่วเหลือง เป็นต้น

นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายมีการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังโดยมีผิวแห้ง ร้อยละ 67.5 คัน บริเวณผิวหนัง ร้อยละ 50 และผิวหนังแดงร้อน ร้อยละ 32.5 (สุริสา, 2548) ผู้ดูแลต้องคอยดูแลผิวหนังบริเวณฉายแสงให้แห้งอยู่เสมอ ไม่วางกระเป๋าน้ำแข็ง กระเป๋าน้ำร้อน ไม่ขีดข่วน หรือแกะสะเก็ด ไม่ถูหรือทาครีม และยาใดๆ ที่บริเวณฉายแสง ผู้ป่วยบางรายขณะได้รับรังสีรักษาจะเกิดปัญหาเรื่องการสื่อสาร เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะคอ ผู้ป่วยมะเร็งที่ตัดกล่องเสียงออก และผู้ป่วยที่มีเสียงแหบ เนื่องจากอาการข้างเคียงจากรังสีรักษา ผู้ป่วยจึงมีความต้องการให้ผู้ดูแลคอยช่วยเหลือในเรื่องการติดต่อสื่อสาร ผู้ดูแลจึงต้องมีความสามารถในการใช้ทักษะการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยแทน

คำพูด เช่น การเขียน การใช้ท่าทาง การสัมผัส การประสานสายตาระหว่าง (Kathol, 2003) เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้

2. ความต้องการการดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ เมื่อผู้ป่วยรู้ว่าเป็นมะเร็งและจำเป็นต้องได้รับรังสีรักษาจะเกิดความรู้สึกตกใจกลัว วิตกกังวล ซึมเศร้า รับรู้ภาวะความเจ็บป่วยอย่างหมดหวัง และรู้สึกว่ากำลังเผชิญชะตากรรมและสถานการณ์ที่เลวร้ายที่สุด (กรณิกา,ปราณี, และปรียา, 2543; ผ่องศรี, 2541) และในขณะที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา ผู้ป่วยจะมีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่ทำให้รู้สึกท้อแท้ ท้อถอย (วัฒนา และอำไพ, 2543) นอกจากนี้ผู้ป่วยจะกลัวความเจ็บปวดและทรมานจากการได้รับรังสีรักษา (สุธิสา, 2548) ทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์เป็นอย่างมาก ผู้ป่วยจึงมีความต้องการการดูแลทางด้านจิตใจและอารมณ์ ซึ่งผู้ดูแลถือว่าเป็นผู้ที่มีความสำคัญในการเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญของผู้ป่วย (Kuuppelomaki, 2002) เนื่องจากผู้ที่มีความรักความผูกพันใกล้ชิดกับผู้ป่วย จะสามารถรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยได้ (Nuckolls, 2000) ผู้ดูแลต้องมีเวลาพูดคุยเพื่อให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวญาติพี่น้อง ซึ่งความรักและความอบอุ่นในครอบครัวหรือญาติมิตรจะมีความสำคัญต่อความสุขทางจิตใจ ความมั่นคงทางอารมณ์ของผู้ป่วย การแสดงความรัก ความเอื้ออาทรต่อกัน จะทำให้เกิดความเข้าใจ ความรักและอบอุ่นภายในครอบครัว (ทัศนีย์, 2545ข) นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายอาจมีปัญหาที่ต้องการจะเล่าหรือระบายให้ฟัง ผู้ดูแลต้องมีความสามารถในการเป็นผู้รับฟังที่ดี สามารถร่วมรับรู้ความรู้สึกของผู้ป่วย และสามารถแยกแยะเรื่องราวที่เป็นความต้องการของผู้ป่วยได้ ((Craven & Himle, 2003)

3. ความต้องการการดูแลด้านสังคม จากความรุนแรงของการเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถจำกัดทั้งการทำหน้าที่ของร่างกาย ตลอดจนการติดต่อปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง ทำให้ผู้ป่วยต้องการการดูแล ซึ่งผู้ให้การดูแลส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัว เนื่องจากเป็นผู้ที่ใกล้ชิดและสามารถรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยได้ ซึ่งจากการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่มีความเจ็บปวด พบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลด้านสังคม คือ มีความต้องการได้รับการฟังพาทที่ดี และมีครอบครัวที่สมบูรณ์ (นิยา และคณะ, 2545)

4. ความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณ ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งขณะได้รับรังสีรักษาจะมีความแตกต่างไปจากภาวะปกติและจะเปลี่ยนแปลงไปตามอาการและการดำเนินของโรค (ทัศนีย์, 2543) ในยามเจ็บป่วยผู้ป่วยมักมีความต้องการทางด้านจิตวิญญาณมากเป็นพิเศษเพื่อเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ หรือเพื่อต่อรองจากสิ่งที่ไม่เห็น ซึ่งอาจเป็นอภินิหารจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรือพระเจ้า ซึ่งความเชื่อนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความหวัง มีกำลังใจ และสามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้ (Meraviglia, 1999) จากการศึกษาของ บุปผา (2536) เกี่ยวกับความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 56 ต้องการหายจากโรค

ร้อยละ 37.33 ต้องการปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา และร้อยละ 36 ต้องการมีชีวิตอยู่ให้นานที่สุด (บุบผา, 2536) และจากการศึกษาของ ผ่องศรี และ รุ่งนภา (2540) เกี่ยวกับการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษามีการรับรู้ว่าเป็นอนาคตจะมีสุขภาพที่ดี ไม่ทุกข์ทรมานจากโรคและมีความหวังว่าจะมีสุขภาพที่ดีกว่าคนอื่นๆ ที่รู้จัก

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา จะได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ทำให้ศักยภาพในการดูแลตนเองมีจำกัด จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากผู้ดูแลที่มีความรู้ ความเข้าใจ มีทักษะและความสามารถในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองได้ตรงกับความต้องการ

ความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา

ความหมายของจิตวิญญาณ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความหมายของจิตวิญญาณ สามารถสรุปได้ว่า จิตวิญญาณ เป็นองค์ประกอบหนึ่งของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกที่ติดตรึงฝังแน่น ผูกพันอย่างลึกซึ้งอยู่ใน ส่วนลึกของจิตใจ (Coyle, 2002; Meraviglia, 2002) ทำให้บุคคลสัมผัสได้ถึงความดี ความมีคุณค่า ความมีศักดิ์ศรี (ทัศนีย์, 2545ข) ขอมรับตนเอง ไว้วางใจในตนเองโดยมีพื้นฐานจากการมีความหมาย และเป้าหมายในชีวิต การมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น พระเจ้าและสิ่งนอกเหนือตนเอง และการมีความหวัง (Highfield, 1992; Highfield & Carson, 1983) จิตวิญญาณเป็นส่วนเฉพาะของบุคคลที่ แสดงถึงความซื่อสัตย์ ความรักและการสร้างสมดุลในชีวิต (Labun, 1988; Potter & Perry, 2005) เป็นแกนหลักของชีวิตที่มีหน้าที่เชื่อมประสานการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ และสังคมให้มีความหมาย เป็นองค์รวมและความผาสุกในชีวิต (Meraviglia, 2002) จิตวิญญาณไม่จำเป็นต้องมีศาสนาเป็นองค์ประกอบแต่ ศาสนาเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้บุคคลรับรู้ถึงความหมายของชีวิตได้ (Coyle, 2002; Kozier, Erb, Berman, & Burke, 2000; Tanyi, 2002) การให้ความหมายของจิตวิญญาณในแต่ละบุคคลแตกต่างกันขึ้นกับหลายปัจจัย เช่น การเลี้ยงดูในครอบครัว ค่านิยม ปรัชญาในการดำเนินชีวิต วัฒนธรรม ความเชื่อและการนับถือศาสนา (ทัศนีย์, 2545ก; Labun, 1988)

ความสำคัญของจิตวิญญาณ

บุคคลทุกคนมีความต้องการด้านจิตวิญญาณไม่ว่าจะนับถือศาสนาใด หรือแม้แต่คนที่ไม่ มีศาสนา (ทัศนีย์, 2543) เนื่องจากจิตวิญญาณเป็นลักษณะเจาะจงของบุคคล และช่วยให้คนเป็นคนที่ สมบูรณ์ (Tanyi, 2002) จิตวิญญาณมีบทบาทสำคัญที่เกี่ยวกับการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วยมะเร็ง (Musgrave &

McFarlane, 2004) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความสำคัญของจิตวิญญาณสามารถสรุปได้ 3 ข้อ ดังนี้

1. จิตวิญญาณเปรียบเหมือนแหล่งของความหมาย ความหวัง กำลังใจ หรือเครื่องยึดเหนี่ยวของจิตใจให้บุคคลสามารถก้าวผ่านปัญหา อุปสรรค ความลำบากและความยุ่งยากในชีวิต (DeLaune & Ladner, 2002; Nuckolls, 2000) โดยเฉพาะในยามเจ็บป่วยบุคคลมักมีความต้องการทางด้านจิตวิญญาณมากเป็นพิเศษเพื่อเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ หรือเพื่อการต่อรองจากสิ่งที่มองไม่เห็น สิ่งศักดิ์สิทธิ์ หรือพระเจ้า ที่นอกเหนือจากอำนาจการควบคุมบังคับของมนุษย์ธรรมดาจะกระทำได้ พลังจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ หรือความเชื่อจะช่วยให้บุคคลมีความหวัง กำลังใจ และสามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้ (Meraviglia, 1999)
2. จิตวิญญาณช่วยเยียวยารักษาในขณะที่ร่างกายมีความเจ็บป่วย โดยจะช่วยในการสร้างสมดุลของชีวิต จิตวิญญาณเปรียบเสมือนขุมพลังของสุขภาพ ที่ทำให้สุขภาพร่างกายและจิตใจดี (Nuckolls, 2000) และเป็นพลังที่ช่วยในการฟื้นฟูให้หายจากการเจ็บป่วย (Strang, Strang, & Ternstedt, 2002)
3. จิตวิญญาณทำหน้าที่เป็นตัวประสาน (connection) องค์กรประกอบต่างๆของบุคคล คือ ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ให้มีความเป็นองค์รวม (O' Brien, 1999) จิตวิญญาณไม่เพียงแต่เป็นความเชื่อทางศาสนาแต่เป็นการค้นหาจุดมุ่งหมายและความหมายของชีวิต (Potter & Perry, 2003)

ความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา

มนุษย์ทุกคนเกิดมามีความต้องการด้วยกันทั้งสิ้น ทั้งความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ความต้องการเป็นกระบวนการที่มีความต่อเนื่อง ตั้งแต่เกิดจนตาย และจะมีความต้องการทั้งในเวลาปกติและเจ็บป่วย ซึ่งความต้องการทางด้านจิตวิญญาณเป็นความต้องการขั้นสูงสุด (บุบผา, 2546) โดยเฉพาะในภาวะเจ็บป่วย ภาวะวิกฤติ หรือภาวะใกล้ตายผู้ป่วยจะมีการแสดงออกถึงความต้องการด้านจิตวิญญาณที่เด่นชัดขึ้น (O' Brien, 1999) เนื่องจากเป็นความต้องการเกี่ยวกับตนเอง และอยู่ในส่วนที่ลึกที่สุด (Craven & Hirmler, 2003) ในภาวะที่ผู้ป่วยมะเร็งต้องได้รับรังสีรักษาจะมีความต้องการด้านจิตวิญญาณเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากการรักษาด้วยรังสีรักษาไม่สามารถยืนยันผลการรักษาได้แน่นอน (Hilderley, 2000) ผู้ป่วยไม่สามารถทำนายสภาพความเจ็บป่วยของตนและผลลัพธ์ของการรักษาได้ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (อภิรติ, 2547; Maher, 2000) ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถยอมรับความเจ็บป่วย หรืออาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ ทำให้คิดว่าความเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมานจากโรคเป็นการลงโทษจากเคราะห์กรรม พระเจ้าหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ผู้ป่วยบางรายเกิดความสงสัยในโชคชะตาและการเปลี่ยนแปลงของชีวิตว่าทำไมการเจ็บป่วย

ต้องเกิดขึ้นกับตนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง(ทศนีย์, 2543) ทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการด้านจิตวิญญาณเพิ่มมากขึ้น เพื่อเป็นความหวัง กำลังใจ และเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจให้สามารถก้าวผ่านปัญหา อุปสรรคและภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับรังสีรักษา ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา มีความต้องการด้านจิตวิญญาณ สรุปได้ 3 ด้าน ดังนี้ (Highfield, 1992)

1. ความต้องการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต (the need for meaning and purpose in life)

การมีความหมายในชีวิต หมายถึง การรับรู้ว่า ชีวิตนั้นมีความหมาย มีความสำคัญ การมีความหมายในชีวิต จะมีความเกี่ยวข้องกับการมีเป้าหมายในชีวิต เพราะการมีความหมายในชีวิตเป็น ความคาดหวังหรือการประสบความสำเร็จในชีวิต (Hermann, 2001) ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาจะ ค้นหาความหมายและเป้าหมายในชีวิตเพื่อเป็นเหตุผลในการยอมรับตนเอง โดยผู้ที่ค้นพบความหมาย และเป้าหมายในชีวิตจะมีพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความเข้าใจในองค์ประกอบของชีวิต มีความชัดเจน ในความรู้สึกละเอียดสำคัญ ยอมรับและเข้าใจความทุกข์ของตน แสดงออกถึงการมีความหมายใน การมีชีวิตอยู่หรือความตาย (Craven & Hirmler, 2003; Potter & Perry, 2005) สำหรับผู้ที่ขาดความ หมายในชีวิตจะเกิดปัญหาทางจิตวิญญาณ และจะแสดงออกถึงความผิดหวัง หดหู่ ไม่สุขสบาย ไม่สามารถหาเป้าหมายในการดำรงชีวิตได้ (Craven & Hirmler, 2003; Kozier, Erb, Berman, & Burke, 2000) ในผู้ที่นับถือศาสนาจะปฏิบัติตามหลักของศาสนา จนบรรลุเป้าหมายสูงสุดของชีวิต ตามหลักศาสนานั้นๆ ซึ่งตามความเชื่อของศาสนาอิสลามความต้องการการมีความหมายและจุดมุ่ง หมายในชีวิต คือการยอมรับตนเองว่ามีความผูกพันต่อพระเจ้า มุสลิมต้องมีความเชื่อมั่นและศรัทธา ต่อองค์อัลลอฮ์ เนื่องจากมนุษย์และสิ่งทั้งมวลอยู่ได้เพราะเจตนาของพระองค์ (นุรุดดิน, 2540) ส่วน ศาสนาคริสต์เป้าหมายชีวิตของคนมีสามประการ คือ การดำเนินชีวิตตามพระประสงค์ของพระองค์ การ ทำหน้าที่ตามบทบาทในสังคมอย่างดีที่สุด และการเตรียมพร้อมสำหรับชีวิตหลังความตาย (Smith, 2001) และพระพุทธศาสนาจะสอนให้คนตระหนักถึงสังขารแห่งชีวิตที่ไม่มีใครหลีกพ้น ไม่ยึดมั่น ในสิ่งที่ไม่อาจยืนยันความ เป็นไปได้อันใด โดยจุดมุ่งหมายในชีวิตคือการดำเนินชีวิตเพื่อให้เกิดประโยชน์ ในปัจจุบัน โดยมีเป้าหมายสูงสุดในชีวิตคือการนิพพานหรือการดับทุกข์ (พระธรรมปิฎก, 2542)

จากการศึกษาความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง (บุบผา, 2536) พบว่า สิ่งที่ทำให้ความหมายแก่ชีวิต คือ 1) ศาสนา โดยพบว่าศาสนาเป็นจุดมุ่งหวัง เป็นความหวังและ เป็นกำลังใจในฐานะสิ่งศักดิ์สิทธิ์ คืออย่างน้อยขอให้ระลึกถึงอยู่ในใจหรือปฏิบัติเช่นเคยในขณะที่อยู่ ที่บ้าน ได้แก่ การกราบไหว้บูชา เพื่อทำให้จิตใจสงบ ลดความวิตกกังวล ความทุกข์ทรมาน แม้กระทั่ง ในภาวะที่ต้องพบกับความตาย ยังต้องการศาสนาช่วยให้จิตใจสงบไม่ทรมานทรมานและให้ความหวัง ในชีวิตหลังตายอีกด้วย 2) ลูกหลาน คู่สมรส เป็นสิ่งที่ให้ความหมาย เป็นจุดมุ่งหมาย เป็นความ

หวังและกำลังใจ โดยอธิบายว่าผู้ป่วยต้องการกำลังใจ ความรัก ความห่วงใย ความเอื้ออาทรต่อกัน ในกรณีที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ผู้ป่วยต้องการให้ช่วยเหลือเรื่องกิจวัตรประจำวัน และสิ่งที่เป็นจุดมุ่งหมายในชีวิต ได้แก่ การหายจากโรคและการมีสุขภาพดี การปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา การมีชีวิตอยู่ให้ยาวนานที่สุดเพื่อดูความเจริญเติบโตและความสำเร็จของลูกหลานไปเรื่อยๆ

2. ความต้องการด้านการมีความสัมพันธ์ กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งเหนือตน (the needs for relationships with others and/or a supreme other)

ไฮฟิลด์ (Highfield, 1992) กล่าวว่า ความต้องการในด้านนี้ประกอบด้วย ความต้องการที่จะมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งแวดล้อม หรือสิ่งนอกเหนือตน เช่น พระผู้เป็นเจ้า ซึ่งมีลักษณะการให้และการรับ ความรัก ความผูกพัน ความศรัทธา ความไว้วางใจ และการให้อภัย โดยไม่มีเงื่อนไข ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

2.1 ความต้องการให้ความรักและรับความรัก (the need to give and receive love) การให้และรับความรัก ความผูกพัน จะมีระหว่างตนเองกับบุคคลอื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งเหนือตนเองเป็นส่วนประกอบที่สำคัญของจิตวิญญาณ (Highfield & Carson, 1983) ในเรื่องความสัมพันธ์ของบุคคลกับผู้อื่นจะมีความรักและความผูกพันเป็นกุญแจสำคัญ โดยความรักและความผูกพันใกล้ชิดนี้จะเป็นลักษณะของการยอมรับโดยปราศจากเงื่อนไข ความรู้สึกผูกพันนี้จะมีความสอดคล้องกลมกลืนกับตนเอง บุคคลอื่น และความรู้สึกผูกพันกับพระเจ้า (Burkhardt, 1989) ในความต้องการความรักและความผูกพันนี้ทั้งการให้และการรับ ทั้งนี้บุคคลจะรู้สึกว่าได้รับการตอบสนองความต้องการด้านนี้นั้นต้องเป็นการรับและการให้ที่สมดุล ต้องเป็นการรับและให้โดยไม่มีเงื่อนไข การให้ความรักความผูกพันกับบุคคลอื่นเป็นการให้ความรักความปรารถนาดีโดยไม่หวังสิ่งตอบแทน เป็นการให้ที่เป็นไปตามธรรมชาติ สำหรับการรับความรักก็ต้องเป็นไปตามธรรมชาติเมื่อบุคคลอื่นมอบความรักมาให้ก็สามารถรับความรักได้โดยไม่มีเงื่อนไข บุคคลก็จะมีความสุขทางจิตวิญญาณ (Highfield, 1992; O' Brien, 1999) ซึ่งในยามเจ็บป่วยการแสดงออกถึงความรักและการได้รับความรักจากครอบครัว เพื่อนและบุคคลรอบข้างจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงคุณค่าของตนเอง (จอห์นสัน, 2546) และการที่ผู้ป่วยมีความต้องการให้ผู้ที่ผู้ป่วยรักและเคารพมาเยี่ยมให้กำลังใจจะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงการได้รับความรัก ความห่วงใย การได้รับการยอมรับและความมีคุณค่าของตน (วงรัตน์, 2544; เสาวลักษณ์, 2545)

2.2 ความต้องการให้และรับการอภัย (need to give and receive forgiveness) ความต้องการให้อภัยต่อผู้อื่น เป็นการลดความทุกข์ทรมานจากการเก็บฝังความรู้สึกโกรธแค้นไว้อยู่ การได้รับการให้อภัยจะช่วยลดความรู้สึกผิดบาป เช่น การให้อภัยจากพระเจ้า หรือการที่ตนได้สารภาพบาป การขอขมา และการอภัยจากเพื่อน (อุไรวรรณ, 2543; Craven & Hirle, 2003;

Highfield & Carson, 1983) การได้กล่าวขอโทษ การได้รับการให้อภัย หรือการรู้สึกถึงการได้ให้อภัย จะทำให้ผู้ป่วยมั่นใจได้ว่าได้รับการปลดปล่อย ทำให้ความรู้สึกติดค้างในใจหมดไป (จอณพะจง, 2547) นอกจากนี้ในศาสนาอิสลามผู้ป่วยมุสลิมยังมีความต้องการการให้อภัยจากพระเจ้า โดยผู้ป่วยมุสลิมเชื่อว่า ความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่ใกล้เคียงกับความตายจึงเป็นโอกาสที่ผู้ป่วยได้หันกลับไปมองตนเองพิจารณาถึงชีวิตที่ผ่านมา ทำให้มีโอกาสขอภัยต่อผู้อื่น ต่อดอกซ์อัลลอฮ์ (อาคิส, 2547)

2.3 ความต้องการความไว้วางใจ (the need for trust) ผู้ป่วยมะเร็งมีความต้องการผู้ที่มีความจริงใจต่อตนเอง สามารถบอกความต้องการของตนเอง หรือเจรจาต่อรองกับผู้อื่นเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองได้ (Highfield, 1992) โดยความไว้วางใจในบุคคลอื่นหรือพระเจ้าจะเกิดขึ้นเมื่อสถานการณ์นั้นบุคคลไม่สามารถควบคุมตนเองได้ (Highfield & Carson, 1983) คนที่มีความไว้วางใจที่สมบูรณ์จะรู้ถึงความหมายของชีวิตและจะคงไว้ซึ่งความรู้สึกในความเป็นเอกลักษณ์และความเข้มแข็งภายในของตนที่จำเป็นต้องใช้ในการเผชิญปัญหาเมื่อมีความเครียดรุนแรง (อัจฉราพร, 2538 อ้างตาม วงรัตน์, 2544)

2.4 ความศรัทธาในศาสนา หรือความสัมพันธ์กับพระเจ้าเป็นเจ้าและสิ่งเหนือตนเอง (the need for relationships with others and/or a supreme other) ความศรัทธาเป็นองค์ประกอบของความต้องการทางด้านจิตวิญญาณที่ทำให้ผู้ป่วยมีความเข้มแข็งที่จะต่อสู้กับมะเร็ง ความศรัทธาในพระเจ้าทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่จนถึงปัจจุบัน (Overcash, 2004) ความศรัทธาเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลเป็นผู้ที่มีความหมาย (Potter & Perry, 2003) คนที่มีความศรัทธาในศาสนาจะมีพฤติกรรมการยึดพระเจ้าเป็นที่พึ่ง (Saleh & Brockopp, 2001) ความผาสุกทางจิตวิญญาณจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเลื่อมใสศรัทธาทางศาสนา (Musgrave & McFarlane, 2004) จากการศึกษาเกี่ยวกับการเผชิญปัญหาโดยการใช้ศาสนาเป็นที่พึ่งในผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก จำนวน 34 ราย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ปฏิบัติกรรมด้านศาสนาอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ร้อยละ 53 และกลุ่มตัวอย่างกล่าวว่า ศาสนามีความสำคัญในการดำเนินชีวิต ร้อยละ 58.8 (Gall, 2004)

ในศาสนาคริสต์การเข้าถึงพระเจ้าต้องเริ่มจากความเชื่อ ความศรัทธา เป็นพื้นฐานปฏิบัติตามแนวทางของพระเจ้าเพื่อนำไปสู่พระองค์ (Smith, 2001) ส่วนในคนที่ขาดความศรัทธาในพระเจ้าจะแสดงพฤติกรรม คือ ไม่เชื่อพระเจ้า ขาดความศรัทธาในอำนาจเหนือตนเอง/ พระเจ้า กลัวความตาย และชีวิตหลังตาย รู้สึกถูกแยกออกจากสังคม จะแสดงออกซึ่งความไม่พอใจในพระเจ้า ไม่มีความชัดเจนในคุณค่า ความเชื่อ และเป้าหมายของชีวิต (Craven & Hirnle, 2003) นอกจากความศรัทธาแล้ว การสวดมนต์ก็มีความสำคัญ เนื่องจากการแสดงถึงความต้องการทางด้านจิตใจแสดงออกถึงความรัก ความภักดีต่อพระเจ้า (Kozier, Erb, Berman & Burke, 2000; Meraviglia, 2002) การสวดมนต์เป็นวิธีการหนึ่งในการติดต่อขอพรจากพระเจ้า (Morgan et al, 2005) ส่วนศาสนาอิสลามเชื่อว่า

อัลลอฮ์ทรงให้ชีวิต ความตาย การระลึกถึงพระองค์อาจทำได้โดยการถือศีลอด การบริจาคทาน การบำเพ็ญอิบาดะห์ (อาศิส, 2547) สำหรับพุทธศาสนาเกิดจากการตรัสรู้ของพระพุทธเจ้า จะมุ่งเน้นทางเหตุผลและการกระทำของคนเพื่อความสงบและเพื่อนิพพาน (สิวลี, 2544) จากการศึกษาความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง (บุบผา, 2536) ด้านความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งเหนือตน ผลการศึกษาพบว่า ศาสนา เป็นจุดมุ่งหมายและเป็นกำลังใจในฐานะสิ่งศักดิ์สิทธิ์ อยากให้ช่วยคุ้มครองเป็นกำลังใจให้หายจากโรค ร้อยละ 100.00 และผู้ป่วยต้องการปฏิบัติต่อศาสนา คือ อย่างน้อยขอให้ระลึกอยู่ในใจ หรือได้กราบไหว้บูชา นอกจากนี้จากการศึกษาของนารายานาซามิ (Narayanamy, 1995) เกี่ยวกับความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเรื้อรังจะมีการสวดมนต์เพื่อสื่อสารกับพระเจ้า ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีความมั่นใจ มีความเข้มแข็ง รู้สึกดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของเมอร์ราวิกเลีย (Meraviglia, 2002) เกี่ยวกับการสวดมนต์ในผู้ป่วยมะเร็ง ผลการศึกษาพบว่า การสวดมนต์เป็นส่วนหนึ่งของความเชื่อทางจิตวิญญาณที่มีคุณค่าอยู่ในจิตใจของผู้ป่วย และมีผลต่อการยอมรับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งโดยสามารถบรรเทาอาการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจได้

3. ความต้องการมีความหวัง (the need for hope)

ความหวังเป็นความต้องการทางจิตวิญญาณที่ตั้งอยู่บนฐานของกาลเวลา เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของบุคคล เป็นพลังที่ช่วยให้บุคคลดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณค่า (O'Brien, 1999) ความหวังเป็นเรื่องของความรู้สึกนึกคิดและอารมณ์ของแต่ละบุคคลที่เป็นลักษณะเฉพาะตัว ความหวังเป็นการแสดงออกในลักษณะของความปรารถนาที่จะได้มา หรือประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ความหวังเป็นความรู้สึกที่เป็นไปได้ (Potter & Perry, 2005) บุคคลที่มีความหวังจะมีความเชื่อว่า ถ้าหากสิ่งที่ปรารถนานั้นบรรลุจุดมุ่งหมาย จะทำให้ชีวิตของตนเองเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี (Saleh & Brockopp, 2001) อาจจะมีความสุขสบาย มีความหมาย มีความสุข ความพึงพอใจ ความปลอดภัย และสงบ คนที่มีความหวังจะรู้สึกว่าชีวิตมีคุณค่ามีความหมาย ความหวังเป็นพลวัตมีการเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ ผู้ป่วยมะเร็งมีความเชื่อว่าความหวังจะสามารถช่วยให้เผชิญปัญหาต่างๆในระหว่างการรักษาได้ (Hinds, 2004)

จากการศึกษาของ บุบผา (2536) เรื่อง ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง ผลการศึกษาพบว่า สิ่งที่เป็นความหวังของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง ได้แก่ ศาสนา ลูกหลาน คู่สมรส หน้าที่การงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ นางลักษณ, ประไพวรรณ และทัศนีย์ (2546) เกี่ยวกับความหวังในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า แหล่งสนับสนุนของความหวังและกำลังใจที่สำคัญ คือ ครอบครัว ตนเอง ศาสนา สัมพันธ์กับการศึกษาของ โปส-ไวท์ และคณะ (Post-White et al. อ้างตาม ดวงรัตน์, 2542) ได้ทำการศึกษาเชิงปริมาณและคุณภาพในผู้

ป่วยมะเร็ง จำนวน 32 ราย โดยศึกษาเกี่ยวกับความหวัง จิตวิญญาณ ความเข้มแข็งในการมองโลก และคุณภาพชีวิต ผลการศึกษา พบว่า สิ่งที่เป็นความหวังของผู้ป่วยคือ การมีสิ่งที่ศรัทธา การได้ปฏิบัติตนตามความเชื่อทางศาสนา มีความเข้มแข็งในจิตวิญญาณ และมีความเชื่อในโลกหลังความตาย นอกจากนี้ จากประสบการณ์ของพยาบาลผู้รอดชีวิตจากการเป็นมะเร็งแล้วว่า หลังจากได้รับการผ่าตัดและได้รับรังสีรักษาได้เกิดรูรั่วทะเลระหว่างลำไส้ใหญ่กับกระเพาะปัสสาวะ ทำให้ยอมรับสภาพตนเองไม่ได้ รู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง จนคิดสั้นอยากฆ่าตัวตาย แต่ได้รับความเอื้ออาทร กำลังใจ ตลอดจนข้อคิดจากสมาชิกในครอบครัว พี่น้อง ผู้ร่วมงาน ทำให้มีความหวัง มีจิตใจเข้มแข็งต่อสู้กับปัญหาที่เกิดขึ้น (วิไลนา และ อำไพ, 2543)

ความสามารถของผู้ดูแลในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา

ความหมายของผู้ดูแล

ผู้ดูแล หมายถึง ญาติ หรือบุคคลที่รับผิดชอบหรือรับภาระในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งอาจจะเป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หรือญาติพี่น้อง ที่ให้การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยผู้ดูแลเป็นบุคคลที่สามารถคาดการณ์ และตอบสนองภาวะพร้อมการดูแลตนเองของแต่ละบุคคลได้ นอกจากนี้ผู้ดูแลยังเป็นผู้ที่ประคับ ประคองผู้ป่วยด้วยความรัก ความสนใจ ห่วงใย เอื้ออาทร เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาต่างๆ ที่เผชิญ และมีการดำรงชีวิตที่ดีขึ้น (จารุวรรณ, 2544; ยุกาพิน, 2546; วิมลรัตน์, 2537)

ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา

โอเร็ม (Orem, 2001) กล่าวว่า การดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา เป็นความสามารถที่ซับซ้อนของบุคคลที่เป็นผู้ใหญ่ที่มีหน้าที่จัดกระทำให้กับบุคคลผู้ต้องการการพึ่งพาตามบทบาทและหน้าที่ทางสังคม ในการกระทำกิจกรรมเพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นของผู้ที่ต้องการพึ่งพา อันเนื่องมาจากภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ โครงสร้างความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพามีลักษณะเช่นเดียวกับโครงสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency) เพียงแต่ปรับเป้าหมายจากการดูแลตนเองไปเป็นผู้ที่ต้องการการพึ่งพา (Taylor, 1989 อ้างตาม สมจิต, 2537) มี 3 ระดับ ได้แก่ 1) ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน 2) พลังความสามารถ 10 ประการ และ 3) ความสามารถในการปฏิบัติการดูแล ความสามารถในการดูแลทั้ง 3 ระดับนี้ เป็นความสามารถแบบเป็นลำดับขั้น โดยความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานจะเป็นพื้นฐานของพลังความสามารถ

10 ประการ และพลังความสามารถ 10 ประการ จะเป็นพื้นฐานของความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแล ดังนั้น โครงสร้างความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาจึงมี 3 ระดับเช่นเดียวกันกับความสามารถในการดูแลตนเอง

1. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานของผู้ดูแล (foundation capabilities and dispositions) เป็นความสามารถที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจ (deliberate action) ประกอบด้วย

1.1 ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่านเขียน นับเลข รวมทั้งความสามารถในการหาเหตุผลและการใช้เหตุผล

1.2 หน้าที่ของประสาทรับความรู้สึก (sensation) ทั้งการสัมผัส การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น และการรับรส

1.3 การรับรู้ในเหตุการณ์ต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง

1.4 การเห็นคุณค่าในตัวเอง

1.5 นิสัยประจำตัว

1.6 ความตั้งใจ

1.7 ความเข้าใจในตัวเอง

1.8 ความห่วงใยในตัวเอง

1.9 การยอมรับตัวเอง

1.10 ระบบการจัดลำดับความสำคัญ รู้จักจัดแบ่งเวลาในการกระทำกิจกรรมต่างๆ

1.11 ความสามารถที่จะจัดการกับตัวเอง

2. พลังความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา 10 ประการ (power components of dependent-agency) เป็นความสามารถเพื่อกระทำกิจกรรมอย่างมีเป้าหมาย สำหรับการปฏิบัติการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาได้อย่างมีประสิทธิภาพ พลังความสามารถเป็นพลังของบุคคลที่จะช่วยผลักดันให้บุคคลลงมือกระทำกิจกรรมอย่างเฉพาะเจาะจง และเป็นตัวกลางซึ่งเชื่อมการรับรู้และการกระทำของผู้ดูแลโดยเฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างจงใจเพื่อการดูแล ไม่ใช่การกระทำโดยทั่วไป พลังความสามารถ 10 ประการนี้ ได้แก่

2.1 ความสามารถที่จะสนใจและเอาใจใส่ผู้ป่วย รวมทั้งภาวะแวดล้อม ทั้งภายใน-ภายนอก ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลผู้ป่วยในระหว่างได้รับรังสีรักษา เพื่อให้การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยโดยเฉพาะความต้องการด้านจิตวิญญาณ

2.2 ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอสำหรับการริเริ่มในการปฏิบัติการดูแล โดยผู้ดูแลต้องมีความเอาใจใส่ในเรื่องการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

พักผ่อนให้เพียงพอ เพื่อดูแลตนเองให้ร่างกายแข็งแรง กระฉับกระเฉง ช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดจากการดูแล

2.3 ความสามารถที่จะควบคุมการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกาย เพื่อให้มีการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการปฏิบัติกรดูแล ผู้ดูแลต้องมีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันอันตรายหรืออุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นขณะดูแล

2.4 ความสามารถที่จะใช้เหตุผลเพื่อการดูแล โดยผู้ดูแลต้องยอมรับกับอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้น รวมถึงความต้องการการดูแลที่ผู้ดูแลต้องให้การตอบสนองผู้ป่วย โดยใช้ข้อมูลข้อเท็จจริง แยกแยะเหตุและผลได้

2.5 มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแล โดยมีเป้าหมายของการดูแลที่สอดคล้องกับคุณลักษณะและความหมายที่ส่งผลดีต่อชีวิต สุขภาพ และความผาสุกของผู้ป่วย โดยเฉพาะการให้การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณซึ่งสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ และสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี เกิดความรู้สึกสงบสุขในชีวิต

2.6 ความสามารถที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแล และปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ โดยผู้ดูแลต้องทราบถึงวิธีการต่างๆ ที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา รวมทั้งการให้การตอบสนองความต้องการในด้านต่างๆ ของผู้ป่วย โดยเฉพาะการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ

2.7 ความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาและการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณจากผู้รู้ ผู้ที่เหมาะสมและเชื่อถือได้ และสามารถจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้

2.8 การมีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดกระทำ การติดต่อสื่อสาร และการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วย การที่ผู้ดูแลได้ปรึกษา พุดคุย กับเจ้าหน้าที่ แพทย์ พยาบาล หรือผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีด้วยกันจะช่วยให้ผู้ดูแลได้มีปฏิสัมพันธ์ สามารถเรียนรู้การใช้ทักษะในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา รวมถึงการให้การตอบสนองความต้องการในด้านต่างๆ โดยเฉพาะการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณได้ถูกต้อง ชัดเจน เหมาะสม และต่อเนื่องได้

2.9 ความสามารถในการจัดลำดับกิจกรรมการดูแล หรือระบบการดูแล โดยเรียงลำดับความสำคัญก่อนหลัง เพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์ในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลต้องมีความสามารถในการพิจารณาจัดระบบการดูแล โดยคำนึงถึงปัญหา ความต้องการหรือความจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลก่อน-หลัง

2.10 ความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลอย่างสม่ำเสมอ และผสมผสานการดูแลเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชน

3. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (capability for dependent-care operation) เป็นการกระทำที่จิตใจ และเป็นความสามารถที่จำเป็นที่จะต้องใช้ในการปฏิบัติการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาในขณะนั้นทันทีโดยมีเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจง (Orem, 2001) ซึ่งประกอบด้วย

3.1 ความสามารถในการคาดการณ์ (estimative) หมายถึง ความสามารถของผู้ดูแลในการตรวจสอบสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมต่างๆ ที่สำคัญสำหรับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา โดยผู้ดูแลต้องมีความสามารถที่จะรู้ เข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณในด้านการมีความหมาย และเป้าหมายในชีวิต ด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งเหนือตน และด้านการมีความหวัง

3.2 ความสามารถในการปรับเปลี่ยน (transitional) หมายถึง ความสามารถของผู้ดูแลในการตัดสินใจ ปรับเปลี่ยน และแก้ไข กิจกรรมการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณในด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต ด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งเหนือตน และด้านการมีความหวัง

3.3 การลงมือปฏิบัติ (productive operation) หมายถึง ความสามารถของผู้ดูแลในการวางแผน ลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแล และติดตามประเมินผลทำให้การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณในด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต ด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งเหนือตน และด้านการมีความหวัง

จะเห็นได้ว่าการปฏิบัติการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา ผู้ดูแลจะต้องมีความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน รวมทั้งพลังความสามารถ 10 ประการ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการปฏิบัติการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาได้ ดังนั้น การส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลเพื่อการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณที่เหมาะสม ครอบคลุมการดูแลแบบองค์รวม ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ เกิดความรู้สึกรอบอุ่นและสงบสุขในชีวิต

ความสามารถของผู้ดูแลในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสี

รักษา

การตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษามีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความผาสุกด้านจิตวิญญาณ มีความสงบสุข มีความหวัง มีพลังในการดำเนินชีวิต ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา มีความวิตกกังวลเนื่องจากการรักษาด้วยรังสีรักษาไม่สามารถยืนยันผลการรักษาได้แน่นอน (Hilderley, 2000) ผู้ป่วยไม่สามารถทำนายสภาพความเจ็บป่วยของตนและผลลัพธ์ของการรักษาได้ชัดเจน ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (อภิรดี, 2547; Maher, 2000) เกิดความรู้สึกท้อแท้ ซึมเศร้า ผู้ป่วยบางรายต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติศาสนกิจได้ดังเดิม (กาญจนา, 2548) ทำให้ส่งผลกระทบต่อด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย จึงมีความต้องการการดูแลทางด้านจิตวิญญาณเป็นพิเศษเพื่อเป็นความหวังและกำลังใจ (ทัศนีย์, 2543) ผู้ดูแลเป็นผู้ที่ใกล้ชิดผู้ป่วย เป็นบุคคลที่ผู้ป่วยรู้สึกคุ้นเคย อบอุ่น และเป็นผู้ที่รับรู้ความต้องการของผู้ป่วย ผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญในการเป็นแหล่งสนับสนุนด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย (O'Brien, 1999) โดยผู้ดูแลต้องมีหลักในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาได้อย่างเหมาะสม (Fish & Shelley, 1978; Narayanasamy, 1999; Price, Steven, & Labarre, 1995 อ้างตาม เสาวลักษณ์, 2545) ดังนี้

1. ทักษะการสื่อสาร ผู้ดูแลต้องรู้จักฟัง และสังเกตผู้ป่วยอย่างระมัดระวัง เนื่องจากภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยมีลักษณะเฉพาะ และมีความละเอียดอ่อน
2. ผู้ดูแลต้องระวังการใช้คำนิยาม และความเชื่อของตนเองเป็นเกณฑ์มาตรฐานวัดคำนิยามความเชื่อของผู้ป่วย
3. ผู้ดูแลต้องมีความจริงใจต่อผู้ป่วย มีความรัก ความเอื้ออาทรต่อผู้ป่วยอย่างจริงใจ เนื่องจากความรักความเอื้ออาทรที่แท้จริงสามารถถ่ายทอดถึงผู้อื่นได้
4. ผู้ดูแลต้องพร้อมที่จะปรากฏกายต่อผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยต้องการ
5. การให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย ผู้ดูแลต้องรู้จักให้กำลังใจในสิ่งที่เป็นจริง ไม่หลอกลวง ยกเว้นในบางกรณี อาจต้องเลียงคำพูด (white lie) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด
6. การปฏิบัติกิจกรรมการดูแล ผู้ดูแลต้องมุ่งให้ผู้ป่วยสามารถพึ่งตนเอง โดยผู้ดูแลทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยเหลือ ชี้นำให้ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาด้วยตนเอง สามารถติดต่อกับสิ่งยึดเหนี่ยวได้ด้วยตนเอง
7. ผู้ดูแลควรพัฒนาตนเองด้านจิตวิญญาณอย่างต่อเนื่อง เพื่อที่จะให้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพร้อม หรือไม่สามารถตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณได้ด้วยตนเอง

เมื่อผู้ดูแลมีหลักในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาแล้ว จะทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณได้ครอบคลุมความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย 3 ด้าน ดังนี้

1. ความสามารถของผู้ดูแลในการตอบสนองความต้องการด้านการมีความหมาย และจุดมุ่งหมายในชีวิต ผู้ดูแลควรมีเวลาเป็นส่วนตัวให้กับผู้ป่วย เพื่อไตร่ตรองความคิด ทบทวนเหตุการณ์ต่างๆ ที่ผ่านมา อันจะนำมาซึ่งความเข้าใจตนเอง เข้าใจธรรมชาติ และการเปลี่ยนแปลงของชีวิตและให้ผู้ป่วยได้ตระหนักในบทบาทของตนเองมากขึ้น การที่ผู้ดูแลดูแลให้ผู้ป่วยมีเวลาเป็นส่วนตัวจะทำให้ผู้ป่วยได้มีความเข้าใจในคุณค่าของตนเอง เข้าใจความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม เข้าใจความหมายของชีวิต ทราบถึงเป้าหมายของการมีชีวิตอยู่ เนื่องจากการมีความสุขทางจิตวิญญาณเป็นความสุขที่ประณีต และมีส่วนสำคัญที่ทำให้มนุษย์สัมผัสได้ถึงความพอใจและความพอดี (ทศนีย์, 2545ข; Northouse, 2005; Potter & Perry, 2003) นอกจากนี้ผู้ดูแลควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าถึงประสบการณ์ หรือความทรงจำที่เกี่ยวกับชีวิตส่วนตัว หรือครอบครัว เช่น ความสำเร็จ ความภาคภูมิใจ ความยากลำบาก และความสามารถในการเผชิญปัญหาและอุปสรรคในชีวิต ข้อมูลดังกล่าวจะเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินการรับรู้เรื่องจิตวิญญาณและความสำคัญของจิตวิญญาณของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รู้สึกผ่อนคลาย และได้คำตอบเรื่องการให้ความหมายของการเจ็บป่วย และเป้าหมายของชีวิตด้วยตัวผู้ป่วยเอง (ทศนีย์, 2545ข)

2. ความสามารถของผู้ดูแลในการตอบสนองความต้องการด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งแวดล้อม สิ่งเหนือตนเอง คือ การที่ผู้ดูแลดูแลให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การดูแลให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว บุคคลอื่นๆ การดูแลช่วยเหลือโดยการให้เทคนิค การสื่อสาร การเปิดโอกาสให้บุคคลที่มีความหมายแก่ผู้ป่วยมาเยี่ยม การช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดังมีรายละเอียด ดังนี้

2.1 การดูแลช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ซึ่งในแต่ละศาสนาจะมีคำสอนเรื่องชีวิตและการดำเนินชีวิต การอยู่ในสังคมอย่างเกื้อกูลและไม่เบียดเบียนกัน ผู้ดูแลควรดูแลให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เช่น การสวดมนต์ การอ่านหนังสือเกี่ยวกับศาสนาการทำสมาธิ (Kozier, Erb, Berman, & Burke, 2000) ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีสติ คือ มีความคิดอยู่กับปัจจุบัน ทำให้มีจิตใจที่สงบ ก่อให้เกิดความสุข การที่ผู้ดูแลดูแลให้ผู้ป่วยประกอบพิธีกรรมทางด้านศาสนา หรือปฏิบัติตามความเชื่อ จะทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจ และเกิดความรักความสามัคคีในหมู่คณะ เพราะการประกอบพิธีกรรมเป็นการรวมตัวกัน เพื่อให้การช่วยเหลือและให้กำลังใจแก่กันที่ต้องเผชิญต่อความทุกข์และเดือดร้อนเช่นเดียวกัน นอกจากนี้ผู้ดูแลควรดูแลจัดสิ่งแวดล้อมที่เงียบสงบเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเป็นส่วนตัวในการปฏิบัติตามคำสอนของศาสนา เช่น การสวดมนต์ การฟังเทศน์

ธรรมะ การอ่านหนังสือธรรมะ สอดคล้องกับการศึกษาของแทนและคณะ (Tan et al., 2005) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับผลของสิ่งแวดล้อมในสถานพักพิงที่มีผลต่อการแสดงออกด้านจิตวิญญาณ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างพอใจที่จะอยู่ในห้องเงียบๆ คนเดียว โดยไม่มีใครรบกวน ซึ่งเป็นโอกาสที่ดีที่จะได้ค้นหาความหมายในชีวิตของตนเอง นอกจากนี้ผู้ดูแลควรดูแลให้ผู้ป่วยได้ศึกษาคำสอนของศาสนาที่นับถือ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีหลักในการดำเนินชีวิต มีเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ ช่วยให้ผู้ป่วยมีอารมณ์มั่นคงไม่หวั่นไหวไปกับการเปลี่ยนแปลงของชีวิต มีสติและมีความคิดที่จะพัฒนาชีวิตของตนต่อไป (Swaney, 2001) ผู้ดูแลควรให้เกียรติและเคารพต่อสิ่งที่ผู้ป่วยเคารพนับถือ เช่น พระพุทธรูป ไบโบรห์ หนังสือสวดมนต์ คัมภีร์ สายสร้อยประจำ เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ดูแลควรอนุญาตให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสปฏิบัติตามหลักศาสนาและความเชื่อที่ไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น ผู้ป่วยบางรายต้องเข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาล ซึ่งตามความเชื่อของคนไทยมักคิดว่าทุกเตียงในโรงพยาบาลมีผู้ป่วยที่เสียชีวิตแล้ว จึงนิยมกราบไหว้หรือบูชาเพื่อขอขมา ขอความคุ้มครอง โดยต้องการนำพวงมาลัยมาเพื่อกราบไหว้และไว้ที่หัวเตียง (ทัศนีย์, 2543) ผู้ดูแลควรให้ความร่วมมือเพื่อตอบสนองความต้องการดังกล่าวของผู้ป่วย เนื่องจากความเชื่อทางศาสนากับมนุษย์เป็นสิ่งที่ไม่สามารถแยกออกจากชีวิตของมนุษย์ได้ (Potter & Perry, 2003) ความเชื่อดังกล่าวจะมีผลต่อความคิดและการกระทำ ผู้ดูแลจึงต้องมีความรู้ความสามารถในการเข้าใจถึงความเชื่อตามหลักศาสนาต่างๆของผู้ป่วยด้วย

2.2 การดูแลให้ผู้ป่วยมีเวลากับบุคคลในครอบครัวและคนอื่นๆ เนื่องจากแหล่งกำลังใจที่สำคัญคือบุคคลในครอบครัว (นิยา และคณะ, 2545) ผู้ดูแลควรดูแลให้ผู้ป่วยมีเวลากับครอบครัวเพื่อจะได้เกิดปฏิสัมพันธ์หรือมีกิจกรรมร่วมกันกับคนในครอบครัว ญาติพี่น้อง มิตรสหายหรือผู้มีพระคุณ ความรักและความอบอุ่นระหว่างสมาชิกในครอบครัวหรือญาติมิตรมีความสำคัญต่อความสุขทางใจ ความมั่นคงด้านอารมณ์ และความมั่นใจในตนเองของบุคคล (ทัศนีย์, 2543; Northouse, 2005)

2.3 การดูแลช่วยเหลือโดยการใช้เทคนิคการสื่อสาร หมายถึง ความสามารถของผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้ทักษะการติดต่อสื่อสาร ด้วยวิธีการพูดหรือการสื่อสารด้วยวิธีอื่น เพื่อสร้างความคุ้นเคยและสร้างความไว้วางใจ (Kathol, 2003) เพราะเรื่องจิตวิญญาณเป็นเรื่องละเอียดอ่อน ทักษะการสื่อสาร เช่น การตั้งใจฟัง การอยู่เป็นเพื่อนและการรับฟังด้วยท่าทีที่ยอมรับ เทคนิคการสื่อสารช่วยให้อบรมรับความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้ป่วย รวมทั้งเพื่อรวบรวมข้อมูล สังเกตพฤติกรรมหรือวัตถุมงคลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับศาสนาและความเชื่อของผู้ป่วย

2.3.1 การใช้ทักษะการติดต่อสื่อสาร การสื่อสารเป็นการสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Timby, 2003) การสื่อสารระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยเป็นลักษณะ 2 ทาง กล่าวคือ เป็นการให้ผู้ดูแลได้รับทราบความต้องการของผู้ป่วย และผู้ป่วยได้รับคำอธิบายหรือข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการ

ย้อนกลับ ซึ่งส่งผลให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน การสื่อสารมี 2 รูปแบบ คือ การสื่อสารโดยใช้ภาษาพูด และการเขียน และการสื่อสารโดยไม่ใช้ภาษาพูด แต่ใช้อากัปกิริยา สีหน้าท่าทางหรือสัญลักษณ์อื่นๆ (Kathol, 2003) ซึ่งผู้ป่วยบางรายขณะที่ได้รับรังสีรักษาจะเกิดปัญหาเรื่องการสื่อสารเช่น ผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะคอ ทำให้มีปัญหาการใช้เสียง ไม่สามารถสื่อสารเป็นคำพูดได้ ผู้ดูแลต้องมีความรู้เกี่ยวกับทักษะการติดต่อสื่อสาร เพื่อสามารถสื่อความหมายได้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย

2.3.2 การฟัง เป็นการประเมินลักษณะการพูดหรือการแสดงออกของผู้ป่วย การฟังที่ดีต้องร่วมรับรู้ความรู้สึกที่เป็นเรื่องราวเกี่ยวกับข้อมูลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย (Craven & Himle, 2003) โดยผู้ดูแลต้องตั้งใจฟังและสามารถสะท้อนความคิด คำพูดของผู้ป่วยได้ เพื่อที่จะให้การตอบสนองได้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย

2.3.3 การดูแลช่วยเหลือโดยการกระตุ้นประสาทการรับรู้ หมายถึง ผู้ดูแลมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการให้แรงเสริมและการกระตุ้นการรับรู้ทางประสาทสัมผัสต่างๆ โดยผ่านทางผิวหนัง ทางตา ทางหู และทางลิ้น เป็นต้น (ทัศนีย์, 2543) กิจกรรมบางอย่างจะช่วยกระตุ้นหรือเสริมการรับรู้ได้หลายทาง เช่น การสัมผัส (touch) ทำให้สื่อถึงความอบอุ่น ความปลอดภัย สอดคล้องกับการศึกษาของเคลลี่และคณะ (Kelly et al., 2004) เกี่ยวกับการสัมผัสตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ผลการศึกษา พบว่า การสัมผัสจะทำให้รู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย สงบ สบาย ร้อยละ 81 และรู้สึกเหมือนมีสิ่งมากระตุ้น น่าสนใจ เหมือนมีแสงสว่างเกิดขึ้น ร้อยละ 19

2.4 การเปิดโอกาสให้บุคคลที่มีความหมายแก่ผู้ป่วยมาเยี่ยม ความต้องการของบุคคลด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น คือการได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน ผู้นำทางศาสนา การเปิดโอกาสให้บุคคลดังกล่าวมาเยี่ยมผู้ป่วยย่อมมีความหมายสำหรับผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของวงรัตน์ (2544) พบว่า การปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณกิจกรรมหนึ่งของญาติ คือ การบอกข่าวแก่บุคคลที่ผู้ป่วยรักเคารพนับถือศรัทธาให้มาเยี่ยม เพื่อให้กำลังใจผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงการได้รับความรัก ความห่วงใย และความมีคุณค่าของตน

2.5 การดูแลช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลช่วยเหลือเกี่ยวกับกิจกรรมในชีวิตประจำวันเพื่อส่งเสริมความหมายและการมีคุณค่าในตนเอง เช่น การเช็ดตัว การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ควรปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับความต้องการผู้ป่วย และหลีกเลี่ยงการขัดขวางการปฏิบัติตามความเชื่อ เช่น ผู้ป่วยบางรายอาจทำสมาธิหรือต้องการฟังธรรมะจากวิทยุซึ่งเป็นรายการที่ฟังเป็นประจำ ญาติควรเลื่อนเวลาการทำกิจกรรมต่างๆ ออกไป (ทัศนีย์, 2543)

3. ความสามารถของผู้ดูแลในการตอบสนองความต้องการด้านความหวัง หมายถึง ผู้ดูแลสามารถให้กำลังใจให้ผู้ป่วยต่อสู้กับความเจ็บป่วย และค้นหาแหล่งประโยชน์ที่เป็นความหวังให้แก่ผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของเสาวลักษณ์ (2545) เกี่ยวกับประสบการณ์ของพยาบาลในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยวิกฤต ผลการศึกษา พบว่า การสร้างความหวังให้กับผู้ป่วย คือ 1) การเสริมแรงทางบวก โดยพยายามที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอยากมีชีวิตอยู่ต่อไป มีกำลังใจในการต่อสู้กับความเจ็บป่วย ไม่รู้สึกท้อแท้หรือหมดหวังกับการเจ็บป่วย 2) การซุดพลังมาจากตัว เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความหวังโดยใช้พลังที่มีอยู่ในตัวพยายามที่จะต่อสู้กับความเจ็บป่วย โดยบอกเน้นย้ำให้ทำด้วยตนเอง การสนับสนุนจากครอบครัว การคอยเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยมีพลังในการต่อสู้กับโรค 3) การกระตุ้นให้ผู้ป่วยนึกถึงเป้าหมายของชีวิต เนื่องจากความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นหนทางที่ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่เพื่อค้นหาความหมายและเป้าหมายในชีวิตขณะที่กำลังเผชิญกับปัญหา (Northouse, 2005)

สรุปจากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่า การรักษาด้วยรังสีรักษาไม่สามารถยืนยันผลการรักษาได้แน่นอน ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล ท้อแท้ ซึมเศร้าจากอาการและผลข้างเคียงจากการได้รับรังสีรักษา ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถยอมรับความเจ็บป่วยหรืออาการต่างๆที่เกิดขึ้นได้ หรือผู้ป่วยบางรายมีความสงสัยในโชคชะตาว่าทำไมการเจ็บป่วยจึงเกิดขึ้นกับตนเอง ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถปฏิบัติตามศาสนกิจตามความเชื่อได้ เนื่องจากต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จึงมีความต้องการสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตวิญญาณแต่ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ ผู้ดูแลจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการเป็นแหล่งสนับสนุนด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย จึงต้องมีความสามารถในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณให้เหมาะสมและตรงกับความต้องการของผู้ป่วย โดยผู้ดูแลต้องมีความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน รวมทั้งพลังความสามารถ 10 ประการ ตลอดจนต้องมีความรู้และทักษะต่างๆในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณ เพื่อที่จะให้การปฏิบัติการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยได้ถูกต้องและเหมาะสม ครอบคลุมการดูแลแบบองค์รวม ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณ เกิดความรู้สึกอบอุ่นและสงบสุขในชีวิต