

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการที่มีผลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมหัวข้อต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี
 - 1.1 ความหมายของการติดเชื้อเอชไอวี
 - 1.2 สถานการณ์และสภาพของปัญหา
 - 1.3 การติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์
 - 1.4 สาเหตุการเกิดโรค
 - 1.5 อาการของโรค
 - 1.6 การติดต่อและการแพร่กระจาย
 - 1.7 ผลกระทบของการติดเชื้อเอชไอวีที่มีต่อมารดา
2. แนวคิดเกี่ยวกับจิตวิญญาณและความผาสุกทางจิตวิญญาณ
 - 2.1 ความหมายของจิตวิญญาณ
 - 2.2 ความต้องการทางจิตวิญญาณ
 - 2.3 ความทุกข์ทางจิตวิญญาณ
 - 2.4 แนวคิดเกี่ยวกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ
 - 2.5 องค์ประกอบของความผาสุกทางจิตวิญญาณ
 - 2.6 ความสำคัญของความผาสุกทางจิตวิญญาณ
 - 2.7 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณ
 - 2.8 แนวทางการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการทางจิตวิญญาณ
3. ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ
 - 3.1 ความหวัง
 - 3.2 พฤติกรรมการดูแลทางการพยาบาล
 - 3.3 การสนับสนุนทางสังคม

แนวคิดเกี่ยวกับมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี

ความหมายของการติดเชื้อเอชไอวี

AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome) หรือโรคเอดส์ หมายถึง กลุ่มอาการที่เกิดจากระบบภูมิคุ้มกันหรือกลไกต่อต้านเชื้อโรคของร่างกายถูกทำลายโดยเชื้อไวรัสชื่อ Human Immunodeficiency Virus (HIV) ทำให้ภาวะภูมิคุ้มกันของร่างกายเสื่อมหรือเสียไปซึ่งมิได้เป็นมานานแต่กำเนิด ทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อฉวยโอกาส (สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล และสัญญา ภัทรราชย์, 2541, หน้า 3) โครงการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์กระทรวงสาธารณสุข ได้ให้ความหมายของเอดส์ว่าเป็นกลุ่มอาการของโรคที่เกิดจากภูมิคุ้มกันในร่างกายเสื่อมหรือบกพร่อง ซึ่งเกิดจากเชื้อไวรัสเอชไอวี เมื่อเข้าสู่ร่างกายของคนจะไปทำลายเซลล์เม็ดเลือดขาวที่ทำหน้าที่ป้องกันเชื้อโรคทำให้ภูมิคุ้มกันโรคของคนนั้นเสื่อมหรือบกพร่องจนเป็นสาเหตุให้ร่างกายอ่อนแอ ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง และในที่สุดก็เสียชีวิตด้วยโรคนั้น

สถานการณ์และสภาพของปัญหา

การระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทย เริ่มมีรายงานมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 ในระยะเริ่มแรกระบาดในชายรักร่วมเพศ และกลุ่มผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีด หญิงบริการทางเพศ หลังจากนั้นแพร่ระบาดไปยังชายรักร่วมเพศ หญิงทั่วไป และทารกจากการติดเชื้อจากมารดา ช่วงที่มีการระบาดสูงสุด คือ ระหว่าง พ.ศ. 2532-2535 ซึ่งเป็นการแพร่ระบาดในหญิงบริการทางเพศ และผู้ใช้บริการ อย่างไรก็ตาม จากผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อในประชากรกลุ่มต่าง ๆ ในช่วง 4-5 ปีที่ผ่านมาเริ่มพบว่าการชะลอตัว และอัตราความชุกเริ่มลดลง ในประชากรทุกกลุ่มตัวอย่าง ยกเว้นกลุ่มผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีด ที่ยังมีอัตราความชุกของการติดเชื้อสูงอยู่ (กองระบาดวิทยาโรคเอดส์ สำนักงานปลัดสาธารณสุข, 2546)

การติดเชื้อเอชไอวี มีการระบาดไปทั่วโลก ในปี พ.ศ. 2544 องค์การโลกเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) ได้คาดการณ์ว่า มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี ประมาณ 40 ล้านคน เป็นสตรี 17.6 ล้านคน และเป็นเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี 2.7 ล้านคน เฉพาะในปี พ.ศ. 2544 มีผู้ติดเชื้อรายใหม่เกิดขึ้น 5 ล้านคน เป็นสตรี 1.8 ล้านคน และเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี 800,000 คน จำนวน 1 ใน 3 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลกมีอายุระหว่าง 15-24 ปี (กองระบาดวิทยาโรคเอดส์ สำนักงานปลัดสาธารณสุข, 2546)

สำหรับประเทศไทย จนถึงปี พ.ศ. 2546 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี แล้วประมาณ 312,429 ราย เสียชีวิตไปแล้วจำนวน 71,619 ราย แนวโน้มของการเจ็บป่วยและตายด้วยโรคเอดส์ลดลงกว่าอดีตเมื่อ 7 ปีที่ผ่านมา (กลุ่มงานระบาดวิทยา กองระบาดวิทยาโรคเอดส์ สำนักงานปลัดสาธารณสุข, 2546)

การติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์

ในปี พ.ศ. 2534 เริ่มมีรายงานการติดเชื้อเอชไอวี ในหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งในแต่ละปี มีอัตราการติดเชื้อเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จากอัตราร้อยละ 0.8 ในปี พ.ศ. 2534 จนถึงอัตราร้อยละ 2.3 ในปี พ.ศ. 2539 หลังจากนั้นเริ่มมีอัตราที่ลดลง จากการสำรวจอัตราการติดเชื้อเอชไอวี เฉพาะพื้นที่ ประเทศไทย รอบที่ 20 เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2545 พบว่าอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์ เท่ากับร้อยละ 1.4 ปัจจุบัน ประเทศไทยมีการคลอดประมาณปีละ 9 แสนราย ดังนั้นคาดว่าจะมี หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีประมาณปีละ 12,600-13,000 ราย (อมรา ทองหงษ์ และคณะ, 2545)

สาเหตุการเกิดโรค

ไวรัสเอชไอวีจัดอยู่ใน Family Retroviridae, Subfamily Lentivirinae, Genus Lentivirus เป็นพวก Retrovirus ซึ่งมีคุณสมบัติที่แตกต่างจากไวรัสอื่น คือสามารถเข้าไปเกาะกับ T-Helpcell (T_4 Lymphocyte) ซึ่งเป็นเซลล์เม็ดเลือดขาวในระบบภูมิคุ้มกันชนิดอาศัยเซลล์เป็นสื่อ (Cell mediated Immunity) ทำให้เซลล์เม็ดเลือดขาวถูกทำลายในขณะที่ตัวมันไม่ถูกทำลายจาก ภูมิคุ้มกันของร่างกาย ไวรัสนี้ยังมี Revers Transcriptase Enzyme ทำให้สามารถแบ่งตัวและ เปลี่ยนเปลือกนอกที่หุ้มอยู่ (Envelop) ได้รวดเร็ว นอกจากนี้ ส่วนที่เป็นปุ่ม ๆ รอบนอกตัวไวรัสที่ เรียกว่า gp 120 จะมีความจำเพาะกับเซลล์มนุษย์ที่มี CD_4 Receptor อยู่บนผิวเซลล์ ได้แก่ T_4 Lymphocyte, Monocyte, Macrophage, Glia Cell ของระบบประสาท (Carson, 2000, p. 1066)

เมื่อไวรัสเอชไอวี เข้าสู่ร่างกายของผู้ติดเชื้อโดยเกาะติดกับ CD_4 Receptor บนผิวเซลล์ เชื้อไวรัสจะแทรกตัวผ่านผนังเซลล์ ถอดเปลือกหุ้มออกและสร้าง DNA จาก RNA โดยใช้ Revers Transcriptase Enzyme แล้วแฝงตัวอยู่ในเซลล์นั้น และต่อมาจะเริ่มแบ่งตัวอย่างรวดเร็วจน เม็ดเลือดขาวแตกแล้วจะกระจายไปยังเม็ดเลือดขาวตัวต่อไป จนเม็ดเลือดขาวมีจำนวนลดลงใน ระยะสุดท้าย เม็ดเลือดขาวถูกทำลายมากขึ้นจะทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายเสียไป เกิดการติดเชื้อ ฉวยโอกาสหรือมะเร็งบางชนิดได้

อาการของโรค

การติดเชื้อเอชไอวี โดยทั่วไปจะถือว่าเป็นระยะหนึ่งของโรคที่การทำลายระบบ ภูมิคุ้มกันของร่างกายได้เกิดขึ้นแล้ว โดยเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและรุนแรงขึ้นตามเวลาที่ได้รับเชื้อเข้าสู่ร่างกายมานานเท่าใด แม้ว่าผู้ติดเชื้อจะไม่แสดงอาการในระยะแรกก็ตาม อาการที่เกิดขึ้นจากการ ติดเชื้อเอชไอวี จึงมีตั้งแต่ที่ไม่แสดงอาการจนถึงภาวะที่ระบบภูมิคุ้มกันเสื่อมมาก จนทำให้เกิดการ ติดเชื้อฉวยโอกาส และมะเร็งบางชนิด ในที่นี้จะขอแบ่งระยะของโรคเพียง 2 ระยะ คือ ระยะ ติดเชื้อที่ไม่ปรากฏอาการหรือที่เราเรียกว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และระยะที่มีอาการของโรคเอดส์หรือ เรียกผู้ป่วยเอดส์ (พิพัฒน์ ลักษมีจรัสกุล, 2543, หน้า 172)

1. ระยะติดเชื้อที่ไม่ปรากฏอาการ อาจแบ่งเป็น 2 ระยะย่อย ๆ คือ

1.1 ระยะแรกของการติดเชื้อเอชไอวี (Acute Retroviral Syndrome) เป็นระยะที่เพิ่งรับเชื้อมาประมาณ 1-6 สัปดาห์ ผู้ติดเชื้อมากกว่าร้อยละ 50 จะมีอาการคล้ายไข้หวัด ไม่มีอาการจำเพาะที่เด่นชัด เช่น มีไข้ ปวดศีรษะ ต่อมทอนซิลอักเสบบริเวณคอและรักแร้ เจ็บคอแต่ไม่มีเสมหะ มีผื่นขึ้นที่ผิวหนังตามลำตัว ปวดเมื่อย เบื่ออาหาร บางรายอาจมีอุจจาระร่วงซึ่งต้องวินิจฉัยแยกจากโรคที่อาการคล้ายกัน เช่น ไข้หวัด หัด หัดเยอรมัน ซิฟิลิสระยะที่สอง และ Mononucleosis เป็นต้น อาการระยะแรกนี้จะหายไปเมื่อแอนติบอดีต่อเชื้อเริ่มสูงขึ้นระยะที่มีอาการของ Acute Retroviral Syndrome จะตรวจ Anti-HIV ในเลือดไม่พบ จึงเรียกว่า “Window Period” ซึ่งนานประมาณ 2-3 เดือน แต่สามารถตรวจการติดเชื้อได้โดยตรวจหาแอนติเจน p24 หรือตรวจหาชิ้นของเอชไอวีด้วยวิธี Polymerase Chain Reaction หรือทำการเพาะเชื้อไวรัสเอชไอวีหรือวิธีพิเศษอื่น ๆ ระยะนี้เป็นระยะสำคัญเนื่องจากผู้ติดเชื้อถ้าไปตรวจเลือดผลจะลบ ทำให้เข้าใจผิดไม่คิดป้องกันหรือระวังตัว

1.2 ระยะการติดเชื้อไม่ปรากฏอาการ (Asymptomatic Carrier) แต่การตรวจเลือดซีรัมหรือน้ำลาย ให้ผลบวกต่อ Anti-HIV ระยะนี้ผู้ติดเชื้อจะไม่มีอาการใด ๆ มีสุขภาพเหมือนปกติทั่วไป ผู้ติดเชื้อสามารถแพร่โรคได้ แต่ถ้าตรวจพบว่าตนเองติดเชื้อแล้วป้องกันรักษาสุขภาพดี ผู้ติดเชื้อในระยะนี้ยังมีคุณภาพชีวิตที่ปกติได้ ปัจจุบันมีผู้ติดเชื้อไม่ปรากฏอาการในโลกมากกว่า 30 ล้านคน และในประเทศไทยกว่า 1 ล้านคน

2. ระยะที่มีอาการของโรคเอดส์ (AIDS Related Complex, ARC) ผู้ติดเชื้อที่มีผลเลือด Anti-HIV บวก จะเริ่มมีการติดเชื้อราในช่องปากและลำคอ ต่อมทอนซิลอักเสบบริเวณรักแร้ คอ ขาหนีบ อาจเกิดงูสวัดหรือแผลเริ่มเกิดตุ่มลม มีอาการเรื้อรังต่าง ๆ เช่น อุจจาระร่วงเรื้อรังมีไข้ไม่ทราบสาเหตุ น้ำหนักลด เป็นต้น อาการต่าง ๆ มักเกิดเรื้อรังเกิน 1 เดือน รักษาหายยาก หรือเป็นซ้ำ ๆ ต่อมาจะมีอาการของโรคติดเชื้อฉวยโอกาส เนื่องจากภูมิคุ้มกันของผู้ติดเชื้อถูกทำลายไปมาก ระยะนี้เรียก ผู้ป่วยเอดส์

ในประเทศไทยพบว่า ร้อยละ 40-50 ของผู้ป่วยเอดส์มีการติดเชื้อวัณโรค โดยส่วนหนึ่งจะติดเชื้อวัณโรคชนิดที่ดื้อต่อยาหลายชนิด (MDT-TB) ที่รุกรานมา คือ ปอดอักเสบจาก *Pneumocystis Carinii* และมะเร็งหลอดเลือดหรือมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ผู้ที่แสดงอาการของโรคเอดส์ ถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมมักมีชีวิตรอดอยู่ได้ไม่เกิน 6 เดือนถึง 2 ปี

อาการสำคัญอย่างหนึ่งของผู้ป่วยที่แสดงถึงระยะสุดท้ายของโรคเอดส์ คือมีน้ำหนักลด ชูบผอมอย่างรวดเร็ว (Wasting) โดยเฉพาะเมื่อน้ำหนักลดลงกว่าร้อยละ 60-70 ของน้ำหนักเดิม จะทำให้ผู้ป่วยอ่อนเพลียมากแม้ว่าจะรับประทานอาหารได้ก็ตาม และเกิดการติดเชื้อฉวยโอกาส

ยังสามารถรักษาการติดเชื้อนั้นได้ ยกเว้นถ้าเป็น Kaposi' Sarcoma, HIV Encephalopathy และ มะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่การพยากรณ์โรคไม่ใคร่ดีนัก

ส่วน AIDS Dementia Complex (ADC) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดหลังจากเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายแล้วไปเพิ่มจำนวนเซลล์ประสาทชนิดอื่น ๆ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตประสาทความจำเสื่อม อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หลง ๆ ลืม ๆ ก่อนวัย ไม่มีสมาธิอ่อนเพลีย คลุ้มคลั่ง ซึมเศร้า บางคนมี แขนขาชา อัมพาตครึ่งซีก ชักกระตุก มีอาการทางสมอง อาการกลุ่มนี้พบได้ถึงร้อยละ 70 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี (สุรพล สุวรรณกุล และมัทนา หาญวนิชย์, 2535, หน้า 14)

ในทารกที่เกิดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวี ประมาณร้อยละ 20-40 จะติดเชื้อจากแม่ทารกที่ติดเชื้อส่วนใหญ่แสดงอาการของโรคเอดส์ในเด็กภายในอายุ 1-2 ปี อาการที่พบคือ เติบโตช้า มีการติดเชื้อบ่อย ปอดอักเสบ ท้องเดินเรื้อรัง ต่อมน้ำเหลืองโต ทารกบางรายอาจติดเชื้อโดยไม่แสดงอาการ หรือปรากฏอาการช้า (สุมนทา กบิลพัตร, 2541, หน้า 15)

การติดต่อและการแพร่กระจาย

เชื้อเอชไอวีตรวจพบได้ในเลือดและสารคัดหลั่งต่าง ๆ ตลอดจนพบอยู่ในอวัยวะทั่วร่างกาย เข้าสู่ร่างกายทางเยื่อเมือกหรือผิวหนังที่มีบาดแผล ดังนั้นการแพร่ของเชื้อเอดส์จึงเข้าสู่ร่างกายได้ 3 ทาง (สุรพล สุวรรณกุล และมัทนา หาญวนิชย์, 2535, หน้า 11; ประทักษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์, 2537, หน้า 203) ดังนี้

1. ทางเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทางช่องคลอดหรือทางทวารหนัก (ทางปาก พบน้อย) และพบว่าผู้ชายแพร่เชื้อไปให้ผู้หญิงมากกว่าผู้หญิงไปให้ผู้ชาย (พิพัฒน์ ถักขมิวจรัสกุล, 2543, หน้า 171; สุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล และสัญญา ภัทรราชย์, 2541, หน้า 5) ปัจจัยเสริมที่ทำให้การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์มีประสิทธิภาพดีขึ้นคือการเป็นกามโรคร่วมด้วย หรือมีบาดแผลบริเวณอวัยวะเพศ หรือร่วมเพศทางทวารหนัก หรือการร่วมเพศที่รุนแรง การติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยทางเพศสัมพันธ์พบสูงถึงร้อยละ 70-75
2. ทางกระแสเลือด เช่น การได้รับเลือดหรือผลิตภัณฑ์จากเลือด การฉีดยาเสพติดโดยใช้เข็มร่วมกัน ถูกเข็มที่ปนเปื้อนเชื้อดำ เป็นต้น พบว่าการที่ได้รับยาเสพติดชนิดฉีดเป็นสาเหตุที่พบมากในกลุ่มนี้ปัจจุบันโอกาสติดเชื้อจากการรับเลือดพบน้อยมาก เนื่องจากมีการตรวจกรองพฤติกรรมเสี่ยงของประวัติผู้บริจาคโลหิตและการตรวจ Anti-HIV และ p24 แอนติเจนในเลือดบริจาคทางห้องปฏิบัติการ ดังนั้นการติดเชื้อจากการรับเลือดบริจาคที่ผ่านการตรวจกรอง มีโอกาสน้อยมากประมาณร้อยละ 90 และประมาณร้อยละ 1 จากการใช้เข็มที่ปนเปื้อนเชื้อ / ครั้ง
3. จากมารดาที่ติดเชื้อสู่ทารกแรกเกิด ทารกมีโอกาสติดเชื้อประมาณร้อยละ 20-40 เฉลี่ยร้อยละ 30 การติดเชื้ออาจเกิดได้ตั้งแต่ในครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอด สาเหตุ

สำคัญคือการกินนมมารดา ซึ่งอัตราการติดเชื้อผ่านทางน้ำนมมารดาพบสูงถึงร้อยละ 7-22 ดังนั้น เด็กที่คลอดจากการติดเชื้อจึงไม่แนะนำให้กินนมมารดา ซึ่งมีการศึกษาพบว่าทารกแรกเกิดมี โอกาสติดเชื้อเอชไอวีทางน้ำนมมารดาแตกต่างกันทั้งนี้ขึ้นอยู่กับจำนวนเชื้อเอชไอวีที่มีอยู่ใน กระแสเลือดของมารดาขณะนั้น โดยการศึกษาเปรียบเทียบ พบว่ามารดาที่ให้นมบุตรจนมารดา ทารกมีโอกาสดูติดเชื้อเอชไอวีสูงกว่าทารกคนผสมประมาณ 1 เท่า (Cotton & Watts, 1997, p. 56)

ผลกระทบของการติดเชื้อเอชไอวีที่มีต่อมารดา

การติดเชื้อเอชไอวีและการป่วยเป็นโรคเอดส์นั้นถือได้ว่าเป็นวิกฤติการณ์ในชีวิตที่รุนแรง เนื่องจากเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายเป็นปกติได้ อีกทั้งยังเป็นโรคที่มีผลกระทบต่อทุกคนใน สังคมทั้งทางตรงและทางอ้อม ในปัจจุบันพบว่ามารดาที่มีการติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่จะอยู่ในระยะ ที่ไม่ปรากฏอาการ แต่มารดาเหล่านี้ได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังนี้

ผลกระทบทางด้านร่างกาย

เนื่องจากเมื่อเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายแล้ว จะไปทำลายภูมิคุ้มกันชนิดฟิงเซลล์ (Cell-Mediated Immunity) มีผลทำให้ผู้ติดเชื้อเกิดการติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic Infection) ที่รุนแรงตามมา ทำให้ผู้ติดเชื้อร้อยละ 90 ถึงแก่ความตายภายใน 2-5 ปี (สุรพล สุวรรณกุล และ มัทนา หาญวนิชย์, 2535, หน้า 10) ในระยะแรกของการติดเชื้อนั้นจะยังไม่แสดงอาการให้เห็นเด่นชัด จะมีเพียงอาการที่คล้ายไข้หวัด มีไข้ โดยอาการจะหายไปเองในเวลาประมาณ 1 สัปดาห์ หากต่อมามิได้มีการดูแลตนเอง ก็จะทำให้มีการเจริญและขยายจำนวนของเชื้อเอชไอวีในร่างกาย เพิ่มขึ้น จะส่งผลกระทบต่อร่างกายอย่างมาก ปัจจุบันพบว่า กว่าร้อยละ 95 ของผู้ติดเชื้อทั้งหมด จะป่วยเรื้อรัง และมีโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ (ธนา นิลชัยโกวิทย์, 2537, หน้า 6) เช่น เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย เหงื่อออกมาก น้ำหนักลด นอนไม่หลับ อุจจาระร่วงเรื้อรัง ไอเรื้อรัง ลิ้นเป็นฝ้าขาว ต่อม้ำเหลืองโต มะเร็งผิวหนัง บางรายเหนื่อยหอบ เนื่องจากมีการลุกลามของเชื้อเข้าสู่ระบบทางเดินหายใจ ต้องใช้เวลาในการรักษายาวนาน ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองน้อยลง โดยเฉลี่ยเมื่อปรากฏอาการของโรคเอดส์เต็มขั้น (ปิยรัตน์ นิลชัยกา, 2537, หน้า 214) ทำให้เกิดอาการเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน รวมทั้งมีผลกระทบต่อเอกลักษณ์ของผู้ป่วย ในที่สุดอาการจะเลวลง และเสียชีวิตในที่สุด (พิพัฒน์ ลักษมีจรัสกุล, 2543, หน้า 173)

ผลกระทบทางด้านจิตใจ

เมื่อบุคคลได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อโรคเอดส์ ผู้ติดเชื้อบางรายอาจมีปฏิกิริยารุนแรง มากเพราะการติดเชื้อโรคเอดส์นั้น อาจถือได้ว่าเป็นวิกฤติการณ์ในชีวิต โดยผู้ติดเชื้อเอดส์จะมี ปฏิกิริยาด้านจิตใจแบ่งเป็น 3 ระยะโดยระยะแรกเป็นระยะที่มีการปรับตัวต่อวิกฤติการณ์ (Initial Crisis) ที่พบได้บ่อย คือ ปฏิเสธ ไม่ยอมรับความจริง ตกใจ สับสน (ธนา นิลชัยโกวิทย์, 2537,

หน้า 13) ซึ่งจะพบได้ในผู้ติดเชื้อที่อยู่ในระยะที่ยังไม่มีอาการ จะส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอดส์ขาดการควบคุมตนเองในการตัดสินใจหรือแก้ไขปัญหา ขาดแรงจูงใจในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อการดูแลตนเอง ผู้ป่วยจะเกิดความทุกข์ใจ ลึกลับ หวัง หมดคุณค่า วิดกกังวล หมดความสุข กลัวมาก ไม่แน่ใจ สับสน อารมณ์แปรปรวนง่าย หงุดหงิด คิดมาก เก็บตัว กลัวบุคคลรอบข้างรู้ และรังเกียจคน โกรธผู้ที่แพร่เชื้อมาสู่ตน โทษผู้อื่น โทษสังคม เมื่อสภาวะของโรคเริ่มรุนแรงขึ้น อาจปรากฏอาการให้ผู้อื่นเห็น จนไม่สามารถปิดบังให้อีกต่อไป ก็จะวิตกกังวล กลั้งที่จะต้องเผชิญกับภาพลักษณ์ของตนที่เปลี่ยนแปลงไป บางรายยอมรับกับภาพลักษณ์ของตนเองไม่ได้ ความทุกข์ทางใจจะเพิ่มมากขึ้น บางรายถึงกับคิดทำร้ายตนเอง ไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับจิตใจ อารมณ์ ที่จะทำให้ผู้ติดเชื้อหมดความอดทน ไม่เข้มแข็งที่จะต่อสู้กับความเจ็บป่วย ส่งผลให้ร่างกายกลับทรุดโทรมลงไปอีกด้วย (ปิยรัตน์ นิลชัยภา, 2537, หน้า 215) นอกจากนี้มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี ยังมีความกลัวเกี่ยวกับบุตรและครอบครัวอีกด้วย คือ กลัวว่าบุตรจะมีการติดเชื้อเจ็บป่วย และตายในที่สุด และยังกลัวว่าถ้าตนเองเสียชีวิตลงใครจะเป็นผู้ดูแลบุตรต่อไปในอนาคต

ผลกระทบด้านสังคม

การติดเชื้อเอชไอวีอาจมีผลกระทบทางด้านสังคมภายในชุมชนที่สืบเนื่องมาจากความกลัว ความไม่รู้จริงเกี่ยวกับโรคเอดส์ ทำให้เกิดการตื่นกลัว รังเกียจผู้ติดเชื้อ และมีการไล่ออกจากงาน เกิดการตีตรา หรือสร้างรอยมลทินให้กับผู้ป่วย ผู้ติดเชื้อ หรือผู้ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงนั้น ได้ก่อให้เกิดตราบาปแก่ผู้ถูกประทับตราอย่างมาก (สมณชา กบิลพัตร, 2541, หน้า 22; Carson, 2000, p. 1068) เพราะไม่เพียงแต่ทำลายความสุข ความมั่งหวัง และอนาคตของบุคคลลงเท่านั้น หากพฤติกรรมที่สะท้อนความหวาดกลัว และการรังเกียจเหยียดหยามของคนในสังคม ยังทำลายคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของบุคคลเหล่านั้นลงด้วย ทำให้ไม่อาจดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างปกติสุข ซึ่งมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีก็จะได้รับผลเหล่านี้ เช่นเดียวกับผู้ติดเชื้ออื่น ๆ ด้วย

ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ

โรคเอดส์เป็นโรคที่สังคมรังเกียจ เนื่องจากความกลัว อันเนื่องจากความเข้าใจผิด และทัศนคติที่ผิด ๆ เกี่ยวกับการติดเชื้อ รวมทั้งมองว่าผู้ป่วยที่ติดเชื้อเป็นบุคคลที่ไม่น่าเห็นใจ เพราะมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม มักง่าย เสื่อมโทรมทางศีลธรรม หรือมีพฤติกรรมเบี่ยงเบน มีบางทัศนคติถึงกับมองว่าเป็นโรคที่ถูกส่งมาเพื่อกำจัดคนแล้ว นอกจากนี้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีอาจถูกไล่ออกจากงานหรือไม่สามารถสมัครงาน และจะต้องใช้จ่ายเงินทองในการรักษาตนเองมาก เมื่อมีอาการเจ็บป่วย (ธนา นิลชัยโกวิทย์, 2537, หน้า 6) ทำให้มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจภายในครอบครัว เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่อยู่ในวัยแรงงาน ซึ่งถือว่าเป็นวัยที่ต้องประกอบอาชีพเพื่อหาเลี้ยงครอบครัว เมื่อมีปัญหาเรื่องภาวะสุขภาพที่ไม่ดี และเสื่อมลงเรื่อย ๆ ทำให้ไม่มีงานทำ ไม่มีรายได้ และ

สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เนื่องจากยาที่ใช้ในการควบคุมอาการในผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีราคาแพง ทำให้ผู้ติดเชื้อต้องประสบปัญหาด้านเศรษฐกิจอย่างมาก

ผลกระทบด้านจิตวิญญาณ

ผลกระทบที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับจากการติดเชื้อเอชไอวีสร้างความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ติดเชื้อเป็นอย่างมาก ทำให้ผู้ติดเชื้อรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง รู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง รู้สึกผิดบาปในจิตใจ การดำเนินชีวิตเป็นไปอย่างเจ็บปวด ไม่สามารถค้นหาความหมายหรือเป้าหมายในชีวิต (Peri, 1995, pp. 68-69) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะเกิดความรู้สึกถึงความต้องการทางจิตวิญญาณ (Spiritual Need) คือมีความต้องการที่จะค้นหาความหมายและเป้าหมายของชีวิต (Carson & Green, 1992) ต้องการการยอมรับความเป็นบุคคลว่ายังมีคุณค่า ต้องการความรักโดยได้รับจากบุคคลอื่นและได้มีโอกาสแสดงความรักให้กับบุคคลที่ได้รับความไว้วางใจ ต้องการคนรับฟัง คนที่เข้าใจ คนให้อภัย แม้แต่สิ่งที่มีค่าสูงสุด เช่น สิ่งศักดิ์สิทธิ์ หรือได้รับการให้อภัยจากพระเจ้า ต้องการสร้างความหวังในชีวิตตามความเชื่อของศาสนาตนเอง (Flaskerud, 1994, p. 265; Tayler & Ferszt, 1990, p. 35) ความต้องการเหล่านี้ส่งผลกระทบให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี เสาะแสวงหาความช่วยเหลือเพื่อให้ได้มาซึ่งการตอบสนองความต้องการดังกล่าว (อัจฉรา ต้นศรีรัตนวงศ์, 2541)

นอกจากที่กล่าวมาข้างต้นจะพบว่าการติดเชื้อเอชไอวี ได้ก่อให้เกิดผลกระทบแก่มารดาหลังคลอดทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งผลกระทบดังกล่าว จะส่งผลให้มารดาหลังคลอดเกิดความรู้สึกไม่สบายใจ สับสนวุ่นวายใจ เป็นทุกข์ใจ เกิดภาวะไม่สมดุลทางจิต ซึ่งสามารถส่งผลต่อความผาสุกด้านจิตวิญญาณของมารดาหลังคลอดได้

แนวคิดเกี่ยวกับจิตวิญญาณและความผาสุกทางจิตวิญญาณ

จิตวิญญาณ มีลักษณะเป็นนามธรรมซึ่งยากแก่การอธิบายให้เข้าใจ หรือให้คำจำกัดความ เพราะไม่สามารถมองเห็นด้วยตา สัมผัสด้วยมือหรือทดสอบด้วยเครื่องมือวิทยาศาสตร์ได้ แต่จิตวิญญาณเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้มนุษย์ค้นหาความหมายและเป้าหมายของชีวิต ค้นหาสิ่งศักดิ์สิทธิ์ หรือบางสิ่งบางอย่างที่อยู่เหนือธรรมชาติ มิติทางจิตวิญญาณยังส่งผลต่อการกระทำ ความคิด และความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ซึ่งโดยทั่วไปคนมักจะมองเรื่องของจิตวิญญาณ เป็นเรื่องเกี่ยวกับภูตผีปิศาจ หรือเป็นวิญญาณของคน เมื่อตายจากโลกนี้ไป

ความหมายของจิตวิญญาณ (Spiritual)

พจนานุกรมพุทธศาสน์ ฉบับประมวลศัพท์ (พระราชมุนี (ประยุทธ์ ปยุตฺโต), 2538) ให้ความหมายของจิตและวิญญาณ ดังนี้

จิต หมายถึง ธรรมชาติที่รู้อารมณ์ สภาพที่นึกคิด ใจ

วิญญาณ หมายถึง ความรู้แจ้งอารมณ์ จิต

พจนานุกรมอังกฤษ-ไทย (วิทย์ เทียงบุรณธรรม, 2541) ให้ความหมายของ Spirit และ Spiritual ดังนี้

Spirit หมายถึง จิตใจ วิญญาณ ใจ ญาณ เจตนา หัวใจ ความในใจ อารมณ์
ความเค็ดเคี้ยว ความมุ่งมั่น

Spiritual หมายถึง เกี่ยวกับวิญญาณ เกี่ยวกับใจ เกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิด

โดยที่ “จิตวิญญาณ” นี้ นักปรัชญาและนักการศึกษาพยาบาลหลายท่านได้ให้ความหมาย
ดังนี้

พรจันทร์ สุวรรณชาติ (2534) ได้ให้ความหมายของจิตวิญญาณว่า หมายถึง องค์ประกอบ
ด้านความหมายและชีวิต ได้แก่ หลักการของชีวิต ความเป็นชีวิตมนุษย์ผู้แสวงหาความหมาย และ
คุณค่าของชีวิต การแสวงหาความสัมพันธ์ระหว่างความหมายและคุณค่าของชีวิตที่เกิดขึ้น การมี
อุดมการณ์ เป็นต้น

ทัศนา บุญทอง (2534) ให้ความหมายของจิตวิญญาณว่า ความเป็นตัวตนในส่วนที่ลึก
ที่สุด เป็นส่วนที่เฉพาะเจาะจงของบุคคลนั้น ๆ โดยที่จิตวิญญาณที่มนุษย์แสดงออกจะบอกถึง
ความเป็นแต่ละบุคคลในด้านความคิด ความรู้สึก การตัดสินใจ ตลอดจนการสร้างสรรค์ต่าง ๆ
จิตวิญญาณเป็นแรงจูงใจให้มนุษย์ให้ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น รู้จักให้ความรักและรับความรัก
จากบุคคลอื่น จิตวิญญาณทำให้มนุษย์ได้สัมผัสกับพระเจ้า และพึงพอใจในธรรมชาติ และสิ่งต่าง ๆ
รอบตัวที่สวยงาม และเจ็บปวดครวครวในบางครั้ง จิตวิญญาณช่วยให้มนุษย์เป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์
จูงใจ และช่วยให้มนุษย์ได้เข้าถึงคุณค่าที่ควรจะได้เคารพสักการะ และสื่อสัมพันธ์กับสิ่งศักดิ์สิทธิ์
อีกด้วย

อวยพร ตันมุขกุล (2534) ได้ให้ความหมายของจิตวิญญาณว่า เป็นมิติหนึ่งที่เป็น
องค์ประกอบของบุคคล เป็นมิติที่เป็นแกนกลางของชีวิตหากเปรียบบุคคลกับหัวหอม ส่วนเปลือก
เนื้อที่อยู่ด้านนอกคือกายที่จับต้องได้ ถ้าแกะชั้นหัวหอมลึกเข้าไปถึงส่วนที่ยังมองไม่เห็น สังเกตได้
คือ สภาวะจิตและสังคม ซึ่งประกอบด้วยอารมณ์ พลังจิต ศีลธรรม และปัญญาของบุคคลนั้น
ส่วนที่อยู่ในสุดของหัวหอมเป็นส่วนที่ว่างเปล่า มองไม่เห็นและไม่สามารถจับต้องได้ได้คือ
จิตวิญญาณ จิตวิญญาณเป็นขุมพลังที่กำกับให้ส่วนเนื้อที่เป็นขึ้น ๆ ปฏิบัติหน้าที่ได้ สามารถดำรง
ชีวิตอยู่ได้ และมีการปรับปรุงพัฒนาให้มีความสลับซับซ้อนขึ้นเรื่อย ๆ ครอบคลุมอายุขัยของบุคคลนั้น

ฟาริดา อิบราฮิม (2534, หน้า 65, 2535, หน้า 52) ให้ความหมายของจิตวิญญาณว่า คือ
ตัวชีวิตซึ่งเป็นโครงสร้างส่วนหนึ่งของมนุษย์ที่นอกเหนือจากร่างกายและจิตใจ เป็นโครงสร้างที่
ควบคุมหน้าที่การทำงานของคนให้ประสบผลสำเร็จ และมีความสุข พัฒนาการในด้านจิตวิญญาณ

ของคนเป็นผลรวมระหว่างพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม เช่นเดียวกับพัฒนาการในส่วนอื่น แต่สิ่งแวดล้อมย่อมมีความสำคัญ เพราะสิ่งแวดล้อมเป็นตัวกล่อมเกลাজิตใจคนได้ดีที่สุด

สายพิน เกษมกิจวัฒนา (2539) กล่าวว่า จิตวิญญาณ มีความหมายกว้างกว่าการคำนึงถึงศาสนาเพียงอย่างเดียว กล่าวได้ว่า ศาสนาเป็นส่วนหนึ่งของจิตวิญญาณ โดยที่จิตวิญญาณเน้นที่การให้ความหมายชีวิต และแหล่งประโยชน์ภายในตัวบุคคล ส่วนศาสนาเป็นระบบความเชื่อที่อยู่ภายนอกตัวบุคคล ดังนั้นศาสนาและจิตวิญญาณ จึงไม่ใช่คำๆ เดียวกัน จิตวิญญาณ ประกอบด้วย การค้นหาความหมายให้กับชีวิต ซึ่งครอบคลุม การค้นหาความหมายของชีวิตในภาวะที่ตกอยู่ในความทุกข์ทรมาน เป็นหนทางในการให้อภัยหรือโศกกรรม (Forgiveness) เป็นแหล่งของความรักและความผูกพัน ซึ่งหมายถึงความสามารถที่จะให้ความรักกับผู้อื่นและรับความรักที่ผู้อื่นมอบให้รวมถึงภาวะเหนือตนเอง (Self-Transcendence) และมีความศรัทธาในศาสนาหรือมีที่พึ่งทางใจ ซึ่งเป็นที่มาของการมีความหวังและปรารถนาที่จะมีชีวิตอยู่

วัตสัน (Watson, 1988) กล่าวว่า จิตวิญญาณ คือความผูกพันอันยิ่งใหญ่ที่มีต่อความรู้สึกและการตระหนักรู้ตนเอง ความมีสติ พลังภายใน (Inner Strength) และพลังอำนาจ (Power) ที่สามารถเพิ่มความสามารถของบุคคลและทำให้บุคคลอยู่ในภาวะเหนือตนเองได้

ฮิล และสมิธ (Hill & Smith, 1990) กล่าวว่า จิตวิญญาณ คือ องค์ประกอบของสภาวะที่มีความสัมพันธ์กับการมีชีวิตอยู่ โดยธรรมชาติแล้วมนุษย์ประกอบด้วย ส่วนที่มองเห็นด้วยตาและสัมผัสได้ ได้แก่ ส่วนที่เป็นร่างกาย และส่วนที่มองไม่เห็น คือ จิตวิญญาณ (Spirituality) ซึ่งส่วนนี้เปรียบเสมือนลมหายใจแห่งชีวิต แม้จิตวิญญาณจะเป็นมโนทัศน์ที่มีความคลุมเครือ ยากต่อการอธิบายหรืออธิบายให้ชัดเจน แต่จิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ที่เกี่ยวกับการมีชีวิตอยู่ จึงเป็นความรู้สึกหรือประสบการณ์ที่ไม่มีตัวตน ไม่มีวิธีการปฏิบัติโดยเฉพาะหลาย ๆ คน ยังไม่สามารถอธิบายถึงจิตวิญญาณของตนให้ละเอียดหรือชัดเจนได้ แต่พออธิบายได้ว่า จิตวิญญาณเกี่ยวข้องกับสิ่งต่อไปนี้ ปรัชญาและเป้าหมายของชีวิต ความรัก พระเจ้าที่บุคคลเคารพและเชื่อถือ พระเจ้าที่บุคคลเคารพและเชื่อถือ สิ่งที่เหลือเชื่อเกี่ยวกับตนเอง ประสบการณ์สูงสุดในชีวิต ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในใจตนเองโดยสัญชาตญาณ การปฏิบัติเกี่ยวกับพิธีกรรมต่าง ๆ การให้พลังแก่ชีวิตของโลกและสิ่งต่างๆ รอบตัวอย่างมีค่าและมีความหมาย ความสร้างสรรค์ การสนุกสนานกับการมีชีวิตตระหนักในความรับผิดชอบ จิตวิญญาณอาจไม่ใช่เรื่องของศาสนา แต่การปฏิบัติศาสนาช่วยให้บุคคลมีภาวะจิตวิญญาณที่สมบูรณ์ขึ้น

จากนิยามต่าง ๆ ดังกล่าวสามารถสรุปได้ว่า จิตวิญญาณ คือ องค์ประกอบหนึ่งของบุคคลในส่วนที่ไม่สามารถมองเห็น แต่เป็นส่วนที่รู้และสัมผัสได้ เป็นขุมพลังที่สามารถทำให้บุคคลนั้นมีความเป็นตัวของตัวเอง เป็นลมหายใจของชีวิตอย่างแท้จริง มีเป้าหมายของชีวิตอย่าง

ชัดเจน คือ รู้ว่ามีชีวิตอยู่เพื่ออะไร หรือมีชีวิตอยู่เพื่อใครเป็นแรงจูงใจ แรงศรัทธาต่อสิ่งที่มีคุณค่าสูงสุด จิตวิญญาณจะเป็นแรงผลักดันให้บุคคลกระทำพฤติกรรมอย่างมีความหมาย กระตุ้นให้บุคคลพบจุดมุ่งหมายและความหมายของชีวิต เป็นแรงผลักดันให้มนุษย์มีความผูกพันกับสิ่งนอกเหนือธรรมชาติ จิตวิญญาณทำหน้าที่ผสมผสานมิติร่างกาย และมิติจิตใจเข้าด้วยกัน เป็นแหล่งที่ให้ความหมายแก่ชีวิต เป็นแหล่งของความหวัง พลังใจที่เข้มแข็ง เป็นขุมพลังในการดำเนินชีวิต มิตินี้พัฒนามาจากความผูกพันด้านจิตใจของมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม ซึ่งได้แก่ ค่านิยม ความเชื่อ วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณี สิ่งของ ตัวบุคคล หรือศาสนา

จิตวิญญาณ เป็นแนวคิดที่กว้างกว่าศาสนา แม้ว่าศาสนาจะแสดงออกทางจิตวิญญาณ แต่มิติจิตวิญญาณของบุคคลทั้งหมดไม่อาจสัมพันธ์กับศาสนา และไม่ได้แสดงออกโดยการปฏิบัติทางศาสนา ศาสนาเป็นส่วนหนึ่งของจิตวิญญาณ โดยจิตวิญญาณเน้นที่การให้ความหมายชีวิต และแหล่งประโยชน์ภายในตัวบุคคล ส่วนศาสนาเป็นระบบความเชื่อที่อยู่ภายนอกตัวบุคคล (สายพิน เกษมกิจวัฒนา, 2539) จิตวิญญาณ เป็นมิติหนึ่งของบุคคลที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์กับตนเอง บุคคลอื่น ธรรมชาติ และสิ่งมีอำนาจเหนือตน จิตวิญญาณเป็นศูนย์กลางของความเป็นมนุษย์ มิติจิตวิญญาณของแต่ละบุคคลอยู่ระหว่างมิติของความต้องการพึ่งพา และความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (พรจันทร์ สุวรรณชาติ, 2535) อธิบายแนวคิดจิตวิญญาณว่า คนมีร่างกาย จิตใจ และวิญญาณ สัมพันธ์ซึ่งกันและกันและประกอบเป็นองค์รวม และสายพิน เกษมกิจวัฒนา (2539) สรุปไว้ว่า จิตวิญญาณเป็นที่แยกความแตกต่างระหว่างมนุษย์และสัตว์ จิตวิญญาณเป็นพื้นฐานที่สำคัญที่สุดของมนุษย์ โดยจะซึมซับอยู่ในทุกส่วนของชีวิต มีอิทธิพลต่อเจตคติ ความเชื่อ และสุขภาพของบุคคล

ความต้องการทางจิตวิญญาณ

ฟารีดา อิบราฮิม (2539) กล่าวว่า ความต้องการทางจิตวิญญาณ หมายถึง ปัจจัยที่จำเป็นเพื่อสร้างและดำรงไว้ซึ่งความสัมพันธ์อย่างไม่หยุดนิ่งต่อสิ่งสูงสุดและต่อเพื่อนมนุษย์ซึ่งก่อให้เกิดการให้อภัย ความรัก ความหวัง ความหมาย และเป้าหมายของชีวิต บุคคลที่มีความต้องการทางจิตวิญญาณจะปรารถนาการให้อภัยทั้งจากพระเจ้าจากตัวเองและจากผู้อื่น ความรักจากพระเจ้า จากตนเองและจากผู้อื่น ความหวังจากพระเจ้าจากตนเองและจากผู้อื่น ความไว้วางใจซึ่งเกิดจากความศรัทธาต่อพระเจ้าและบุคคลอื่น และการเห็นเป้าหมายในชีวิต ถ้าบุคคลไม่ประสบความสำเร็จในการสนองความต้องการทางจิตวิญญาณ เช่น มีความรู้สึกขาดความรักและความไว้วางใจ หรือขาดความหมายในชีวิตจะทำให้เกิดปัญหาทางจิตวิญญาณได้

เฮส และสตอลล์ (Hess & Stoll, 1985 cited in Harrison & Burnard, 1993) ได้ให้ความหมายของความต้องการทางจิตวิญญาณ (Spiritual Need) โดยใช้แนวคิดทางศาสนาไว้ว่า

เปรียบเสมือนองค์ประกอบที่จำเป็นที่สร้างขึ้นมาและคงไว้ซึ่งความสัมพันธ์กับพระเจ้า ซึ่งพระเจ้า (God) นั้นสุดแล้วแต่ใครจะให้ความหมายว่าอะไร องค์ประกอบเหล่านั้นรวมถึงการให้อภัย ความรัก และสัมพันธภาพ ความหวัง ความหมายและจุดหมายของชีวิต

ฟิช และเชลลี่ (Fish & Shelly, 1985 cited in Harrison & Burnard, 1993) อธิบายความต้องการทางจิตวิญญาณว่า ประกอบด้วย

1. ความต้องการความหมาย และเป้าหมายในชีวิต (Need for Meaning and Purpose in Life)
2. ความต้องการความรัก และความผูกพัน (Need for Love and Relatedness)
3. ความต้องการการให้อภัย (Need for Forgiveness)
4. ความต้องการความหวัง (Need for Hope)

ไฮฟิลด์ และคาร์สัน (Highfield & Carson, 1983 cited in Harrison & Burnard, 1993) อธิบายว่า ความต้องการทางจิตวิญญาณมี 4 ด้านด้วยกัน คือ

1. ความต้องการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต (Need for Meaning and Purpose in Life) ซึ่งมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการแสดงออกคือ ดำเนินชีวิตโดยยึดถือค่านิยมของตนเอง แสดงออกซึ่งความต้องการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางศาสนา
2. ความต้องการได้รับความรัก (Need to Receive Love) มีพฤติกรรมที่แสดงออกคือ แสดงออกซึ่งความรู้สึกว่าตนได้รับความรัก เมตตา กรุณาจากผู้อื่นและพระเจ้า และแสดงออกถึงความรู้สึกว่าตนได้รับการให้อภัยจากผู้อื่นและพระเจ้า
3. ความต้องการที่จะแสดงความรักต่อผู้อื่น (Need to Give Love) พฤติกรรมที่แสดงออก คือ แสดงความรักต่อผู้อื่นโดยการกระทำและแสวงหาส่วนที่ดีของบุคคลอื่น
4. ความต้องการความหวังและการสร้างสรรค์ (Need for Hope and Creativity) พฤติกรรมที่แสดงออกคือ ตั้งเป้าหมายในชีวิตที่เหมาะสม พอดควร และมีความเป็นไปได้ ให้ความสำคัญต่อความเป็นบุคคลมากกว่ารูปร่างหน้าตา

นอกจากนั้นแล้วยังมีผู้อธิบายความต้องการทางจิตวิญญาณที่แตกต่างออกไปจากที่ได้ อธิบายไว้แล้ว โดยระบุว่ามนุษย์มีความต้องการด้านจิตวิญญาณ 5 ประการ (แสง จันทรวงาม, 2534) คือ

1. ความต้องการปรัชญาชีวิต (Need for the Principle of Life)
2. ความต้องการความดี (Need for the Good)
3. ความต้องการความสุขขั้นสูง (Need for Higher Happiness)
4. ความต้องการความสมบูรณ์ (Need for Perfection)
5. ความต้องการที่พึ่งอันประเสริฐ (Spiritual Well-Being)

จากความหมายต่าง ๆ ดังกล่าวสามารถสรุปได้ว่าความต้องการทางจิตวิญญาณ หมายถึง ความต้องการในปัจจุบันที่สำคัญสำหรับการดำรงชีวิต ได้แก่ ความต้องการมีความหมาย และเป้าหมายของชีวิต (Need for Meaning and Purpose in Life) ความต้องการความรัก และความผูกพัน (Need for Love and Relatedness) ความต้องการการให้อภัย (Need for Forgiveness) และ ความต้องการความหวัง (Need for Hope)

ความต้องการทางจิตวิญญาณ เมื่อได้รับการตอบสนองจะทำให้เกิดความผาสุกด้านจิตวิญญาณ หากไม่ได้รับการตอบสนอง หรือได้รับการตอบสนองไม่เพียงพอจะเกิดความไม่สุขสบายหรือความทุกข์ทางจิตวิญญาณขึ้น ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งที่บ่งถึงภาวะทางจิตวิญญาณที่มีลักษณะความต่อเนื่อง คือ มีตั้งแต่ความผาสุก (Spiritual Well Being) การตอบสนองไม่เพียงพอ (Spiritual Need Deficit) และขาดการตอบสนองหรือความทุกข์ทางจิตวิญญาณ (Spiritual Distress)

ความทุกข์ทางจิตวิญญาณ

ฟาริดา อิบราฮิม (2539) อธิบายว่า ความทุกข์ทางจิตวิญญาณ หมายถึง การรบกวนหรือความพร่องที่ขัดขวางไม่ให้เกิดความกลมกลืนในองค์ประกอบทางชีวภาพและจิตสังคม ทำให้บุคคลหมดความรู้สึกพอใจหรือสงบสุข

ทัศนา บุญทอง (2534) กล่าวว่า ความบิบบั่นทางจิตวิญญาณหรือความทุกข์ทางจิตวิญญาณเป็นภาวะซึ่งเป้าหมายหรือหลักยึดในการดำเนินชีวิตของบุคคลถูกบั่นทอน ยังผลให้กระทบกระเทือนต่อความเป็นตัวตนของบุคคลนั้น ๆ ซึ่งลักษณะของความทุกข์ทางจิตวิญญาณ ได้แก่

1. แสดงความกังขาเกี่ยวกับความหมายของชีวิต การตาย และ / หรือความเชื่อต่าง ๆ
2. แสดงความโกรธแค้นพระเจ้าเป็นเจ้า
3. กังขาเกี่ยวกับความทุกข์ทรมาน
4. บอกถึงความขัดแย้งในใจเกี่ยวกับความเชื่อ
5. ตั้งคำถามเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของพระเจ้า สิ่งศักดิ์สิทธิ์
6. กังขาเกี่ยวกับความหมายของการมีชีวิตอยู่
7. ไม่สามารถเลือกที่จะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา
8. ร้องขอความช่วยเหลือด้านจิตวิญญาณ
9. ตั้งคำถามด้านจริยธรรมของการรักษาพยาบาล
10. มีอาการฝันร้ายและนอนไม่หลับ
11. มีพฤติกรรมเปลี่ยน แสดงออกโดยอาการโกรธ ร้องไห้ แยกตนเองหมกมุ่น ครอบงำคิดวิตกกังวล คุร้าย หรือเฉยเมย

12. มองเห็นการเจ็บป่วยเป็นการถูกลงโทษ
13. ไม่สามารถยอมรับตนเอง
14. ตีเคียนตนเอง
15. ปฏิเสธความรับผิดชอบต่อปัญหาของตน
16. อาจมีอาการทางกายโดยมีสาเหตุจากจิตใจโดยตรง

อวยพร ตันมุขกุล (2534) กล่าวถึงระดับความทุกข์ทางจิตวิญญาณว่ามีทั้งภาวะที่ได้รับการตอบสนองความต้องการทางจิตวิญญาณไม่เพียงพอ และภาวะขาดการตอบสนองทางจิตวิญญาณหรือขาดสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ผู้ที่มีความทุกข์ทางจิตวิญญาณนี้จะมีการแสดงออกได้หลายรูปแบบ เช่น หวาดระแวงผู้อื่น รู้สึกตนเองด้อยค่า ว้าเหว่ อาจมีอาการทางกาย เช่น เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน นอนไม่หลับ หรือมีพฤติกรรมอื่นๆ เช่น ก้าวร้าว แยกตัว ซึมเศร้า แสวงหาพิธีกรรมทางไสยศาสตร์อย่างคลั่งไคล้ หรือมีการปฏิเสธหรือตัดขาดจากกิจกรรมทางศาสนาที่เคยปฏิบัติ

จากความหมายดังกล่าว พอสรุปได้ว่า ความทุกข์ทางจิตวิญญาณ หมายถึง การรับรู้ของบุคคลของแต่ละบุคคลที่หลักยึดในการดำเนินชีวิตถูกรบกวนหรือถูกบั่นทอน ทำให้ขาดความกลมกลืนในองค์ประกอบของบุคคล อันจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณหรือได้รับไม่เพียงพอ ทำให้เกิดความทุกข์ที่แสดงออกหลายรูปแบบ ทั้งทางด้านจิตใจ และร่างกาย

แนวคิดเกี่ยวกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ

อวยพร ตันมุขกุล (2534) กล่าวว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นภาวะที่บุคคลได้รับการตอบสนองทางจิตวิญญาณอย่างเพียงพอ บุคคลเหล่านี้มักเป็นผู้ที่มีใบหน้าสดชื่นสามารถแสดงความรักต่อผู้อื่น และตอบสนองการแสดงความรักของผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม สามารถแสดงความพึงพอใจหรือชื่นชมในประสบการณ์ของตน และสิ่งแวดล้อม

ทัศน บุญทอง (2534) กล่าวว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นภาวะที่บุคคลมีความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ และบุคคลสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างดี ภาวะที่มีความสมบูรณ์พร้อมนี้ บุคคลจะรู้มีความสุขในการมีชีวิตอยู่ตลอดเวลา มีความรู้สึกอิ่มเอิบสมบูรณ์ และตื่นพร้อมกลมเกลียวเป็นหนึ่งเดียวกับธรรมชาติและจักรวาลด้วย ความผาสุกด้านจิตวิญญาณจะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อความต้องการด้านจิตวิญญาณของบุคคลได้รับการตอบสนองความผาสุกด้านจิตวิญญาณ โดยชัดเจนว่าเป็นภาวะหนึ่งโดยตรง หากแต่จะต้องมีตัวชี้วัดว่าบุคคลนั้นมีสุขภาพจิตวิญญาณสมบูรณ์ ตัวชี้วัดมักใช้กันทั่วไป คือ องค์ประกอบด้านศาสนา และองค์ประกอบด้านความหมายในชีวิต และความพึงพอใจในชีวิต

ฟาริดา อิบราฮิม (2539) กล่าวว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณ เป็นการแสดงออกถึงความมั่นคงของชีวิตที่สัมพันธ์กับสิ่งสูงสุด กับตนเอง ชุมชนและสิ่งแวดล้อมซึ่งช่วยฟูมฟักสร้างความเป็นองค์รวม ความเป็นองค์รวมของคนจะต้องรวมจิตวิญญาณที่มีความผูกพันกับสิ่งจำเป็นของชีวิตคือ สิ่งสูงสุดซึ่งบุคคลศรัทธาแน่นแฟ้น และต้องเป็นสิ่งที่อยู่เหนือกฎธรรมชาติมีความเป็นสัจธรรมและแน่นอน

พระมหาธีระพงษ์ มีไรสง (2540) กล่าวว่า ผู้ที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณหรือผู้ที่มีความสุขในจิตใจ ในบุคคลทั่วไปจะเป็นผู้ที่ไม่มีความกระวนกระวายใจ เสียขวัญ มีเมตตาต่อผู้อื่น มองโลกในแง่ดี รู้จักปล่อยวาง ยอมรับความจริง มีจิตใจสงบเยือกเย็น

ประเวศ วะสี และคณะ (2539) กล่าวว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณ คือ การบรรลุอิสรภาพ การเห็นแก่ตัวน้อยลง การเห็นแก่ผู้อื่นมากขึ้น เป็นความสุขที่ลึกซึ้ง เป็นความสุขที่ถึงที่สุดได้โดยใช้วัตถุน้อย และน้อยลงเรื่อย ๆ ซึ่งมนุษย์เรามีความสุขทางจิตวิญญาณมากขึ้นเท่าไรก็จะใช้วัตถุลงไปด้วย

พอลูทเชียน และเอลลิสัน (Paloutzian & Ellison, 1982) กล่าวว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นความรู้สึกของบุคคลว่าตนสามารถดำเนินชีวิตไปตามปกติโดยมีเป้าหมายของชีวิตและมีความสำเร็จตามประสงค์ ความผาสุกทางจิตวิญญาณไม่เพียงแต่เป็นภาวะหนึ่งของบุคคลแต่ยังเป็นสิ่งหนึ่งที่ชี้ให้เห็นถึงความเข้มแข็งของจิตวิญญาณที่เป็นอยู่ในภาวะปัจจุบันของบุคคล

แลนดิส (Landis, 1996) กล่าวว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณ เป็นลักษณะของความเข้มแข็งภายในบุคคลที่จะเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้น เป็นความพึงพอใจกับชีวิตในการมีความสัมพันธ์กับพระเจ้า หรือสิ่งเหนือธรรมชาติ และมีการรับรู้เกี่ยวกับการมีความหมายในชีวิต

ฮังเกลแมนน์, รอส, คลาสเซน และสโตลเลนเวอร์ค (Hunzelmann, Ross, Klassen & Stollenwerk, 1996) อธิบายว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณ เป็นความรู้สึกประสานกลมกลืนกันระหว่างตนเอง ผู้อื่น ธรรมชาติ และสิ่งเหนือตนเอง ภายใต้อาณัติและสถานที่ซึ่งไม่หยุดนิ่ง และพัฒนาไปตามกระบวนการจนนำมาซึ่งการค้นหาคำหมายและเป้าหมายในชีวิต

จากความหมายดังกล่าว พอสรุปได้ว่า ความผาสุกด้านจิตวิญญาณคือ ความรู้สึกส่วนลึกภายในจิตใจของบุคคลที่แสดงถึงภาวะสงบ เป็นสุข มีความเข้มแข็งในจิตใจ ยอมรับความจริงมีเป้าหมายในชีวิต มีความหวัง และแน่นอน ยอมรับความพึงพอใจในสิ่งที่ตนเป็นอยู่ รู้สึกมั่นใจในความสัมพันธ์กับสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรือสิ่งที่ตนยึดเหนี่ยว

องค์ประกอบของความผาสุกทางจิตวิญญาณ

ฮังเกลแมนน์ และคณะ (Hunzelmann et al., 1996) ได้แบ่งองค์ประกอบของความผาสุกทางจิตวิญญาณไว้ 3 มิติ คือ

1. มิติของความศรัทธาและความเชื่อ เป็นความเชื่อด้านจิตวิญญาณ เป้าหมายในชีวิตสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านจิตวิญญาณ และแนวทางการดำเนินชีวิต
2. มิติของชีวิตและความรับผิดชอบของตนเอง เป็นความเชื่อด้านอำนาจสูงสุด การให้อภัยผู้อื่น ขอมรับการเปลี่ยนแปลงหรือตัดสินใจในชีวิต
3. มิติของความพึงพอใจในชีวิต เป็นการตั้งเป้าหมาย ขอมรับในสถานการณ์ของชีวิต รักใคร่กัน และรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

พอลูทเซีย และเอลลิสัน (Paloutzian & Ellison, 1982) ได้แบ่งองค์ประกอบของความผาสุกด้านจิตวิญญาณ ไว้ 2 ด้าน คือ

1. ความผาสุกในสิ่งที่เป็นอยู่ (The Existential Well-Being) กล่าวถึงความรู้สึกมีเป้าหมายและความหมายของชีวิต ความพึงพอใจในชีวิต
2. ความผาสุกในความศรัทธายึดมั่นทางศาสนา (The Religious Well-Being) กล่าวถึงความสัมพันธ์กับพระเจ้าหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนเองนับถือหรือยึดเหนี่ยว

แต่อย่างไรก็ตาม พอลูทเซีย และเอลลิสัน (Paloutzian & Ellison, 1982) ยังกล่าวไว้ว่าการทำหน้าที่ของบุคคลถูกมองว่าเป็นองค์รวม ดังนั้น แนวคิดทั้ง 2 ด้านจึงมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดความผาสุกทางจิตวิญญาณของ พอลูทเซีย และเอลลิสัน ในการอธิบายถึงความรู้สึกเข้มแข็งทางจิตใจ การดำรงไว้ซึ่งความหวังและคุณค่าของชีวิต ในขณะที่ติดเชื้อเอชไอวีในช่วงหลังคลอด เนื่องจากเป็นลักษณะของการที่ผู้ป่วยยอมรับและพึงพอใจในสิ่งที่เป็นอยู่ของตนเองขณะเจ็บป่วย และเกี่ยวข้องกับศาสนาซึ่งเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจของผู้ป่วยในสังคมไทยที่มักจะใช้ในการเผชิญปัญหา โดยเฉพาะขณะเจ็บป่วยซึ่งเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคเรื้อรัง และเหมาะสมกับวัฒนธรรม

ความสำคัญของความผาสุกทางจิตวิญญาณ

มนุษย์ทุกคนมีความต้องการที่จะมีชีวิตที่มีคุณค่า มีความหมาย สามารถอยู่ในสิ่งแวดล้อมตามค่านิยมของตนเอง มีพลังในการดำรงชีวิต สามารถรักและให้อภัยผู้อื่น ในขณะเดียวกันก็ได้รับความรักและการให้อภัยจากผู้อื่น หากบุคคลได้รับการตอบสนองทางจิตวิญญาณอย่างเพียงพอจะทำให้บุคคลนั้นมีความผาสุกทางจิตวิญญาณ (อวยพร ตันมุขกุล, 2534)

ความผาสุกทางจิตวิญญาณทำให้บุคคลคงไว้ซึ่งความหวัง กำลังใจ แสวงหาสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ให้บุคคลสามารถก้าวผ่านปัญหา อุปสรรค ความยากลำบากและความยุ่งยากในชีวิต (Ross, 1997) ซึ่งความผาสุกทางจิตวิญญาณจะมีความสัมพันธ์กับความหวัง (Mickley et al., 1992) เนื่องจากความหวังเป็นส่วนหนึ่งของความผาสุกทางจิตวิญญาณที่จะสามารถช่วยให้บุคคลค้นหา

ความหมายและเป้าหมายในชีวิตได้ (Ellison, 1983) ความหวังเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของบุคคล และเป็นความพร้อมภายในของบุคคลที่จะนำไปสู่ความผูกพันกับชีวิต ความหวังช่วยให้บุคคลมีกำลังใจในการเผชิญกับสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตและส่งผลต่อการฟื้นหายจากโรค โดยเฉพาะผู้ป่วยที่กำลังเผชิญภาวะวิกฤตในชีวิต เช่น ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยมะเร็ง หรือผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งมีความต้องการทางจิตวิญญาณและต้องการได้รับการตอบสนองทางจิตวิญญาณมากกว่าผู้ป่วยประเภทอื่น (Gill, 1995) ผู้ป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิตจึงต้องการค้นหาความหมายและเป้าหมายในชีวิต ความมีคุณค่าในตนเอง การมีความหวังในการมีชีวิตอยู่ เพื่อให้ตนเองมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่เหลืออยู่ดีขึ้น พร้อมทั้งจะต่อสู้กับสิ่งต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง หากบุคคลไม่มีประสบการณ์ของความผาสุกทางจิตวิญญาณหรือมีความพร่องของจิตวิญญาณอาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า อ้างว้าง วิตกกังวลในการมีชีวิตอยู่ และอยู่อย่างไร้ความหมาย

ความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งของจิตใจ และช่วยบรรเทาความวิตกกังวล คาร์สัน, ซัคเคน, แชนดี และเทอร์รี่ (Carson, Socken, Shanty & Terry, 1990) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความผาสุกทางจิตวิญญาณ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านจิตวิญญาณ ภาวะสุขภาพและความเข้มแข็งอดทน ในกลุ่มตัวอย่างผู้ที่มีผลเลือด เอช ไอ วี เป็นบวก ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ หรือเป็นเอดส์จำนวน 100 ราย พบว่าความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งอดทน ผลของความผาสุกทางจิตวิญญาณยังทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับปัญหา และมีการปรับตัวต่อภาวะวิกฤตในชีวิต มีความหวังในการดำเนินชีวิตซึ่งจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

จากที่กล่าวมาจะเห็นว่าความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสำคัญต่อผู้ป่วย โดยช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถค้นหาความหมายและเป้าหมายในชีวิต มีความหวังในชีวิต ยอมรับความจริงที่เกิดขึ้น สามารถเผชิญกับปัญหา ปรับตัวได้กับภาวะเจ็บป่วย และสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่ถูกคุกคามด้วยโรคที่เป็นอันตรายแก่ชีวิต

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณ

แม้ว่าที่ผ่านมาจะมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณ แต่ความรู้ที่ได้รับก็มีความหลากหลาย และยังไม่สามารถสรุปได้แน่นอนถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยที่สัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณ กล่าวคือ

อายุ บุคคลในวัยต่าง ๆ จะมีพัฒนาการทางด้านจิตวิญญาณต่างกัน พัฒนาการทางจิตวิญญาณจะเริ่มตั้งแต่อยู่ในครรภ์และจนตลอดทุกช่วงวัยของชีวิต (พรจันทร์ สุวรรณชาติ, 2534) โดยผู้สูงอายุจะมีความเชื่อมั่นในจิตวิญญาณมากกว่าวัยหนุ่มสาวหรือผู้ที่มีอายุน้อยกว่า การนับถือศาสนาหรือการปฏิบัติพิธีกรรมจะสามารถกระตุ้นให้มีจุดมุ่งหมายในชีวิต (Carpenito, 1997)

ไฮฟิลด์ (Highfield, 1992) ศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะจิตวิญญาณในผู้ป่วย มะเร็งปอด และแคคโซโรวสกี (Kaczorowski, 1989 cited in Mickley et al., 1992) ศึกษาพบว่าอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็ง ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษา ของเฟอร์นสเลอร์ และเคลมม์ (Fernsler & Klemm, 1999) ที่พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความ ผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ และจากการศึกษาของฉวีวรรณ ไพรวัลย์ (2540) พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยโรคเอดส์

สถานภาพ การสมรสจะทำให้บุคคลรู้สึกเป็นปึกแผ่นมั่นคง มีคู่คิดที่คอยให้คำปรึกษา หรือคอยดูแลซึ่งกันและกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์วิกฤตของชีวิต ซึ่งการ ปรับตัวได้ของบุคคลในภาวะดังกล่าว จะทำให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข (Perci, 1995) จากการศึกษาของบุบผา ขอบใช้ (2536) พบว่าคู่สมรสจะเป็นบุคคลที่ช่วยเหลือในการ ตอบสนองความต้องการทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุที่เป็นมะเร็ง เนื่องจากเป็นผู้ที่คอยให้กำลังใจ ให้ความรัก ช่วยปฏิบัติการกิจที่ให้ความหมายของชีวิต แต่จากการศึกษาของฉวีวรรณ ไพรวัลย์ (2540) พบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยโรคเอดส์

ระดับการศึกษา การศึกษาจะช่วยเพิ่มภูมิปัญญา สามารถมองชีวิตด้วยมุมมองทั้งในทาง โลกและทางธรรมให้ไปด้วยกัน ช่วยให้บุคคลใช้กระบวนการคิดและทักษะในการแก้ปัญหา ซึ่งมี ผลโดยตรงต่อพฤติกรรมที่จะนำไปสู่พัฒนาการทางด้านจิตวิญญาณได้ จากการศึกษาของสายพิน เกษมกิจวัฒนา และวิมลรัตน์ ภู่วรรณวนิช (2539) พบว่าระดับการศึกษาของผู้ติดเชื้อเอดส์จะมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับภาวะเหนือตนเองซึ่งเป็นอีกมิติหนึ่งของความผาสุกทางจิตวิญญาณ

ฐานะทางเศรษฐกิจหรือรายได้ ฐานะทางเศรษฐกิจเป็นปัจจัยหนึ่งในการกำหนดทาง เลือกแหล่งบริการสุขภาพ นอกจากนี้การมีรายได้หรือฐานะทางเศรษฐกิจยังหมายถึงความสะดวกสบายในชีวิต ช่วยแก้ไขปัญหาค่าใช้จ่ายเป็นเบา ทำให้มีความหวัง กำลังใจ เกิดความมั่นคงทั้ง ในจิตใจและความเป็นอยู่ ซึ่งทั้งหมดนี้เกี่ยวข้องกับความต้องการทางจิตวิญญาณ จากการศึกษา ของฉวีวรรณ ไพรวัลย์ (2540) พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ ในผู้ป่วยโรคเอดส์

ศาสนา ศาสนาเป็นส่วนหนึ่งของจิตวิญญาณและเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อมนุษย์ตั้งแต่ เกิดจนตาย การปฏิบัติในทางศาสนาจะช่วยให้จิตวิญญาณของคนสมบูรณ์ขึ้น และศาสนายังเป็น ความศรัทธาของมนุษย์ที่ช่วยให้เข้าใจตนเอง สำหรับผู้ป่วย นอกจากจะใช้ศาสนาเป็นแนวทางในการ ดำเนินชีวิตและยังใช้ศาสนาเป็นสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ช่วยให้เกิดกำลังใจ (Shaffer, 1991) สมพร รัตนพันธ์ (2541) ศึกษาพบว่าศาสนามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะจิตวิญญาณของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล เกษตะวัน นาคดี (2544) ได้ศึกษาผลการปฏิบัติธรรมต่อการเปลี่ยนแปลงด้านจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อ

และผู้ป่วยเอดส์ พบว่า ภายหลังจากปฏิบัติธรรมผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์มีคะแนนด้านจิตวิญญาณโดยรวมสูงกว่าก่อนอบรม และจากการศึกษาของเฟอร์สเตอร์ และเคลมม (Fernsler & Klemm, 1999) ที่ศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่เป็นคริสเตียน จะมีระดับคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ใช่คริสเตียน เนื่องจากความเชื่อและหลักคำสอนทางศาสนาเป็นเครื่องชี้นำปฏิบัติในการดำเนินชีวิตของบุคคล และเป็นที่ยึดของเหนี่ยวของจิตใจที่เกี่ยวข้องกับจิตวิญญาณ (Ellison, 1983) ดังนั้นหลักคำสอนของศาสนาจึงมีผลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณ

สัมพันธภาพในครอบครัว เนื่องจากครอบครัวเป็นจุดกำเนิดสมาชิกใหม่แก่สังคม โดยเป็นหน่วยที่ให้การอบรมเลี้ยงดู (รุจา ภูโพนุลย์, 2541) ครอบครัวเป็นหน่วยที่มีความผูกพันใกล้ชิดซึ่งกันและกันในระหว่างสมาชิก การได้รับการประทับประคอง ความรัก ความเข้าใจเป็นสิ่งปรารถนาจะได้จากครอบครัว เมื่อถึงคราวเจ็บป่วยและจะเป็นหนทางในการสร้างจิตวิญญาณของคน (Hill & Smith, 1990) จากการศึกษาของสมพร รัตนพันธ์ (2541) พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะจิตวิญญาณโดยรวมและรายด้านทุกด้าน กล่าวคือ สัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว จะทำให้ผู้สูงอายุได้รับความมั่นใจว่าจะได้รับความรักความเอาใจใส่ดูแลแบบแผนการดำเนินชีวิต ปลอดภัย ให้อำนาจใจ ตลอดจนมีส่วนร่วมช่วยในการปฏิบัติกิจกรรมที่ให้ความหมายในชีวิต เช่น การทำบุญตักบาตร การช่วยสวดมนต์อุทิศถวายพระเจ้า และจากการศึกษาของอุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ (2543) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว ภาวะสุขภาพ การปฏิบัติธรรม กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ

การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย เมื่อเกิดการเจ็บป่วยบุคคลจะมีการปรับตัวทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และเมื่อระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีมากขึ้นจะยังมีผลกระทบต่อภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยมากขึ้น (Craven & Hirnle, 1992) โดยผู้ป่วยจะรู้สึกถึงความไม่แน่นอนในชีวิตของตนเอง ความหมายและเป้าหมายในชีวิตเปลี่ยนแปลงไป ไร้ความหวัง ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะมีผลต่อการปรับตัวในการดำเนินชีวิตและมีชีวิตอยู่อย่างไร้ความสุข คริสต์แมน (Christman, 1990) ศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของอาการแสดงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัญหาในการปรับตัวของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้น ความหวังในชีวิตลดลง เป็นผลให้ความผาสุกทางจิตวิญญาณลดลง และจากการศึกษาของธนิญา น้อยเปียง (2545) พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ความเข้มแข็งอดทน เป็นปัจจัยภายในที่จะช่วยให้บุคคลสามารถป้องกันเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ตนรับรู้ว่ามีผลคุกคามต่อภาวะสุขภาพ และช่วยให้สามารถต่อต้านความเครียด

อันเนื่องมาจากการเผชิญกับความเจ็บป่วย ส่งผลทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีภายใต้การเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยที่มากกระทบ และสามารถใช้เวลาประโยชน์ทางสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Pollock, 1989) ความเข้มแข็งอดทนไม่เพียงแต่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเท่านั้น แต่ยังพบว่ามีส่วนทำให้การดำเนินของโรคช้าลงด้วย (Nicholas & Webster, 1993) จากการศึกษาของคาร์สัน และกรีน (Carson & Green, 1992) พบว่า ความเข้มแข็งอดทนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์

ความหวัง บุคคลที่มีความหวังจะรู้สึกมั่นใจและพยายามกระทำเพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายในทางบวกที่ตนเองคาดหวังไว้ เมื่อบุคคลมีความหวังจะมีพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุตามที่สิ่งที่คาดหวังไว้ Mickley (1990) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความผาสุกทางจิตวิญญาณ ความศรัทธาและความหวังในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่าความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์กับความหวัง และความศรัทธาในศาสนา จากการศึกษาของคาร์สัน, ซัคเคน, แชนตี และเทอร์รี่ (Carson, Socken, Shanty & Terry, 1990) พบว่าความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความหวังในผู้ป่วยเอดส์ และจากการศึกษาของจินทนา เตชะคฤห (2540) พบว่าความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

พฤติกรรมการดูแลทางการแพทย์ พฤติกรรมการดูแลทางการแพทย์ เป็นสิ่งที่ยังคงมีผลต่อผู้ป่วยโดยตรงเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พฤติกรรมใด ๆ ของพยาบาลต่อผู้ป่วยย่อมส่งผลกระทบต่อความเป็นบุคคลของผู้ป่วย จะเห็นได้ว่าการดูแลจากพยาบาลเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลผู้ให้การดูแลกับผู้ป่วยผู้ซึ่งได้รับการดูแล จะช่วยให้เกิดการรับรู้ที่ตรงกันในการเลือกปฏิบัติสิ่งที่ดีและเหมาะสมที่สุดในสถานการณ์นั้น โดยจะทำให้ผู้ป่วยสามารถค้นหาความหมายของสิ่งต่าง ๆ ที่เป็นสาระสำคัญของชีวิต จากการศึกษาของฉวีวรรณ ไพรวลัย (2540) พบว่า พฤติกรรมการดูแลทางการแพทย์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยเอดส์

การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณ เนื่องจากสามารถช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณค่าตนเองได้รับความรัก ความห่วงใย (Aguilera, 1994) ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ช่วยในการค้นหาความหมายและเป้าหมายในชีวิต (O' Connor et al., 1990) ไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว คู่สมรส บุคลากรทางการแพทย์หรือองค์กรต่าง ๆ โดยให้การช่วยเหลือสนับสนุนต่าง ๆ เช่น เงินทอง สิ่งของ การให้กำลังใจ ให้ความใกล้ชิด รักใคร่ผูกพัน มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารซึ่งกันและกัน เกิดความรู้สึกคุ้นเคย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รู้สึกว่าชีวิตยังมีความหมาย มีความหวัง และกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไป นอกจากนี้แล้วการสนับสนุนทางสังคมยังรวมไปถึงการมีสัมพันธภาพใน

ครอบครัวที่ดี เนื่องจากครอบครัวเป็นหน่วยที่มีความผูกพันใกล้ชิดซึ่งกันและกันในระหว่างสมาชิก การได้รับการประทับประคอง ความรัก ความเข้าใจจึงเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนาจะได้รับจากครอบครัวเมื่อเจ็บป่วย และจะเป็นหนทางในการสร้างจิตวิญญาณของคน (Hill & Smith, 1990) จากการศึกษาเรื่องความต้องการทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลที่เป็นโรคมะเร็งของบุบผา ขอบใช้ (2536) พบว่าลูก หลาน คู่สมรส จะเป็นบุคคลที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการทางจิตวิญญาณ เนื่องจากคอยเป็นกำลังใจ ได้พูดคุยช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน สมพร รัตนพันธ์ (2541) ศึกษาปัจจัยที่ทำนายภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล พบว่าสัมพันธ์ภายในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะจิตวิญญาณในผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล โมรี (Morre, 1998) ศึกษาการทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณในสตรีที่ทำงานเกี่ยวกับศาสนาจำนวน 400 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง ความพึงพอใจในชีวิตและการสนับสนุนจากครอบครัว และเพื่อน สามารถทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณได้ และจากการศึกษาของธนิญา น้อยเปียง (2545) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ดายฮี และชาฮ์น (Douaihy & Signh, 2001) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยเอชไอวี พบว่า การสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณ และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกปัจจัยที่สามารถนำไปสู่การพัฒนากิจกรรมการพยาบาล เพื่อสร้างความผาสุกทางจิตวิญญาณ ได้แก่ ความหวัง พฤติกรรมการดูแลทางการพยาบาล และการสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากเห็นว่า ปัจจัยทั้ง 3 เป็นปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงหรือจัดการดูแลให้เหมาะสมได้โดยบทบาทของพยาบาล หากสามารถยืนยันได้ว่ามีอิทธิพลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณในมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี

แนวทางการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการทางจิตวิญญาณ

การจัดกิจกรรมการพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการทางจิตวิญญาณของบุคคล ต้องพิจารณาระดับภาวะทางจิตวิญญาณของผู้รับบริการในขณะนั้น กิจกรรมการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้รับบริการมีมากมาย ตัวอย่างกิจกรรมการพยาบาลเพื่อการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ (อวยพร ต้นมุขกุลม, 2534) มีดังนี้

1. การปรากฏกายของพยาบาล และการสัมผัส
2. การนั่งเงียบ แต่ฟังและสังเกต เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการได้ระบายความรู้สึกทั้งทางวาจา และท่าทาง
3. การแสดงความรู้สึกอาทร ร่วมทุกข์ ร่วมสุขกับผู้รับบริการ

4. การเข้าหาผู้รับบริการทันทีที่ต้องการ เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความมั่นใจว่า พยาบาลสามารถเป็นที่พึ่งได้ยามที่ต้องการ
5. การสวดมนต์ภาวนาให้ กิจกรรมนี้ต้องระมัดระวังใช้ให้เหมาะสม ต้องเน้นการกระทำเพื่อให้ผู้รับบริการรู้สึกว่ามีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ไม่ใช่เกิดความคาดหวังที่ไม่เป็นจริงเนื่องจากคิดว่าจะเกิดปาฏิหาริย์จากการที่พยาบาลสวดมนต์ให้
6. การใช้หนังสือธรรมะ คัมภีร์ สื่อที่เกี่ยวข้องกับศาสนาที่ผู้รับบริการนับถือ
7. การเอื้ออำนวยความสะดวกให้ผู้รับบริการ ได้มีส่วนร่วมในพิธีกรรมทางศาสนา หรือได้มีโอกาสได้ไปวัด-โบสถ์ เพื่อประกอบศาสนกิจ
8. การเปิดโอกาสให้ใช้วัตถุมงคลต่าง ๆ หากจำเป็นต้องเก็บรักษา พยาบาลต้องรักษาอย่าให้สูญหายและเก็บรักษาไว้ในที่อันควร
9. การเปิดโอกาสอันควรให้ให้พระหรือนุคคลสำคัญทางศาสนาประกอบพิธีกรรมทางศาสนาในหอผู้ป่วย เช่น การประพรมน้ำมนต์ หรืออ่านคัมภีร์
10. การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้รับบริการ การแสดงออกถึงความเชื่อทางศาสนา หรือสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจของผู้ป่วย ควรหาวิธีรอมชอมให้มากที่สุดเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามสิ่งที่เชื่อถ้อยึดเหนี่ยวและได้รับการรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง

ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ

ความหวัง

วิชาชีพพยาบาล เป็นวิชาชีพที่ตระหนักถึงความต้องการของบุคคล บริการพยาบาลเป็นหัวใจที่สำคัญของวิชาชีพ การพยาบาลให้ผู้ป่วยรู้สึกมีความหวังนับว่าเป็นบริการที่มีคุณค่า ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยให้เกิดความหวังบนพื้นฐานของความเป็นจริง จึงเป็นเรื่องสำคัญที่พยาบาลจะต้องให้ความสนใจ และยังเป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถทำได้ตลอดเวลา แม้แผนการรักษาของแพทย์จะไม่คืบหน้า (วิลลิตน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2538)

ความหมายของความหวัง

ดูฟอลท์ และมาร์ทอคซิโอ (Dufault & Martocchio, 1985) ให้ความหมายเกี่ยวกับความหวังไว้ว่า ความหวัง เป็นแรงขับที่เป็นพลวัต เป็นความเชื่อมั่นในความคาดหวังต่อความสำเร็จที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ความหวังประกอบด้วยความคิด ความรู้สึก และการกระทำหลาย ๆ อย่าง ประกอบกันอย่างซับซ้อนซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงตามกาลเวลา

กิม (Kim, 1989) กล่าวถึงความหวังว่าเป็นคุณภาพภายในของชีวิตเป็นสิ่งที่มีความค่ามาก และเป็นแหล่งพลังของชีวิตมนุษย์ซึ่งมีความเฉพาะตัวในแต่ละบุคคล

บราวน์ (Brown, 1989) สรุปไว้ว่า ความหวังเป็นกระบวนการของความรู้สึก ความคิด และการกระทำซึ่งเปลี่ยนแปลงตามกาลเวลา ความหวังเป็นภาพรวมของพฤติกรรมการเผชิญปัญหา ซึ่งมีลักษณะของความเชื่อมั่นแม้ความไม่แน่นอนในการบรรลุสิ่งที่คาดหวังไว้ ผู้ที่มีความหวังจะ ถูกกระตุ้นให้กระทำบางอย่างเพื่อบรรลุในสิ่งที่หวัง

มิลเลอร์ (Miller, 1992) กล่าวว่า ความหวังเป็นสิ่งสำคัญต่อการดำรงชีวิต มีลักษณะ ของการคาดหมายถึงสิ่งที่ดีจะเกิดขึ้นตามมาอย่างต่อเนื่อง โดยสิ่งดังกล่าวอาจจะเกิดขึ้นจริงหรือไม่ ก็ได้ มีการคาดหมายอนาคตในทางที่ดีและอยู่บนพื้นฐานของการมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น ผู้ที่มีความหวังจึงมีความสามารถที่จะเผชิญปัญหา มีความสุขในจิตใจมีจุดมุ่งหมายและรู้สึกว่าชีวิตมีความหมาย

เฮิร์ธ (Hertth, 1993) กล่าวว่าความหวัง เป็นพลังของมนุษย์ในการตอบสนอง และเผชิญ ต่อสิ่งที่มารบกวน มีอิทธิพลทางบวกในการปรับตัว ความหวังเป็นการคาดว่าจะบรรลุผลในอนาคต การสูญเสียความหวัง และไม่มีเป้าหมายในชีวิต จะทำให้คุณภาพชีวิตลดลง

สรุปได้ว่าความหวังเป็นพลังภายในที่สำคัญ เป็นเหมือนแรงผลักดัน เป็นความคิดแรง จูงใจในการดำเนินชีวิต และเป็นความรู้สึกที่มีลักษณะเฉพาะตัวของบุคคล ในการคาดหมายถึงสิ่ง ที่ต้องการให้เกิดขึ้นในอนาคต ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการกระทำการใด ๆ ที่เป็นพฤติกรรมที่บุคคล สามารถปรับตัวต่อสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต

โครงสร้างความหวัง

ตามแนวคิดของคูฟอลท์ และมาร์ท็อกซิโอ (Dufault & Martocchio, 1985) ได้แบ่ง ความหวังออกเป็น 6 มิติต่าง ๆ มีรายละเอียดดังนี้

1. มิติด้านอารมณ์ (Affective Dimension) เป็นอารมณ์และความรู้สึกที่เกี่ยวกับสิ่งที่หวัง องค์ประกอบของมิตินี้ได้แก่

- 1.1 ความรู้สึกดีใจ สนใจต่อเป้าหมายที่ปรารถนา
- 1.2 ความรู้สึกให้ความสำคัญต่อเป้าหมาย
- 1.3 ความรู้สึกเชื่อมั่นว่าจะถึงเป้าหมายที่ต้องการ
- 1.4 ความรู้สึกเกี่ยวกับความไม่แน่นอนต่อผลลัพธ์
- 1.5 ความรู้สึกอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นพร้อมกับความหวัง

องค์ประกอบเหล่านี้แสดงออกได้แตกต่างกันหลายอย่างได้แก่ การแสดงออกทางสีหน้า ถ้อยคำ เป็นการแสดงออกที่บ่งบอกว่าบุคคลมีความต้องการ ปรารถนาที่จะบรรลุเป้าหมาย

2. มิติด้านสติปัญญา (Cognitive Dimension) เป็นความคิด จินตนาการ ความจำ การเรียนรู้ การตัดสินใจ การแปลความทั่วไป องค์ประกอบของมิตินี้ได้แก่

- 2.1 ความเข้าใจในเป้าหมายของความหวัง เช่น เป้าหมายที่ดี
- 2.2 การประเมินความสัมพันธ์ระหว่างความจริงและความหวัง
- 2.3 จำแนกปัจจัยภายในและภายนอกตนเอง ที่มีผลทางตรงและทางอ้อม ทั้งที่ส่งเสริมและต่อต้านความหวัง
- 2.4 การยอมรับความต้องการในอนาคต อาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงหรือไม่ก็ได้
- 2.5 ประสบการณ์ในอดีต เป็นสิ่งที่สนับสนุนว่าบุคคลจะมีโอกาสบรรลุเป้าหมายที่ต้องการมากกว่าที่ไม่ต้องการ

ในมิตินี้ความหวังของบุคคลจะต้องตั้งอยู่บนรากฐานของความจริง ซึ่งขึ้นอยู่กับความรู้สถานการณ์รอบตัว ซึ่งความหวังอาจเปลี่ยนแปลงได้ ปรับใหม่ หรือยกเลิก และมีความหวังใหม่เกิดขึ้นได้ โดยบุคคลยังเหลือความหวังเดิม ๆ ไว้บ้าง เพื่อนำมาผสมผสานกับความหวังใหม่ที่จะเกิดขึ้น

3. มิติด้านพฤติกรรม (Behavioral Dimension) เป็นการแสดงออกที่สัมพันธ์กับความหวัง คือ บุคคลจะกระทำการใด ๆ เพื่อจะไปสู่ผลสำเร็จตามเป้าหมาย การแสดงออกที่เกิดขึ้นอาจแสดงออกทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และศาสนา

ทางด้านร่างกาย เช่น การรับประทานอาหาร การรับประทานยาตามกำหนดเวลา การออกกำลังกาย เพื่อนำไปสู่เป้าหมายตามที่หวัง

ทางด้านจิตใจ เช่น การตัดสินใจ วางแผนแก้ปัญหาต่าง ๆ

ทางด้านสังคมและศาสนา มีความคาบเกี่ยวกันอยู่ ทางด้านสังคมเป็นการกระทำที่เกี่ยวข้องกับผู้อื่น ทางด้านศาสนา เช่น การสวดมนต์ภาวนา การกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ทางศาสนา และความเชื่อในพระเจ้า โดยเชื่อว่าศาสนาจะช่วยให้จิตใจสงบได้

4. มิติด้านความผูกพัน (Affiliative Dimension) เป็นความผูกพันกับบุคคลอื่นเกี่ยวกับการดำรงชีวิตอยู่ แสดงออกจากการแลกเปลี่ยนผลประโยชน์กัน ความผูกพัน ความคุ้นเคย ความใกล้ชิด เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล นอกจากนี้ยังรวมถึงความสัมพันธ์กับสิ่งมีชีวิตอื่น เช่น พืช และสัตว์ต่าง ๆ ด้วย ตัวอย่างของความหวังในมิตินี้เป็นความรู้สึกที่อยากเข้าไปมีกิจกรรมร่วมกัน มีส่วนร่วมกระทำที่ดีสำหรับบุคคลอื่น การสนับสนุนให้ความหวังของบุคคลอื่นเป็นความจริง รวมถึงการที่บุคคลแสวงหาหรือได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งอื่น เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่คาดหวัง ได้แก่ การรับการรักษา การรับข้อมูลข่าวสาร การดูแลทูลถนอมสัตว์เลี้ยง และต้นไม้ รวมถึงความศรัทธาในสิ่งศักดิ์สิทธิ์

5. มิติด้านเวลา (Temporal Dimension) เป็นความหวังตามระยะเวลา คือทั้งในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต ความหวังในอดีตประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความหวัง มีอิทธิพลต่อความ

หวังในปัจจุบันมาก บางโอกาสเมื่อบุคคลพบประสบการณ์ที่เป็นความหวังในอดีต บุคคลก็ปรารถนาให้เกิดขึ้นในอนาคต หากความหวังในอดีตไม่ประสบผลสำเร็จ หรือไม่เป็นที่ต้องการ เช่น ความไม่พอใจ ความเจ็บปวด เป็นต้น ความหวังจากสถานการณ์เหล่านี้ไม่ต้องการให้เกิดขึ้นในอนาคต ขณะเดียวกันการเรียนรู้ข้อผิดพลาด และหาทางแก้ไข จะทำให้ความหวังครั้งต่อไปเป็นจริงได้มากขึ้น

ความหวังในปัจจุบัน บุคคลหวังในสิ่งที่ดีในปัจจุบัน จะเป็นส่วนหนึ่งของอนาคต และจะไม่มีการเปลี่ยนแปลงจากสิ่งที่ดีอยู่แล้วในปัจจุบัน เป็นสิ่งที่ดีน้อยกว่าในอนาคต บุคคลหวังว่าในอนาคต จะเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น บุคคลมักจะใช้ปัจจุบันเป็นจุดที่อ้างอิงความหวังในอนาคต

ความหวังในอนาคต บุคคลมีความหวังในอนาคตที่แตกต่างกันไป บางคนมีกำหนดเวลา บางคนไม่มีกำหนดเวลา บางคนอาจใช้เวลาในช่วงสั้น เช่น ผู้ป่วยมีความหวังในอนาคตว่าการผ่าตัดคงจะประสบผลสำเร็จ เป็นต้น บางคนกำหนดช่วงเวลาในช่วงยาว เช่น ผู้ป่วยมีความหวังว่าเขาจะสามารถเดินได้อีกครั้งหนึ่ง เมื่ออาการของเขาดีพอ เป็นต้น

6. มิติของสิ่งแวดล้อม (Context Dimension) สิ่งแวดล้อมและสถานการณ์ มีอิทธิพลและเป็นส่วนหนึ่งของความหวังของบุคคล สิ่งแวดล้อมเหล่านี้ได้แก่ การสูญเสีย ในสิ่งต่อไปนี้

- 6.1 สูญเสียหน้าที่ทางกายภาพ ความเป็นอยู่ที่ดี และการสูญเสียชีวิต
- 6.2 สูญเสียหน้าที่และความอิสระ
- 6.3 สูญเสียความสามารถในการคิดสร้างสรรค์
- 6.4 สูญเสียความสามารถที่จะทำให้สิ่งที่คาดหวังไว้เสร็จสมบูรณ์
- 6.5 สูญเสียความสัมพันธ์ภาพที่ดี
- 6.6 สูญเสียความปลอดภัยในทรัพย์สิน ฐานะทางเศรษฐกิจ
- 6.7 สูญเสียสถานภาพทางครอบครัว
- 6.8 สูญเสียความเป็นผู้มีคุณค่า

ต่อมาเฮิร์ท (Herth, 1990) ได้รวมมิติทั้ง 6 ของคูฟอลท์ และมาร์ท็อกซิโอ เข้าด้วยกัน เนื่องจากเป็นมิติที่หลากหลาย ซับซ้อน โดยแบ่งความหวังออกเป็น 3 ด้าน คือ

1. ความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้นชั่วคราวต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต (Inner Sense of Temporality and Future) เป็นการรวมมิติด้านสติปัญญาและกาลเวลาเข้าด้วยกัน เป็นการรับรู้ภายในต่อเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในเวลาอันใกล้และในอนาคต และสามารถควบคุมสถานการณ์ในอนาคตได้ ความหวังในด้านนี้ทำให้บุคคลมองเห็นอนาคตของตนในภาพลักษณ์ แต่ถ้ามองเห็นอนาคตของตนที่ไม่มั่นคงถาวร ก็จะทำให้บุคคลขาดพลังใจที่จะให้เกิดความหวัง

2. ความรู้สึกภายในที่พร้อมและคาดหวังในทางบวก (Inner Positive Readiness and Expectancy) เป็นการรวมมิติด้านอารมณ์และพฤติกรรมเข้าด้วยกัน เป็นความรู้สึกมั่นใจและพยายามกระทำเพื่อบรรลุเป้าหมายทางบวก รวมทั้งเป็นความรู้สึกมั่นใจในการกระทำของตนซึ่งจะทำให้บุคคลรู้สึกว่าชีวิตของตนมีคุณค่ามากขึ้น ความหวังในด้านนี้จะรวมถึงการฟื้นฟูความทรงจำทางบวกในอดีตได้ด้วย

3. ความสัมพันธ์ระหว่างตนและบุคคลอื่น (Interconnectedness with Self and Others) เป็นการรวมมิติด้านความผูกพัน และสิ่งแวดล้อมเข้าด้วยกัน ความหวังในด้านนี้แบ่งเป็น

ความสัมพันธ์ระหว่างตน ซึ่งหมายถึง (Attributes) หรือ ความสามารถ (Competence) ของบุคคล ได้แก่

3.1 ความตั้งใจ (Determination) เป็นการยืนยันแน่วแน่ในสิ่งที่คาดหวัง เช่น บุคคลจะคาดหวังว่า “ไม่มีสิ่งใดที่ทำให้ฉันละทิ้งจากสิ่งที่ฉันต้องการ” “ความตั้งใจอันแน่วแน่ทำให้ฉันรู้สึกเข้มแข็ง”

3.2 ความกล้าหาญ (Courage) มักจะเกิดขึ้นหลังจาก “ความตั้งใจ” บุคคลจะคาดหวังว่า “ความกล้าหาญจะช่วยฉันในการเผชิญหน้ากับความเจ็บปวด” “ความกล้าหาญช่วยให้บุคคลรู้สึกว่าตนจะประสบความสำเร็จ” ผลที่ตามมาคือช่วยประคับประคองความหวังของตน

3.3 ความสงบ เยือกเย็น (Serenity) เป็นความรู้สึกสงบราบรื่นภายในจิตใจ ซึ่งในความรู้สึกนี้จะช่วยส่งเสริมให้มีความหวัง

3.4 ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอื่น เช่น บุคคลในครอบครัว บุคคลที่มีความสำคัญต่อชีวิต เป็นต้น เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนม ความผูกพัน ความเอาใจใส่ ให้กำลังใจแก่ตน ทำให้บุคคลรู้ว่ามีคนแบ่งปันความรู้สึก รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งก่อให้เกิดความหวังขึ้นภายในจิตใจ นอกจากนี้ยังหมายถึงความศรัทธาต่อสิ่งต่าง ๆ เช่น จิตวิญญาณ และสิ่งศักดิ์สิทธิ์เป็นสิ่งที่อยู่นอกเหนือคำอธิบายที่ทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนจะผ่านเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้ด้วยดี

การประเมินความหวัง

การศึกษานี้ ผู้วิจัยได้ใช้ความหวังที่เรียกว่า ดัชนีวัดความหวังของเฮิร์ท (Hert Hope Index, 1992) ซึ่งเป็นแบบวัดที่สร้างขึ้นโดยเฮิร์ท (Hert, 1992) โดยใช้แนวคิดของดิวฟอลท์ และ มาร์ทอคซิโอ (Dufault & Martocchio, 1985) มีความครอบคลุมมิติต่าง ๆ 6 มิติของความหวัง ได้แก่ มิติด้านอารมณ์ มิติด้านปัญญา มิติด้านพฤติกรรม มิติด้านความผูกพัน มิติด้านเวลา และมิติด้านสิ่งแวดล้อม เฮิร์ทพบว่ามิติต่าง ๆ ดังกล่าวมีความซ้ำซ้อน เฮิร์ทได้ทำการรวมมิติที่มีความคาบเกี่ยวเข้าไว้ด้วยกันเพื่อนำไปสร้างแบบวัดความหวังที่เรียกว่า Herth Hope Scale ประกอบด้วยข้อความ

ในการประเมินความหวัง 30 ข้อ ต่อมาเฮิร์ท ได้ทำการเรียบเรียงใหม่เหลือ 12 ข้อ และให้ชื่อดัชนีวัดความหวัง (Herth Hope Index) โดยแบ่งข้อคำถามออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มความรู้สึกที่เกิดขึ้นชั่วคราวต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต 4 ข้อ กลุ่มความพร้อมและความหวังในทางบวก 4 ข้อ และกลุ่มความสัมพันธ์ระหว่างตนกับบุคคลอื่น 4 ข้อ ได้มีการนำไปทดสอบและประเมินความหวังอย่างกว้างขวางทั้งกลุ่มที่มีสุขภาพดี กลุ่มสูงอายุ กลุ่มผู้ป่วยเฉียบพลัน กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และกลุ่มผู้ป่วยใกล้ตาย

สำหรับในประเทศไทยได้มีผู้นำแบบวัดดังกล่าวมาแปล และดัดแปลงข้อความ เป็นภาษาไทย 3 ท่าน ได้แก่ มารยาท วงษานุตร (2539) ซึ่งนำมาใช้กับผู้ติดเชื้อเอดส์ที่เข้ารับการบำบัด ณ วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.81 จันทนา เตชะคง (2540) นำมาใช้กับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่มารับบริการที่คลินิกตรวจโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.83 และเรณูการ์ ทองคำรอด (2541) นำมาใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับการดูแล ณ คลินิกส่งเสริมสุขภาพ แผนกพันธกิจเอดส์ สภากริสตรจักร ในประเทศไทย จังหวัดเชียงใหม่ ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.76

พฤติกรรมการดูแลทางการพยาบาล

เมื่อนุคคลเจ็บป่วย เป็นหน้าที่ของพยาบาลในการให้การดูแลเพื่อให้บุคคลสามารถดำรงภาวะเจ็บป่วยนั้นอย่างมีความสุข ได้รับความทุกข์หรือเจ็บป่วยทางร่างกายและทางใจน้อยที่สุด และให้หายจากความเจ็บป่วยสู่ความมีสุขภาพดีโดยเร็ว การพยาบาลเป็นการกระทำหรือการแสดงออกที่มีลักษณะเฉพาะของพยาบาล และเป็นความสัมพันธ์ขึ้นจากสัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย เป็นการกระทำที่ใช้เหตุผลจากสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยมาช่วยในการดูแล (Caring) ให้เขาหายฟื้นคืนจากปกติ หรือเกือบเหมือนปกติโดยเร็ว (พยอม อยู่สวัสดิ์, 2537) เอกลักษณะของพยาบาล คือ การช่วยเหลือบุคคลที่เจ็บป่วย และผู้ที่มีสุขภาพดี เพื่อให้บุคคลเหล่านั้นได้ปฏิบัติกิจกรรมที่จะส่งเสริมสุขภาพหรือฟื้นฟูจากโรคร้ายไข้เจ็บ ดังนั้นการดูแลจึงเป็นสิ่งที่สำคัญของการพยาบาลซึ่งมุ่งหวังที่จะให้การพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Care) คือการให้การพยาบาลบุคคลทั้งคนให้ครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ (สายพิน เกษมกิจวัฒนา, 2538) โดยมีกระบวนการพยาบาล (Nursing Process) เป็นเครื่องมือ ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนของการเผชิญปัญหา วินิจฉัย วางแผน การพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล

ความหมายของการดูแล

ไลนิงเจอร์ (Leininger, 1984 cited in Kyle, 1995) กล่าวว่า การดูแลเป็นการพยาบาล และการพยาบาลเป็นการดูแล การดูแลมีความสำคัญที่ช่วยเหลือให้คนเจริญเติบโตถึงระดับที่มี

ความพึงพอใจต่อชีวิตของตนเอง โดยจะต้องเกิดขึ้นเป็นกระบวนการ แนวทางของความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นเช่นกันกับเพื่อนสนิทให้ความช่วยเหลือแก่กันด้วยความไว้วางใจและมีความลึกซึ้งในสัมพันธภาพต่อกัน

วัตสัน (Watson, 1985) กล่าวว่า การดูแล เป็นการกระทำที่ดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ เป็นการกระทำที่เน้นถึงคุณธรรมที่มีอยู่ในตัวผู้กระทำ

ในประเทศไทยได้มีผู้ให้ความหมายของการดูแลไว้ดังนี้

ฟาริดา อิบราฮิม (2533) ให้ความหมายว่า การดูแลเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์เป็นความเอื้ออาทรที่ต้องให้ด้วยจิตใจ ด้วยความเต็มใจ และต้องอยู่บนพื้นฐานของข้อเท็จจริงหรือสัจจะ (Fact & Truth) ข้อเท็จจริงสามารถพิสูจน์ได้ด้วยสามัญสำนึก ด้วยหลักการทางวิทยาศาสตร์ ต้องมีความรู้และฝึกฝน ส่วนสัจจะจะสัมผัสได้ด้วยจิตใจ การดูแลคือเนื้อแท้ของการปฏิบัติวิชาชีพ การพยาบาลที่มองเห็นได้ ระบุได้ และเป็นสิ่งที่ผู้รับบริการบอกได้ว่าเป็นอย่างไร (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2536)

ปิยากรณ์ ชูตั้งกร และคณะ (2537) กล่าวว่า การดูแลเป็นกิจกรรมการบริการที่พยาบาลปฏิบัติต่อผู้ป่วย แทรกปนหรือแนบเรื่องอยู่ในกิจกรรมการพยาบาลมีรากฐานมาจากสามัญสำนึกหรือปรารถนาที่จะช่วยเหลือ สนับสนุน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสุขภาพกาย ใจ และสังคมที่ดี มีคุณภาพชีวิต การดูแลเป็นวิธีที่พยาบาลปฏิบัติในการให้บริการแก่เพื่อนมนุษย์เพื่อไปสู่เป้าหมายการมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี (พยอม อยู่สวัสดิ์, 2539)

สมจิต หนูเจริญกุล (2543) ได้สรุปความหมายของการดูแลไว้ว่า เป็นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย / ผู้รับบริการ ในลักษณะเป็นการกระทำต่อร่างกายของผู้รับบริการในกิจกรรมต่าง ๆ เป็นการใช้เครื่องมือ และใช้เทคนิคต่าง ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นการกระทำที่แฝงไปด้วยความรู้สึกนึกคิดทางอารมณ์ และเจตคติที่พยาบาลร่วมกับความรู้สึกของผู้ป่วย / ผู้รับบริการ โดยพยาบาลมีความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจผู้รับบริการ / ผู้รับบริการในฐานะปัจเจกบุคคล ตลอดจนป้องกันอันตรายต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย / ผู้รับบริการ

จากความหมายดังกล่าวสามารถสรุปได้ว่า การดูแล เป็นกระบวนการช่วยเหลือ สนับสนุนให้บุคคลได้พบกับสิ่งที่ต้องการ เป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ที่ต้องอาศัยความรู้ทางทฤษฎีการฝึกฝน และการปฏิบัติ โดยการดูแลเป็นสิ่งที่สำคัญของการปฏิบัติวิชาชีพพยาบาล

พฤติกรรมกรรมการดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีนักทฤษฎีหลายท่านที่ได้สนใจศึกษาถึงแนวคิดปรากฏการณ์การดูแล และได้มีการจัดหมวดหมู่องค์ประกอบของการดูแลแตกต่างกันไป

ไลนิงเจอร์ (Leiniger, 1984 cited in Kyle, 1995) กล่าวว่า การดูแลเป็นศูนย์กลางที่แสดงคุณลักษณะของพยาบาล เป็นสิ่งจำเป็นและต้องการในการพัฒนาการของมนุษย์ เพื่อคงไว้ซึ่ง

ภาวะสุขภาพ โดยการดูแล เป็นปรากฏการณ์ที่พบได้ในทุกที่ แต่จะมีความแตกต่างกัน โดยเชื่อว่า ทักษะที่แสดงออกถึงการดูแลมีผลกระทบจากแรงดันทางวัฒนธรรม และจากมุมมองถึงความแตกต่างทางวัฒนธรรม ทำให้โลนิงเจอร์ได้พัฒนาการแยกประเภทของการดูแลออกเป็น การช่วยเหลือ (Assistive), การสนับสนุน (Supportive), การอำนวยความสะดวก (Facilitative), การช่วยเหลือเยียวยา (Ameliorate), หรือพัฒนาชีวิต

วัตสัน (Watson, 1985) เป็นนักทฤษฎีอีกท่านหนึ่งที่ได้มองการดูแลในการปฏิบัติของพยาบาลว่า เป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยกล่าวถึงองค์ประกอบของการดูแล (Carative) ที่มีความแตกต่างจากการรักษา (Curative) ทำให้เห็นความแตกต่างทางการแพทย์ และทางการพยาบาล โดยวัตสันเชื่อว่ารากฐานการพยาบาลมีประวัติเกี่ยวข้องกับมนุษยธรรมนิยม จึงเสนอการดูแลที่เน้นองค์รวมของความเป็นมนุษย์ ที่มีมิติจิตวิญญาณเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ โดยมีเป้าหมายให้บุคคลมีภาวะสุขภาพ กาย จิต และวิญญาณ ซึ่งจะก่อให้เกิดการเรียนรู้ การเห็นคุณค่า และการดูแลเยียวยาตนเอง การดูแลของวัตสันจึงเป็นอุดมคติ หรือเป็นข้อกำหนดทางศีลธรรม เพื่อดำรงคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ในกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ ซึ่งต่างก็เป็นองค์รวมของกาย จิต วิญญาณ ประกอบกันเป็นปรากฏการณ์ของแต่ละบุคคล การดูแลจึงเกิดขึ้นในสถานการณ์เฉพาะที่บุคคลทั้งสองเข้าถึงจิตใจกัน (Transpersonal Caring) มีการรับรู้ตรงกันในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติสิ่งที่ดีและเหมาะสมที่สุดในสถานการณ์นั้น เพื่อตอบสนองความต้องการทางสุขภาพของผู้รับบริการ (พยอม อยู่สวัสดิ์, 2539)

สำหรับในประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับความหมายของการดูแล ปรากฏการณ์ดูแล และพฤติกรรมที่บ่งบอกถึงการดูแลของพยาบาลดังนี้

ปัญญากร ชูตั้งกร, สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ และนงลักษณ์ จุฑาจินดาเขต (2538) ศึกษาความหมายและพฤติกรรมการดูแลของทางพยาบาล โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงบรรยาย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจำนวน 31 คน ซึ่งเข้ารับการรักษา ณ ดิกรผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยให้ความหมายของการดูแลใน 6 ประเด็น ดังนี้

1. การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย
2. การติดตามอาการเปลี่ยนแปลง การแก้ไขตามหลักวิชาที่ถูกต้องด้วยความนุ่มนวลอ่อนโยน
3. การเห็นอกเห็นใจ เต็มใจช่วยเหลือ
4. การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสุขสบายทั้งกาย และใจ
5. การคอยให้คำแนะนำ
6. การป้องกันอันตราย

พฤติกรรมและการดูแลของพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ พบว่า มี 7 พฤติกรรม ดังนี้

1. การให้ยา ให้เลือด ออกซิเจน และน้ำเกลือ
2. การสังเกตอาการผิดปกติ โดยการวัดสัญญาณชีพ
3. การดูแลความสะอาด
4. ให้คำแนะนำเรื่องโรค
5. การปลอบใจ ให้กำลังใจ
6. การช่วยเหลือแนะนำปัญหาเศรษฐกิจ
7. แนะนำการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการดูแล

วัตสัน (Watson, 1985) เจ้าของทฤษฎีการดูแลมนุษย์ เน้นการกระทำด้วยคุณธรรม และการดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ รวมถึงการให้ความสำคัญต่อจิตวิญญาณของผู้ป่วย ในการดูแลด้วย โดยมีองค์ประกอบการดูแล 10 ประการ

1. การสร้างค่านิยมเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่นและมีเมตตาต่อเพื่อนมนุษย์
2. การสร้างศรัทธาและความหวัง
3. การมีความไวต่อการรับรู้ต่อตนเองและผู้อื่น
4. การสร้างสัมพันธภาพการช่วยเหลือและไว้วางใจ
5. การยอมรับการแสดงออกถึงความรู้สึกทางบวกและทางลบ
6. การใช้กระบวนการวิทยาศาสตร์อย่างสร้างสรรค์
7. การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในกระบวนการเรียนการสอน
8. การประทับประคอง สนับสนุนและแก้ไขสิ่งแวดล้อมทั้งด้านกายภาพ จิตสังคม

และจิตวิญญาณ

9. การช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล

10. การเสริมสร้างพลังจิตวิญญาณในการมีชีวิตอยู่

พฤติกรรมและการดูแลทางการพยาบาลครั้งนี้ใช้กรอบทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสัน (Watson, 1985) เนื่องจากตั้งอยู่บนรากฐานการดูแลบุคคลแบบองค์รวม โดยชี้ให้เห็นองค์รวมของมนุษย์ที่มีมิติจิตวิญญาณเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ (พยอม อยู่สวัสดิ์, 2539) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. การสร้างค่านิยมเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่นและมีเมตตาต่อเพื่อนมนุษย์ เป็นการกระทำด้วยความรู้สึกพึงพอใจที่ได้ให้ (Giving) ผู้อื่นโดยการช่วยเหลือด้วยความรัก ความอดทน มองเห็นและเข้าใจถึงความแตกต่างของแต่ละบุคคล ซึ่งปัจจัยนี้สามารถพัฒนาขึ้นจากความคิด ความเชื่อ วัฒนธรรม ประเพณีและสัมพันธภาพระหว่างบุคคล อันเป็นสิ่งสำคัญภาวะ

อารมณ์ของพยาบาลในพฤติกรรมดูแลที่แสดงออกถึงการมองเห็นคุณค่าของความเป็นมนุษย์ มารดาหลังคลอดที่ติดเชื่อเอชไอวี แม้จะหมดหวังในการรักษาให้หาย แต่เป็นหน้าที่ของพยาบาลที่จะต้องให้การดูแลต่อไป หากพยาบาลเข้าใจถึงความทุกข์ของมารดาหลังคลอดที่ติดเชื่อเอชไอวีที่ได้รับจากความเจ็บป่วย มองเห็นคุณค่าของความเป็นมนุษย์จะช่วยให้พยาบาลเข้าใจถึงความแตกต่างของผู้ป่วยแต่ละรายที่มีมุมมองชีวิตที่แตกต่างกัน เกิดความอดทนและเต็มใจที่จะให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยต่อไป

2. การสร้างศรัทธาและความหวัง เป็นการกระทำที่ช่วยให้มารดาหลังคลอดที่ติดเชื่อเอชไอวีมีความเชื่อถือศรัทธาในตัวพยาบาลและการรักษาที่ได้รับ ซึ่งความรู้สึกเชื่อถือศรัทธาเป็นสิ่งที่สำคัญที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพของมารดาหลังคลอด ดังนั้นสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและมารดาหลังคลอดที่ติดเชื่อเอชไอวีจึงเป็นสิ่งที่สำคัญที่พยาบาลจะต้องสร้างให้มารดาหลังคลอดที่ติดเชื่อเอชไอวีเกิดความเชื่อถือศรัทธาในตัวพยาบาลและบริการที่จะได้รับ ซึ่งจะทำให้มารดาหลังคลอดที่ติดเชื่อเอชไอวียอมรับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ และร่วมมือในการรักษาพยาบาลรวมทั้งทำให้เกิดความหวัง มีกำลังใจที่จะต่อสู้ต่อไป ผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่มีความหวังจะเกิดความหดหู่ ท้อแท้ มีชีวิตอยู่อย่างไร้จุดหมายในชีวิต ซึ่งความหวังที่สร้างขึ้นควรเป็นความหวังที่มีความเป็นไปได้ พยาบาลสามารถสร้างศรัทธาต่อมารดาหลังคลอดที่ติดเชื่อเอชไอวีโดยการให้ข้อมูลที่เป็จริงชัดเจนอย่างเหมาะสม มีความจริงใจ เข้าใจในความรู้สึกและให้คำแนะนำเป็นที่ปรึกษาแก่มารดาหลังคลอดที่ติดเชื่อเอชไอวีได้

3. การมีความไวต่อการรับรู้ต่อตนเองและผู้อื่น เป็นการสำรวจความรู้สึกและอารมณ์ที่ปรากฏขึ้นของพยาบาลเอง การพัฒนาความรู้สึกต่อการรับรู้ดังกล่าวนำไปสู่การเจริญงอกงามของจิตใจ การยอมรับตนเอง และเป็นพื้นฐานความเข้าใจผู้อื่น การติดเชื่อเอชไอวีก่อให้เกิดความเจ็บปวดทุกข์ทรมานในจิตใจอย่างมาก มารดาหลังคลอดจึงต้องการผู้ที่เข้าใจ เห็นใจรับรู้ในความรู้สึกดังกล่าวและพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือเมื่อต้องการ การปฏิบัติที่แสดงถึงความไวในความรู้ นั้น พยาบาลสามารถแสดงออกได้ด้วยการให้ความสนใจ เอาใจใส่ในปฏิกิริยา ท่าทีที่ผู้ป่วยแสดงออก ทำให้มารดาหลังคลอดที่ติดเชื่อเอชไอวีเกิดความอบอุ่นใจว่ามีผู้ที่เข้าใจในความรู้สึกและพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือ ถ้าพยาบาลแสดงออกถึงความเบื่อหน่าย รังเกียจ สิ้นหวัง ไม่สนใจท่าทีหรือความรู้สึกนึกคิดของมารดาหลังคลอดที่ติดเชื่อเอชไอวี มารดาหลังคลอดที่ติดเชื่อจะรับรู้และไวต่อความรู้สึกที่พยาบาลถ่ายทอดออกมา

4. การสร้างสัมพันธภาพการช่วยเหลือไว้วางใจ เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ทำให้มารดาหลังคลอดที่ติดเชื่อเอชไอวีเกิดความรู้สึกไว้วางใจในตัวพยาบาลและก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการช่วยเหลือ โดยพยาบาลสามารถแสดงออกได้ทั้งทางคำพูด ท่าทางในการปฏิบัติ เช่น การสบตา

ระดับน้ำเสียงที่เหมาะสม นุ่มนวล การรักษา คำพูด การฟังในสิ่งที่ผู้ป่วยพูด การผ่อนคลายในขณะที่อยู่กับผู้ป่วย สิ่งที่สำคัญ คือ ความจริงใจซึ่งผู้ป่วยสามารถรับรู้ได้จากการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย การพยาบาลให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีผู้ที่พร้อมจะให้ความช่วยเหลือและสามารถไว้วางใจ ย่อมก่อให้เกิดความอบอุ่นใจไม่รู้สึกเดียวดายพยาบาลจึงเป็นบุคคลที่สำคัญที่ช่วยลดความวิตกกังวลในจิตใจ เป็นความหวัง เป็นที่พึ่งพิงและเป็นผู้สร้างกำลังใจแก่มารดาหลังคลอดที่ติดเชื่อเอชไอวี

5. การยอมรับการแสดงออกถึงความรู้สึกทางบวกและทางลบ เป็นการตระหนักถึงความสำคัญและยอมรับการแสดงออกของความรู้สึกทางบวก และทางลบทั้งของตนเองและผู้อื่น เพราะความรู้สึกส่งผลถึงพฤติกรรมและความคิด พยาบาลจึงต้องตระหนักถึงความรู้สึกของตนเอง และรู้จักแสดงความรู้สึกนั้น ซึ่งการเข้าใจในความรู้สึกดังกล่าวจะช่วยพัฒนาให้พยาบาลเป็นผู้มีใจกว้างขวาง สามารถยอมรับและเข้าใจในพฤติกรรมการแสดงออกของมารดาหลังคลอดที่ติดเชื่อเอชไอวี ผู้ป่วยบางรายอาจแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว โกรธ ซึมเศร้า แยกตัว ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ครุ่นคิดถึงเรื่องความตายตลอดเวลา ในภาวะดังกล่าวการยอมรับพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก ไม่กล่าวตำหนิ ทอทังหรือตอบโต้การแสดงความรู้สึกที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกนับว่าเป็นสิ่งสำคัญในการประทับประครองจิตวิญญาณของมารดาหลังคลอดที่ติดเชื่อเอชไอวีให้เข้มแข็ง คลายความวิตกกังวลและสามารถดำรงอยู่กับสภาพปัจจุบันอย่างมีศักยภาพสูงสุด

6. การใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางวิทยาศาสตร์อย่างสร้างสรรค์ เป็นวิธีการทางวิทยาศาสตร์ในการให้การดูแลเพราะวิธีทางวิทยาศาสตร์เป็นขั้นตอนที่มีเหตุผลน่าเชื่อถือ ซึ่งในการพยาบาล คือ การใช้กระบวนการพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยนั่นเอง การปฏิบัติของพยาบาลต้องอาศัยความรู้ การสังเกต การหยั่งรู้ศิลปะ ความเข้าใจในพฤติกรรมและความรู้สึกของบุคคลในสถานะต่าง ๆ และใช้วิธีทางวิทยาศาสตร์ในการตัดสินใจแก้ปัญหาทางการพยาบาล

7. การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในกระบวนการเรียนการสอน เป็นกระบวนการเรียนรู้ซึ่งกันและกันระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลที่เกิดขึ้นจากการสอนหรือให้คำแนะนำ พยาบาลจึงต้องเรียนรู้ขณะที่สอนหรือให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยนั้น ๆ ซึ่งช่วยให้พยาบาลสามารถวางแผนการพยาบาลได้อย่างเหมาะสมและมีความเข้าใจในตัวผู้ป่วยมากขึ้น สำหรับมารดาหลังคลอดที่ติดเชื่อเอชไอวีการได้รับข้อมูลข่าวสารและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจมีผลต่อกำลังใจ ความเข้าใจในสุขภาพของตนเอง และการเตรียมพร้อมรับสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นของผู้ป่วย

8. การประทับประครอง สนับสนุนและแก้ไขสิ่งแวดล้อม ทั้งด้านกายภาพ จิตสังคม และจิตวิญญาณ เป็นการให้ความสำคัญกับสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล (Watson, 1985) อธิบายว่า สิ่งแวดล้อมของบุคคลมีทั้งสิ่งแวดล้อมภายในตัวบุคคล ได้แก่ จิตใจ (Mental)

และจิตวิญญาณ (Spiritual) ส่วนสิ่งแวดล้อมภายนอกได้แก่ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และสังคม ซึ่งสิ่งแวดล้อมทั้งสองประเภทดังกล่าวมีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อสุขภาพและความเจ็บป่วยของบุคคล การดูแลแบบองค์รวมจึงต้องให้การดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ โดยเฉพาะผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี จำเป็นต้องได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ

9. การช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล เป็นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับสิ่งที่ตรงกับความต้องการของตนเอง ซึ่งความต้องการของบุคคลประกอบด้วยความต้องการด้านชีวภาพ จิต-สรีระ จิตสังคม และความต้องการภายในบุคคลและระหว่างบุคคล แม้ว่าการติดเชื้อเอชไอวีจะทำให้เกิดความหวัหวังในการรักษา แต่ความต้องการของมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวียังคงมีอยู่ตลอดเวลา การได้รับการตอบสนองความต้องการดังกล่าวอย่างดีที่สุดย่อมทำให้ผู้ป่วยเกิดความผาสุกทั้งร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ

10. การเสริมสร้างพลังจิตวิญญาณในการมีชีวิตอยู่ การติดเชื้อเอชไอวีคุกคามต่อร่างกาย และจิตใจของมารดาหลังคลอดเป็นอย่างมาก ทำให้เกิดความรู้สึกไร้คุณค่า ขาดความภาคภูมิใจในตนเอง วิตกกังวลในความเจ็บป่วย และความหวาดกลัวความตายจากประสบการณ์ที่เคยได้ยินได้เห็นเกี่ยวกับโรค ซึ่งหากไม่ได้รับประคับประคองที่ดี จิตใจของมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีจะสับสน ทูรันทูราย ห่อเหี่ยว สิ้นหวัง อยู่อย่างไร้จุดหมายในชีวิต และบางรายอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตาย พยาบาลสามารถส่งเสริมพลังจิตวิญญาณของมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีโดยช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นคุณค่าของประสบการณ์ที่ผ่านมาในอดีต มองเห็นความจริงของชีวิต ใช้คำสอนของศาสนาเป็นหลักยึดเหนี่ยวจิตใจ ทำให้สามารถดำเนินชีวิตในช่วงเวลาที่เหลืออยู่อย่างมีศักยภาพ

การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม เป็นแนวคิดที่มีอิทธิพลต่อการบริการด้านสุขภาพ พฤติกรรม สุขภาพ และภาวะสุขภาพของบุคคล ซึ่งเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่าการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อบุคคลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ตลอดจนช่วยให้มีภาวะจิตใจที่เป็นสุข (Langford, Bowsher, Maloney & Lillis, 1997) การสนับสนุนทางสังคมมีลักษณะเป็นโครงสร้างหลายมิติ (Multidimensional Structure) จึงได้มีผู้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ ดังนี้

คอบบ์ (Cobb, 1976) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม คือ การที่บุคคลได้รับข้อมูล ข่าวสารที่ทำให้บุคคล เชื่อว่ามีคนรักและสนใจ เอาใจใส่ ยกย่อง และมองเห็นคุณค่า รู้สีกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน

เชฟเฟอร์ และคณะ (Schaefer et al., 1981 cited in Bomar, 1996) ได้สรุปว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งประคับประคองจิตใจของบุคคลในสังคมนั้น เมื่อบุคคลนั้นเผชิญความเครียดในชีวิต

ทอยส์ (Thoits, 1982 cited in Friedman, 1992) ให้ความหมายว่า คือการที่บุคคลในเครือข่าย สังคม ได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์ สิ่งของ หรือข้อมูล ซึ่งการสนับสนุนนี้จะช่วยให้บุคคล สามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเจ็บป่วย หรือความเครียดได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้น

เพนเดอร์ (Pender, 1996) ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลเกิดความรักเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับ และนับถือ รวมถึงการมีคุณค่าเป็นสิ่งที่ต้องการของบุคคลหนึ่งแต่ไม่รวมถึงการที่บุคคลจะกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพื่อบุคคลอื่น

จากความหมายของการสนับสนุนทางสังคมที่กล่าวมา พอสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นความจำเป็นพื้นฐานของบุคคล ช่วยให้บุคคลมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี บุคคลได้รับความช่วยเหลือ ประคับประคองจากบุคคลใกล้ชิด หรือบุคคลจากสังคมในด้านต่าง ๆ ทั้งด้านวัตถุ สิ่งของ ข้อมูลข่าวสาร และรู้สึกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม สามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเครียด หรือความเจ็บป่วยได้

ชนิดและแหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคม

นักวิชาการหลายท่านพิจารณาว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นโครงสร้างหลายมิติ ประกอบด้วยชนิด ปริมาณ และแหล่งที่มาของการสนับสนุน และยังรวมหมายถึงปริมาณ และคุณภาพของการติดต่อสัมพันธ์ การให้ความหมาย การเอื้อประโยชน์ และความพึงพอใจของการสนับสนุน ชนิดของการสนับสนุนทางสังคมนั้น มีผู้สนใจศึกษาและให้ความเห็นในลักษณะที่มีรายละเอียดแตกต่างกันไป เช่น คอบบ์ (Cobb, 1976) ได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย การสนับสนุน 3 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotion Support) เป็นการให้ข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าเขาได้รับความรักและการดูแลเอาใจใส่ ซึ่งมักเป็นความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดและมีความผูกพันลึกซึ้งต่อกัน
2. การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem Support) เป็นการที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นมีคุณค่า บุคคลอื่นยอมรับและมองเห็นคุณค่านั้นด้วย
3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially Support) เป็นการแสดงที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นเป็นสมาชิก หรือส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม และมีความผูกพันต่อกัน

เชฟเฟอร์ และคณะ (Schaefer et al., 1981 cited in Bomar, 1996) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) หมายถึง การผูกพันและความรู้สึกเชื่อมั่น ไว้วางใจ

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เป็นการให้คำแนะนำในการแก้ปัญหา หรือการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมและการกระทำของบุคคล

3. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible Support) เป็นการช่วยเหลือด้านสิ่งของ เงินทอง หรือบริการ

เฮาส์ และคานท์ (House & Kahn, 1985 cited in Friedman, 1992) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ชนิด ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) หมายถึง การสนับสนุนด้านการให้ความรัก ความเอาใจใส่ ความเห็นอกเห็นใจ การยอมรับนับถือ

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) หมายถึง การให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ แนวทางปฏิบัติ หรือทางเลือก เพื่อนำไปแก้ปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่

3. การสนับสนุนด้านสื่อ (Instrument Support) หมายถึง การช่วยเหลือในด้านสิ่งของ เครื่องใช้ แรงงาน เวลา เงิน หรือการปรับสภาพแวดล้อม

4. การสนับสนุนด้านการประเมินตัดสิน (Appraisal Support) หมายถึง การให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อนำไปประเมินตนเอง และเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นในสังคม เพื่อให้บุคคลเกิดความมั่นใจในตนเอง

จากการแบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมที่กล่าวมา ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของคอบบ์ (Cobb, 1976) ร่วมกับแนวคิดของเชฟเฟอร์และคณะ (Schaefer et al., 1981 cited in Bomar, 1996) ดังนี้

1. การได้รับความช่วยเหลือด้านอารมณ์และสังคม (Socio-Emotional Support) ได้แก่

1.1 การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ หมายถึง การได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ความใกล้ชิดสนิทสนม ความผูกพันไว้วางใจซึ่งกันและกัน

1.2 การได้รับการยอมรับและมองเห็นคุณค่า หมายถึง การได้รับการทักทาย และการแสดงความเคารพจากผู้อื่น การยอมรับจากการแสดงออก ได้รับการให้อภัย และให้โอกาสในการปรับปรุงตนเอง

1.3 การได้รับการตอบสนองในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม หมายถึง ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม และความรู้สึกเป็นเจ้าของในสังคมของตน

2. การได้รับความช่วยเหลือด้านสื่อ และเครื่องมือ (Instrumental Aid) ได้แก่

2.1 การได้รับความช่วยเหลือด้านเงินทอง สิ่งของ แรงงานหรือบริการ หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของเครื่องใช้ แรงงาน และการได้รับบริการต่าง ๆ

2.2 การได้รับความช่วยเหลือด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสาร หรือคำแนะนำต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต

สำหรับแหล่งสนับสนุนทางสังคมนั้นมีความสำคัญต่อ ชนิด และปริมาณ ของแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ เนื่องจากชนิดของการสนับสนุนทางสังคมจะเปลี่ยนแปลงไปตามแหล่งที่ให้การสนับสนุน และระบบการสนับสนุนทางสังคมด้านสุขภาพจะเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ขึ้นอยู่กับสถานะทางสุขภาพและความต้องการของบุคคล (คาริกา ชารบวสุวรรค์, 2540) นอกจากนี้แหล่งสนับสนุนทางสังคมยังเป็นตัวบอกถึงสภาพ ขนาดเครือข่ายของสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดปริมาณแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ (Stewart, 1993)

การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

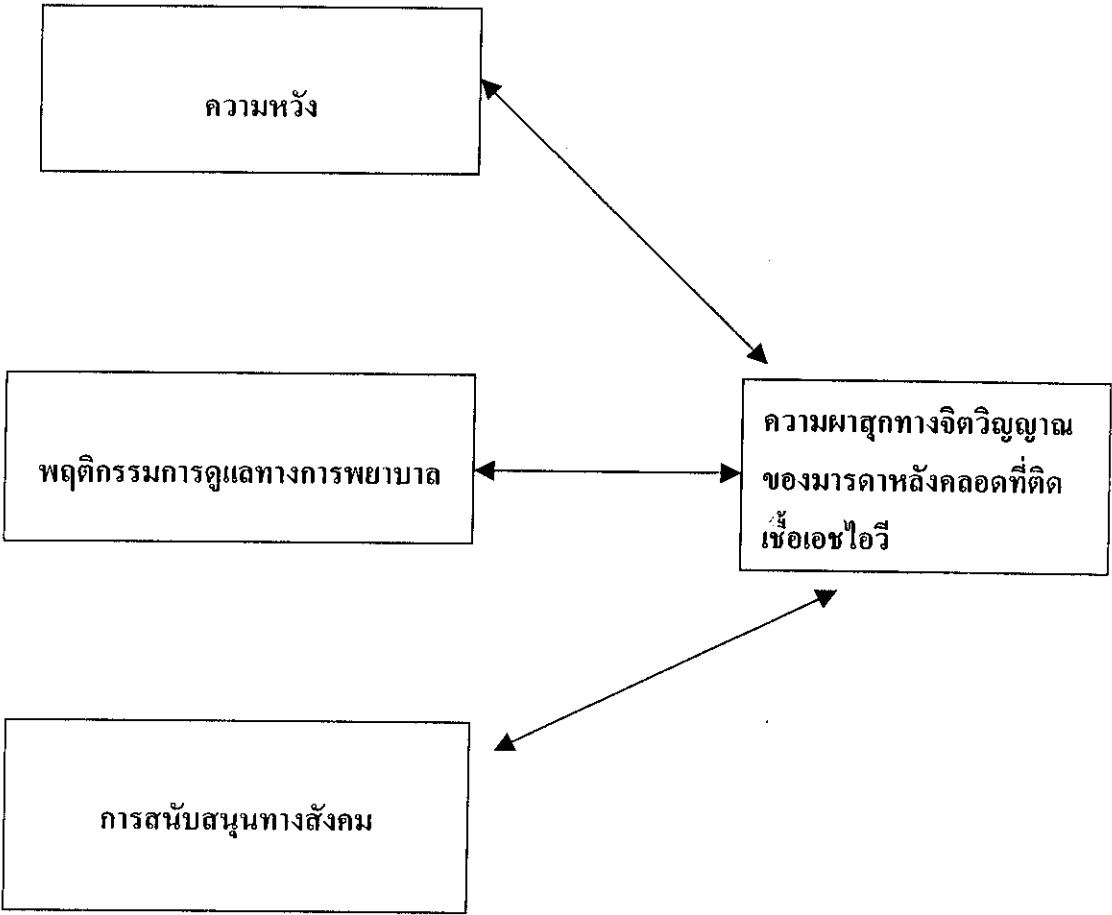
ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมของมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของเนตรนภา คู่พันธ์วี (2534) ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดของคอบบ์ (Cobb, 1976) ร่วมกับแนวคิดของเชฟเฟอร์ และคณะ (Schaefer et al., 1981 cited in Bomar, 1996) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความคิดเห็น หรือความรู้สึกต่อการได้รับความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ 5 ด้าน ได้แก่ 1) การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ 2) การได้รับการยอมรับและมองเห็นคุณค่า 3) การได้รับการตอบสนองในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 4) การได้รับความช่วยเหลือด้านเงินทอง สิ่งของ แรงงานหรือบริการ และ 5) การได้รับความช่วยเหลือด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง พฤติกรรมการดูแลทางการแพทย์ และการสนับสนุนทางสังคม กับความผาสุกทางจิตวิญญาณในมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่มาคลอดและได้รับการดูแลต่อที่แผนกหลังคลอด โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลสมเด็จพระศรีราช และโรงพยาบาลฉะเชิงเทรา ในการศึกษาครั้งนี้อาศัยแนวคิดความผาสุกทางจิตวิญญาณของพอลูทเชียนและเอลลิสัน ซึ่งประกอบด้วย ความผาสุกในสิ่งที่เป็นอยู่ และความผาสุกในความศรัทธายึดมั่นในศาสนา

โรคเอดส์เป็นโรคที่คุกคามต่อชีวิต ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง และต้องมีการรักษาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดปัญหาด้านจิตใจ มารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีซึ่งได้รับความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย จึงมีความต้องการทางจิตวิญญาณสูงขึ้น เพื่อให้ตนเองเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ ความผาสุกทางจิตวิญญาณจะช่วยให้มารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี สามารถเผชิญปัญหา มีการปรับตัว และยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง โดยแสวงหาสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ความหวัง กำลังใจ เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุข และมีความผาสุกทางจิตวิญญาณ

พยาบาลสามารถทำให้มารดาหลังคลอดมีความสุขทางจิตวิญญาณด้วยการดูแล ซึ่งพฤติกรรม การดูแลของพยาบาลมีส่วนสนับสนุนให้มารดาหลังคลอดมีความสุขได้ไม่มากนักน้อย ส่วนการ สนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้มารดาหลังคลอดได้รับความรัก ความห่วงใย กำลังใจ มีชีวิตอยู่ อย่างมีเป้าหมาย และการช่วยเหลือจากสมาชิกในสังคม จะทำให้มารดาหลังคลอดสามารถเผชิญ กับปัญหาต่างๆ ตลอดจนสามารถค้นหาเป้าหมายในชีวิต ส่งผลให้เกิดความสุขทางจิตวิญญาณ มากขึ้น



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด