

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาประสบการณ์การเยียวยาด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาและมีความผาสุกทางจิตวิญญาณ ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร บทความวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยได้ศึกษาในหัวข้อต่างๆ ดังนี้

1. มะเร็งและรังสีรักษา
  - 1.1 อุบัติการณ์เกิดโรคมะเร็ง
  - 1.2 ความหมายของมะเร็ง
  - 1.3 การรักษา
  - 1.4 ภาวะแทรกซ้อนของรังสีรักษาที่มีผลกระทบต่อร่างกายของผู้ป่วย
  - 1.5 ภาวะแทรกซ้อนของรังสีรักษาที่มีผลกระทบต่อจิตสังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย
2. ความผาสุกทางจิตวิญญาณ
  - 2.1 ความหมายของความผาสุกทางจิตวิญญาณ
  - 2.2 องค์ประกอบของความผาสุกทางจิตวิญญาณ
  - 2.3 การประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ
  - 2.4 การเยียวยาเพื่อให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ
  - 2.5 ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา
3. แนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

#### 1. มะเร็งและรังสีรักษา

##### 1.1 อุบัติการณ์เกิดโรคมะเร็ง

มะเร็งเกิดขึ้นได้กับทุกระบบของร่างกาย ทุกเพศ ทุกวัย ทุกอาชีพ อุบัติการณ์ทั่วโลกตายด้วยโรคมะเร็งเป็นอันดับ 3 รองลงมาจากโรคหัวใจ และโรคติดเชื้อ (ภาวิณี, 2545) ซึ่งโรคมะเร็งที่พบได้มาก 5 อันดับแรกในประเทศสหรัฐอเมริกา ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ มะเร็งต่อมลูกหมาก และมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (National Cancer Institute, 2003) ดังนั้นโรคมะเร็งจึงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญโรคหนึ่ง ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้ป่วยมะเร็งจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี และในปี พ.ศ. 2545 เป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับ 1 จากอันดับการตาย 10 อันดับแรก อุบัติ

การณ้การตายสูงชันเรื่อย ๆ ทุกปี (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2546) ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ซึ่งเป็นศูนย์มะเร็งศูนย์หนึ่งของภาคใต้ พบจำนวนผู้ป่วยมะเร็งทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลมีอัตราสูงชันเรื่อย ๆ จากการเก็บข้อมูลของหน่วยมะเร็งวิทยา พ.ศ. 2542 – 2546 พบจำนวนผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด 2,978, 2,928, 3,236, 3,366 และ 3,852 รายตามลำดับ และพบว่ามะเร็งที่พบได้มากที่สุด ได้แก่ มะเร็งศีรษะและคอ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม และมะเร็งเม็ดเลือด (หน่วยมะเร็งวิทยาโรงพยาบาลสงขลานครินทร์, 2546)

### 1.2 ความหมายของมะเร็ง

มะเร็ง คือ การเปลี่ยนแปลงของเซลล์ที่เกิดขึ้นจากเซลล์ในระดับของโมเลกุล และการทำงานของยีนส์ นอกเหนือจากการควบคุมของร่างกาย ทำให้ได้กลุ่มเซลล์ ที่ร่างกายไม่ต้องการ เป็นการเปลี่ยนแปลงในระดับของพันธุกรรมมีการเปลี่ยนแปลงทั้งรูปร่างและคุณสมบัติของเซลล์ ไม่สามารถควบคุมการเจริญเติบโตได้ มีการแพร่กระจายไปตามระบบต่างๆ ของร่างกาย โดยผ่านไปในระบบไหลเวียนโลหิต และระบบน้ำเหลือง ทำลายเนื้อเยื่อของอวัยวะต่างๆ ทำให้เซลล์ปกติล้มเหลว ไม่สามารถทำหน้าที่ได้เหมือนเดิม จึงทำให้เกิดการเจ็บป่วยขึ้น (ปริยา และยุพาวรรณ, 2541; สุดาพรรณ, 2545; Stewart & Kleihues, 2003)

### 1.3 การรักษา

ปัจจุบันการรักษามะเร็งมีหลายวิธีขึ้นกับระยะของโรคอาจใช้การรักษาด้วยวิธีการเดียวหรือหลายวิธีร่วมกัน (วรชัย, 2538) ได้แก่

1.3.1 การรักษาด้วยการผ่าตัด เป็นการผ่าตัดเพื่อเอาส่วนที่เป็นโรคมออกไป โดยมีวัตถุประสงค์ คือ เพื่อการวินิจฉัยโรค การป้องกันโรค การรักษาและควบคุมโรค (Aft, 2002; (Workman, 2002)

1.3.2 การรักษาด้วยเคมีบำบัด ใช้ในกรณีมีการแพร่กระจายของโรคมะเร็งไปยังอวัยวะอื่นๆ หรือก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่ไม่สามารถให้การรักษาด้วยการผ่าตัดหรือรักษาด้วยรังสีรักษา เพื่อลดและควบคุมการแพร่กระจาย ยืดอายุและบรรเทาอาการจากโรค และใช้ในการป้องกันการกลับเป็นโรคซ้ำโดยมีฤทธิ์ไปทำลายเซลล์มะเร็ง วิธีการให้ยามีหลายวิธี เช่น การฉีดเข้าเส้นหลอดเลือดดำ เข้ากล้ามเนื้อหรือชั้นใต้ผิวหนัง ทางไขสันหลัง การกิน การใส่ยาเข้าสู่ช่องท้องหรือช่องปอด และการฉีดยาเข้าสู่เส้นเลือดแดงที่ไปเลี้ยงก้อนมะเร็ง (ปริยา และยุพาวรรณ, 2541; Papageorgio & Mcleod, 2002)

1.3.3 การรักษาด้วยรังสีรักษาเป็นการนำกัมมันตภาพรังสีมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเพื่อทำลายเซลล์มะเร็งโดยมีเป้าหมาย 2 เป้าหมาย คือ 1) เพื่อให้หายจากโรค และ 2) เพื่อบรรเทา

อาการรักษาแบบประคับประคองลดความทุกข์ทรมานจากโรค (ปริยา และยูพาวรรณ, 2541; พวงทอง, 2534; วิชาญ, 2544) ทั้งนี้อาจใช้วิธีการรักษาวิธีเดียวหรือหลายวิธีร่วมกันขึ้นอยู่กับข้อบ่งชี้ในผู้ป่วยแต่ละราย (วิชาญ, 2544) รังสีรักษาทำให้มีการทำลายของเซลล์มะเร็งโดยอาศัยประจุรังสี (ionizing radiation) ไปทำลายดีเอ็นเอ (DNA) โดยตรง (Bomford, Kunkler, Sherriff, & Miller, 1993) เกิดการตาย การเปลี่ยนแปลงรูปร่าง และสรีรวิทยาของเซลล์ (ธิตติ, 2546 ; Robins & Gosselin, 2002) รังสีที่นำมาใช้ในการรักษาในประเทศไทยเป็นพลังงานโฟตอน (photon energy) มี 2 ชนิด ได้แก่ รังสีเอกซ์ และรังสีแกมมา (ศิริพร, 2542) การรักษามะเร็งด้วยรังสีรักษาปริมาณรังสีที่ใช้ขึ้นอยู่กับขนาดของมะเร็งและอวัยวะของมะเร็งที่เกิดโรค (วิชาญ, 2544) หน่วยทางรังสีรักษาที่ใช้ในทางคลินิกคือ เกรย์ (Gray) หมายถึง 1 จูล/กิโลกรัม (joule/kg) โดย 1 เกรย์ = 100 เซนติเกรย์ (cGy) ซึ่งเทียบเท่ากับหน่วย แรด (rad) และ 1 เซนติเกรย์ = 1 แรด (ธิตติ, 2546) การรักษาด้วยรังสีรักษามี 2 วิธี (เต็มศักดิ์, ม.ป.ป.; ธิตติ, 2546; ปริยา และยูพาวรรณ, 2541; พวงทอง, 2534; วิชาญ, 2544; วุฒิสิริ และไพรัช, 2544; Robins & Gosselin, 2002; Workman, 2002) คือ

1) การฉายรังสี (teletherapy or external radiation) เป็นการรักษาที่ต้นกำเนิดของรังสีอยู่ห่างจากผู้ป่วย โดยมีต้นกำเนิดของรังสีอยู่ภายนอกร่างกาย รังสีที่ใช้มีอำนาจทะลุทะลวงสูง โดยทะลุผ่านผิวหนังไปทำลายเซลล์มะเร็งที่อยู่ลึกๆ การฉายรังสีจะครอบคลุมเนื้อที่ได้กว้าง ทั้งตัวก้อนมะเร็ง ส่วนที่มีการแพร่กระจายลูกกลมเข้าอวัยวะอื่นๆ และต่อมน้ำเหลือง การรักษาแบบนี้จะมีผลข้างเคียงในเนื้อเยื่อบริเวณฉายแสงได้ การรักษาวิธีนี้ เช่น โคบอลต์-60 (cobalt-60) และ ซีเซียม-137 (cesium-137) เป็นต้น ผู้ป่วยจะได้รับการฉายรังสีทุกวันติดต่อกันสัปดาห์ละ 5 วัน และมีเวลาพัก 2 วันต่อสัปดาห์เพื่อให้ร่างกายได้ซ่อมแซมเซลล์ปกติที่ถูกทำลาย

2) การใส่แร่หรือฝังแร่ (brachytherapy) เป็นการรักษาโดยการนำต้นกำเนิดของรังสีซึ่งเป็นไอโซโทปเข้าไปอยู่ในบริเวณรอยโรค อาจฝังแร่เข้าไปในก้อนมะเร็งเมื่อได้ปริมาณรังสีตามที่ต้องการจึงนำแร่ออก หรือปล่อยทิ้งไว้ในตัวผู้ป่วยขึ้นอยู่กับตำแหน่งของอวัยวะที่เป็นมะเร็งและคุณสมบัติของแร่ที่ใช้ ผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจะเกิดในเนื้อเยื่อที่ใกล้กับต้นกำเนิดรังสีแร่ที่นิยมนำมาใช้ได้แก่ เรเดียม (radium) ซีเซียม (cesium) เอริเดียม (iridium) เป็นต้น นอกจากนี้ อาจใช้ต้นกำเนิดรังสีให้อยู่ภายในร่างกายหรืออวัยวะที่เป็นมะเร็งโดยการรับประทานหรือฉีดสารกัมมันตรังสีเข้าไปทำลายเซลล์มะเร็งโดยตรง เช่น การรับประทานสารไอโซโทปบางตัวของ ไอโอดีน-131 (I-131) การฉีดคอลลอยด์ทองคำแดง-198 เข้าไปในช่องเยื่อหุ้มปอด เป็นต้น

#### 1.4 ภาวะแทรกซ้อนของรังสีรักษาที่มีผลกระทบต่อร่างกายของผู้ป่วย

การรักษาด้วยรังสีรักษาเป็นวิธีการหนึ่งที่มีประสิทธิภาพมาก แต่อาจขัดขวางการดำเนินชีวิตและความเป็นอยู่ในกิจวัตรประจำวัน (สมจิต, 2537) โดยมีผลทำให้มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น

กับผู้ป่วยมากมายทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณ รังสีรักษานอกจากมีผลต่อเซลล์ปกติของร่างกายแล้วยังส่งผลต่อบริเวณข้างเคียงอีกด้วย โดยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหรืออาการข้างเคียงตามมา อาการที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงไม่เท่ากัน อาจเกิดขึ้นช้าหรือเร็วต่างกันออกไปตามปริมาณรังสีที่ได้รับ ระยะเวลาของการรักษา บริเวณหรือตำแหน่งที่รับรังสี ความทนทานหรือสภาพร่างกายของผู้ป่วย และธรรมชาติของเซลล์ที่มีความไวต่อรังสีต่างกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น (เต็มศักดิ์, ม.ป.ป; ธิติ, 2546; Robin & Gosselin, 2002) ซึ่งสามารถเกิดผลแทรกซ้อนกับอวัยวะต่างๆ ของร่างกายเป็นภาวะแทรกซ้อนจากปฏิกิริยารังสีที่เกิดขึ้น (เต็มศักดิ์, ม.ป.ป; ธิติ, 2546; ศิริพร, 2542; สมจิต, 2537; Bomford et al., 1993; Robin & Gosselin, 2002; Workman, 2002) ดังนี้

1.4.1 ภาวะแทรกซ้อนต่อร่างกายทั่วไป อาการสำคัญได้แก่ อาการอ่อนเพลีย ซีด ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง (Robin & Gosselin, 2002) ซึ่งจะพบได้ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษา (Witt & Murray-Edwards, 2002) เริ่มตั้งแต่สัปดาห์ที่ 1 หรือจนกระทั่งสิ้นสุดการได้รับรังสีเนื่องจากผู้ป่วยเบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย (ศิริพร, 2542) ประกอบกับร่างกายต้องการพลังงานเพิ่มขึ้นเพื่อซ่อมแซมเซลล์ที่ถูกทำลายและขับเซลล์ที่ตายออก (สมจิต, 2537; Bomford et al., 1993) นอกจากนี้ยังมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน (พวงทอง, 2534; Robin & Gosselin, 2002)

#### 1.4.2. ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับร่างกายเฉพาะที่ได้แก่

1) การเปลี่ยนแปลงบริเวณผิวหนังบริเวณที่รับรังสี ผิวหนังอาจมีลักษณะบวม แดง อักเสบ (Robin & Gosselin, 2002) มักจะเกิดขึ้นหลังได้รับรังสีรักษาประมาณ 1,000-2,000 cGy หรือประมาณ 1-2 สัปดาห์ (เต็มศักดิ์, ม.ป.ป) และในสัปดาห์ที่ 2-3 หรือหลังได้รับรังสีประมาณ 4,000 cGy ผิวหนังจะคล้ำแห้งเป็นขุยหรือตกสะเก็ด คัน ผมหหรือขนร่วงหลุดง่าย (เต็มศักดิ์, ม.ป.ป; Robin & Gosselin, 2002)

2) มีการระคายเคืองของเยื่อภายใน เกิดได้กับเยื่อภายในของอวัยวะทุกแห่งที่ได้รับรังสี (ศิริพร, 2542) เช่น ช่องปาก หลอดอาหาร หลอดลม ทางเดินอาหาร ปากมดลูก พังง้องคลอด หรือกระเพาะปัสสาวะ เนื่องจากเยื่อภายในมีความทนน้อยกว่าผิวหนัง จึงเกิดอาการได้รุนแรงและรวดเร็วกว่า การอักเสบของเยื่อภายในมักจะเริ่มในปลายสัปดาห์ที่ 2-3 ของการรักษาด้วยรังสี หรือได้รับรังสีรักษาประมาณ 2,000-3,000 cGy (เต็มศักดิ์, ม.ป.ป; Bomford et al., 1993) ซึ่งสามารถแบ่งได้ตามอวัยวะที่ฉายรังสีดังนี้

2.1) ผู้ป่วยที่ได้รับรังสีบริเวณช่องปากและคอจะเกิดอาการระคายเคืองของเยื่อช่องปากจะมีการบวม แดง ต่อมาจะเกิดมีฝ้าขาวหรือเทาคลุม ฝ้าที่ถูกกระทบกระเทือนนี้จะหลุดออกเป็นแผล มีการสร้างเยื่อเมือกและน้ำลายลดลง ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บในปาก กลืนเจ็บ มีอาการปากแห้ง ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานอาหาร (สมจิต, 2537; Robin & Gosselin, 2002)

2.2) ในกรณีที่ฉายรังสีปอดหรือหลอดลมเชื่อมุภายในระบบหายใจในระยะแรกๆ มักไม่ค่อยมีอาการผิดปกติ นอกจากมีอาการแน่นหน้าอกและไอบ้างเล็กน้อย เมื่อปอดได้รับรังสีมากขึ้นก็จะเกิดการอักเสบขึ้นในปอด (Bomford et al., 1993) หรือน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดได้ โดยต้องได้รับรังสีประมาณ 2,500 cGy ขึ้นไปแต่อาการจะเกิดขึ้นภายหลังได้รับรังสีรักษาครบแล้ว 1-6 เดือน แต่ถ้าได้รับรังสีรักษาเป็นบริเวณกว้างตั้งแต่ 75% ขึ้นไป (ศิริพร, 2542) และปริมาณรังสีที่ได้รับ ตั้งแต่ 2,000 rads ขึ้นไป จะพบมีความผิดปกติของการหายใจอย่างมาก เช่น การหายใจล้มเหลว (เต็มศักดิ์, ม.ป.ป) ถ้าปริมาณรังสีที่ได้รับไม่สูงอาการเหล่านี้จะทุเลาไปได้ใน 3-4 สัปดาห์ (Robin & Gosselin, 2002) ซึ่งขึ้นกับปริมาณรังสีต่อครั้ง ปริมาณรังสีรวม ขนาดของบริเวณที่ฉายรังสี และโรคปอดเดิม (เต็มศักดิ์, ม.ป.ป)

2.3) ในผู้ป่วยที่ฉายรังสีบริเวณช่องท้อง จะมีการอักเสบที่เกิดขึ้นกับเยื่อ กระเพาะอาหาร ลำไส้ จะพบว่า มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ซึ่งเป็นอาการที่พบได้บ่อย ผู้ป่วยจะมีอาการได้ตั้งแต่วันแรกๆ ของการรักษา อาการคลื่นไส้ อาเจียนจะหยุดเมื่อฉายรังสีครบแต่อาการเบื่ออาหารอาจมีต่อไปได้ (พวงทอง, 2534) นอกจากนี้อาจมีอาการปวดท้อง ท้องเสีย ถ่ายอุจจาระบ่อยขึ้น โดยเริ่มมีอาการตั้งแต่สัปดาห์ที่ 2-3 (เต็มศักดิ์, ม.ป.ป) บางรายอาจมีการอักเสบเกิดขึ้นในเยื่ออาหารของลำไส้ใหญ่ หรือทวารหนักอาจมีการปวดเบ่งเวลาถ่าย อาการท้องเสีย อุจจาระเป็นเลือด (สมจิต, 2537) ในผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีบริเวณอุ้งเชิงกราน นอกจากมีผลต่อลำไส้ ทวารหนักแล้ว ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยๆ คือ กระเพาะปัสสาวะอักเสบ ถ่ายปัสสาวะบ่อยและขัด (ศิริพร, 2542; Robin & Gosselin, 2002) ซึ่งต้องได้รับรังสีประมาณ 3,000 cGy ขึ้นไป (ศิริพร, 2542) จะเกิดการอักเสบขึ้นหลังการฉายรังสี 2-3 สัปดาห์ จนถึงฉายรังสีครบแล้ว 3-4 สัปดาห์ (Robin & Gosselin, 2002) และอาจมีปัสสาวะปนเลือดได้ในผู้ป่วยที่ได้รับรังสีที่กระเพาะปัสสาวะสูงกว่า 6,000 – 7,000 cGy มีโอกาสเกิดการอักเสบได้อีกภายหลังฉายรังสีครบแล้ว 2 ปีขึ้นไป (เต็มศักดิ์, ม.ป.ป)

3) ตา หากเยื่อตาได้รับรังสีในประมาณ 2,000 cGy จะเกิดเยื่อตาอักเสบ และเมื่อได้รับรังสีประมาณ 5,000 - 6,000 cGy จะมีโอกาสเกิดอาการอักเสบอย่างรุนแรงและเจ็บปวดมาก คอร์เนีย (corneal) จะเป็นแผลภายหลังการฉายรังสีครบแล้ว 4 - 12 เดือน ต่อม่าน้ำตาจะถูกกด ต่อม่าน้ำตาอาจมีการอุดตัน ทำให้ความดันในลูกตาจะสูงขึ้น หรือมีเลือดออกในตา (เต็มศักดิ์, ม.ป.ป; Bomford, et al., 1993)

4) สมอง จะเกิดสมองบวมได้ (brain edema) หากมีการเพิ่มรังสีต่อครั้งสูงขึ้น 600 – 1,000 cGy ในสัปดาห์แรกของการรับรังสีรักษา เกิดระบบประสาทถูกทำลาย (neurological deterioration) (เต็มศักดิ์, ม.ป.ป) ร่วมกับมีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ และอาเจียน

(Robin & Gosselin, 2002) หากฉายรังสีที่สมองมากกว่า 5,000-6,000 cGy จะมีโอกาสเกิดภาวะ เนื้อสมองฝ่อ (brain necrosis) ภายหลังกายรังสีครบแล้วตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป (ศิริพร, 2542)

5) ไขสันหลัง จะเกิดอาการเสียวแปลบๆ ตามแนวสันหลัง และแขนขา เมื่อได้รับรังสีรักษาประมาณ 3,500 cGy มักจะเป็นอาการแบบชั่วคราว เกิดขึ้นหลังได้รับรังสีครบแล้ว 1-2 เดือนแล้วจะดีขึ้นเองใน 2-6 เดือน (เต็มศักดิ์, ม.ป.ป; ศิริพร, 2542)

6) ไขกระดูกและเม็ดเลือด จะพบการเปลี่ยนแปลงของเม็ดเลือดต่างๆ ลดลง ปริมาณเม็ดเลือดขาวของผู้ป่วยจะลดลง โดยเฉพาะลิมโฟไซต์ที่เจริญเต็มที่ซึ่งจะไวต่อรังสีมากที่สุด (เต็มศักดิ์, ม.ป.ป) ภายหลังกายรังสี 2-3 ชั่วโมงต่อมา ผู้ป่วยรายใดที่มีลิมโฟไซต์ เหลือน้อยกว่า 2,500-3,000 ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร จำเป็นต้องหยุดฉายแสงชั่วคราว เพราะอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อได้เนื่องจากภูมิคุ้มกันต่ำ (ศิริพร, 2542)

7) ตับ ถ้าได้รับรังสีตั้งแต่ 3,000-4,000 cGy ขึ้นไป ภายหลังกายรังสีครบแล้ว 1-4 เดือนจะเริ่มมีอาการทางตับเกิดขึ้น อาการที่พบ คือ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร อาเจียน บวม ตับโต บางรายอาจมีตัวตาเหลือง และอาจมีน้ำในท้อง (ascites) (เต็มศักดิ์, ม.ป.ป)

8) ไต อาจพบลักษณะของกรวยไตอักเสบเฉียบพลัน ซึ่งมักปรากฏหลังได้รับรังสีในขนาด 2,000 cGy ขึ้นไป ประมาณ 6 -13 เดือน อาการที่พบ คือ อ่อนเพลีย หายใจหอบเหนื่อย คลื่นไส้ อาเจียน บวม ความดันโลหิตสูง ต่อมาการทำงานของไตเสื่อมลงเกิดภาวะไตอักเสบเรื้อรังและเกิดภาวะ ยูรีเมีย (ศิริพร, 2542; Bomford et al., 1993)

9) ระบบสืบพันธุ์ ในผู้ชายปริมาณรังสีประมาณ 600 cGy ขึ้นไปทำให้เป็นหมันถาวร สำหรับในผู้หญิง ปริมาณรังสี 500-2,000 cGy ทำให้ปริมาณของเอสโตรเจน และโปรเจสเตอโรนลดน้อยลง ทำให้หยุดการมีประจำเดือนและเป็นหมันได้ จะมีอาการร้อนวูบวาบตามผิวหนัง หงุดหงิดง่าย และความรู้สึกทางเพศลดลง (Bomford et al., 1993)

10) กระดูก ถ้าได้รับรังสีเกิน 6,000 cGy จะมีผลต่อกระดูกและกระดูกอ่อนเซลล์ในกระดูกจะตาย ทำให้หักง่าย (Bomford et al., 1993)

12) ต่อมไทรอยด์ ถ้าฉายรังสีที่ต่อมไทรอยด์ ประมาณ 4,500 cGy สามารถทำให้ต่อมไทรอยด์ทำงานน้อยลงเกิดภาวะ hypothyroidism ได้ภายหลังกายรังสีครบแล้ว 2- 3 ปี ขึ้นไป (ศิริพร, 2542)

13) หู มีการฉายแสงบริเวณหู อาจมีการบวมของแก้วหู และท่อยูสเทเชียน (eustachian tube) ทำให้หูอื้อได้ บางรายอาจทำให้สูญเสียการได้ยิน (ศิริพร, 2542)

### 1.5 ภาวะแทรกซ้อนของรังสีรักษาที่มีผลกระทบต่อจิตสังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย

ผู้ป่วยทั่วไปคิดว่า การฉายรังสีเป็นหนทางสุดท้ายของการรักษา และการให้ความหมายต่อโรคมะเร็งเป็นโรคที่หมดหวังและนำไปสู่ความตาย (ฟองพัคตร์, 2542) เนื่องจากยังไม่สามารถควบคุมโรคได้อย่างสมบูรณ์ ซึ่งบุคคลทั่วไปมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งว่าเป็นโรคที่ร้ายแรงเมื่อเป็นโรคนี้อยู่ใกล้เกี่ยวกับความตายและเมื่อเป็นโรคนี้อาจต้องทนทุกข์ทรมาน (ฟองศรีและรุ่งนภา, 2540) จึงทำให้ระยะเริ่มต้นที่ได้รับรังสีรักษาผู้ป่วยจะมีการรับรู้ ด้านลบต่อโรคมะเร็งและรังสีรักษา มีพฤติกรรมซึมเศร้า ท้อแท้ วิตกกังวลกับปัญหาความเจ็บป่วย มองโลกในแง่ไม่ดี กลัว เครียด และไม่มั่นใจในการรักษา (โชมพัคตร์, 2541) จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลจากการคิดว่าตนเองจะอยู่ได้นานเท่าใดและการรักษาจะช่วยให้มีชีวิตรอดหรือไม่ (สมจิต, 2537) เกิดความไม่แน่นอนจากความเจ็บป่วยและการรักษา (Ferrell et al., 1998a) หรือเชื่อว่ารังสีจะทำให้มะเร็งกระจายไปสู่บริเวณอื่นและเมื่อฉายรังสีแล้วตนเองจะเป็นผู้แพร่กัมมันตรังสีไปสู่บุคคลใกล้ชิด (Stroh, 1993 อ้างตามสมจิต, 2537) เมื่อต้องรับการรักษาด้วยรังสีรักษาจึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเครียด มีความกลัว วิตกกังวล และรู้สึกถึงความไม่แน่นอนเพิ่มมากขึ้น ดังเช่นจากการศึกษากระบวนการประเมินสถานการณ์ ความเครียด การเผชิญความเครียด และผลลัพธ์การปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระหว่างเข้ารับรังสีรักษาในผู้ป่วยจำนวน 100 ราย ของฟองพัคตร์ (2542) พบว่าการได้รับรังสีรักษาทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดมากจากการรับรังสีรักษา และจากการศึกษาประสบการณ์ชีวิตผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการรักษาด้วยการใส่แร่ของอรพินท์ (2544) พบว่าระหว่างการใส่แร่ผู้ป่วยมีความรู้สึกกลัวจากการรักษา นอกจากนี้จากการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของแม่น้ำนา (2539) พบว่า ระหว่างรับการรักษาผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคมะเร็งและการรอดชีวิต การรักษาและอาการแทรกซ้อนจากการรักษา และจากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และพฤติกรรมปรับตัวในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาของนิตยา (2537) พบว่า ระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยอยู่ในระดับสูงในวันแรกก่อนได้รับรังสีรักษา

เมื่อได้รับรังสีแล้วมีผลแทรกซ้อนเกิดขึ้นต่าง ๆ มากมาย เช่น อ่อนเพลีย เมื่ออาหารรับประทานได้น้อย คลื่นไส้ อาเจียน บริเวณผิวหนังอาจบวม แดง อักเสบ แห้ง คัน และมีผลกับอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจะมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น อาจจะช้าหรือเร็วตามปริมาณรังสีระยะเวลาที่ได้รับรังสี (Bomford et al., 1993; Robin & Gosselin, 2002) ตำแหน่งของเนื้อเยื่อหรืออวัยวะที่ได้รับรังสี ชนิดของรังสี และโรคอื่น (co morbid diseases) ที่ร่วมเป็นปัจจัยเสริมทำให้ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มมากขึ้น (Robin & Gosselin, 2002) จะทำให้ผู้ป่วยยังรู้สึกท้อแท้และไม่อยากรักษาต่อ มีความหวังลดลง และรู้สึกทุกข์ทรมานมาก ดังเช่นจากบทความประสม

การณ้ของพยาบาลผู้รอดชีวิตจากการเป็นมะเร็งของวัฒนา และอำไพ (2543) เล่าว่าในระหว่างที่ได้ รับรังสีรักษามีภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษา คือ อ่อนเพลียมาก รับประทานอาหารไม่ได้ มีการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ มีอาการคลื่นไส้มาก และถ้าได้ใหญ่อักเสบ ซึ่งอาการต่างๆ เกิดขึ้นหลังจากได้รับรังสีรักษา 2 สัปดาห์ ทำให้ผู้ป่วยท้อถอยและไม่อยากรับการรักษาต่อ และพยายามขอ แพทย์เพื่อยกเลิกการรักษาหลายครั้งเพราะอยู่ในสภาพที่ทนไม่ได้ รู้สึกท้อแท้ รู้สึกไม่แน่นอนต่อการรักษา และรู้สึกทุกข์ทรมาน และจากการศึกษาผลแทรกซ้อนจากรังสีรักษาของผู้ป่วยมะเร็ง ศีรษะและคอจำนวน 33 รายของโรส-เพดและคณะ (Rose-Ped et al., 2002) พบว่าผลข้างเคียงของ รังสีรักษาทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมานมาก เนื่องจากมีอาการอ่อนเพลียมาก ปากแห้ง มีแผลในช่อง ปาก ปวด และตุ่มรับรสเปลี่ยนแปลงไป โดยพบว่ามีผู้ป่วยร้อยละ 27 ต้องเข้านอนในโรงพยาบาล เนื่องจากผลข้างเคียงของการรักษา ไม่สามารถรับประทานอาหารหรือดื่มน้ำได้ มีอาการเจ็บปาก และ อ่อนเพลียมาก โดยมีผลมาจากการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ และจากการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งปาก มดลูกที่ได้รับรังสีรักษาของคริสแมน, โอคเลย์ และ โครนิน (Christman, Oakley, & Cronin, 2001) พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 40 มีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ท้องเสีย คลื่นไส้ ปัสสาวะบ่อย มีตกขาว และ นอนไม่หลับ ดังนั้นผลข้างเคียงจากการได้รับรังสีรักษาจึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมาน ท้อแท้ ทำให้ความหวังลดลงและรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจจากการที่ไม่สามารถควบคุมสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้

จากการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียงที่ได้รับรังสีรักษาจำนวน 115 คน ของไลท์และ คณะ (Lai et al., 2003) พบว่า ผลแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการรักษา ได้แก่ ปากแห้ง อ่อนล้า มีอุปสรรคของการได้ยิน ความอยากอาหารลดลง นอนไม่หลับ ปวด ปากเป็นแผล ทำให้ผู้ป่วย มีความหวังลดลง โดยความรู้สึกรุนแรงของการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความหวังอย่างมี นัยสำคัญ และมีอำนาจสามารถทำนายความหวังได้ ( $R^2 = 0.2$ ,  $P > .001$ ) นอกจากนี้จากการศึกษา ปัจจัยบางประการที่มีอิทธิพลต่อภาวะสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่รับรังสีรักษา ในผู้ป่วยจำนวน 150 ราย ของกัลยากร, ทศนา, สายพิน และววรรณิ (2538) พบว่า อาการแทรกซ้อนที่ เกิดขึ้นจากการได้รับรังสีรักษาทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่มั่นใจในการรักษาและรู้สึกว่าตนไม่ สามารถควบคุมสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนได้ รู้สึกสูญเสียพลังอำนาจมาก ซึ่งจากการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและการวิเคราะห์ถ้อยพหุ พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองมี ความสัมพันธ์ในทางลบกับการสูญเสียพลังอำนาจ ( $r = -.63$ ,  $p < .001$ ) และภาวะแทรกซ้อนจากรังสี รักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสูญเสียพลังอำนาจ ( $r = .21$ ,  $p < .05$ ) ดังนั้นผลจากการรักษาด้วย รังสีรักษาจึงทำให้รบกวนความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยโดยตรง

จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาของแสงอรุณ, อังศุมา และ อาภรณ์ (2539) พบว่าผลของโรคและการรักษามีผลกระทบกับผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมานจาก

อาการของโรคและการรักษา มีความไม่แน่นอนในชีวิต และขาดความอบอุ่นทางใจ สอดคล้องกับการศึกษาของอากรณและคณะ (2540) พบว่า ในระหว่างรับรังสีรักษาผู้ป่วยอยู่ในภาวะจำยอม โดดเดี่ยว กลัวสับสนและต้องต่อสู้ ทุกข์ทรมานจากโรค ผลข้างเคียงของการรักษา เกิดความไม่แน่นอน ชัดแย้งและสับสน ซึ่งเป็นสิ่งที่รบกวนความผาสุกกับผู้ป่วยโดยตรง ผู้ป่วยรู้สึกซึมเศร้าและทุกข์ทรมานมากจากโรคที่ตนเองเป็น และอาการข้างเคียงของรังสีรักษา นอกจากนี้จากการศึกษาของบุบผา (2536) พบว่า เมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งจะมีผลกระทบต่อความต้องการด้านจิตวิญญาณ คือ การเจ็บป่วยทำให้รู้สึกเกิดผลกระทบต่อตัวเอง ร้อยละ 74.67 ความรู้สึกดังกล่าวได้แก่ ความหวาดหวั่นจากการรักษา ความวิตกกังวลจากความไม่แน่นอนของชีวิต ความทุกข์ทรมาน และความกลัวจากการเจ็บปวดและความตาย ต้องเปลี่ยนแปลงจุดมุ่งหมายในชีวิตร้อยละ 18.67 การอยู่โรงพยาบาลเป็นอุปสรรคต่อสัมพันธ์ภาพระหว่างตนเองกับลูก-หลาน-คู่สมรส ร้อยละ 81.7

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษาทำให้เกิดผลกระทบกับผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณ หากผู้ป่วยสามารถเผชิญกับโรคและการรักษาได้ ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ยังคงมีความสุข สงบ สามารถยอมรับกับการเจ็บป่วย ผลแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ จะทำให้ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา รู้สึกว่าชีวิตยังคงมีความหวัง มีความหมาย และตั้งเป้าหมายให้กับชีวิตจนถึงสิ้นสุดการรักษา นั่นคือผู้ป่วยยังคงมีความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณ เพราะจิตวิญญาณเป็นแหล่งของความหวังกำลังใจ (จอณพะจง, 2546ก) เปรียบเสมือนพลังของชีวิต และแก่นของชีวิต เพื่อให้มุ่งสู่การมีคุณค่า และมีเป้าหมายในชีวิต โดยเป็นตัวหลักที่จะเข้ามาเป็นตัวช่วยเชื่อมการทำหน้าที่ของร่างกาย และจิตใจให้คงความสมดุล เป็นตัวช่วยส่งเสริมฟื้นฟูการเจ็บป่วยได้ (สายพิน, 2539)

## 2. ความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณ

### 2.1 ความหมายของความผาสุกทางจิตวิญญาณ

ความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นมิติหนึ่งของคุณภาพชีวิต (อากรณและคณะ, 2540; Ferrell et al., 1998a; Ferrell, Smith, Juarez, & Melancon, 2003) ความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นองค์ประกอบหนึ่งในสภาวะของบุคคลตามองค์รวม ตามประกาศขององค์การอนามัยโลก (ทัศนีย์, 2545ก; ประเวศ, 2543) จากการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัย บทความต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกทางจิตวิญญาณสามารถให้ความหมายของความผาสุกทางจิตวิญญาณได้ดังนี้

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่รับรู้ได้ถึงความสุขสงบเป็นสุข และมีความเข้มแข็งทางจิตวิญญาณ ตลอดจนมีภูมิคุ้มกันทางจิตที่มีกระแสการรับรู้ที่ไวต่อสิ่งที่เข้ามากระทบ โดยจิตที่รู้ตื่นและเบิกบานกับการทำหน้าที่การใช้ชีวิต รู้ตื่นและเบิกบานกับตาหู หูฟัง

จนกว่าได้กลิ่น ลิ่นลิ้มรส ภายกระทบเย็น ร้อน อ่อน แข็ง หย่อนตึง แล้วยกลงสู่ใจ รู้ตื่นและเบิกบานในทุก  
 อย่างก้าว (คันศนีย, 2544) รู้เห็นชีวิตตามความเป็นจริง รู้ว่าชีวิตก็เป็นเช่นนั้นเอง รู้เท่าทันความทุกข์  
 (พระเมธีธรรมมาภรณ์, 2533) สามารถหลุดพ้นจากความมีตัวตน (self transcending) (ประเวศ,  
 2543) มีการรับรู้ชีวิตยังมีความหมาย มีเป้าหมายในชีวิต (ทักษนีย, 2545ก) มีความเข้มแข็งในจิตใจ  
 มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ขอมรับและพึงพอใจในสิ่งที่ตนเป็นอยู่ และยอมรับการเปลี่ยนแปลงของชีวิต  
 สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในชีวิตได้ (ทักษนีย, 2545ก; Landis, 1996; Paloutzian &  
 Elilision, 1983 cited by Fehring et al., 1997) โดยบุคคลเกิดความรู้สึกผสมผสานกันระหว่างตนเอง  
 ผู้อื่น ธรรมชาติและสิ่งที่อยู่เหนือตนเอง ภายใต้อเวลาที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา มีการพัฒนามา  
 มาซึ่งการมีเป้าหมายความหมายในชีวิต (Hungelmann, Kenkle-Rossi, Klassen, & Stollenwork,  
 1996) และมีความหวังในชีวิต (Fehring et al., 1997) รู้สึกว่ามีความพร้อมความสมบูรณ์ของร่างกาย  
 และจิตใจ สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ดี รู้สึกมีความสุขในการดำเนินชีวิตตลอดเวลา มีความรู้  
 สึกอิมเอิบสมบูรณ์ และพร้อมในการดำเนินชีวิตอยู่กับธรรมชาติและสิ่งที่เหนือธรรมชาติ (ทัศนาศ,  
 2533)

## 2.2 องค์ประกอบของความผาสุกทางจิตวิญญาณ

ความผาสุกทางจิตวิญญาณจะเกิดขึ้นได้เมื่อบุคคลได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิต  
 วิญญาณอย่างเพียงพอ (เกศรินทร์, 2544) โดยไฮฟิลด์ และคาร์สัน (Highfield & Cason, 1983)  
 ได้กล่าวถึงความต้องการด้านจิตวิญญาณของบุคคลประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ต้องการมีความ  
 หมายและมีจุดมุ่งหมายในชีวิต (need for meaning and purpose) โดยบุคคลจะมีพฤติกรรมแสดง  
 ออกอย่างเหมาะสมดำเนินชีวิตตามค่านิยมที่ตนเองได้ให้ความหมายและได้ให้คุณค่า ต้องการมีส่วน  
 ร่วมในกิจกรรมทางศาสนา 2) ต้องการรับความรักจากผู้อื่น (need to receive love) โดยการแสดง  
 ออกถึงความรู้สึกว่าได้รับความรักความเมตตาจากผู้อื่นและพระเจ้า ได้รับการให้อภัยจากผู้อื่นและ  
 พระเจ้า 3) ต้องการให้ความรักกับผู้อื่น (need to give love) โดยการแสดงความรักกับผู้อื่นโดยการ  
 กระทำ และแสวงหาส่วนที่ดีของบุคคลอื่น และ 4) ต้องการความหวังและการสร้างสรรค์  
 (need for hope and creativity) โดยบุคคลจะแสดงถึงการตั้งเป้าหมายในชีวิตที่เหมาะสมมีความเป็น  
 ไปได้ เช่น เป้าหมายด้านสุขภาพ ซึ่งความต้องการด้านจิตวิญญาณของบุคคลเป็นความต้องการสูง  
 สุดของมาสโลว์ คือ ความต้องการถึงซึ่งความสำเร็จแห่งตน (self actualization) (ทัศนาศ, 2533) หาก  
 บุคคลได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณก็ทำให้เกิดความผาสุกทางด้าน จิต  
 วิญญาณ เกิดความสงบ เป็นสุข มีจิตใจที่เข้มแข็ง สามารถทนต่อภาวะของโรคและการรักษาได้  
 ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าตัวชี้วัดว่าบุคคลนั้นจะมีความผาสุกด้าน  
 จิตวิญญาณได้ มีความเกี่ยวข้องกับศาสนา (Paloutzian & Elilision, 1983 cited by Fehring et al.,

1997; Hungelmann et al., 1996) ความพึงพอใจในชีวิต การยอมรับการเปลี่ยนแปลงของชีวิต (Hungelmann et al., 1996) การมีความหมาย มีเป้าหมายในชีวิต (Highfield & Cason, 1983) ความหวัง (Highfield, 1992) และความเข้มแข็งของจิตใจ (Stoll, 1979) ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

2.2.1 ความศรัทธาและความเชื่อ (faith/belief) ความเชื่อด้านจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์กับการดำเนินชีวิต เป็นความเชื่อในสิ่งที่มีพลังอำนาจสูงสุด (Hungelmann et al., 1996) เกี่ยวกับศาสนา การยึดมั่นความสัมพันธ์กับสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรือสิ่งที่ตนเองนับถือ (Paloutzian & Elilision, 1983 cited by Fehring et al., 1997) จากการศึกษาคุณภาพชีวิตในมุมมองต่างๆ ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ของแมค มิลแลนและวิตเนอร์ (McMillan & Weitzner, 2000) พบว่า ศาสนาเป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่จะช่วยคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยเลือกที่จะระลึกถึงพระเจ้าเมื่อเจ็บป่วยเพื่อคงไว้ซึ่งความผาสุกด้านจิตวิญญาณ และจากการศึกษาความหมายของความเจ็บป่วยและจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ของเฟอร์เรลและคณะ (Ferrell et al., 2003) พบว่า ผู้ป่วยสะท้อนถึงการมีความเชื่อและศรัทธาในพระเจ้าสามารถลดบันดาลใจให้ควบคุมโรคและความเจ็บป่วยของตนเองได้

ในสังคมไทยศาสนาเป็นมิตติความศรัทธาและความเชื่อในการเยียวยาจิตวิญญาณ ทำให้บุคคลเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ คือ รู้สึกสบายใจ ผ่อนคลาย ไม่เครียด (ประเวศ, 2544) จากการศึกษาของบุบผา พบว่า ศาสนาเป็นสิ่งที่ให้ความหมาย เป็นจุดมุ่งหมาย เป็นความหวังและกำลังใจในฐานะสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรืออยากให้อภัยช่วยคุ้มครองเป็นกำลังใจทำให้หายจากโรคที่เป็นอยู่ ร้อยละ 100 (n = 74) เพื่อทำจิตใจให้สงบ ลดความวิตกกังวล ความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นร้อยละ 100 นอกจากนี้การมีความผาสุกทางจิตวิญญาณที่ดีได้นั้นจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลได้ทำความดี หรือจิตได้สัมผัสกับสิ่งที่มีคุณค่าอันสูงส่งหรือสูงสุด เช่น การเสียสละ การมีเมตตา กรุณา การเข้าถึงพระรัตนตรัย หรือการเข้าถึงพระเจ้าเป็นเจ้า เป็นต้น (ประเวศ, 2543) นอกจากนี้จากการศึกษาจิตวิญญาณในผู้สูงอายุไทยในชนบทของทองประทีป (Tongprateep, 2000) พบว่า การที่ผู้สูงอายุมีความเชื่อของกฎแห่งกรรม การทำความดี เชื่อในผลของการกระทำ มีความเชื่อว่าผลของการทำความดีแล้วขึ้นสวรรค์ ทำชั่วแล้วตกนรก เชื่อในเรื่องชีวิตหลังความตาย ยึดมั่นในหลักศาสนา ทำให้ผู้ป่วยสามารถยอมรับกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ โดยองค์ประกอบของจิตวิญญาณที่กลุ่มตัวอย่างกล่าวถึงมีทั้งหมด 9 แก่น คือ 1) ความเชื่อในกฎแห่งกรรม (law of karma) 2) ความเชื่อในเรื่องภพหน้า หรือชีวิตหลังความตาย (life after death) 3) การทำบุญ (merit making) 4) การรักษาศีล (observance of moral precepts) 5) ความกตัญญูดูแลครอบครัว (gratitude and caring in the family) 6) การปฏิบัติสมาธิ (meditation) 7) ความสามารถในการเผชิญชีวิตที่ไม่ราบเรียบ (coping with vicissitudes of life) 8) ความหวัง (being hopeful) และ 9) การมีชีวิตที่เรียบง่าย สงบสุข (having a peaceful mind) ดังนั้น

จะเห็นได้ว่ามิตีความศรัทธาและความเชื่อเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่ทำให้เกิดความผาสุกด้านจิตวิญญาณได้

2.2.2 ความพึงพอใจในชีวิต ยอมรับการเปลี่ยนแปลงของชีวิต (Hungelmann et al., 1996) การมีความหมาย และรับรู้เป้าหมายในชีวิต (Highfield & Cason, 1983) ความผาสุกทางจิตวิญญาณ จะออกมากับแรงขับสูงสุดที่ขับออกจากจิตวิญญาณ โดยเกี่ยวกับความรู้สึกมีความหมายมีเป้าหมายในชีวิต และการพึงพอใจในชีวิต (Landis, 1996) การมีความหมาย และมีเป้าหมายในชีวิตจะทำให้มีความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณจากการที่มีเป้าหมายชีวิตที่แน่นอน (Morris, 1996)

2.2.3 ความหวัง และความเข้มแข็งของจิตใจ เป็นความรู้สึกถึงสิ่งที่มีความสำคัญต่อตัวบุคคล (Stoll, 1979) การมีความหวังจะทำให้บุคคลแสดงออกถึงการตั้งเป้าหมายในชีวิตที่เหมาะสม (Highfield & Cason, 1983) ทำให้บุคคลมีความเชื่อว่าสิ่งต่างๆ ที่ต้องการจะเป็นไปตามที่คาดหมายไว้ จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (Highfield, 1992) ความเข้มแข็งจะทำให้บุคคลแสดงออกมาในลักษณะของความมุ่งมั่นในการที่จะทำสิ่งต่างๆ ให้สำเร็จให้ได้ เป็นลักษณะของการสามารถที่จะควบคุม สิ่งที่เกิดขึ้น และเกิดเป็นการจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างทันท่วงที (Pollock, 1990) ซึ่งความเข้มแข็งของบุคคลมีความสัมพันธ์กับความหวังโดยจะมีความสำคัญกับบุคคล เพราะช่วยให้มีกำลังใจและสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยได้ (Stoll, 1979) และทำให้ผู้ป่วยเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความผาสุกทางจิตวิญญาณ ความหวัง ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคมะเร็ง จำนวน 100 ราย ของ เฟรริง, มิลเลอร์ และชอร์ (Fehring et al., 1997) พบว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์กันในทางบวกกับความหวัง ( $r = 0.75, p < 0.001$ ) และจากการศึกษาความสัมพันธ์ความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณ กับความเข้มแข็งของบุคคลในผู้ป่วยเอดส์ ของ คาร์สัน และกรีน (Carson & Green, 1992) พบว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งในจิตใจของผู้ป่วย โดยองค์ประกอบของความผาสุกด้านจิตวิญญาณ เป็นความผาสุกในการดำเนินชีวิตซึ่งมีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางจิตใจ

ดังนั้นความผาสุกทางจิตวิญญาณจะเกิดเมื่อผู้ป่วยได้รับการตอบสนองด้านจิตวิญญาณอย่างเพียงพอ โดยองค์ประกอบของความผาสุกทางจิตวิญญาณประกอบด้วย ความศรัทธาและความเชื่อ ซึ่งเกี่ยวข้องกับศาสนา การมีความพึงพอใจในชีวิต ยอมรับการเปลี่ยนแปลงของชีวิต การมีความหมาย รับรู้เป้าหมายในชีวิต ความหวังและความเข้มแข็งของจิตใจ ซึ่งเป็นสิ่งที่มีความสำคัญเพื่อเป็นตัวชี้วัดว่าบุคคลนั้นมีความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณอย่างแท้จริง (ทัศนาว, 2533)

### 2.3 การประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ

การประเมินทางด้านจิตวิญญาณต้องมีการประเมินอย่างต่อเนื่อง (อวยพร, 2533) เนื่องจากภาวะจิตวิญญาณ มีลักษณะเป็นนามธรรม เป็นกระบวนการที่ต่อเนื่อง (ทัศนีย์, 2545ข) มีการเปลี่ยน

แปลงตลอดเวลาตามประสบการณ์และสิ่งที่เข้ามากระทบซึ่งมีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การเจ็บป่วย การรักษา ภัยที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามพัฒนาการ เป็นต้น ดังนั้นจึงต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง เช่นเดียวกับการประเมินสภาพทางด้านร่างกาย จิตและสังคม การเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อใช้ในการประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ มี 2 วิธี (อวยพร, 2533) คือ การสังเกต และการสัมภาษณ์

1) การสังเกต ได้แก่ ทำทางพฤติกรรมที่แสดงออก ได้แก่ สีหน้า ท่าทาง การแสดงอารมณ์ เช่น ว่างเหว โกรธ ซึมเศร้า หงุดหงิด เป็นต้น กิจกรรมที่ปฏิบัติ เช่น การสวดมนต์ อ่านหนังสือธรรมะ อ่านคัมภีร์ เป็นต้น การสังเกตพฤติกรรมทางวาจา เช่น การพูดถึงการเจ็บป่วยของตนเอง ลักษณะของคำพูด น้ำเสียง เมื่อพูดถึงสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ความเชื่อ ความศรัทธาของตนเอง ความหมายเป้าหมายในชีวิต ความสัมพันธ์ระหว่างความเจ็บป่วยต่อชีวิตประจำวัน กิจกรรมทางศาสนา นอกจากนี้การสังเกตจากสิ่งแวดล้อม เช่น หนังสือทางศาสนา การสวดมนต์คุณมงคล วิธีปฏิบัติ ศาสนกิจ การใช้วัตถุทางศาสนา ในการปฏิบัติศาสนกิจ เมื่อมีปัญหา มีการใช้สิ่งใดเพื่อปลอบใจ (อวยพร, 2533; ทศนีย์, 2545ก)

2) การสัมภาษณ์ การประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณจะมีการออกแบบเครื่องมือในเชิงปริมาณการสัมภาษณ์และ ในเชิงคุณภาพซึ่งขึ้นอยู่กับความเหมาะสมในการนำไปใช้ ซึ่งมีนักวิชาการได้เสนอแนวทางการประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณโดยใช้การประเมินของภาวะจิตวิญญาณ ดังนี้

### 2.1) การสัมภาษณ์ โดยใช้เครื่องมือในเชิงปริมาณ

2.1.1) ไฮฟิลด์ และคาร์สัน (Highfield & Cason, 1983) ได้พัฒนาแบบประเมินเพื่อศึกษาถึงความสามารถของพยาบาลในการวิเคราะห์ถึงพฤติกรรมและการแสดงออกของความต้องการด้านจิตวิญญาณ โดยประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) การมีความหมายและมีจุดมุ่งหมายในชีวิต 2) การรับความรักจากผู้อื่น 3) การให้ความรักกับผู้อื่น 4) ด้านความหวังและการสร้างสรรค์ ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 49 ข้อ โดยแบบสอบถามจะเป็นอัตราส่วนประมาณค่า (likert-scale) ตั้งแต่ 1-5 คะแนน โดยแต่ละคะแนนจะแสดงออกถึง ความบ่อยของพฤติกรรมหรือเงื่อนไขที่บันทึกจากการดูแลของพยาบาล และเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการดูแลของพระในโบสถ์ และนำไปเสนอเพื่อพิจารณาข้อคำถามจากการอภิปรายกลุ่มของผู้ชำนาญการทางจิตวิทยา อุไรวรรณ (2543) ได้นำมาปรับใช้เพื่อวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโดยปรับแนวคำถามให้กะทัดรัดได้แนวคำถาม 20 คำถาม นำไปหาความเชื่อมั่นได้ .83

2.1.2) ไฮฟิลด์ (Highfield, 1992) ได้พัฒนาแบบประเมินสุขภาพด้านจิตวิญญาณ (spiritual health inventories: SHI) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ให้ผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินเกี่ยวกับสุขภาพด้านจิตวิญญาณของตนเอง ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ 1) การยอมรับตนเอง (self-acceptance) ความไว้วางใจ

(trusting) โดยมีพื้นฐานจากการรับรู้ถึงการมีความหมายและมีจุดมุ่งหมายในชีวิต 2) การมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่นหรือสิ่งสูงสุด (พระเจ้า) โดยเป็นสิ่งที่อยู่นอกเหนือธรรมชาติ ความรักที่ไม่มีเงื่อนไข มีความเชื่อมั่น และการให้อภัย 3) การมีความหวัง ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 31 ข้อ โดยแต่ละข้อมีคะแนนแบบมาตราส่วนประมาณค่า ให้คะแนน 1-5 คะแนน ตามประสบการณ์และความรู้สึกของตนเอง หากคะแนนรวมของแบบประเมินมีระดับสูงแสดงถึงการมีระดับสุขภาพจิตวิญญาณระดับสูง นั่นคือมีความผาสุกทางจิตวิญญาณ และหากคะแนนรวมของแบบประเมินมีระดับต่ำแสดงถึงการมีระดับสุขภาพจิตวิญญาณระดับต่ำ นั่นคือมีความบีบคั้นทางจิตวิญญาณ (spiritual distress) ซึ่งไฮฟิลด์ (Highfield, 1992) นำมาใช้กับผู้ป่วยมะเร็งในมุมมองของพยาบาลและผู้ป่วยเอง ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 ราย จากพยาบาล และผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะที่ 3 และระยะที่ 4 คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (cronbach alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น .92 จากแบบประเมินพยาบาล และจากผู้ป่วยได้ ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น.89 สมพร (2541) ได้นำแบบวัดมาแปลเป็นภาษาไทย และดัดแปลง เพิ่มแนวคำถามเป็น 34 คำถาม เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะจิตวิญญาณของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น .92

2.1.3) ฮังเกลแมนและคณะ (Hungelmann et al., 1996) ได้พัฒนาแบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณชื่อจารล (JAREL) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ได้มาจากแนวคิดความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณใช้วัดในผู้ป่วยสูงอายุ โดยแบ่งองค์ประกอบของความผาสุกทางจิตวิญญาณไว้ 3 มิติ คือ

2.1.3.1) มิติตามศรัทธาและความเชื่อ ซึ่งเป็นความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านจิตวิญญาณและการดำเนินชีวิต ความเชื่อในสิ่งที่มีพลังอำนาจสูงสุด และชีวิตหลังความตาย

2.1.3.2) มิตินของชีวิตและความรับผิดชอบของตนเองเป็นความเชื่อในอำนาจสูงสุด ให้อภัยต่อผู้อื่น มีความสามารถในการยอมรับการเปลี่ยนแปลงในชีวิต หรือ การตัดสินใจในชีวิต

2.1.3.3) มิติตามพึงพอใจในชีวิตและการยอมรับความจริงของชีวิต ยอมรับการเปลี่ยนแปลงของชีวิต มีจุดมุ่งหมายในชีวิต สามารถที่จะแสดงความรักต่อผู้อื่น และรู้สึกถึงความมีคุณค่าในตัวเอง

จำนวนข้อคำถามมีทั้งหมด 21 ข้อ โดยแต่ละข้อมีคะแนนแบบมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ ถ้าระดับคะแนนสูงแสดงว่ามีความผาสุกทางจิตวิญญาณ แต่ถ้ระดับคะแนนต่ำแสดงว่ามีความบีบคั้นทางจิตวิญญาณ

2.1.4) พอลลูเซียนและเอลลิสัน (Palutzian & Ellison, 1982 cite by Fernsler et al., 1999) ได้พัฒนาเครื่องมือวัดความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณ (spiritual well-being scale: SWBS) โดยแบบประเมินสะท้อนความเชื่อ 2 ด้าน ได้แก่

2.1.4.1) ความผาสุกในการยึดมั่นศรัทธาในศาสนา การมีสัมพันธภาพกับพระเจ้า (religious well-being)

2.1.4.2) ความผาสุกในสิ่งที่กำลังเป็นอยู่ (existential well-being)

แบบวัดเป็นแนวคำถาม 20 ข้อ โดยเป็นแบบวัดด้านความผาสุกในการยึดมั่นศรัทธาในศาสนา การมีสัมพันธภาพกับพระเจ้า 10 ข้อ และ ด้านความผาสุกในสิ่งที่กำลังเป็นอยู่ 10 ข้อ มีข้อคำถามทางบวก 11 ข้อ คำถามทางลบ 9 ข้อ แต่ละข้อมีให้เลือก 6 ระดับ แบ่งระดับคะแนนตามมาตราส่วนประมาณค่า จากเห็นด้วยมากที่สุดถึงเห็นด้วยน้อยสุด หากคะแนนรวมอยู่ในระดับสูง แสดงว่ามีความผาสุกด้านจิตวิญญาณ เฟรินสเลอร์และคณะ (Fernsler et al., 1999) นำไปปรับใช้วัดความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น .86 และ ธนิญา (2545) นำไปปรับใช้วัดความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น .86 เช่นเดียวกัน

2.2) การสัมภาษณ์โดยใช้เครื่องมือเชิงคุณภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าผู้สร้างเครื่องมือวัดด้านจิตวิญญาณเชิงคุณภาพได้แก่ สโตล (Stoll, 1979) ประกอบด้วยแนวคำถามปลายเปิดมีทั้งหมด 16 คำถาม โดยแบ่งออกเป็น 4 ด้านดังนี้

2.2.1) ความคิดเกี่ยวกับพระเจ้าหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ (concept of god or deity) มีคำถามทั้งหมด 4 คำถาม โดยถามเกี่ยวกับความสำคัญของศาสนา พระเจ้าหรือสิ่งศักดิ์ต่อตนเอง มีการสวดมนต์ภาวนาบ้างหรือไม่ และถ้าสวดมนต์ภาวนาช่วยในเรื่องใดและคิดว่าพระเจ้าหรือสิ่งศักดิ์มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตหรือไม่อย่างไร

2.2.2) แหล่งของความหวังและแหล่งสนับสนุนให้มีความเข้มแข็ง (source of hope and strength) มีแนวคำถามทั้งหมด 4 คำถาม ลักษณะคำถามจะถามเกี่ยวกับบุคคลสำคัญที่สุดในชีวิต บุคคลที่สนับสนุนและให้กำลังใจ บุคคลนั้นช่วยได้อย่างไร อะไรที่ช่วยให้รู้สึกเข้มแข็งและมีความหวัง

2.2.3) การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา (religious practice) มีข้อคำถาม 4 คำถาม โดยถามเกี่ยวกับ ความศรัทธาต่อศาสนาหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ว่าสามารถช่วยได้หรือไม่อย่างไร มีการปฏิบัติศาสนาอะไรบ้างที่มีความสำคัญกับตนเอง และการเจ็บป่วยมีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาหรือไม่ และมีหนังสือธรรมะหรือสัญลักษณ์ใดบ้างที่จะช่วยได้บ้าง

2.2.4) ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางจิตวิญญาณและสุขภาพ (relation between spiritual beliefs and health) มีข้อคำถามทั้งหมด 4 คำถามโดยถามเกี่ยวกับ สิ่งรบกวนที่เกิดจากความเจ็บป่วยในครั้งนี้ คิดว่ามีสิ่งใดที่จะเกิดขึ้นกับตนเองบ้าง การเจ็บป่วยส่งผลให้ความคิดเกี่ยวกับพระเจ้าหรือสิ่งศักดิ์ที่นับถืออยู่เปลี่ยนแปลงไปหรือไม่ และอะไรที่มีความหมายหรือรู้สึกกลัวเป็นพิเศษในขณะนี้

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาใช้การสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถามเพื่อคัดเลือกผู้ป่วยที่มีความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณ โดยใช้แบบสอบถามของสมพร (2541) ซึ่งได้นำแบบวัดของไฮฟิลด์ (Highfield, 1992) มาดัดแปลงให้เข้ากับบริบทของสังคมไทย ในส่วนแนวคำถามแบบเจาะลึกผู้ศึกษาใช้แนวคำถามแบบปลายเปิดซึ่งได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในการเจาะลึกประสบการณ์การเยียวยาจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณ เพราะจะทำให้ได้ข้อมูลในเชิงลึกตามที่ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาบอกโดยมาจากภายในจากความรู้สึกจริงของผู้ป่วย

#### 2.4 การเยียวยาเพื่อให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ

การเยียวยาเพื่อให้เกิดความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณเป็นสิ่งที่มีความสำคัญเพราะทำให้เกิดความหวังและมีกำลังใจเข้มแข็งขึ้น (ทัศนีย์, 2545) ความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นสิ่งที่สำคัญในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา (Ferrell et al., 1998a) เพราะผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับโรค และผลข้างเคียงจากการรักษา มีความทุกข์ทรมานจากโรคและการรักษา (กนกนุช, 2541) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สามารถสรุปการเยียวยาเพื่อให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณได้ดังนี้

2.4.1 การเยียวยาจิตวิญญาณโดยใช้ความเชื่อ ความศรัทธาทางศาสนา และการปฏิบัติตามคำสอนในศาสนา

จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่มีชีวิตรอด ของเฟอร์เรลและคณะ (Ferrell et al., 1998b) พบว่า การมีความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์กับการคิดถึงพระเจ้า และการไปวัดหรือโบสถ์ ทำให้เกิดความรู้สึกถึงการมีความหวัง การรู้สึกถึงการมีเป้าหมาย ในสังคมไทยศาสนาเป็นสิ่งที่เป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ ศาสนาเป็นหนทางการต่อสู้ปัญหาชีวิต ขจัดความทุกข์ อบรมจิตใจและควบคุมอารมณ์ (ประภาศรี, 2543) การปฏิบัติตามความเชื่อ ความศรัทธา คำสอนในศาสนา ซึ่งคำสอนในศาสนาจะมีคำสอนในเรื่องของชีวิต การดำเนินชีวิต (ทัศนีย์, 2545ข) และการมีกิจกรรมทางศาสนา เช่น การสวดมนต์ การทำสมาธิ และการฝึกสติด้วยวิธีการต่างๆ ซึ่งถือว่าเป็นการเยียวยาโดยใช้ศาสนาซึ่งจะช่วยให้เกิดสติอยู่กับปัจจุบัน ก่อให้เกิดความสุข มีความสงบเย็น และมีความเข้มแข็งทางจิตวิญญาณ (ทัศนีย์, 2545; ศันสนีย์, 2544) จากการศึกษาเชิงชาติพันธุ์วรรณาในผู้ป่วยมะเร็ง 20 ราย ของเกตุสัมพันธ์ (Kestsumpun, 1993 อ้างตาม ผ่องพักตร์, 2542)

พบว่า ผู้ป่วยมีการสวดมนต์ภาวนา บนบานสิ่งศักดิ์ที่นับถือให้ช่วยเหลือ การทำสมาธิ เพื่อสร้างสติ ให้สามารถคิดพิจารณาตามความเป็นจริงด้วยเหตุผล เป็นการนำหลักของภาวนามาใช้เพื่อให้เกิด กระบวนการคิดที่เป็นเหตุเป็นผล ทำให้สามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลงในชีวิต หรือตัดสินใจสิ่งที่ เกิดขึ้นในชีวิตได้ หากบุคคลต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยและได้รับความทุกข์ทรมานจากโรค และการรักษา (ฟ่องพัทตร์, 2542) และจากการศึกษาการรับรู้ความเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพ ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ของจิโรจน์วงศ์, ทัดสี และสกอลนิค (Jirojwong, Thassri, & Skolnik, 1994) พบว่า ผู้ป่วยใช้หลักพุทธศาสนา เช่น การปลง คิดว่าเป็น เรื่องของกรรม ทำสมาธิ ตามความเชื่อทางศาสนา ในการฝึกจิตให้เกิดความสงบ มีสมาธิ เพื่อปรับ เปลี่ยนอารมณ์ของตนเอง ซึ่งเป็นการใช้เวลาเพื่อไตร่ตรองความคิด อันจะนำมาซึ่งความเข้าใจตนเอง เข้าใจธรรมชาติ และการเปลี่ยนแปลงของชีวิต (ทัศนีย์, 2545ข) ทำให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวและ ยอมรับกับความเจ็บป่วยได้

การศึกษาคำสอนของศาสนาจะช่วยให้มีหลักในการดำเนินชีวิต หรือมีเรื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ (ทัศนีย์, 2545ข) การทำความดี สร้างบุญสร้างกุศล จะทำให้รู้สึกสบาย ผ่อนคลาย ไม่เครียด มีความ สุข มีความปีติยินดี ทำให้สารเอนโดฟินส์ (endorphine) หลั่งออกมา (ประเวศ, 2544) และการทำบุญ ช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ด้วยวิธีการต่างๆ ส่งผลให้มีความสุข และความภูมิใจ (ทัศนีย์, 2545ข) ซึ่งเป็นการนำหลักคำสอนของพุทธศาสนามาปฏิบัติ เป็นการเยียวยาด้านจิตวิญญาณ เพื่อให้เกิดความผาสุก ทางด้านจิตวิญญาณ ทำให้จิตใจสงบ ลดความทุกข์ทรมานและความวิตกกังวล ที่เกิดขึ้นจากการเจ็บ ป่วยต่างๆ (บุบผา, 2536)

จากการศึกษาการเยียวยาทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่นับถือศาสนาพุทธ 40 ราย ของอัจฉรา (2541) พบว่าผู้ป่วยมีการเยียวยาทางด้านจิตวิญญาณโดยใช้หลักธรรมทางศาสนา บรรเทาทุกข์ทางใจร้อยละ 92.5 ซึ่งหลักธรรมที่นำมาใช้ได้แก่ การละเว้นความชั่ว การทำความดี และการทำใจให้บริสุทธิ์ โดยมีการปฏิบัติ คือ การทำพิธีกรรมทางศาสนา การฝึกผ่อนคลาย การอธิษฐานจิต การระลึกถึงความไม่เที่ยงของชีวิต และการบูชาสิ่งศักดิ์สิทธิ์ และจากการศึกษาความ ผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ ของ ระวีวรรณ (2545) พบว่าการสร้างความ ผาสุกทางด้านจิตวิญญาณ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ ประกอบด้วยการปฏิบัติ 4 วิธี คือ 1) การใช้พระพุทธรูปเป็นที่พึ่งทางใจ 2) การยึดมั่นในหลักคำสอนของพระพุทธศาสนา 3) การ ปฏิบัติกิจกรรมตามหลักพระพุทธศาสนา และ 4) การประกอบพิธีกรรมตามความเชื่อ จะเห็นได้ว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณเกิดขึ้นจากการมีความเชื่อ ความศรัทธาในศาสนา อันจะนำมาซึ่งการนำ หลักคำสอน และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาเพื่อนำมาเสริมสร้างจิตวิญญาณของตนเองให้มีความ สมดุล และเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Tanyi, 2002) ซึ่งจากการศึกษา ความผาสุกด้านจิต

วิญญาณ ของผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลบาราศนราครุ ของฉวีวรรณ (2540) พบว่า การปฏิบัติกิจทางศาสนามีความสัมพันธ์ทางบวก กับความผาสุกด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .82$ ) และการปฏิบัติกิจทางศาสนาสามารถร่วมทำนาย ความผาสุกด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย ได้อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .01 และมีประสิทธิภาพการทำนายร้อยละ 69 ดังนั้นผู้ป่วยจึงเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณได้หากใช้ความเชื่อ ความศรัทธาในศาสนา และการปฏิบัติตามคำสอนของศาสนา

2.4.2 การเยียวยาโดยใช้การสนับสนุนทางสังคม จากครอบครัว และผู้ป่วยที่เป็นโรคเดียวกัน

การใช้เวลาอยู่กับครอบครัว ญาติพี่น้อง หรือผู้ป่วยด้วยกันพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดความสุขทางใจ ส่งเสริมให้เกิดความมั่นคงทางด้านอารมณ์ โดยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ชีวิต ทำให้เกิดความเข้าใจ ความรัก ความอบอุ่น ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ การเป็นผู้ให้ รู้จักรับความรัก และความหวังดีระหว่างกัน เกิดความเจริญทางความคิด (ทัศนีย์, 2545) จึงมีความผาสุกทางจิตวิญญาณ

จากการศึกษาคุณภาพชีวิตและการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยมะเร็งของ เคอร์เทน สตีเวน, คลีโบเตอร์ และฟิวลิปเซน (Courstens, Stevens, Crebolder, & Philipsen, 1996) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยใช้บุคคลในครอบครัวทำให้ผู้ป่วยยอมรับการเจ็บป่วยได้ดีขึ้น และมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดี หรือการที่บุคคลที่มีการเจ็บป่วยที่คล้ายคลึงกัน ได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ให้กำลังใจกัน จะทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณ จากการศึกษาการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ของ ธนัญญา (2545) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.48, p=0.00$ ) เพราะการสนับสนุนจากครอบครัว หรือจากผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยที่คล้ายคลึงกัน ทำให้ผู้ป่วยสามารถต่อสู้กับความเจ็บป่วยได้เพราะมีประสบการณ์ร่วมกัน มีความเข้าใจในปัญหาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเหมือนกัน มีการแลกเปลี่ยนพูดคุยกันทำให้เกิดกำลังใจ มีความหวัง ไม่ท้อแท้กับการรักษา ช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนจากความเจ็บป่วย โดยช่วยในการปรับเปลี่ยนความหมายของผู้ป่วยที่สะท้อนต่อความเจ็บป่วยที่รุนแรงให้ลดน้อยลง สอดคล้องกับการศึกษาอิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนของความเจ็บป่วย การประเมินความเครียด การเผชิญความเครียด และความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีชีวิตรอดจำนวน 71 ราย ของวงหงส์กุล และคณะ (Wonghongkul, Moore, Musil, Schneider, & Deimling, 2000) พบว่า ผู้ป่วยส่วนหนึ่งมีการให้ความหมายกับการเจ็บป่วยว่าอันตรายหรือ คุกคาม แต่ผู้ป่วยมี

ความหวังในระดับสูง และมีความไม่แน่นอนในระดับต่ำ เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยเกิดการประเมินใหม่เกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นว่าทำร้าย ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ จะทำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนการประเมินเกี่ยวกับการเจ็บป่วยใหม่ และจากการศึกษาภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่เข้ารับการรักษา ณ วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี ของ ชนนดา (2545) พบว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยที่สามารถทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณได้ดีที่สุดคือ แรงสนับสนุนทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $P < .01$  และแรงสนับสนุนทางสังคมที่สามารถทำนายความหวังได้ดีที่สุด ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นส่วนหนึ่งที่สามารถทำให้ผู้ป่วยเกิดความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณได้ เนื่องจากทำให้เกิดความหวัง และสามารถปรับเปลี่ยนความคิดอารมณ์ของตนเองในภาวะที่มีการเจ็บป่วยได้

2.4.3 การให้เวลากับตัวเอง ได้คิดไตร่ตรองกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองจะทำให้มีความเข้าใจในตนเอง เข้าใจธรรมชาติ และการเปลี่ยนแปลงของชีวิต ตระหนักในบทบาทของตนเองได้มากขึ้น อันจะนำมาซึ่งความสุขทางใจ เข้าใจความคิดอารมณ์และพฤติกรรมของตนเอง ทำให้ได้สัมผัสถึงความพอใจ และความพอดี (ทัศนีย์, 2545ข) พยายามที่จะทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และปรับตัวกับความเจ็บป่วย จึงทำให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณได้ โดยจากการรวบรวมวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจาก 43 แหล่งข้อมูล โดย ลินและเบอร์อู (Lin & Bauer-Wu, 2003) พบว่า การที่ผู้ป่วยมะเร็งมีความผาสุกทางจิตวิญญาณได้ต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดของตนเองในการยอมรับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น มีชีวิตอยู่ด้วยการมีเป้าหมายในชีวิต โดยให้เวลากับตนเองในการคิดไตร่ตรองด้วยตนเองก็จะทำให้ได้ใช้ความคิดในการทบทวนเรื่องราวต่างๆ ที่เกิดขึ้น จะสามารถทำให้รับรู้ถึงความเข้าใจสภาวะการเจ็บป่วยของตนเองทำให้มีชีวิตอยู่ด้วยความหวัง และมีจุดมุ่งหมายในชีวิต เพื่อคงไว้ซึ่งความผาสุกทางจิตวิญญาณ

2.4.4 การใช้ภาวะเหนือตนเอง (self-transcendence) โดยเมื่ออยู่ในภาวะเจ็บป่วยก็สามารถอยู่เหนือความเจ็บป่วยของตนเองได้ อยู่เหนือความกังวล หรือหมกมุ่นคิดถึงเรื่องการเจ็บป่วยของตนเอง ทำให้มองเห็นโลกได้กว้างขึ้น มีทางเลือกในการค้นพบชีวิตที่มีความหมาย ทำให้สามารถอยู่ได้อย่างมีความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณ (สายพิณ, 2539) ซึ่งการสร้างภาวะเหนือตนเองมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็ง (Chin-A-Loy & Fernsler, 1998) กิจกรรมที่สามารถทำให้เกิดความรู้สึกนี้ได้ (ทัศนีย์, 2545ข; สายพิณ, 2539) ได้แก่

2.4.4.1 การฟังเพลง ดังเช่นการศึกษาการใช้ดนตรีเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ผ่าตัดต่อมลูกหมากของยังและคณะ (Yong, Chui-Kam, French, & Chan, 2002) พบว่า การฟัง

ดนตรีสามารถช่วยให้ระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการใช้ดนตรีเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาของสมิทและคณะ (Smith, Casey, Johnson, Gwede, & Riggan, 2001) พบว่า ดนตรีสามารถเปลี่ยนความรู้สึกวิตกกังวลที่เกิดจากการได้รับรังสีรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพราะดนตรีสามารถช่วยลดการหมกมุ่นคิดถึงความเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับรู้สึกผ่อนคลายทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความผาสุกทางจิตวิญญาณได้

2.4.4.2 การได้สัมผัสความสวยงามตามธรรมชาติ เช่น แม่น้ำ ป่าไม้ ภูเขา ทะเล ซึ่งการได้สัมผัสกับธรรมชาติทำให้เกิดความเข้าใจกับธรรมชาติที่เกิดขึ้น จิตใจไม่หมกมุ่นกับความเจ็บป่วย ทำให้เกิดความสุข จิตใจผ่อนคลาย (ทัศนีย์, 2545ข)

2.4.4.3 การช่วยเหลือผู้อื่นที่ด้อยโอกาส ด้วยกำลังกาย สิ่งของ หรือผู้ที่อยู่ในภาวะทุพภิกขภัยต่างๆ ทำให้ผู้ให้เกิดความสุข และความภูมิใจ ทำให้เกิดความภูมิใจ และรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่ากับผู้อื่น (ทัศนีย์, 2545ข) ซึ่งจากการศึกษาของอัจฉรา (2541) พบว่าผู้ป่วยมีการเยียวยาทางด้านจิตวิญญาณโดยใช้วิธีการปฏิบัติ การอุทิศตนช่วยเหลือผู้อื่น เป็นการสร้างความมีคุณค่าในตนเอง เพื่อช่วยให้ตนเองเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ

2.4.4.4 การออกกำลังกายจะช่วยเสริมสร้างสมรรถภาพในทุกมิติของร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยการออกกำลังกายจะช่วยเสริมสร้างสมรรถภาพทางกายโดยตรง เมื่อสุขภาพกายดี ก็ทำให้สุขภาพจิตดี และจิตวิญญาณก็ติดตามไปด้วย (ทัศนีย์, 2545ข) ซึ่งจากการศึกษาการจัดโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อการมีชีวิตอยู่ในผู้ป่วยมะเร็งเพศหญิง 21 ราย ของ คริสโตเฟอร์และมอร์โร (Christopher & Morrow, 2004) พบว่า การจัดโปรแกรมในการออกกำลังกายช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสุขภาพ กาย และจิตสังคมดีขึ้น ซึ่งจะช่วยลดความรู้สึกรำคาญ ส่งเสริมให้สุขภาพแข็งแรงขึ้นจากการเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ ทำให้มีความผาสุกทางจิตวิญญาณได้มากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมถึงการเยียวยาความผาสุกทางจิตวิญญาณเพื่อให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณมี 3 ลักษณะใหญ่ คือ 1) การปฏิบัติโดยใช้ความเชื่อและความศรัทธาทางศาสนา ปฏิบัติตามคำสอนของศาสนา เช่น การสวดมนต์ ทำสมาธิ ทำบุญ เป็นต้น 2) การใช้การสนับสนุนทางสังคม จากครอบครัว จากผู้ป่วยที่เป็นโรคเดียวกันและได้รับการรักษาที่คล้ายคลึงกัน และ 3) การใช้ตนเองในการหาวิธีที่เหมาะสมกับตนเอง เพื่อเข้ามาช่วยในการเยียวยาจิตวิญญาณตนเอง ทำให้เกิดความหวัง จิตใจมีความเข้มแข็ง ชีวิตมีความหมาย และมีเป้าหมายในชีวิต เพื่อนำมาซึ่งความผาสุกทางจิตวิญญาณ

## 2.5 ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา

การได้รับวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งและต้องได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาถือเป็นภาวะวิกฤตของชีวิต ผู้ป่วยจะนึกถึงความตายและความทุกข์ทรมานจากโรคและการรักษา รู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต

กลัว วิตกกังวล เครียด ซึมเศร้า รู้สึกว่าจุดมุ่งหมายในการดำรงชีวิตเปลี่ยนแปลงไป (Ferrell et al., 1998a) ความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นจากการรักษาอาจทำให้ผู้ป่วยคิดว่าตนเองจะอยู่ได้นานเท่าใด และการรักษาจะช่วยให้มีชีวิตรอดหรือไม่ (สมจิต, 2537) คิดว่าการฉายรังสีเป็นหนทางสุดท้ายของการรักษา และการให้ความหมายต่อโรคมะเร็งเป็นโรคที่หมดหวังและนำไปสู่ความตาย (ผ่องพัทตร์, 2542) เนื่องจากยังไม่สามารถควบคุมโรคได้อย่างสมบูรณ์ ซึ่งบุคคลทั่วไปไม่มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งว่าเป็นโรคที่ร้ายแรง เมื่อเป็นโรคนี้อยู่ใกล้เคียงกับความตายและเมื่อเป็นโรคนี้อาจต้องทนทุกข์ทรมาน (ผ่องศรีและรุ่งนภา, 2540)

ความผาสุกทางจิตวิญญาณจะเป็นสิ่งที่ช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย (Fernsler et al., 1999) ซึ่งขณะรับการรักษาด้วยรังสีรักษาผู้ป่วยต้องการความมั่นคงด้านจิตวิญญาณ (แสงอรุณ, อังศุมา และอาภรณ์, 2539) ต้องการความแน่นอนในชีวิต ต้องการความหวัง ต้องการให้และได้รับความรัก ต้องการพิจารณาค้นหาความเชื่อขณะเจ็บป่วย ต้องการสิ่งที่มีความหมาย ต้องการมีความสัมพันธ์กับศาสนา (Taylor, 2003) ต้องการมีความสุขทางธรรม และต้องการยึดหลักธรรมะเป็นแหล่งที่พึ่งทางใจ (ครุณี, พะยอม, มัชฌิมาพร, นฤมล และอังศุมา, 2537) โดยการปฏิบัติตามศาสนกิจของศาสนา เช่น การทำบุญตามประเพณีของพุทธศาสนา (แสงอรุณ และคณะ, 2539) การสวดมนต์ และการทำสมาธิ เพื่อทำให้จิตใจสงบ เกิดความเข้มแข็งทางจิตใจ มีความหวัง มีกำลังใจ สามารถยอมรับ และปรับตัวกับความเจ็บป่วยรวมทั้งการรักษาที่ได้รับได้ (ครุณี และคณะ, 2537; อาภรณ์ และคณะ, 2540) และผู้ป่วยต้องใช้การพึ่งตนเองโดยพยายามใช้จิตใจของตนเองเพื่อต่อสู้ให้ตนเองมีความเข้มแข็ง และการใช้ครอบครัวและคนรอบข้างเข้ามาช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งด้านจิตใจเพื่อทำให้มีความผาสุกทางจิตวิญญาณ (วัฒนา และอำไพ, 2543)

ดังนั้นพยาบาลจึงเป็นบุคคลหนึ่งที่ต้องช่วยในการประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับโรคและการรักษา โดยเป็นผู้ให้การสนับสนุน และการเป็นที่ปรึกษา เพื่อให้ผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษามีความผาสุกทางจิตวิญญาณ ถึงแม้ว่าผู้ป่วยต้องเผชิญกับโรคและการรักษา (สมจิต, สุนิสา, แสงเดือน และพวงทอง, 2539)

### 3. แนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (phenomenology) เป็นการศึกษาเพื่อก่อให้เกิดความเข้าใจต่อปรากฏการณ์ทางสุขภาพและการพยาบาล (จอณพะจง, 2546ข) เป็นรูปแบบของการศึกษาเชิงคุณภาพ ซึ่งมีพื้นฐานมาจากศาสตร์สาขาปรัชญา สังคมศาสตร์ และมนุษยศาสตร์ (อาภรณ์, 2536) เป็นการศึกษาปรากฏการณ์การให้ความหมายจากประสบการณ์ตามสถานการณ์ที่เป็นจริง และตามการ

รับรู้ของผู้ที่อาศัยอยู่ในสถานการณ์นั้นๆ เน้นธรรมชาติและความเป็นจริงของปรากฏการณ์ และสะท้อนให้เห็นถึงบริบทของปรากฏการณ์อย่างลึกซึ้ง (ประณีต, วิภาวี และเพลินพิศ, 2543; Maggs-Rapport, 2000) และมีความเชื่อว่าความจริงแท้แน่นอนไม่จำเป็นต้องเป็นไปตามกฎของธรรมชาติเสมอ เพราะธรรมชาติและสังคมมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา (อากรณ, 2536)

บุคคลผู้ให้กำเนิดแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาเป็นคนแรก คือ ฮัสเซิล (Husserl) ผู้ได้รับการยกย่องว่าเป็นบิดาของแนวปรัชญาเชิงปรากฏการณ์วิทยาซึ่งเมื่อนักคณิตศาสตร์ที่มีชื่อเสียง ซึ่งมีแนวคิดหลัก คือ การค้นหาความจริงที่ปรากฏอยู่โดยไม่มีการคิดล่วงหน้า หรือถ้ามีต้องแยกออกจากสิ่งที่กำลังศึกษา และใช้คำว่า “เก็บไว้ในวงเล็บ” (bracketing) และมีการตัดตอน (reduction) เอาข้อมูลที่ไม่เกี่ยวข้องออกเพื่อให้ได้ข้อมูลสิ่งที่ต้องการศึกษาอย่างแท้จริง (ประณีต, วิภาวี และเพลินพิศ, 2543) โดยสามารถแบ่งการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาได้เป็น 6 ขั้นตอน (Spiegelberg, 1965, 1975 cited by Streubert & Carpenter, 2003) ดังนี้

1) การศึกษาปรากฏการณ์เชิงบรรยาย (descriptive phenomenology) เป็นการศึกษาเพื่อสำรวจให้ได้ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และอธิบายจากข้อมูลตามความเป็นจริง ไม่มีการคาดการณ์ไว้ล่วงหน้าของผู้วิจัย ซึ่งเป็นการกระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงความรู้สึกตามประสบการณ์ในขณะที่เป็นอยู่ เพื่อให้ได้ข้อมูลมาก (richness) กว้าง (breadth) ลึกซึ้ง (depth) ในประสบการณ์ที่ต้องการศึกษาที่สุด มี 3 ขั้นตอนคือ การหยั่งรู้ (intuiting) การวิเคราะห์ (analyzing) และการบรรยาย (describing)

2) การหาจุดเน้นสำคัญของปรากฏการณ์ (phenomenology of essences) เป็นการค้นหาข้อมูล (probing) ที่ต้องการค้นหาหรือจุดสำคัญของข้อมูล (essence) ที่มีความสัมพันธ์กับปรากฏการณ์ที่กำลังศึกษาเพื่อให้ได้สาระสำคัญที่ต้องการกับปรากฏการณ์ที่ศึกษาโดยมี 3 ขั้นตอน เหมือนกับการศึกษาเชิงบรรยาย คือ การหยั่งรู้ (intuiting) การวิเคราะห์ (analyzing) และการบรรยาย (describing)

3) การเฝ้าดูการปรากฏของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น (phenomenology of appearances) เป็นการเฝ้าดูปรากฏการณ์ที่ศึกษาถึงความแตกต่างในสถานการณ์ เพื่อทำให้ได้ความชัดเจนของปรากฏการณ์ที่ศึกษา

4) การศึกษาโครงสร้างของปรากฏการณ์ (constitutive phenomenology) เป็นการศึกษาถึงรายละเอียดต่างๆ ที่ทำให้เกิดปรากฏการณ์ตามการรับรู้ ทำให้สามารถมองเห็นปรากฏการณ์ทั้งหมดได้

5) การตัดทอนปรากฏการณ์ (reductive phenomenology) เป็นการลดอคติของผู้วิจัย ซึ่งผู้วิจัยต้องไม่นำความคิดเห็น ความเชื่อของตนเองเข้าไปในปรากฏการณ์ที่ศึกษา เพื่อให้เข้าใจได้ข้อมูลที่แท้จริงจากประสบการณ์ของผู้ที่ต้องการจะศึกษา

6) การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์เมนิวติก (hermeneutic phenomenology) เป็นการศึกษาโดยการตีความเกี่ยวกับการให้ความสัมพันธ์ และการให้ความหมายของปรากฏการณ์ในแต่ละบุคคลแต่ละปรากฏการณ์ที่ศึกษา ซึ่งเป็นการศึกษาที่เกิดขึ้นจริงตามธรรมชาติและสิ่งที่มีอยู่ในชีวิตประจำวัน โดยใช้วิธีการค้นหา วิเคราะห์ แล้วเขียนบรรยายประสบการณ์ที่เกิดขึ้น จากการศึกษาสัมภาษณ์ บนพื้นฐานของการรับรู้ ส่วนบุคคล ภูมิหลัง สังคมและวัฒนธรรมของบุคคลผู้ให้ข้อมูล และนักวิจัย

การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์เมนิวติก (hermeneutic phenomenology) ศตวรรษที่ 20 ไฮเดกเกอร์ (Heidegger) ซึ่งเป็นศิษย์เอกและเพื่อนร่วมงานของฮัสเซิลได้พัฒนานำเอาแนวคิดของการศึกษาทางปรากฏการณ์วิทยา ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่ทำความเข้าใจ การค้นหาปัญหา เพื่อแปลความหมายของการมีชีวิตหรือการเป็นอยู่ในปรากฏการณ์นั้นๆ ของบุคคลว่ามีความหมายต่อบุคคลนั้นอย่างไร ดังนั้นการวิเคราะห์วิธีวิจัยแบบเฮร์เมนิวติก จึงต้องเข้าใจแนวคิดเกี่ยวกับบุคคลซึ่งมีคุณสมบัติหรือลักษณะที่สำคัญ 5 ประการ (ประณีต, วิภาวี และเพลินพิศ, 2543; Leonard, 1994) ดังนี้

1) บุคคลเป็นผู้ที่อยู่ในสิ่งแวดล้อม (the person as having a world) หมายถึง บุคคลมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่ติดตัวมาตั้งแต่กำเนิดไม่สามารถแยกออกจากกันได้ ซึ่งสิ่งแวดล้อมนั้น ได้แก่ ภาษา ภูมิหลังหรือวัฒนธรรม ความเชื่อที่ติดตัวมาตั้งแต่กำเนิด

2) บุคคลเป็นผู้ให้คุณค่า (the person as a being for whom things have significance and value) หมายถึง บุคคลแต่ละคนจะให้คุณค่าหรือความหมายแต่ละเรื่องไม่เหมือนกันขึ้นอยู่กับวัฒนธรรม ภาษา และภูมิหลังของแต่ละบุคคล

3) บุคคลเป็นผู้แปลความหมาย (the person as self-interpreting) หมายถึง บุคคลให้ความหมายของประสบการณ์ตามความคิด ความรู้สึกของตนเอง ซึ่งอาจแตกต่างกันในแต่ละบุคคล

4) บุคคลเป็นหน่วยรวม (the person as embodied) ที่ถูกรวมประสบการณ์ การให้ความหมาย ความคิดต่างๆ เข้าไว้ด้วยกัน ไม่สามารถแยกออกเป็นส่วนๆ ได้ โดยประกอบด้วย กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงทุกสิ่งในตัวบุคคลคนนั้น

5) บุคคลมีมิติของเวลา (the person in time) ประสบการณ์ชีวิตของบุคคลเป็นไปตามมิติของเวลา โดยความคิดในปัจจุบันจะส่งผลถึงการกระทำในอนาคตได้

ระยะต่อมาเกาดาเมอร์ (Gadamer, 1976 cited by Koch, 1995) ซึ่งเป็นศิษย์เอกและเพื่อนร่วมงานของ ไฮเดกเงอร์ ได้ให้แนวคิดในการศึกษาทางปรากฏการณ์วิทยาเพิ่มเติมเพื่อให้เข้าใจถึงประสบการณ์ของบุคคลเพิ่มขึ้น โดยแนวคิดที่สำคัญคือ ภาษา (language) โดยเชื่อว่าภาษาเป็นสื่อกลางที่สำคัญทำให้ได้เข้าใจปรากฏการณ์นั้นๆ ได้อย่างชัดเจน จึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจทั้งในรูปแบบและความหมายของภาษา ซึ่งอาจใช้ในบางกลุ่ม เป็นคำเฉพาะกลุ่มสังคมหรือการให้ความหมายที่แตกต่างกัน ดังนั้นการที่จะใช้ภาษาจึงต้องทำความเข้าใจถึง คำ ความหมาย หรือสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการที่จะสื่อความหมายให้ทราบ (Gadamer, 1976 อ้างตาม ประณีต และคณะ, 2543; Koch, 1995) และ นอกจากนี้เกาดาเมอร์ (Gadamer, 1976 cited by Koch, 1995) ได้กล่าวถึงวิธีในการทำความเข้าใจการแปลความ หรือการตีความ โดยใช้การเชื่อมโยงความหมาย (the fusion of horizons) (Koch, 1996) ซึ่งวิธีการทำความเข้าใจในการแปลความต้องใช้ วงจรการแปลความ (hermeneutic circle) (Koch, 1995) โดยใช้การเชื่อมโยงประสบการณ์ในอดีตที่บุคคลเคยได้รับและรับรู้มาในอดีตเพื่อเข้ามาพร้อมกับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นใหม่ เพื่อให้บุคคลได้รับรู้ และแปลความหมายกับประสบการณ์ครั้งใหม่เป็นวงจร หรือเกิดเป็นลูกโซ่ ทำให้บุคคลเข้าใจสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นใหม่ โดยมีการเปรียบเทียบกับสิ่งที่เคยรับรู้หรือมีประสบการณ์ในอดีตซึ่งจะส่งผลต่อการกระทำในอนาคต (Playger, 1994 อ้างตามประณีต และคณะ, 2543) โดยองค์ประกอบของการแปลความประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1) ภูมิหลัง (background) 2) ความเข้าใจเดิมที่มีอยู่ (pre-understanding) รวมถึงภาษาที่ใช้ (language) การปฏิบัติที่เกิดขึ้นในกิจวัตรประจำวัน (practices) และ 3) การทำความเข้าใจระหว่างผู้วิจัยกับผู้ให้ข้อมูล (co-constitution) (Koch, 1995) เพื่อให้ข้อมูลที่ได้มาเกิดความหมายสามารถถ่ายทอดประสบการณ์ที่ต้องการศึกษาได้อย่างชัดเจน และเกิดความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล

ดังนั้นจากแนวคิดดังกล่าวการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์เมนิวติกจึงมีความสอดคล้องกับการศึกษาประสบการณ์การเยียวยาด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณระหว่างรับรังสีรักษา ผู้วิจัยจึงนำมาเป็นกรอบในการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างชัดเจนและลึกซึ้ง

*การวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์เมนิวติก (analysis of hermeneutic phenomenology)*

การวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษาปรากฏการณ์ ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลของ แวนมานเนน (van Manen, 1990) โดยเป็นวิธีการที่จะทำให้สามารถเข้าใจประสบการณ์ที่ศึกษาได้อย่างลึกซึ้ง โดยกระบวนการวิเคราะห์ที่เกิดขึ้นทำให้ผู้วิจัยได้แปลความและตีความ

เพื่ออธิบายความหมายของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งแวนมานน ได้อธิบายขั้นตอนการวิเคราะห์ไว้ 6 ขั้นตอน คือ

1) การกลับไปทำความเข้าใจกับประสบการณ์ชีวิตที่เป็นตามธรรมชาติ (turning to the nature of lived experience) เป็นการศึกษาลักษณะต่างๆ ของผู้ให้ข้อมูลในบริบทที่เป็นอยู่ของผู้ให้ข้อมูล ที่เป็นจริงตามธรรมชาติซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับการศึกษา เช่น แบบแผนการดำเนินชีวิต สังคม วัฒนธรรม รวมทั้งประสบการณ์ต่างๆ ที่ผู้ให้ข้อมูลเคยผ่านมาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน

2) การค้นหาประสบการณ์ที่กำลังเป็นอยู่ (investigating experience as we live it) โดยการศึกษาต้องค้นหาความหมายของประสบการณ์ที่ต้องการศึกษาให้ลึก ความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์ เพื่อเข้าถึงประสบการณ์ที่แท้จริงของผู้ให้ข้อมูลตามบริบทที่ต้องการศึกษา ในขั้นตอนการสัมภาษณ์จึงต้องทำความเข้าใจกับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นของผู้ให้ข้อมูลและ สามารถเข้าถึงประสบการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นได้ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่แท้จริง

3) การสะท้อนคิดคำหลักสำคัญ (reflecting on essential themes) เป็นการสะท้อนโดยการทำความเข้าใจเกี่ยวกับความหมาย ประสบการณ์ของสิ่งที่ศึกษาซึ่งเป็นสาระสำคัญของการศึกษา เพื่อให้เข้าใจความหมายสิ่งที่ต้องการศึกษาอย่างชัดเจน ซึ่งแวนมานน ได้อธิบายขั้นตอน ดังนี้

3.1 ถอดข้อความจากบทสัมภาษณ์อย่างละเอียด

3.2 อ่านข้อมูลและพยายามดึงคำหลักสำคัญของประสบการณ์ที่ศึกษาจากข้อมูลที่ได้มา โดยมีวิธีการ 3 วิธีดังนี้

3.2.1) วิธีอ่านรายละเอียด (the detailed or line-by-line approach) เป็นการอ่านบทสัมภาษณ์ทั้งหมดอย่างละเอียดทุกคำพูด ทุกประโยค และทำความเข้าใจกับรายละเอียดของข้อมูล ซึ่งเป็นประโยคหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา

3.2.2) วิธีอ่านโดยการเลือกอ่าน (selective approach or highlighting approach) การเลือกอ่าน หลายๆ รอบในประโยค คำพูดหรือคำวลีที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา แล้วขีดเส้นใต้ ประโยคหรือคำที่เป็นความหมายและเกี่ยวข้องกับการศึกษา

3.2.3) วิธีอ่านโดยภาพรวม (wholistic approach or sententious approach) เป็นการอ่านโดยภาพรวมทั้งหมดแล้วทำความเข้าใจกับข้อมูลทั้งหมดโดยภาพรวมเพื่อสามารถเข้าใจประเด็นสำคัญที่ศึกษาอย่างละเอียด และสะท้อนความหมายออกมาเป็นประโยคหรือวลีที่ครอบคลุมประเด็นสำคัญเหล่านั้น

3.3 รวมคำหลักที่ได้มาจากการศึกษาเพื่ออธิบายปรากฏการณ์ที่กำลังศึกษา

3.4 นำคำหลักที่ได้ไปตรวจสอบความตรงของข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล

4) การเขียนและบรรยายปรากฏการณ์ที่ศึกษา (the art of writing and rewriting) เป็นการนำคำหลักสำคัญที่ได้มาจากการศึกษา มาทำความเข้าใจ และเขียนบรรยายถึงปรากฏการณ์ที่ศึกษาโดยการปรับคำให้มีความเหมาะสมชัดเจน กระชับ เข้าใจง่าย เสนอให้เห็นในภาพรวม ซึ่งแวนมาเนนได้เสนอวิธีเขียนเป็น 5 แบบ คือ 1) แสดงโดยใช้คำหลัก (thematic presentation) 2) แสดงโดยการวิเคราะห์ (analytical presentation) 3) แสดงโดยการยกตัวอย่าง (exemplificative presentation) 4) แสดงโดยการอธิบายแปลความ (exegetical presentation) และ 5) แสดงโดยการบรรยายตามสิ่งที่เป็นอยู่ (existential presentation)

5) การคงไว้ซึ่งคำหลักที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ที่กำลังศึกษา (maintaining a strong and oriented relation) เป็นการควบคุมไม่ให้คำหลักที่ได้จากการศึกษาออกจากปรากฏการณ์ที่ได้จากการศึกษา ซึ่งต้องไม่นำทฤษฎีที่เกี่ยวข้องมาเป็นตัวกำหนดหรือเป็นกรอบของการศึกษา เพื่อให้ได้ข้อมูลที่แท้จริงที่ได้มาจากการศึกษา

6) ทำให้มีความสมดุลของบริบทที่ศึกษาโดยพิจารณาจากส่วนย่อยและส่วนรวม (balancing the research context by considering parts and wholes) โดยการพิจารณาความสัมพันธ์ของประสบการณ์ย่อยกับประสบการณ์ในภาพรวม โดยมีการทบทวนถึงกระบวนการต่างๆ แล้วไม่เกิดคำหลักสำคัญหรือสาระสำคัญอื่นๆ ตามมาเพิ่มเติมอีก

การวิเคราะห์ข้อมูลที่เสนอแบบข้างต้นทำให้สามารถเข้าใจวิธีการศึกษาตามแนวคิดของปรากฏการณ์วิทยาอย่างแท้จริงได้ ทำให้สามารถเข้าใจประสบการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างชัดเจน

#### *ความน่าเชื่อถือของข้อมูลในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา*

การวิจัยเชิงคุณภาพเป็นการศึกษาที่มักมีผู้สงสัยในความแม่นยำและความตรงของข้อมูล เพราะอาจมีความลำเอียงของนักวิจัยที่อาจเกิดขึ้นได้จากการศึกษา (สุภางค์, 2546) ดังนั้นการสร้าง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ วิธีการตรวจสอบข้อมูลที่ใช้กันมากในการวิจัยเชิงคุณภาพ คือ การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (triangulation) (สุภางค์, 2546; Denzin, 1970 cited by Streubert & Capenter, 2003) ซึ่งมี 4 วิธีการดังนี้

1) การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (data triangulation) การวิจัยเชิงคุณภาพใช้เมื่อต้องการตรวจสอบข้อมูลตามแหล่งที่มา 3 แหล่ง ได้แก่

1.1) การตรวจสอบสามเส้าจากแหล่งเวลา (time triangulation) โดยการดูว่าหากมีการสัมภาษณ์เวลาที่แตกต่างกันข้อมูลจะมีความเหมือนกัน หรือต่างกันหรือไม่ เช่น การสัมภาษณ์หรือติดตามในเวลาหนึ่งสัปดาห์ หนึ่งเดือน หรือ หนึ่งปี

1.2) การตรวจสอบสามเส้าจากแหล่งสถานที่ (space triangulation) โดยการตรวจสอบสถานที่เดียวกันว่าผลที่ได้มาเหมือนกันหรือไม่ และสถานที่ต่างกันผลที่ได้มามีความเหมือนหรือต่างกันหรือไม่

1.3) การตรวจสอบสามเส้าจากแหล่งบุคคล (person triangulation) โดยการดูว่าถ้าบุคคลผู้ให้ข้อมูลเปลี่ยนไป เปลี่ยนจากปัจเจกของบุคคลเป็นกลุ่มบุคคล และกลุ่มสังคม ข้อมูลจะเหมือนเดิมหรือไม่

2) การตรวจสอบสามเส้าด้านระเบียบวิธีเก็บข้อมูล (methodological triangulation) โดยการใช้หลายๆ วิธีร่วมกัน เช่น การใช้วิธีการสัมภาษณ์ร่วมกับการสังเกต และการบันทึก การศึกษาจากแนวคิดหรือทฤษฎีที่เกี่ยวข้องร่วมกับการสัมภาษณ์และการสังเกต

3) การตรวจสอบสามเส้าด้านผู้วิจัย (investigator triangulation) โดยการตรวจสอบจากผู้วิจัยหลายๆ คนในทีมของการเก็บข้อมูล โดยดูว่าผู้วิจัยแต่ละคนให้ข้อมูลที่แตกต่างกันอย่างไร เพื่อเปรียบเทียบผลที่ได้มาและลอคอคติอื่นๆ จากการศึกษา เช่น การเปลี่ยนผู้สังเกตแทนที่จะใช้ผู้สังเกตคนเดียวตลอด ทำให้สามารถเข้าใจปรากฏการณ์ที่ศึกษาได้มากขึ้น

4) การตรวจสอบสามเส้าด้านทฤษฎี (theory triangulation) โดยการตรวจสอบว่าหากผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดหรือทฤษฎีที่แตกต่างไปจากเดิมจะทำให้การแปลความของข้อมูลหรือความเข้าใจข้อมูลโดยรวมทั้งหมดแตกต่างกันมากน้อยเพียงใด

การวิจัยเชิงคุณภาพอาจใช้การตรวจสอบสามเส้าด้วยวิธีการใดๆ ก็ได้ หรืออาจใช้หลายๆ วิธีร่วมกันเพื่อช่วยเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Maggs-Rapport, 2000) นอกจากนี้ลินคอนและคูบา (Lincoln & Guba, 1985 cited by Polit & Hungler, 1999) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของการวิจัยเชิงคุณภาพ ดังนี้

1) ความน่าเชื่อถือของข้อมูล (credibility) ผู้วิจัยต้องมีวิธีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล เพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการศึกษามีความเป็นจริงและมีความน่าเชื่อถือมากที่สุด ซึ่งต้องมีวิธีการค้นพบที่น่าเชื่อถือ สามารถทำได้โดยใช้การเข้าไปมีส่วนร่วมในการมีสัมพันธภาพ ใช้เวลาในการอยู่ร่วมกันกับผู้ให้ข้อมูลจนเกิดความคุ้นเคย เข้าไปศึกษาถึงภูมิหลัง วัฒนธรรม ความเป็นอยู่ที่แท้จริงของผู้ให้ข้อมูลเพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับปรากฏการณ์ที่ศึกษาได้ครอบคลุม และผู้ให้ข้อมูลมีความไว้วางใจในการให้ข้อมูล หลังจากได้ข้อมูลนำไปตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูลเพื่อดูความเที่ยงตรงของข้อมูล และนอกจากนี้ใช้การตรวจสอบสามเส้า

2) นำไปปรับใช้ได้ (transferability) เป็นการแสดงให้เห็นว่าสามารถนำข้อมูลไปใช้อ้างอิงในบริบทหรือสถานการณ์อื่นๆ และกลุ่มตัวอย่างอื่นได้ ซึ่งผู้วิจัยต้องบรรยายให้เห็นถึงบริบทปรากฏการณ์ที่ศึกษาอย่างชัดเจน โดยเฉพาะกลุ่มของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัย และบริบทของการศึกษา

3) ความไว้วางใจได้ (dependability) เป็นความสามารถของการนำเสนอวิธีวิจัย และผลการวิจัยที่ได้จากการศึกษาสามารถนำไปใช้ได้กับเวลาทุกสถานการณ์ ซึ่งต้องมีการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิอย่างละเอียดช่วยตรวจสอบและยืนยันความถูกต้อง

4) การยืนยันความถูกต้อง (confirmability) เป็นการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลจากผู้ทรงคุณวุฒิ โดยตลอดทั้งกระบวนการต้องมีข้อมูลหลักฐาน (audit trail) ที่สามารถตรวจสอบความถูกต้องได้ ซึ่งมีการยืนยันและรับรองเป็นหลักฐานที่เป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้ทรงคุณวุฒิ

กล่าวโดยสรุปจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แนวคิดของการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์แมนนิติก ผู้วิจัยเห็นว่าสามารถใช้เป็นกรอบแนวคิดเพื่อนำมาอธิบายปรากฏการณ์การเยียวยาจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณระหว่างรับรังสีรักษาได้อย่างครอบคลุม ซึ่งเป็นประสบการณ์ของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น โดยทำให้ผู้วิจัยได้เข้าใจการให้ความหมายคุณค่า จากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล รวมทั้งภูมิหลัง วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมของผู้ให้ข้อมูล โดยการสัมภาษณ์เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลได้บรรยายประสบการณ์ออกมาตามสิ่งที่ได้ให้ความหมายและให้คุณค่าจากประสบการณ์ในอดีตจนถึงปัจจุบัน การใช้เทคนิคการสะท้อนกลับ การยกตัวอย่าง การทวนคำ เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันระหว่างผู้ให้ข้อมูลและผู้วิจัย ซึ่งทำให้ผู้วิจัยเข้าใจปรากฏการณ์ที่ศึกษาอย่างชัดเจนและครอบคลุม