

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งยังคงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทย การรักษาโรคมะเร็งได้รับการพัฒนามาโดยตลอด แต่อัตราการหายขาดจากโรคมะเร็งโดยรวมยังไม่ได้เพิ่มขึ้น (สมนึก, จารุวรรณ, วิไล, และ สุนทร, 2541) ผู้ป่วยใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งต้องเผชิญกับการรักษาแบบต่างๆ หลายวิธี ซึ่งจากการศึกษาพบว่า มากกว่าร้อยละ 60 ของผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งหมดต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีการฉายรังสี (Maher, 2000) ผลจากการได้รับรังสีรักษาไม่เพียงแต่จะทำลายเซลล์มะเร็งเท่านั้น แต่ยังมีผลต่อเซลล์ปกติของร่างกายบริเวณข้างเคียงอีกด้วย (Cullen, Derrickson & Potter, 2002) ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา ได้แก่ อาการอ่อนล้าซึ่งเป็นผลข้างเคียงที่พบบ่อย และเป็นปัญหามากที่สุดถึงร้อยละ 82.5 (สุทธิสา, 2548) นอกจากนี้ยังมี น้ำหนักลด กลืนลำบาก ปากแห้ง ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง เป็นหมัน อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ผอมและขนร่วง เป็นต้น (Beach, Siebeneck, Buderer & Ferner, 2001; Cullen, Derrickson & Potter, 2002; Sarna & Conde, 2001)

การรักษาด้วยรังสีไม่สามารถยืนยันผลการรักษาได้แน่นอน (Hilderley, 2000) ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจหรือทำนายสภาพความเจ็บป่วยของตนเอง และผลลัพธ์ของการรักษาได้ชัดเจน ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (นิตยา, นันทา, อรรณพ, และ ไพรัตน์, 2536; อภิรดี, 2547; Flannelly, Flannelly & Weaver, 2002; Maher, 2000) นอกจากนี้รังสีรักษายังต้องใช้ระยะเวลาที่ยาวนานและต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยบางรายต้องห่างไกลจากบ้านและญาติพี่น้อง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ วิตกกังวล ขาดบุคคลที่จะให้กำลังใจปลอบโยนในการต่อสู้กับโรค จนบางครั้งไม่อาจทนรับการรักษาได้จนครบตามแผนการรักษา (ผ่องศรี, ทศนา, กอบกุล, และ วัจนินทร์, 2537) ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยรู้ว่าเป็นมะเร็งและจำเป็นต้องได้รับรังสีรักษาจะเกิดความรู้สึกตกใจกลัว วิตกกังวล ท้อแท้ ซึมเศร้า รับรู้ภาวะความเจ็บป่วยอย่างหมดหวัง รู้สึกว่ากำลังเผชิญชะตากรรมและสถานการณ์ที่เลวร้ายที่สุด และเป็นภาวะวิกฤติของชีวิต (กรณิกา, ปรานี, และ ปรีชา, 2543; ผ่องศรี, 2541)

ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาเป็นผู้ที่อยู่ในภาวะที่ต้องการการดูแลมากกว่าการรักษา ซึ่งการดูแลจะเป็นการดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (เต็มศักดิ์, 2546) โดยขณะที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษาจะเกิดปัญหาในด้านต่างๆ ได้ ทั้งด้าน

ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ (Gift, Jablonski, Stommel & Given, 2004) ปัญหา ด้านร่างกายซึ่งเกิดขึ้นได้แก่ อาการอ่อนล้า อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน ปากแห้ง ท้องเสีย (Cullen, Derrickson & Potter, 2002; Sarna & Conde, 2001) ปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์เกิดขึ้นเนื่องจาก สภาพการเจ็บป่วยและอาการข้างเคียงที่ได้รับจากรังสีรักษา ทำให้ผู้ป่วยเกิดความท้อแท้ วิตกกังวล (วิชาญ, 2544; อภิรดี, 2547; Maher, 2000) ปัญหาด้านสังคมเกิดขึ้นเนื่องจากสภาพการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ต้องลางานเพื่อมาพบแพทย์และรับการรักษา นอกจากนี้จาก ผลข้างเคียงจากการรักษาผู้ป่วยบางรายจะมีการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังโดยเกิดผื่นแดง ผิวแห้ง ผมหร่วง ผู้ป่วยบางรายมีแผลที่มีกลิ่นเหม็น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ บางครั้งกลัวว่าจะเป็นที่รังเกียจ ของสังคม (สุพัตรา, 2544) ปัญหาด้านจิตวิญญาณเกิดขึ้นเนื่องจากขณะได้รับรังสีรักษาผู้ป่วยบาง รายจะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับรังสี ทำให้ไม่สามารถยอมรับความเจ็บป่วยหรืออาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ (วัฒนา, และอำไพ, 2543) ทำให้คิดว่าความเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมานจาก โรครเป็นภาระลงโทษจากเคราะห์กรรม พระเจ้าหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ผู้ป่วยบางรายเกิดความสงสัยในโชคชะตา และการเปลี่ยนแปลงของชีวิตว่าทำไมการเจ็บป่วยต้องเกิดขึ้นกับตนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ ลึกลับหวัง (ทัศนีย์, 2543)

ความรุนแรงของการเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสี รักษา มีความสามารถจำกัดทั้งการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ความรู้สึกนึกคิด ตลอดจนการติดต่อปฏิสัมพันธ์กับ บุคคลรอบข้าง ส่งผลให้เกิดความพร่องในการดูแลตนเอง ไม่สามารถตอบสนองความต้องการด้วย ตนเองได้ จึงต้องการความช่วยเหลือดูแลจากญาติผู้ดูแล สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่ง พายในทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001) ที่กล่าวว่า ภาวะสุขภาพของบุคคลซึ่งครอบคลุมถึงการ รับรู้สุขภาพ ความเจ็บป่วย ภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบต่างๆ ที่สืบเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทาง พยาศรีรภาพ กระบวนการดำเนินโรค และการรักษาเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญที่ทำให้ความต้องการการดูแล ตนเองของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ขณะที่ศักยภาพในการดูแลตนเองมีอยู่จำกัดจึงเกิดความพร่องในการดูแล ตนเอง จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากบุคคลผู้รับผิดชอบให้การดูแล (dependent care agent) ซึ่งใน สังคมไทยผู้ให้การดูแลส่วนใหญ่เป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ได้แก่ บิดามารดา คู่ สมรส บุตร และญาติพี่น้อง (วิมลรัตน์, 2537) ผู้ดูแลจึงถือว่าเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการเป็น แหล่งสนับสนุนที่สำคัญของผู้ป่วย (Kuuppelomaki, 2002) เนื่องจากญาติที่มีความรักความผูกพัน ใกล้ชิดกับผู้ป่วย จะสามารถรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยได้ (Nuckolls, 2000) นอกจากนี้ครอบครัว ยังเป็นสถาบันที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากกว่าสถาบันอื่น และมีความสัมพันธ์กันโดยสายเลือด ครอบครัวจะเป็น แหล่งช่วยเหลือ และมีอิทธิพลในการตัดสินใจที่จะทำการดูแลรักษาตลอดระยะเวลาการเจ็บป่วยของ สมาชิกในครอบครัว (Craven & Hirmler, 2003) สัมพันธ์กับแนวคิดการดูแลบุคคลที่ต้องการการ

ฟังของโอเร็ม (Orem, 2001) ที่อธิบายว่าครอบครัวเป็นหน่วยที่รับผิดชอบดูแลบุคคลที่ต้องการการฟังพาโดยสมาชิกในครอบครัวมีการจัดระบบแบ่งความรับผิดชอบกันอยู่แล้ว และเนื่องจากครอบครัวเป็นหน่วยที่มีความผูกพันใกล้ชิดซึ่งกันและกันระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว การได้รับประคับประคองความรัก ความเข้าใจเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยปรารถนาจะได้จากครอบครัวเมื่อถึงคราวเจ็บป่วย เพราะจะเป็นหนทางในการสร้างเสริมสุขภาวะด้านจิตวิญญาณของตนเอง (Craven & Hirnle, 2003)

ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งขณะได้รับรังสีรักษา จะมีความแตกต่างไปจากภาวะปกติและจะเปลี่ยนแปลงไปตามอาการและการดำเนินของโรคของผู้ป่วย (ทัศนีย์, 2543) ผู้ดูแลซึ่งเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย เป็นบุคคลที่ผู้ป่วยรู้สึกคุ้นเคย และรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยได้ (Nuckolls, 2000) จึงต้องเป็นผู้ที่มีความสามารถที่จะรู้ เข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญในการให้การตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วย โดยผู้ดูแลต้องรับรู้และตระหนักถึงความสำคัญในคุณค่าของชีวิตผู้ป่วย รู้ถึงจุดมุ่งหมายและเป้าหมายในชีวิต เพื่อที่จะสามารถให้การตอบสนองได้อย่างเหมาะสมและตรงกับความต้องการของผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้ดูแลต้องมีความสามารถที่จะรู้และเข้าใจถึงความเชื่อ ความศรัทธาหรือเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจที่ผู้ป่วยให้ความเคารพนับถือ ซึ่งผู้ป่วยบางรายมีความศรัทธา มีความเชื่อเกี่ยวกับการปฏิบัติตามคำสอนของศาสนา ผู้ดูแลต้องมีความสามารถที่จะรู้วิธีการดูแลและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา (ทัศนีย์, 2543) เช่น การสวดมนต์ ซึ่งจากการศึกษาของเมอร์อาวิเกลีย (Meraviglia, 2002) เกี่ยวกับการสวดมนต์ในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าการสวดมนต์เป็นส่วนหนึ่งของความเชื่อทางด้านจิตวิญญาณที่มีคุณค่าอยู่ในจิตใจของผู้ป่วย และมีผลต่อการยอมรับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็ง โดยสามารถบรรเทาอาการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายขณะได้รับรังสีรักษาจะเกิดปัญหาเรื่องการสื่อสาร เช่น ผู้ป่วยได้รับการเจาะคอ มีปัญหาเรื่องการใช้เสียง ทำให้ไม่สามารถสื่อสารเป็นคำพูดได้ ผู้ดูแลต้องมีความสามารถในการใช้กระบวนการทางด้านความคิด สามารถพิจารณาลำดับความสำคัญของปัญหา สามารถพิจารณาปรับเปลี่ยนระบบการดูแล โดยผู้ดูแลต้องมีความสามารถที่จะรู้วิธีการใช้เทคนิคการสื่อสารที่เหมาะสม เพื่อให้สื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถสื่อความหมาย ความเข้าใจและความต้องการได้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย (Timby, 2003) โดยผู้ดูแลต้องมีความสามารถในการสื่อสารกับผู้ป่วยด้วยวิธีการต่างๆแทนคำพูด เช่น การเขียน การใช้ท่าทาง การสัมผัส การประสานสายตาขณะพูด (Kathol, 2003) ผู้ป่วยบางรายอาจมีปัญหาที่ต้องการจะเล่าหรือระบายความรู้สึกให้ผู้ดูแลฟัง ผู้ดูแลต้องมีความสามารถในการเป็นผู้รับฟังที่ดี สามารถร่วมรับรู้ความรู้สึกของผู้ป่วย และสามารถแยกแยะเรื่องราวที่เป็นความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยได้ (Craven & Hirnle, 2003) นอกจากนี้ขณะที่ได้รับรังสีรักษาผู้ป่วยบางรายต้องเผชิญกับอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ตลอด

จนภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น อาจส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ หดหู่กำลังใจ รับรู้ความเจ็บป่วยอย่างหมดหวัง ผู้ดูแลต้องรู้วิธีการในการช่วยเสริมความหวังให้กับผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีพลังและกำลังใจที่จะดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมีคุณค่า

การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณในขณะที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา จะช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าใจถึงคุณค่าของตนเอง เข้าใจธรรมชาติและความหมายของชีวิต รวมทั้งได้ทราบถึงเป้าหมายของการมีชีวิตอยู่ (ทัศนีย์, 2545) การที่ผู้ดูแลมีความรู้ สนใจ เอาใจใส่ เกี่ยวกับตัวผู้ป่วย และสามารถเสาะแสวงหาความรู้จากผู้ที่มีความรู้ เพื่อให้การตอบสนองได้ตรงกับความต้องการด้านจิตวิญญาณ จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความมีคุณค่า มีความหวัง มีพลังและกำลังใจ ให้สามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้ (Meraviglia, 1999) ซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนจะมีความต้องการสิ่งยึดเหนี่ยวทางด้านจิตวิญญาณที่แตกต่างกัน (Labun, 1988) ผู้ป่วยบางรายมีความศรัทธา ความเชื่อเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เช่น การสวดมนต์ การทำสมาธิ ผู้ป่วยบางรายมีความเชื่อเกี่ยวกับบุคคล สิ่งของ วัตถุมงคล หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ต่างๆ (ทัศนีย์, 2543) ซึ่งข้อมูลดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณ และสามารถให้การตอบสนองได้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งหากผู้ป่วยได้รับการตอบสนองได้ตรงกับความต้องการด้านจิตวิญญาณแล้ว จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความสุข รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความสำคัญต่อครอบครัว เกิดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต และได้รับความผาสุกทางจิตวิญญาณ (spiritual well-being) แต่ถ้าหากผู้ดูแลไม่สามารถให้การตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณได้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทางจิตวิญญาณ (spiritual distress) (Potter & Perry, 2005)

จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้ให้การตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยมะเร็งขณะที่ได้รับรังสีรักษา ซึ่งมีความสามารถจำกัดในการดูแลตนเอง และอาจไม่สามารถตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณด้วยตนเองได้อย่างเต็มที่ ผู้ดูแลจึงต้องเป็นผู้ที่มีความสามารถในการคาดการณ์ ตรวจสอบสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมต่างๆ รวมถึงการใช้เหตุผลในการคิดและวิเคราะห์เชื่อมโยงข้อมูลต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย มีความสามารถในการจัดระบบกิจกรรมการดูแล ตัดสินใจ หรือปรับเปลี่ยนกิจกรรมการดูแลให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยที่อาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ และมีความสามารถในการลงมือปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองได้ตรงกับความต้องการ (Orem, 2001) ทำให้ผู้ป่วยเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ มีความหวัง กำลังใจ และมีพลังที่จะต่อสู้กับความเจ็บป่วย ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงความสามารถของผู้ดูแลในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ และการได้รับการตอบสนองในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาซึ่งเปรียบเสมือนผลลัพธ์ของความสามารถในผู้ดูแลดังกล่าว ทั้งนี้เพื่อที่จะนำผลการวิจัยไป

เป็นแนวทางในการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาได้อย่างเหมาะสม ครอบคลุมการดูแลแบบองค์รวม ช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาเกิดความผาสุกทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี เกิดความรู้สึกรอบอุ่นและสงบสุขในชีวิต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาระดับความสามารถของผู้ดูแลในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา
2. ศึกษาระดับการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาจากผู้ดูแล
3. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถของผู้ดูแลกับการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษา

คำถามการวิจัย

1. ผู้ดูแลมีความสามารถในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาอยู่ในระดับใด
2. ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณจากผู้ดูแลอยู่ในระดับใด
3. ระดับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาหรือไม่

กรอบแนวคิด

กรอบแนวคิดที่ใช้เป็นแนวทางในการวิจัยครั้งนี้ คือ แนวคิดความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพาในทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001) ซึ่งกล่าวว่า เป็นความสามารถที่ซับซ้อนของบุคคลที่พัฒนาขึ้นเพื่อตอบสนองการกระทำที่จิตใจและมีเป้าหมายในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา ซึ่งหากผู้ดูแลมีความสามารถที่เพียงพอจะทำให้ผู้ที่ต้องการพึ่งพาได้รับการตอบสนองความต้องการดังกล่าวและจะนำไปสู่การมีสุขภาพดี

มีความผาสุก (well-being)

ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา (Dependent care agency) เป็นมโนคติที่กล่าวถึงคุณภาพอันสลับซับซ้อนของบุคคลที่มีศักยภาพในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพาโดยมีโครงสร้างเช่นเดียวกับความสามารถในการดูแลตนเอง คือ เป็นความสามารถที่จะปฏิบัติการเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา ซึ่งประกอบด้วยโครงสร้าง 3 ระดับ คือ 1) ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (foundational capabilities and dispositions) ซึ่งเป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจ (deliberate action) โดยแบ่งออกเป็นความสามารถที่จะรู้กับความความสามารถที่จะกระทำ 2) พลังความสามารถ 10 ประการ (ten power components) เป็นความสามารถซึ่งเป็นตัวกลางเชื่อมการรับรู้และการกระทำที่จิตใจของผู้ดูแล และ 3) ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแล (capabilities for dependent-care operations) เป็นความสามารถที่จำเป็นที่จะใช้ในการดูแลขณะนั้นทันที เป็นการแสดงให้เห็นถึงความสามารถในการดูแลของบุคคลอย่างแท้จริง ทั้งนี้ความสามารถในแต่ละระดับจะเป็นพื้นฐานของความสามารถในขั้นที่สูงขึ้นไป (Orem, 2001) กล่าวคือความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานจะเป็นพื้นฐานสำคัญที่เกื้อหนุนให้เกิดพลังความสามารถ 10 ประการ เมื่อมีความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานและพลังความสามารถ 10 ประการแล้วจะนำไปสู่ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพาได้

การศึกษาครั้งนี้ได้ศึกษาเฉพาะความสามารถของผู้ดูแลในการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา ซึ่งเป็นการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณในด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต ด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งเหนือตน และด้านการมีความหวัง โดยผู้วิจัยวัดความสามารถของผู้ดูแลในการปฏิบัติการดูแลจากองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ด้าน คือ 1) ความสามารถในการคาดการณ์ (estimative) เป็นความสามารถของผู้ดูแลในการตรวจสอบสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมต่างๆ สำหรับการดูแล โดยผู้ดูแลต้องมีความสามารถที่จะรู้ เข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญในการให้การตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ 2) ความสามารถในการปรับเปลี่ยน (transitional) เป็นความสามารถของผู้ดูแลในการตัดสินใจ ปรับเปลี่ยน และแก้ไข กิจกรรมการดูแล เพื่อให้ตอบสนองความต้องการได้อย่างเหมาะสม และตรงกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย 3) ความสามารถในการลงมือปฏิบัติการ (productive operation) เป็นความสามารถของผู้ดูแลในการวางแผน ลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแล และติดตามประเมินผลทำให้การตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ

ในส่วนของการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดความต้องการด้านจิตวิญญาณของไฮฟิลด์ (Highfield, 1992) มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา เนื่องจากสามารถระบุความต้องการด้านจิตวิญญาณได้ครอบคลุม ประกอบด้วย 1) ความต้องการด้าน

การมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต ซึ่งเป็นความต้องการที่ลึกซึ้งซึ่งเป็นนามธรรมที่ละเอียดอ่อนอยู่ในส่วนลึกของจิตใจ เป็นความต้องการพื้นฐานทางจิตวิญญาณของบุคคล เป็นตัวกำหนดถึงความเป็นสุขภาพดี ความผาสุก และคุณภาพชีวิตที่ดี 2) ความต้องการมีสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งเหนือตน ซึ่งมีลักษณะการให้และการรับ ความรัก ความผูกพัน ความศรัทธา ความไว้วางใจ และการให้อภัยโดยไม่มีเงื่อนไข และ 3) ความต้องการด้านความหวัง ซึ่งเป็นความปรารถนาเพื่อให้ตนเองได้พบกับสิ่งที่ดีและมีชีวิตที่ดีขึ้น

สมมติฐานการวิจัย

ความสามารถของผู้ดูแลในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์กับการได้รับการตอบสนองในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา

นิยามศัพท์

1. ความสามารถของผู้ดูแลในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ หมายถึง ระดับความสามารถของผู้ดูแลในการกระทำหรือปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา ซึ่งสามารถวัดได้จากองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ด้าน ประกอบด้วย 1) ความสามารถในการคาดการณ์ 2) ความสามารถในการปรับเปลี่ยน และ 3) ความสามารถในการลงมือปฏิบัติ

1.1 ความสามารถในการคาดการณ์ หมายถึง ความสามารถของผู้ดูแลที่จะรู้ เข้าใจ ตระหนักถึงความสำคัญ ตลอดจนรู้วิธีการต่างๆ ในการให้การตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยในด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต ด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งเหนือตน และด้านการมีความหวัง

1.2 ความสามารถในการปรับเปลี่ยน หมายถึง ความสามารถของผู้ดูแลในการตัดสินใจปรับเปลี่ยน ปรับใช้ แก้ไข กิจกรรมการดูแล เพื่อให้การตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณได้อย่างเหมาะสม และตรงกับความต้องการของผู้ป่วยในด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต ด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งเหนือตน และด้านการมีความหวัง

1.3 ความสามารถในการลงมือปฏิบัติการ หมายถึง ความสามารถของผู้ดูแลในการวางแผน ลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแล และติดตามประเมินผลการให้การตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ ในด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต ด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

สิ่งแวดล้อม และสิ่งเหนือตน และด้านการมีความหวัง

2. การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ หมายถึง การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาอันเป็นผลจากการกระทำของผู้ดูแลใน 3 ด้าน คือ 1) ด้านการมีความหมายและมีเป้าหมายของชีวิต 2) ด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งเหนือตน และ 3) ด้านการมีความหวัง ประเมินโดยใช้แบบวัดการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากแนวคิดความต้องการด้านจิตวิญญาณของไฮฟิลด์ (Highfield, 1992)

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสามารถของผู้ดูแลในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณและการได้รับการตอบสนองของผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ระหว่างได้รับรังสีรักษา ที่แผนกรังสีรักษา โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา โดยผู้ดูแลมีเวลาดูแลผู้ป่วยมาแล้วอย่างน้อย 2 สัปดาห์

ความสำคัญของการวิจัย

1. เป็นข้อมูลในการพัฒนาระบบการพยาบาล เพื่อพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสม
2. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา
3. เป็นการพัฒน่องค์ความรู้ เรื่องการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาในด้านความสามารถในการปฏิบัติการ เพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา และการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา