

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวที่มีผลต่อความรู้สึก มีคุณค่าในตนเอง และความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. โรคหลอดเลือดสมองและผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองต่อผู้ป่วยและครอบครัว
2. แนวคิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
3. แนวคิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ
4. แนวคิดสัมพันธภาพในครอบครัว
5. ความสัมพันธ์ระหว่างการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความผาสุกทางจิตวิญญาณ
6. โปรแกรมการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว

โรคหลอดเลือดสมองและผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองต่อผู้ป่วยและครอบครัว

คำจำกัดความ

โรคหลอดเลือดในสมอง เบียร์ (Beare, 1990, p. 1118 อ้างถึงใน นิพนธ์ พงษ์วรินทร์, 2534) ได้กล่าวว่า เป็นโรคที่สืบเนื่องจากปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงสมองลดลง ทำให้เกิดอาการและอาการแสดงทางระบบประสาทอย่างทันทีทันใด บางทีเรียกว่า Stroke หรือ Cerebrovascular Accident โดยมีสาเหตุจากมีสิ่งอุดตันในหลอดเลือด (Emboli) หรือมีลิ่มเลือดที่ผนังหลอดเลือด (Thrombus) หรือมีการแตกเลือดในสมอง

"WHO" ได้ให้คำจำกัดความไว้ว่า เป็นกลุ่มอาการทางคลินิกที่เกิดขึ้นเร็ว เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดในสมอง มีอาการนานกว่า 24 ชั่วโมง และนำไปสู่การตาย ซึ่งคำจำกัดความนี้ยังไม่เหมาะสมเพราะอาจมีโรคอื่นที่ทำให้เกิดอาการเหมือนโรคหลอดเลือดสมองก็ได้ ดังนั้น National Survey of Stroke ของสหรัฐอเมริกา จึงให้คำจำกัดความว่า CVD (Cerebrovascular Disease) เป็นกลุ่มอาการทางคลินิกของโรคประสาท ซึ่งเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว อยู่ยาวนานเกินกว่า 24 ชั่วโมง กลุ่มอาการดังกล่าวเกิดจากสาเหตุทางหลอดเลือดซึ่งมีพยาธิสภาพอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้

1. ลิ่มเลือดอุดตันที่ผนังหลอดเลือด (Cerebral Thrombosis) หมายถึง การมีเลือดจับกันเป็นก้อนแข็งที่ผนังของหลอดเลือด เกิดได้ทั้งหลอดเลือดแดงและดำ เป็นหลอดเลือดฝอย มักจะเกิดตรงบริเวณที่หลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) อยู่แล้วประมาณ 2 ใน 3 ของธรรมชาติ เกิดจากความดันโลหิตสูงและเบาหวาน เพราะทั้งสองกรณีทำให้เกิดหลอดเลือดแดงแข็ง ซึ่งพบในหลอดเลือดนอกสมอง เช่น หลอดเลือดคอไทรคอบนอก หลอดเลือดแดงเวอร์เทบรา หรือหลอดเลือดเล็ก ๆ ที่ทอดเข้าไปเลี้ยงสมอง สำหรับในสมองมักจะเกิดที่แขนงหลอดเลือดแดง มิติเดิล ซีรีบรัล เพราะจะมีง่ามมาก การไหลวนของกระแสเลือดอาจเกาะพลาค (Atherosclerotic Plaque) ไปจนถึงชั้นในของหลอดเลือด หรือเกิดเป็นแผ่นขึ้นทำให้มีเลือดออกเกร็ดเลือดและไฟบรินมาสะสมเพื่ออุดให้เลือดหยุด จึงทำให้เกิดเป็นแผ่นขึ้น นอกจากนี้ ธรรมชาติอาจเกิดจากหลอดเลือดอักเสบจากการติดเชื้อ หรือร่างกายมีเม็ดเลือดแดงสูงกว่าปกติ หรือเป็นโรคโลหิตจางชนิดเม็ดเลือดแดงเป็นรูปพระจันทร์เสี้ยว

เมื่อมีการอุดตัน สมองก็จะขาดเลือดไปเลี้ยง มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในเซลล์ประสาทแปรไปตามอายุ ตำแหน่ง และความเร็วของการเกิด หรือการชดเชยจากสมองด้านตรงข้ามหรือโรคแทรกเสริม การขาดเลือดทำให้การเผาผลาญของสมองเสีย เซลล์สมองจะบวมและตาย ถ้ามีการตายของเนื้อสมองเป็นบริเวณกว้างโดยเฉพาะที่สมองเล็ก กลีบขมับจะทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มมากขึ้นจนเกิดการขยายเปลี่ยนที่ของสมองไปกดส่วนอื่น

อาการของธรรมชาติจะเกิดขึ้นช้า ๆ ประมาณร้อยละ 30-50 จะมีอาการสมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว ผู้ป่วยมักให้ประวัติว่าก่อนนอนอาการปกติทุกอย่าง แต่พอตื่นนอนตอนเช้าจะมีอาการอ่อนเพลีย แขน-ขาไม่มีแรง หรือล้มพาดครึ่งซีก พูดไม่ได้ ผู้ป่วยจะไม่หมดสตินอกจากจะอุดตันหลอดเลือดใหญ่ มักมีอาการสับสน บางรายมีอาการปวดศีรษะถ้ามีการอุดตันบางส่วนเลือดพอผ่านได้บ้าง อาการจะเกิดขึ้นเพียงชั่วขณะ และฟื้นได้ในเวลาอันสั้น ไม่เกิน 24 ชั่วโมง

2. สิ่งอุดตันลอยมาอุดในหลอดเลือด (Cerebral Embolism) การที่มีเลือด ซึ่งจับกันเป็นก้อนแล้วไหลมาอุดตันที่หลอดเลือด อาจจะเริ่มที่หลอดเลือดแดง อาจจะเป็นลิ่มเลือดหลุดออกมาจากธรรมชาติไขมัน แก๊ส น้ำคร่ำ รวมทั้งไขกระดูก กลุ่มเซลล์มะเร็ง สะเก็ดของเยื่อหัวใจ สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากโรคหัวใจ เช่น โรคหัวใจชนิดรูมาติก ที่มีลิ้นไมตรัลตีบ และมีเอเทรียมเต้นสั่นพลิ้ว หรือในพวกกักลมเนื้อหัวใจตาย โดยทั่วไปเอมโบลิสมมักจะอุดสมองหลายแห่งต่างเวลากัน จึงทำให้สมองพิการหลายแห่ง

อาการ มีอาการเกิดขึ้นทันทีทันใดไม่มีอาการเตือนล่วงหน้า อาจเป็นช่วงที่หลับหรือลุกขึ้น อาการขึ้นอยู่กับการอุดตันที่อุดตันเช่นเดียวกับธรรมชาติ ผู้ป่วยมักมีล้มพาดครึ่งซีก ปวดศีรษะ

และรู้สึกตัวดี แต่พูดไม่ได้ พบในหญิงมากกว่าชาย และมักทำลายสมองได้มากกว่าเพราะมักจะไปอุดตันที่หลอดเลือดเล็ก ๆ

3. สโตรคชนิดตกเลือด (Hemorrhagic Stroke)

เกิดจากการแตกหรือฉีกขาดของหลอดเลือดเกิดขึ้นทันทีทันใด และทำให้เกิดความผิดปกติทางระบบประสาท ทำให้เซลล์สมองถูกทำลายบริเวณที่เลือดออกและทำให้เพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะอย่างรวดเร็ว

3.1 การตกเลือดในสมอง (Intracerebral Hemorrhage) พบในผู้สูงอายุ หญิงเป็นมากกว่าชาย พบในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และหลอดเลือดแดงในกะโหลกแข็ง แม้ความดันโลหิตเพียง 150/90 ถึง 170/90 ก็อาจแตกได้ ส่วนใหญ่สูงกว่านั้น ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่รักษาไม่สม่ำเสมอจะทำให้หลอดเลือดเล็ก ๆ ที่ทอดไปเลี้ยงเนื้อสมองแข็ง (Arteriosclerosis) ด้วยหลอดเลือดจึงเปราะและแตกได้ง่าย เลือดที่ออกอาจมีขนาดเล็ก ๆ เพียง 1-2 ซม. แต่ก็จะทำให้เนื้อสมองใกล้เคียงทำให้สมองชยับเล็กน้อยที่ได้ ผู้ป่วยร้อยละ 25 จะมีอาการปวดศีรษะนำมาก่อน 1 สัปดาห์ อาการขึ้นอยู่กับว่าสมองส่วนใดได้รับความเสียหายและขึ้นอยู่กับขนาดของหลอดเลือดด้วย ตำแหน่งที่พบบ่อย คือ เบสัลแกงเกลีย บริเวณพุดาเมน และแคปซูลใน พบได้ร้อยละ 55 บริเวณนี้ หลอดเลือดแดงที่มาเลี้ยง คือ เลนติคูลาร์สกรโตรอต ซึ่งเป็นหลอดเลือดปลายต้นและมักเกิดเนื้อสมองตายเป็นหย่อม ๆ (Lacunar Infarction) พบได้เสมอในผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ตำแหน่งที่พบรองลงมาคือ สมองใหญ่กลีบขมับ กลีบพาริเอดัล กลีบหน้าซีกสมองเล็ก และพอนส์ เลือดที่ออกจะรวมตัวกันเป็นก้อนแทรกอยู่ในสมอง เพิ่มความดันในกะโหลกกดสมองให้ชยับเล็กน้อยที่ทำให้หมดสติและตาย มักจะตายใน 3 วันแรกที่มีเลือดออกในสมอง

3.2 การตกเลือดในโพรงสับอแรคนอยด์ (Subarachnoid Hemorrhage) มีสาเหตุมาจากการแตกของหลอดเลือดสมองที่ผิดปกติ เช่น หลอดเลือดโป่งพอง (Aneurysm) และ AVM เนื่องจากหลอดเลือดสมองที่ผิดปกติ ส่วนจะอยู่ในหรือใกล้กับโพรงสับอแรคนอยด์ เมื่อหลอดเลือดแตกฉีกขาด จึงเกิดการตกเลือดในสับอแรคนอยด์ก่อน หลอดเลือดโป่งพองส่วนใหญ่เกิดที่ตรงง่ามโค้งของหลอดเลือดแดง ซึ่งมักจะถูกกระแทกบ่อย ๆ โดยกระแสโลหิตที่ฉีดมาด้วยความแรงนาน ๆ เข้าก็เลยโป่งพองออก นอกจากนี้ก็อาจเกิดจากหลอดเลือดแดงแข็งทำให้มีการทำลายชั้นอีลาสติก นาน ๆ เข้าผนังหลอดเลือดก็โป่งพองได้

อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองจะเกิดขึ้นแบบปัจจุบันทันด่วน (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2541) และการดำเนินโรคขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ประการคือ พยาธิสภาพทางหลอดเลือด ตำแหน่งของสมองที่ขาดเลือด และขนาดของเนื้อเยื่อที่ขาดเลือด

ระยะอาการของโรคหลอดเลือดสมอง

โดยทั่วไปอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มักแบ่งเป็น 3 ระยะ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2534) คือ

1. ระยะเฉียบพลัน (Acute Stage) หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการจนกระทั่งอาการคงที่ ระยะนี้ผู้ป่วยมักเกิดอาการอัมพาตขึ้นทันที ในบางรายอาจมีอาการไม่รู้สึกตัวร่วมด้วย โดยส่วนใหญ่แล้วแขน ขา ข้างที่เป็นอัมพาตจะไม่สามารถขยับเคลื่อนไหวได้ สภาวะของกล้ามเนื้อจะอยู่ในสภาพอ่อนปวกเปียก ซึ่งโดยทั่วไปจะเกิดอยู่ประมาณ 48 ชั่วโมง
2. ระยะหลังเฉียบพลัน (Post Acute Stage) หมายถึง ระยะที่ผ่านพ้นระยะเฉียบพลันมาแล้ว ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่โดยระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลงไปในทางเลวลง
3. ระยะฟื้นฟูสภาพ (Recovery Stage) หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยมีอาการคงที่มีความสามารถในการที่จะรับการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อลดความพิการ ซึ่งในระยะนี้ยังแบ่งเป็น ระยะฟื้นฟูระยะแรก (Early Recovery) และระยะฟื้นฟูระยะหลัง (Later Recovery) (Astrom, Asplund & Astrom, 1992)

3.1 ระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรก เป็นระยะที่มีการฟื้นฟูการทำหน้าที่ของหน้าที่ร่างกายฟื้นฟูเกี่ยวกับการพึ่งตนเอง ซึ่งจะเกิดขึ้นใน 3 เดือนแรกหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Phipps, 1991)

3.2 ระยะฟื้นฟูสภาพระยะหลัง เป็นระยะที่ต้องมีการดูแลอย่างต่อเนื่องจากระยะฟื้นฟูระยะแรก ระยะนี้การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยจะมีการพัฒนาได้ดีขึ้น เช่น การเคลื่อนไหว การช่วยเหลือตนเอง การทำงานของระบบประสาท การใช้ภาษา การพูด ซึ่งระยะนี้ อาจใช้เวลา 4-6 เดือน หรือในบางรายอาจนานถึง 1 ปี

ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองต่อผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เกิดขึ้นรวดเร็วในระยะเวลาอันสั้น ทำให้ผู้ป่วยมีเวลาในการปรับตัวน้อย อีกทั้งเป็นโรคที่ทำให้เกิดความพิการได้มา ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 4 ด้านดังนี้

1. ปัญหาด้านร่างกาย ซึ่งส่วนใหญ่จะมีผลมาจากพยาธิสภาพและความพิการที่หลงเหลืออยู่ (Hickey, 1986 อ้างถึงใน นภาพรณี แก้วกรรณ์, 2533)

1.1 ความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว ความผิดปกติที่พบบ่อยที่สุด คือ อัมพาตครึ่งซีก (Hemiplegia) และอ่อนแรงครึ่งซีก (Hemiparasis) โดยมีอาการชา (Numbness) อ่อนแรงของกล้ามเนื้อด้านที่เป็นอัมพาต ทำให้ผู้ป่วยเสียการทรงตัว ประกอบกิจกรรมด้วยความลำบาก ไม่สามารถควบคุมกล้ามเนื้อในการเคลื่อนไหว เกิดการอ่อนล้าของกล้ามเนื้อตามมา ทำให้แขนขา

ที่อ่อนแรงเกิดอาการบวม (Birchenall & Straight, 1993; ศรีรัตน์ คุ่มลิน, 2546) ผู้ป่วยรู้สึกแขนขาหนักขึ้น นอกจากนี้อาจมีอาการเกร็ง โดยนิ้วมือจะกำแน่น แขนขาเหยียดลำบาก หากผู้ป่วยรู้สึกกลัวหรือเจ็บจะทำให้เกร็งมากขึ้น และปัญหาที่ตามมาอีกคือ อาการปวดไหล่ เนื่องจากแรงโน้มถ่วงของโลกต่อแขนข้างที่อ่อนแรง จึงทำให้เกิดอาการปวดไหล่ นอกจากนี้กล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่เหยียดหัวเข่า Knee Extensor ของขาส่วนที่มีพยาธิสภาพจะหดตัวอยู่เป็นระยะเวลานาน ทำให้ข้อเข่าแข็งงอลำบาก ซึ่งทำที่ผิดปกติของโรคที่จะทำให้การทรงตัวไม่ดีอาจหกล้มได้ง่าย อีกด้วย

1.2 ความผิดปกติเกี่ยวกับการพูด เช่นพูดไม่ชัด (Dysorthria) เนื่องจากกล้ามเนื้อในการพูดบริเวณรอบปาก ลิ้นและเพดานอ่อนแรงทำให้การพูดไม่สัมพันธ์กัน เสียงที่พูดจึงตะกุกตะกักหรือพูดไม่ได้ (Aphasia) เนื่องจากประสาทสั่งการเสีย (Motor Aphasia) ได้ยินเสียงแต่ไม่เข้าใจความหมายของเสียง สื่อภาษาไม่ได้ ทำให้เกิดปัญหาในการติดต่อสื่อสาร ไม่สามารถสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจความคิดของตนเอง และผู้ป่วยไม่สามารถเข้าใจในสิ่งที่ผู้อื่นสื่อสารมา

1.3 การเคี้ยวและการกลืนอาหารลำบาก เนื่องจากความผิดปกติของระบบประสาทที่ควบคุมกล้ามเนื้อในการเคี้ยว ทำให้ริมฝีปากปิดแน่นได้ไม่แน่น การเคี้ยวจึงบกพร่อง ลิ้นไม่สามารถปิดอาหารในทิศทางต่าง ๆ ได้ กล้ามเนื้อช่องปากและคอหอยอ่อนแรงไม่สามารถผลักอาหารเข้าหลอดอาหารได้ ถ้าเพดานอ่อนแรงมากก็ไม่สามารถเคลื่อนปิดกั้นผนังคอหอย ทำให้ผู้ป่วยสำลักขณะกลืน และนำไปสู่ภาวะการติดเชื้อที่ปอดได้

1.4 ความผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึก และการรับรู้มีหลายประการด้วยกัน

1.4.1 การรับรู้ต่อเวลา บุคคล และสถานที่ผิดไป ทำให้ผู้ป่วยสับสนไม่รู้จักเวลา บุคคลและสถานที่หรือรับรู้ที่ผิดไปจากความเป็นจริง อันจะมีผลให้ผู้ป่วยตัดสินใจและแสดงพฤติกรรมออกมาไม่เหมาะสม

1.4.2 การรับรู้ต่อความสมดุลของร่างกายผิดปกติ โดยผู้ป่วยไม่สามารถรับรู้ความสมดุลของร่างกายด้านที่มีพยาธิสภาพ ทำให้มีความบกพร่องในการกะระยะของการเคลื่อนไหว จึงทำให้ผู้ป่วยกลัวว่าจะหกล้ม จนทำให้ไม่กล้าเคลื่อนไหว ซึ่งมีผลทำให้เกิดปัญหาในการฟื้นฟูบำบัด

1.4.3 การรับรู้ต่อการสัมผัส ความเจ็บปวด แรกกด ความร้อนและความเย็นผิดปกติไป ซึ่งความผิดปกติดังกล่าวอาจเกิดขึ้นอย่างเดียว หรือเกิดขึ้นหลายอย่างพร้อม ๆ กัน นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจบอกตำแหน่งของจุดสัมผัสไม่ได้หรือบอกได้ไม่ถูกต้อง และบอกตำแหน่งของจุดสัมผัสพร้อมกันหลายจุดไม่ได้ (Hickey, 1986 อ้างถึงใน ศรีรัตน์ คุ่มลิน, 2546) เนื่องจาก การรับรู้ที่ผิดปกติเหล่านี้ ทำให้ร่างกายด้านที่มีพยาธิสภาพของผู้ป่วยได้รับอันตรายได้ง่าย เพราะ

ผู้ป่วยจะละเลยการเคลื่อนไหวด้านที่มีพยาธิสภาพและไม่สนใจสิ่งแวดล้อมหรือสิ่งที่มากระตุ้นร่างกายด้านที่มีพยาธิสภาพหรือกว่าจะรู้สึก ร่างกายก็ได้รับอันตรายแล้ว

1.4.4 การรับรู้ด้านการมองเห็นผิดปกติ ซึ่งความผิดปกตินี้จะเกี่ยวข้องกับการรับรู้ความรู้สึกด้วย เช่น ผู้ป่วยไม่สามารถจดจำและตอบสนองต่อสิ่งที่มากระตุ้นได้ ความผิดปกติที่พบคือ เสียลานสายตาครึ่งซีกข้างเดียวกันทั้งสองตา (Homonymous Hemianopia) นอกจากนี้ยังมีการมองเห็นภาพซ้อน มองไม่เห็น มองเห็นไม่ชัด หรือกระยะไม่ถูก ซึ่งความผิดปกติดังกล่าวจะทำให้เกิดอุบัติเหตุขึ้นง่าย ตลอดจนมีผลต่อความสมดุลในการนั่งและยืน

1.5 ความผิดปกติเกี่ยวกับสติปัญญา (Intellectual Deficits) ที่พบบ่อยได้แก่ การลืม (Amnesia) ขาดสมาธิ (Short Attention Span) ผู้ป่วยจะถูกเบี่ยงเบนความสนใจได้ง่าย (Easily Distractible) การตัดสินใจไม่ดี ขาดความสามารถในการคำนวณ นอกจากนี้การมีเหตุผลและมีจินตนาการผิดปกติไปอีกทั้งผู้ป่วยไม่สามารถเชื่อมโยงการเรียนรู้ให้เข้ากับสถานการณ์จริงได้ ความผิดปกติดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับรู้ข้อมูลต่าง ๆ ได้ทั้งหมด ผู้ป่วยไม่สามารถแก้ปัญหาต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันและไม่สามารถหลบหลีกอันตรายต่าง ๆ ได้

1.6 ความผิดปกติเกี่ยวกับการรับสาร ผู้ป่วยโรคนี้ส่วนใหญ่มักไม่สามารถกลืนบัสสาวะได้ แต่ในบางรายอาจมีบัสสาวะคั่งค้างไม่สามารถถ่ายบัสสาวะได้หมด เนื่องจากความตึงตัวของกล้ามเนื้อบริเวณกระเพาะบัสสาวะลดลง ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถถ่ายบัสสาวะได้เอง สำหรับความผิดปกติของการขับถ่ายอุจจาระนั้น พบว่าผู้ป่วยจะเกิดปัญหาในเรื่องท้องผูก ขับถ่ายลำบาก

1.7 ความผิดปกติเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ ความผิดปกติที่พบคือ ความต้องการทางเพศลดลง ทั้งในเพศหญิงและเพศชาย กล่าวคือ อวัยวะเพศไม่แข็งตัวในเพศชาย และไม่รู้สึกลึถึงจุดสุดยอดในเพศหญิงนอกจากความผิดปกติดังกล่าวแล้ว ยังอาจพบภาวะแทรกซ้อนทางร่างกายอื่น ๆ เช่น การยืดติดของข้อและเอ็นต่าง ๆ ที่พบบ่อยคือ ข้อเท้า ข้อสะโพก ข้อเท้า นอกจากนี้ยังมีการเหี่ยวลีบของกล้ามเนื้อ กระดูกโป่งบาง ความดันโลหิตต่ำ แผลกดทับ

2. ปัญหาด้านจิตใจ เมื่อผลกระทบของการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยมีการทำงานในส่วนต่าง ๆ ของร่างกายบกพร่องหรือสูญเสียดังที่กล่าวมาแล้ว ซึ่งจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเสียคุณค่าและความเป็นตัวของตัวเองอย่างมาก (Miller, 1983) ซึ่งปัญหาด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พบบ่อย มีดังนี้

2.1 ความซึมเศร้า (Depression) ซึ่งพบได้เป็นประจำในผู้ป่วยโรคนี้ทั้งในระยะเฉียบพลันและระยะเรื้อรัง จากการศึกษาของ โรบินสัน และไพรซ์ (Robinson & Price, 1982

อ้างถึงใน ศรีรัตน คัมลิน, 2546) ได้ศึกษาติดตามผลกระทบด้านจิตสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 103 ราย โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก พบว่า ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานและเกิดภาวะซึมเศร้ามากที่สุด ร้อยละ 70 โดยภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และภาวะที่เกิดขึ้นสูงสุดในช่วง 6 เดือน ถึง 2 ปี ภายหลังการเกิดโรค อาการซึมเศร้าหลังจากป่วยด้วยโรคนี้แบ่งออกได้เป็น 3 ระดับ คือ

2.1.1 อาการซึมเศร้าเล็กน้อย คือ มีอารมณ์เศร้า สีหน้าไม่สบายใจบซึมเศร้าและจะมีผลกระทบต่อร่างกายร่วมด้วย คือ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด อ่อนเพลีย

2.1.2 อาการซึมเศร้าปานกลางจะรุนแรงขึ้นจากอาการซึมเศร้าเล็กน้อยจนถึงขั้นกระทบกระเทือนต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ อาการมีดังนี้ อารมณ์เศร้า รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า อารมณ์หงุดหงิดง่าย บางครั้งมีความวิตกกังวล โกรธง่าย ก้าวร้าว มีความสนใจแคบ ไม่มีสมาธิ มีความคิดที่จะฆ่าตัวตายบ่อยครั้ง และมีผลกระทบต่อร่างกายเหมือนกับอาการซึมเศร้าเล็กน้อย แต่อาการจะรุนแรงกว่า

2.1.3 อาการซึมเศร้าอย่างรุนแรง ซึ่งจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยทั่วไปอย่างเห็นได้ชัด ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันเองได้ จะถอยหนีจากโลกของความเป็นจริง คิดฆ่าตัวตาย อาจมีประสาทหลอน หรือหลงผิด

2.2 ความกลัว (Fear) เป็นพฤติกรรมทางจิตที่ปกติของมนุษย์และสัตว์ทุกชนิดที่ใช้ในการปรับตัวต่อภาวะเครียด หรือเป็นความรู้สึกตอบสนองทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ เพื่อป้องกันตนเองจากอันตรายที่เกิดขึ้น ความกลัวจะเกิดขึ้นทันที เมื่อได้รับการกระตุ้น แต่จะคงอยู่ในช่วงสั้น ๆ เท่านั้น แล้วก็จะหายไปถ้าไม่ได้รับการกระตุ้นอีก ยิ่งความกลัวในโรคนี้จะออกมาในรูปของกลัวตาย กลัวการถูกทอดทิ้ง ฯลฯ

2.3 ความกังวล (Anxiety) เป็นปฏิกิริยาของมนุษย์ต่อสิ่งที่ไม่มีความแน่นอนในขณะนั้น เกิดภาวะกดดัน ทำให้ตึกเครียดไม่สบายใจ หวาดหวั่น รู้สึกว่าจะมีอันตรายเกิดขึ้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตามระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ในผู้ป่วยโรคที่เกิดจากความซบเซาจิตใจ ชัดแย้งในใจ และความเครียดที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น

2.4 ความก้าวร้าว (Aggression) เป็นการกระทำในลักษณะของการทำร้ายหรือเป็นคำพูดที่รุนแรงต่อบุคคลหรือสิ่งแวดล้อม อย่างขาดความยับยั้งชั่งใจ ผู้ป่วยมักจะแสดงอารมณ์ในรูปของการทำร้าย เช่น ขว้างปาข้าวของ ทำร้ายตนเอง เป็นต้น การแสดงออกเช่นนี้เป็นการแสดงออกถึงความรู้สึกต่อการตำราไว้ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ต้องการได้รับความเอาใจใส่หรือสนใจจากผู้ดูแล หรือครอบครัว หรือบุคคลรอบข้าง

2.5 ความสูญเสีย (Loss) โดยปกติมนุษย์และมนุษย์สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมักจะพึ่งพาผู้อื่นจะเกิดความรู้สึกสูญเสียในด้านต่าง ๆ มากมาย เช่น การสูญเสียความรู้สึกที่เป็นปกติ การสูญเสียความซุสบายทางร่างกาย การสูญเสียหน้าที่อวัยวะของร่างกาย การสูญเสียความสามารถในการพึ่งตนเอง การสูญเสียความพึงพอใจในตนเองและอัตมโนทัศน์ และสูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเองในการเผชิญความไม่แน่นอนของเหตุการณ์ในอนาคต

3. ปัญหาด้านสังคม เนื่องจากความเจ็บป่วยและความพิการของร่างกายที่หลงเหลืออยู่ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีโอกาสติดต่อกับบุคคลอื่นในสังคม การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง ประกอบกับผู้ป่วยมีปัญหาด้านจิตใจด้วยยังทำให้ผู้ป่วยขาดการติดต่อกับสังคม (Social Deprivation) ดังนั้นจึงเกิดปัญหาตามมาดังนี้ (นภาพรณี แก้ววรรณ, 2533)

3.1 การเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพของผู้ป่วยและญาติในครอบครัว ซึ่งส่วนมากจะเป็นไปในรูปการเหินห่าง สาเหตุมาจากอารมณ์และพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วย เมื่อญาติพูดคุยด้วยหรือให้การดูแลผู้ป่วยจะรู้สึกว่าไม่ถูกใจตนเอง ความรู้สึกนี้จะทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องการที่จะพูดคุยหรือได้รับการดูแลจากญาติ สัมพันธภาพที่ผู้ป่วยแสดงออกต่อญาติยังดูห่างเหิน นอกจากนี้พฤติกรรมที่ญาติแสดงออกต่อผู้ป่วย จะมีผลกระทบต่อสัมพันธภาพด้วย เช่น ญาติหมดความอดทนที่จะยอมรับอารมณ์และพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วย จึงปลื้งตัวออกมา หรือญาติที่ต้องทำงานเพิ่มขึ้นเพื่อหารายได้มาจุนเจือครอบครัว ที่ไม่มีเวลาในการพูดคุยและดูแลผู้ป่วยน้อยลง ซึ่งสาเหตุดังกล่าวล้วนแต่มีผลทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองถูกทอดทิ้ง

3.2 การเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพของผู้ป่วยกับสังคม ซึ่งจะออกมาในรูปการห่างเหินหรือเสื่อมทราลง เช่นเดียวกัน จากสาเหตุหลายประการ เช่น ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองให้ปฏิบัติตามแบบแผน ขนบธรรมเนียมประเพณีของสังคมได้ ทำให้ญาติรู้สึกอับอายและเป็นภาระที่จะต้องคอยควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วย จึงไม่ค่อยพาผู้ป่วยออกมาสังสรรค์กับโลกภายนอก เหตุผลอีกประการหนึ่งคือ ผู้ป่วยรู้สึกอายที่ตนพิการและเจ็บป่วยเรื้อรัง จึงทำให้ไม่อยากเข้าสังคม นอกจากนี้ค่านิยมของสังคมปัจจุบันจะยกย่องและให้ความสำคัญกับผู้ที่แสดงความสามารถจนเป็นที่ประจักษ์แก่สังคม จึงยิ่งทำให้คุณค่าของผู้ป่วยลดลงและการยอมรับจากสังคมก็ลดลงเช่นเดียวกัน ปัญหาดังกล่าวทำให้สังคมของผู้ป่วยแคบลง ขาดสิ่งสนับสนุนกำลังใจในขณะเผชิญภาวะเครียด ดังนั้นจึงเป็นการยากที่ผู้ป่วยจะปรับตัวได้ ทำให้รู้สึกหว่าเหวขาดที่พึ่ง สิ้นหวังและซึมเศร้าได้ง่ายมากขึ้น

3.3 การเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัว จากการเจ็บป่วยเรื้อรังและความพิการ จะส่งผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลงบทบาทของผู้ป่วยในครอบครัว เช่น จากการที่เคยพึ่งพาตนเองได้หรือเป็นที่พึ่งของผู้อื่นก็ต้องพึ่งพาผู้อื่น หากเดิมผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัว ซึ่งหาเลี้ยงครอบครัวตลอดจนตัดสินใจปัญหาต่าง ๆ ในครอบครัวด้วยตนเอง แต่หลังป่วยตนกลายเป็นบุคคลที่ครอบครัวจะต้องหาเลี้ยงและในบางครั้งครอบครัวยังต้องช่วยตัดสินใจปัญหาในตนเองอีกด้วย ยิ่งทำให้ผู้ป่วยคับข้องใจและหากไม่สามารถยอมรับบทบาทใหม่ได้ก็ยิ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผิด ละอายใจ และรู้สึกว่าตนไร้ค่าที่ไม่สามารถรับผิดชอบครอบครัวได้เหมือนเดิม การเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัวนี้จะส่งผลกระทบด้านเศรษฐกิจและสัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวอีกด้วย ซิลลิแมน และคณะ (Silliman et al., 1987, p. 200) รายงานว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้อื่น

3.4 การเปลี่ยนแปลงบทบาทในสังคมก็เช่นเดียวกัน หากเดิมผู้ป่วยเป็นหัวหน้าวางแผนควบคุม ตลอดจนสั่งงานลูกน้อง แต่หลังป่วยนอกจากจะไม่สามารถรับผิดชอบบทบาทเดิมได้แล้ว อาจต้องย้ายไปอยู่ในตำแหน่งที่ไม่มีความสำคัญอะไรเลย หรืออาจต้องออกจากงานเลยก็ได้ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่มั่นคงในชีวิตมากขึ้น

4. ปัญหาด้านจิตวิญญาณ เนื่องจากความเจ็บป่วยและผลกระทบด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ทำให้ผู้ป่วยบางคนเกิดความสงสัยในความเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นว่า ทำไมต้องเกิดขึ้นกับตนทั้งที่ตนเองทำความดีมาตลอด และเกิดความสงสัยในความสัมพันธ์กับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนเองนับถือ ทำให้เกิดความบีบคั้นทางจิตวิญญาณ (Ferrell et al., 1998) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาหรือ การปฏิบัติตามความเชื่อต่าง ๆ ทำให้เกิดความบีบคั้นทางจิตวิญญาณได้เช่นกัน นอกจากนี้การที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและต้องใช้เวลาในการรักษานาน ผู้ป่วยรู้สึกหมดกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรคเพื่อให้มีชีวิตอยู่ ไม่สามารถค้นหาความหมายของชีวิตได้ (Narayanansany, 1995)

ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองต่อครอบครัว

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัว คือ บุคคลในครอบครัวต้องให้การดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วยนั้น (วิลลาร์ดน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2538) เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตจะมีความพิการหลงเหลือ ทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง จำเป็นที่จะต้องพึ่งพาบุคคลในครอบครัวในการช่วยเหลือในการประกอบกิจวัตรประจำวันในส่วนที่ผู้ป่วยไม่สามารถตอบสนองเองได้ ซึ่งการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีผลกระทบต่อความผาสุกของครอบครัว และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง

ต่อครอบครัวพบว่ามียาละเอียดดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย ข้อจำกัดด้านร่างกายเป็นปัญหาที่ทำให้ครอบครัวไม่สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเพียงพอ (Ade-Ridder, n.d. อ้างถึงใน สุนันทา ทองวัฒน์, 2540) โดยเฉพาะ บุคคลในครอบครัวที่อยู่ในวัยสูงอายุและผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ ทั้งนี้เพราะ การดูแลผู้ป่วยจะต้องอาศัยทั้งกำลังกายและกำลังสติปัญญา หากผู้ให้การดูแลในครอบครัว มีสุขภาพไม่แข็งแรงยิ่งจะทำให้สุขภาพทรุดโทรม (ธัญญาภรณ์ ดาวันพแก้ว, 2547) และจากการศึกษาของ สุตศิริ หิรัญขุนทด (2541) พบว่าการดูแลผู้ป่วยเกือบตลอดเวลา ทำให้ผู้ดูแล พักผ่อนไม่เพียงพอ เนื่องจากมีกิจกรรมในช่วงกลางคืน ปวดเอว ปวดหลังในการช่วยเหลือผู้ป่วย ในการเคลื่อนไหวน ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้า อ่อนเพลียไม่สุขสบาย

2. ผลกระทบด้านจิตใจ ภาระงานที่ครอบครัวต้องทำให้ผู้ป่วย ประกอบกับงานและชีวิต ส่วนตัวของครอบครัวที่มีอยู่เดิม ทำให้เกิดความเครียดในการดูแลได้ ผู้ดูแลบางรายจะรู้สึกว่าถูกแยก ออกจากสังคม มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย รู้สึกไม่พอใจ ชื่นเคืองที่ถูกทิ้งให้ดูแล ผู้ป่วยตามลำพัง บางรายอดทนไม่ได้รู้สึกเบื่อหน่ายและรำคาญ รู้สึกโกรธและฉุนเฉียวได้ง่าย บางรายรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าน้อย สูญเสียความเป็นส่วนตัว รู้สึกเหมือนถูกผูกติดไว้กับผู้ป่วยขาด ความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เบื่อหน่ายในการดูแล ท้อแท้หมดกำลังใจ ถ้าผู้ดูแลไม่ได้ รับการดูแลหรือช่วยเหลืออย่างถูกต้อง อาจทำให้เกิดความผิดปกติทางจิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม และมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแล (จินตนา สมนึก, 2540)

3. ผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ บุคคลในครอบครัวที่เป็นผู้ให้การดูแลส่วนใหญ่จะมัก เปลี่ยนแปลงบทบาทจากเดิม เช่น ภรรยาที่เป็นผู้ให้การดูแลจะต้องทำหน้าที่เป็นผู้นำครอบครัว แทนสามีที่เจ็บป่วย ซึ่งหน้าที่และความรับผิดชอบที่เพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ดูแลมีปัญหาในการแสดง บทบาท โดยเฉพาะผู้ดูแลที่ไม่ได้เรียนรู้เกี่ยวกับวิธีดูแลผู้ป่วยจะทำให้ไม่มั่นใจในการดูแล ประกอบกับความคาดหวังในบทบาทของผู้ดูแลจากญาติหลาย ๆ คน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความล้าสั่น ไม่สามารถกระทำการต่าง ๆ ให้เป็นไปตามความต้องการหรือความคาดหวังของทุกฝ่ายได้ เมื่อผู้ดูแลไม่สามารถจัดการต่อปัญหาที่เกิดขึ้นบ่อยครั้ง บุคคลในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลจะรู้สึก ถูกคุกคามและอาจใช้การเผชิญปัญหาแบบถอยหนีได้ (ฟาริดา อิบราฮิม, 2539)

4. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยมักจะมากขึ้นตามสภาวะ การดำเนินของโรค ดังนั้นผู้ให้การดูแลที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจจึงเป็นอุปสรรคอย่างยิ่งในการให้ ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นความช่วยเหลือในด้านค่ารักษาพยาบาล การเดินทาง เลือเสื้อผ้า หรืออาหาร

แนวคิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-Esteem) เป็นส่วนประกอบหนึ่งของอัตมโนทัศน์ บางครั้งใช้คำว่าความนับถือตนเอง (Self-Respect) ความเห็นพ้องด้วยตนเอง (Self-Appraisal) การปกป้องตนเอง (Self-Regard) การยอมรับตนเอง (Self-Image) ความรู้สึกถึงคุณค่าของตนเอง (Self-Worth) จากการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับความรู้สึกในตนเอง ได้มีผู้ให้คำจำกัดความและความหมายของคำว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่มีความแตกต่างหรือคล้ายคลึงกันดังต่อไปนี้

โรเซนเบิร์ก (Rosenberg, 1965) ได้ให้ความหมายว่า เป็นทัศนคติที่พอใจหรือไม่พอใจในตนเอง ซึ่งจะเป็นความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับความนับถือตนเอง และคิดว่าตนเองมีคุณค่า

คูเปอร์สมิท (Coopersmith, 1967 อ้างถึงใน กฤติยาพร โยโนนาค, 2542) ให้ความหมายว่า เป็นการพิจารณาตัดสินคุณค่าของตนตามความรู้สึก และเจตคติที่มีบุคคลนั้นมีต่อตนเอง

แบรนเดน (Branden, 1983) ให้ความหมายว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นความรู้สึกและที่สามารถทำได้ และพื้นฐานของความรู้สึกมีคุณค่าที่ส่งผลให้ประสบการณ์กระทำของเขานั้นประสบความสำเร็จ

ไมเซนเฮลเดอร์ (Meisnhelder, 1985 อ้างถึงใน กฤติยาพร โยโนนาค, 2542) ให้ความหมายว่า การประเมินคุณค่าในตนเองของบุคคลที่ได้จากการเปรียบเทียบระหว่างตนในอุดมคติและตนที่ได้จากปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลอื่น

สจวต และลันดีน (Stuart & Sundeen, 1995) ให้ความหมายว่า เป็นเรื่องเฉพาะตนในการตัดสินคุณค่าและความรู้สึกยอมรับต่อตนเอง

คาริเพนนิโต (Caripenito, 1997 อ้างถึงใน กฤติยาพร โยโนนาค, 2542) กล่าวว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นบุคลิกลักษณะหนึ่งของบุคคลที่จะมีการตัดสินความมีคุณค่าในตนเอง จากการประเมินตนเองในเรื่องความสามารถและการยอมรับของสังคม

ทัศนากุญทอง (2535) กล่าวว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นการเปรียบเทียบความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเองในปัจจุบันกับคุณค่าที่ตนปรารถนา

จากความหมายของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่ได้รวบรวมข้างต้น จะเห็นได้ว่าผู้ให้ความหมายของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองให้คล้ายคลึงกัน สรุปได้ว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง ทัศนคติที่พอใจหรือไม่พอใจในตนเอง เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับความนับถือตนเองของผู้ป่วย และคิดว่าตนเองมีคุณค่าโดยการพิจารณาตัดสินคุณค่าของตนเองตามความรู้สึกและเจตคติที่มีต่อตนเองว่ามีความหมาย ความสามารถ ยอมรับและพึงพอใจตนเอง

พัฒนาการของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

พัฒนาการความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นปรากฏการณ์ของการเรียนรู้ ที่ถูกพัฒนามาตั้งแต่วัยเด็กจนตลอดช่วงอายุขัยของมนุษย์ โดยเริ่มตั้งแต่เป็นทารกหลังเกิดได้ไม่นาน เริ่มจากการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง ซึ่งกระบวนการพัฒนาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเป็นกระบวนการเรียนรู้ตลอดชีวิต (Circuch & Straub, 1983) และพัฒนาตามลักษณะในแต่ละวัยและวุฒิภาวะ หรือพัฒนาตามขั้นตอนพัฒนาการ 8 ขั้นตอน (Townsend, 2000; สุทธิณี พักวิสัย, 2545) ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 ความไว้วางใจและความไม่ไว้วางใจในผู้อื่น (Trust-Mistrust) เริ่มตั้งแต่ทารกแรกเกิดจนถึง 1 ขวบครึ่ง ถ้าในขั้นตอนนี้ได้รับการตอบสนองที่สมดุลง จะทำให้ทารกพัฒนาความรู้สึก มีความหวัง ซึ่งเป็นความรู้สึกที่มีคุณค่าต่อตนเองของมนุษย์ เป็นพลังผลักดันให้มนุษย์ต่อสู้อุปสรรคต่าง ๆ

ขั้นตอนที่ 2 ความเป็นตัวของตัวเองกับความละอายใจและไม่แน่ใจ (Autonomy-Shame and Doubt) เริ่มตั้งแต่ 1 ขวบครึ่งถึง 3 ขวบ โดยการเลี้ยงดูที่ถูกต้องเด็กจะเติบโตขึ้นเป็นผู้ใหญ่ที่รู้จักควบคุมตนเอง มีความเป็นตัวของตัวเองตามความเหมาะสม มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง รู้จักตัดสินใจได้ด้วยตนเอง

ขั้นตอนที่ 3 ความคิดริเริ่มและความรู้สึกผิด (Initiative-Guilt) เริ่มตั้งแต่ 3 ขวบถึง 6 ขวบ เป็นระยะที่เด็กรู้จักใช้ความคิดริเริ่ม มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ความสมดุลระหว่างความริเริ่มและความรู้สึกผิด เป็นคนที่กล้าเผชิญความเป็นจริงของตนเองและชีวิต

ขั้นตอนที่ 4 ระยะเวลาฝึกทักษะในสังคมและการเกิดปมด้อย (Industry-Inferiority) เริ่มตั้งแต่ 6 ขวบถึง 12 ขวบ เป็นระยะที่เด็กเริ่มออกสู่สังคมนอกบ้านเริ่มฝึกฝนทักษะ เรียนรู้ว่าการสำเร็จเป็นสิ่งที่น่าภาคภูมิใจ ซึ่งจะช่วยพัฒนาความสำนึกในคุณค่าของตนเองให้เพิ่มสูง

ขั้นตอนที่ 5 การสร้างเอกลักษณ์แห่งตน และความสับสนในเอกลักษณ์แห่งตน (Identity-Identity Confusion) อายุ 12 ปีถึง 20 ปี เป็นระยะที่แสวงหาเอกลักษณ์ของตนเอง มีความเป็นตัวของตัวเองในการตัดสินใจ

ขั้นตอนที่ 6 ความใกล้ชิดผูกพันและความโดดเดี่ยว (Intimacy-Isolation) เริ่มตั้งแต่ 20 ปีถึง 40 ปี ถ้าขั้นตอนนี้มีความสมดุลจะทำให้เป็นคนมีมิตรรักดี ลักษณะเอื้ออาทรต่อกัน

ขั้นตอนที่ 7 การบำรุงส่งเสริมคนอื่นและการพะวงเฉพาะตน (Generativity-Self Absorption) เริ่มตั้งแต่ 40 ปีถึง 60 ปี เป็นวัยที่มีคุณสมบัติของความเอื้ออาทรที่แท้จริง ทั้งพอใจในชีวิต เห็นตนเองมีคุณค่ามีความสำคัญ ผู้ที่มีความสมดุลในขั้นตอนนี้จะพัฒนาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มสูงขึ้น

ขั้นตอนที่ 8 ความมั่นคงทางใจและความสิ้นหวัง (Integrity-Despair) เริ่มตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในขั้นตอนนี้ถ้าบุคคลยอมรับทั้งความสำเร็จและความล้มเหลวของชีวิตตนเอง มีความพอใจในชีวิต จะรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แต่ถ้าบุคคลยังมีความรู้สึกอาลัยอาวรณ์ มีความรู้สึกสูญเสีย จะทำให้บุคคลรู้สึกสูญเสียความภาคภูมิใจในตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะลดต่ำลง

แต่อย่างไรก็ตาม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ โดยเกิดขึ้นเฉพาะตัวบุคคลหรือจากสถานการณ์ต่าง ๆ โดยที่ บัตเลอร์ (Butler, 1994) ใช้คำว่า "ความไม่คงที่ของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง" ซึ่งเป็นปฏิกิริยาของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่อบริบทและสถานการณ์ โดยปกติความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะลดลงไปตามสถานการณ์ โดยที่ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นส่วนหนึ่งของการรับรู้ต่อการเจ็บป่วย ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการปรับตัว แต่ถ้าไม่สามารถปรับตัวได้ก็จะมีความรู้สึกในทางลบต่อตนเองเป็นเวลานาน และมีชีวิตอยู่ด้วยความรู้สึกที่ไร้ค่า (Barry, 1989) ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นตัวแปรสำคัญในการตอบสนองต่อภาวะจิตสังคมของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Kate, Robin & Devins, 1995) และเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญที่สุดของความต้องการทางด้านจิตใจ ถ้าขาดซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะมีผลกระทบต่อชีวิตในทุกด้าน มีการศึกษาน้อยมากเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีมุมมองควบคู่ไปกับอาการซึมเศร้าและปัจจัยที่ส่งผลการเกิดภาวะซึมเศร้า (Chang & Machenzie, 1998) ดังเช่นการศึกษาของ ฮีทเธอร์ตัน (Heatherton, 1991) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับการไร้สมรรถภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เซงค์ และเมเซนซี (Chang & Machenzie, 1998) พบว่า ความเจ็บป่วยทางร่างกายของโรคหลอดเลือดสมอง มีผลทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ และเกิดภาวะซึมเศร้าจากการไร้สมรรถภาพ

จากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง สภาพร่างกายไม่เอื้ออำนวยต่อการทำงาน ทำให้บทบาทในการเป็นผู้หารายได้ให้กับครอบครัวหมดไป บทบาทความเป็นบิดามารดาลดลง และเมื่อจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน ขาดความใกล้ชิดกับบุตรหลานหรือครอบครัว ทำให้สัมพันธภาพของผู้ป่วยกับบุคคลในครอบครัวลดลง ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกวิตกกังวล เศร้าหมอง ขาดความเคารพตนเอง ไม่พอใจตนเอง คิดว่าตนเองเป็นคนไม่มีคุณค่า (อรพรรณ ทองแดง, 2534) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าบุคคลที่มีลักษณะความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำจะมีลักษณะดังนี้ คิดว่าตนเองไม่มีความสำคัญ ไม่ใช่เป็นบุคคลที่คนอื่นชอบหรือไม่เห็นเหตุผลที่คนอื่นมาชอบตนเอง (Dinkmeyer, 1965; Branden, 1997) ไม่สามารถทำอะไรได้หลายอย่างที่อยากจะทำหรือทำตามแนวทางที่คิดจะเป็น ไม่แน่ใจในความคิด

และความสามารถของตนเอง เห็นค่าความคิดเห็นของบุคคลอื่น คิดว่าไม่มีใครสนใจตนเอง ขาดความสามารถในการแก้ปัญหา (Boyd & Nihart, 1998) ผลที่ตามมาหลังจากความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำคือ สูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง สูญเสียบทบาททางสังคม ไม่ยอมรับข้อมูลใหม่ ๆ รวมทั้งข้อมูลทางด้านสุขภาพเนื่องจากมีความเชื่อว่าตนเองไม่มีความสามารถที่จะเรียนรู้ได้ (Boyd & Nihart, 1998; Norris & Kunes, 1985; Watson & Bell, 1990) การมีความรู้สึกมีคุณค่าต่ำลงทำให้บุคคลขาดแรงจูงใจในการกระทำและปฏิบัติในการดูแลตนเองไม่สามารถจัดการเกี่ยวกับปัญหาความยุ่งยากในชีวิต ขาดการนับถือตนเอง ดังนั้นความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจึงเป็นเครื่องชี้วัดของภาวะสุขภาพจิต คุณภาพชีวิต ซึ่งสามารถบ่งบอกถึงความสามารถในการปรับตัวในขณะที่ได้รับการเจ็บป่วย (Carpender, 1996)

ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

อายุ การยอมรับในคุณค่าของตนเองจะเพิ่มขึ้นตามอายุ และจะมีการเปลี่ยนแปลงอีกครั้งในวัยสูงอายุ หรือจากการสูญเสียความสามารถทางด้านร่างกายในการเคลื่อนไหวและช่วยเหลือตนเองลดลง จากการศึกษาของ วราณี เพ็ชรสงฆ์ (2542) ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่า ปัจจัยด้านอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยแสดงว่า อายุยิ่งมากขึ้น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองยิ่งลดลงซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บรุคฮาร์ด (Burckhardt, 1985) ในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบพบว่า อายุ มีผลทางอ้อมต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองแต่มีผลโดยตรงต่อการสูญเสียความสามารถทางด้านร่างกาย เมื่อความสามารถทางด้านร่างกายในการทำหน้าที่บกพร่องผู้ป่วยโรคข้ออักเสบจะมีความไวต่อการสูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ ฮิลตัน (Hilton, 2002) ที่ศึกษาโรคหลอดเลือดสมองในผู้หญิงสูงอายุ พบว่า ผู้ป่วยรู้สึกกลัว และรู้สึกสูญเสีย กลัวเป็นภาระของครอบครัว ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง

สถานภาพสมรส จากการศึกษาของ บาร์ลอน (Barron, 1987 cited in Miller, 1992) ศึกษาความสัมพันธ์ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะอารมณ์กับเหตุผลของการหย่าร้างในสตรีที่หย่าร้าง 58 ราย พบว่าการหย่าร้างคุกคามต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกซึมเศร้าและรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ

สัมพันธภาพของครอบครัว ครอบครัวเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดในการดูแลอบรมเลี้ยงดู และดูแลรักษา เมื่อบุคคลอยู่ในภาวะสุขภาพดีและภาวะเจ็บป่วย ครอบครัวจึงมีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อภาวะสุขภาพของบุคคลและการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดชีวิต ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ เกิดแรงจูงใจ รู้สึกมีคุณค่า ปฏิบัติตน

ให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Anderson, 1995) จากการศึกษาของ วราณี เพ็ชรสงฆ์ (2542) ที่ศึกษาที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่า การสนับสนุนของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองได้ โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์และด้านสิ่งของบริการจากครอบครัวและญาติ พี่น้อง ครอบครัวจะช่วยเหลือในด้าน การให้ข้อมูล การดูแลให้รับประทานยา ซึ่งถ้าหากได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมาก จะส่งผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของ ไซอองอิง (Xiaoying, 1999) ที่ศึกษาการสนับสนุนของครอบครัวและการช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนที่ดีในการช่วยให้ผู้ป่วยพยายามช่วยเหลือตนเองนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง เป็นแรงจูงใจและสร้างองค์ความรู้และทักษะ ความต้องการดูแลช่วยเหลือตนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น

ระดับความรุนแรงของโรค จากการศึกษาของ บรุคฮาร์ด (Burckhardt, 1985) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบจำนวน 94 รายพบว่าความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งแสดงว่าเมื่อความรุนแรงของโรคมากขึ้นความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองยิ่งต่ำลง

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จากการศึกษาของของ บรุคฮาร์ด (Burckhardt, 1985) พบว่าการไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง จะมีผลโดยตรงต่อการลดลงของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

แนวคิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ

ความหมายจิตวิญญาณ

บรู๊ค (Brooke, 1987) ให้ความหมายจิตวิญญาณ หมายถึง สิ่งที่อยู่เหนือของบุคคลเกี่ยวกับตนเองในเรื่องของความหมายของชีวิต เป็นสิ่งที่บุคคลสามารถรับรู้ได้ด้วยตนเองและผสมผสานไปกับร่างกาย จิตสังคม ขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม เป็นความต้องการในส่วนลึกที่สุด ทำให้บุคคลสามารถกระทำไปอย่างมีเป้าหมาย

คาร์สัน (Carson, 1989) ให้ความหมายจิตวิญญาณ หมายถึง แก่นของความเป็นตัวตนในฐานะบุคคลเท่าที่บุคคลนั้นเป็นอยู่ และสิ่งที่จะเป็น เป็นเป้าหมายในชีวิตของบุคคลที่ในการดำรงชีวิต เป็นความรู้สึกที่ได้สัมผัสกับพระเจ้า เป็นแรงจูงใจให้บุคคลเห็นในคุณค่าของความรัก ความหวังและความเป็นจริง เป็นความศรัทธาของบุคคลต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ทำให้เกิดความสุขและความสมหวังในชีวิต

ไฮฟิลด์ (Highfield, 1992) ให้ความหมายจิตวิญญาณ หมายถึง มิติหนึ่งของบุคคลที่เป็นพลังของชีวิต เป็นการยอมรับตนเอง การไว้วางตนเองของบุคคล โดยการให้ความหมายและเป้าหมายในชีวิตการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น โดยมีความรัก ความไว้วางใจ การให้อภัย โดยไม่มีเงื่อนไขและการมีความหวังซึ่งจิตวิญญาณ ไม่จำเป็นจะต้องเกี่ยวกับศาสนาก็ได้

รอส (Ross, 1995) ให้ความหมายจิตวิญญาณ หมายถึง ความเข้าใจในความหมายของชีวิต เป้าหมายของชีวิต ความสำเร็จ ความหวังในชีวิต ความเชื่อและความศรัทธา ทำให้เข้าใจในสุขภาพและความผาสุก

ไรท์ (Wright, 1996) ให้ความหมายจิตวิญญาณ หมายถึง ความเชื่อและประสบการณ์ที่สำคัญที่สุดของแต่ละบุคคล เป็นความรู้สึกที่อยู่ลึกซึ้งในทั้งหมดในการให้ความหมายและการติดต่อกับสิ่งเหนือตนเอง

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถานปี พ.ศ. 2525 ยังไม่ได้บัญญัติคำว่า "จิตวิญญาณ" แต่ให้ความหมายของคำว่า "จิต" และ "วิญญาณ" ไว้ดังนี้ "จิต" หมายถึง ใจ สิ่งที่มีหน้าที่รู้คิดและนึก "วิญญาณ" หมายถึง สิ่งที่อยู่ภายในตน ทำให้เป็นบุคคลขึ้น เมื่อร่างกายเบียดเบียนแล้วก็ยังอยู่ต่อไป

ประเวศ วะสี (2544) ให้ความหมาย จิตวิญญาณ คือ ส่วนรวมของร่างกาย จิตสติปัญญาและสังคมเข้าเป็นหนึ่งเดียวกันและเกี่ยวข้องกับค่านิยม ความเชื่อ ปรัชญาในการดำเนินชีวิต สิ่งศักดิ์สิทธิ์ สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ

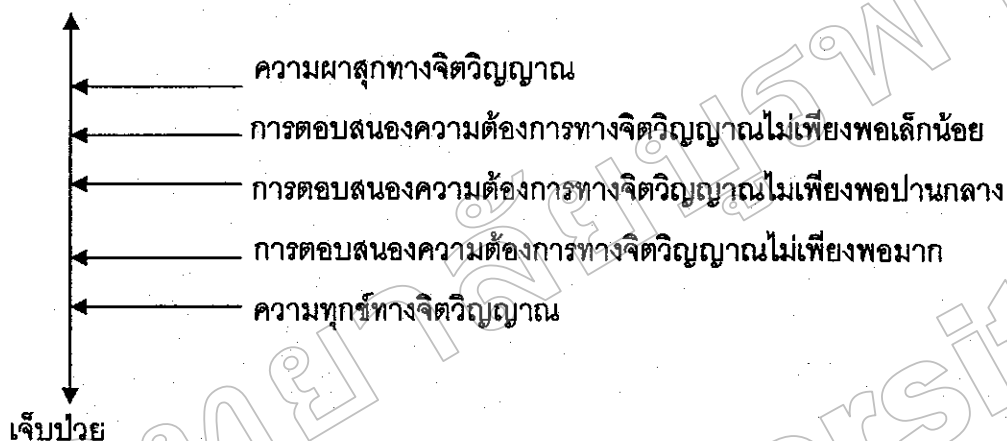
ฉวีวรรณ ลัตยธรรม (2541) ให้ความหมาย จิตวิญญาณ คือ ความเป็นตัวตนของมนุษย์ในส่วนที่ลึกสุด ซึ่งเชื่อว่ามีพลังในตนเองที่ทำให้เกิดอำนาจในการสร้างสรรค์อยู่นอกเหนือความเป็นมนุษย์

นอกจากนี้การให้ความหมายดังกล่าวแล้วยังมีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับจิตวิญญาณอีกมากซึ่งผู้วิจัยได้รวบรวมและสรุปได้ดังนี้ จิตวิญญาณ เป็นความรู้สึกส่วนลึกของบุคคลที่เป็นแก่นแท้และส่วนสำคัญของบุคคล เป็นแรงผลักดันให้บุคคลกระทำพฤติกรรมอย่างมีความหมาย และกระตุ้นให้บุคคลค้นหาจุดหมายและความหมายของชีวิตและการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น รู้จักให้และรับความรักจากผู้อื่น และความรู้สึกเชื่อมโยงกับพระผู้เป็นเจ้าหรือสิ่งนอกเหนือกว่าเอง

โดยปกติมนุษย์มีลักษณะเป็นองค์รวมประกอบด้วยมิติต่าง ๆ ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งมีลักษณะสำคัญคือ ต้องมีภาวะของความต่อเนื่องตั้งแต่ต้นจนกระทั่งเกิดการเจ็บป่วย (ฉวีวรรณ ชัยชนะวิโรจน์, 2543, หน้า 13) เช่นเดียวกับภาวะจิตวิญญาณ ซึ่งมีลักษณะความต่อเนื่อง ตั้งแต่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Spiritual Well-Being) มีการตอบสนองของ

ความต้องการทางจิตวิญญาณไม่พอ (Spiritual Need Deficit) ไปจนกระทั่งขาดการตอบสนอง
ความต้องการทางจิตวิญญาณ หรือ ความทุกข์ทางจิตวิญญาณ (Spiritual Distress) ดังภาพที่ 2

สุขภาพ



ภาพที่ 2 แสดงความต่อเนื่องของภาวะจิตวิญญาณ (อวยพร ตันมยุรกุล, 2534, หน้า 42)

พัฒนาการของจิตวิญญาณ

การเจริญงอกงามของจิตวิญญาณเป็นกระบวนการทางพลศาสตร์ ทำให้บุคคลตระหนักถึงความหมายเป้าหมายและคุณค่าของชีวิต คาร์สัน (Carson, 1989, p. 26) อธิบายว่า การเจริญงอกงามของกระบวนการมี 2 ทิศทาง ซึ่งมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดและเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิตของบุคคล ดังนี้

1. กระบวนการในแนวราบ (Horizontal Process) คือ กระบวนการที่มีกับตนเอง บุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อมเป็นการเจริญงอกงามที่สามารถมีพัฒนาการได้สูงขึ้นไปจนถึงขั้นตระหนักถึงค่านิยมสูงเลืกที่มีอยู่ในความสัมพันธ์ทั้งหลายกับกิจกรรมต่าง ๆ ของชีวิต
2. กระบวนการในแนวสูง (Vertical Process) เป็นพัฒนาการที่ผลักดันให้บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ใกล้ชิดกับสิ่งยึดเหนี่ยวศรัทธา มีพัฒนาการจากพื้นฐานขึ้นสู่ระดับสูง โดยเริ่มจากความต้องการการคุ้มครองจากอำนาจ สิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่พึ่งทางใจ และพยายามพัฒนาให้เข้าถึงและรับใช้พระพุทธรเจ้า / พระเจ้า หรือสัญลักษณ์ไปจนถึงระดับสุดยอดเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันกับธรรมชาติ

พัฒนาการของจิตวิญญาณเริ่มต้นตั้งแต่หญิงตั้งครรภ์ไปจนตลอดช่วงวัยของชีวิต (อวีววรรณ สัตยธรรม, 2541) ตามลำดับ คือ

ระยะหญิงตั้งครรภ์ เป็นกระบวนการที่มีชีวิตใหม่เกิดขึ้นซึ่งการมองกำเนิดของชีวิต อาจจะแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับความแตกต่างของวัฒนธรรมและศาสนา อย่างไรก็ตามหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มักจะมีการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกของการตระหนักถึงชีวิต บางรายเพิ่มความใส่ใจมากขึ้นเกี่ยวกับเจตคติทางศาสนาและมีความรับผิดชอบต่อการดูแลชีวิตใหม่

วัยทารกและวัยเตาะแตะ ในวัยนี้ทารกยังไม่รู้จักถึงความถูกผิดดีงาม แต่จะเป็นรากฐานต่อการพัฒนาการทั้งหลายในอนาคต เมื่อวัยเตาะแตะเด็กจะเริ่มรับรู้วิธีการต่าง ๆ เพิ่มความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและอำนาจ

วัยก่อนเรียน เด็กจะยึดถือการแสดงสิทธิและการมีวินัยเริ่มเรียนรู้ดีเลว และเลียนแบบ

วัยเรียน เด็กเริ่มมีความปรารถนาที่จะเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในการกระทำสิ่งต่าง ๆ อย่างมีศิลปะ เด็กได้รับการสอนสั่ง รับรู้เหตุผล เลือกที่จะศรัทธาและปฏิบัติตามที่ตนศรัทธา

วัยรุ่น เป็นช่วงวัยแห่งความขัดแย้งและต่อต้านเพื่อความกระฉ่างชัด วัยรุ่นต้องการรู้จักตนเองที่ชัดเจนและพัฒนาไปสู่ความจริงใจต่อบุคคลอื่น ต่อพระหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรือต่อระบบความคิดเกี่ยวกับศาสนา

วัยผู้ใหญ่ เป็นช่วงวัยที่มีความพร้อมยอมรับและพัฒนาคุณค่าทางศาสนาในตนเองและมีพัฒนาทางจิตสังคมในระดับก้าวหน้าจนกระทั่งถึงจุดที่สามารถจะอุทิศตนเอง รักและพร้อมที่จะให้เพื่อสนองความต้องการของผู้อื่น

วัยสูงอายุ ด้วยสภาพที่เสื่อมถอยทั้งหลาย ผู้ที่อยู่ในวัยนี้จะต้องพยายามสร้างความสมดุลระหว่างความมั่นคงในจิตใจกับความรู้สึกสูญเสีย ซึ่งต้องอาศัยสติปัญญาด้วยการตระหนักถึงชีวิตคนว่ามีความหมายที่ได้ทำสิ่งที่ดีที่สุดที่สามารถจะทำได้ เช่น การยึดศาสนาเป็นสิ่งที่ยึดเหนี่ยว การปฏิบัติศาสนกิจ บำเพ็ญสมาธิภาวนาเพื่อแสวงหาความอบอุ่นและความมั่นคงทางจิตใจ

พัฒนาการทางจิตวิญญาณที่ได้รับการตอบสนองความต้องการทางจิตวิญญาณอย่างเหมาะสมย่อมทำให้บุคคลนั้นมีภาวะผาสุกทางจิตวิญญาณหรือมีจิตวิญญาณสูงสุด กล่าวคือเป็นภาวะที่มีความสมดุลสูงสุดระหว่างสภาพร่างกายกับสภาวะอื่น ๆ ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นสุข เอิบอิ่ม สมบูรณ์และพึงพอใจทุกสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิต

ความหมายของความผาสุกทางจิตวิญญาณ

พอลูทเชียน และอิริคสัน (Paloutzian & Ellison, 1982) กล่าวว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณ หมายถึง เป็นความรู้สึกของบุคคลว่าตนสามารถดำเนินชีวิตไปตามปกติโดยมีเป้าหมายของชีวิต และมีความสำเร็จตามความประสงค์ เป็นสิ่งที่ชี้ให้เห็นถึงความเข้มแข็งของจิตวิญญาณที่เป็นอยู่ในปัจจุบันของตัวบุคคล

ฮังเกลแมนน์ และคณะ (Hunzelmann, Kenkel-Rossi, Klassen & Stollenwerk, 1987) ให้ความหมายของ ความผาสุกทางจิตวิญญาณว่า หมายถึง ความรู้สึกในความเกี่ยวพันที่มีความสมดุล ระหว่างตนเอง บุคคลอื่น ธรรมชาติ และสิ่งศักดิ์ ที่อยู่ในทุกช่วงเวลาและทุกสถานที่ รวมทั้งสิ่งที่ประสบความสำเร็จจากกระบวนการที่เป็นพลวัตร ซึ่งนำไปสู่ความรับรู้เป็นหมายและความหมายของชีวิตอย่างแท้จริง

แลนดิส (Landis, 1996) ให้ความหมายความผาสุกทางจิตวิญญาณว่า เป็นลักษณะของความเข้มแข็งภายในของบุคคลที่จะเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้น เป็นความพึงพอใจกับชีวิตในการมีความสัมพันธ์กับพระเจ้าหรือสิ่งนอกเหนือธรรมชาติ และมีการรับรู้เกี่ยวกับการมีความหมายในชีวิต

แมซีคังนีย์ เสธียรสต์ (2544) กล่าวว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณ หมายถึง สภาวะจิตใจที่มีความสุข มีความสงบเยือกเย็น และมีความแข็งแรงทางจิตวิญญาณตลอดจนมีภูมิคุ้มกันทางจิตที่มีกระแสดการรับรู้ที่ไวต่อสิ่งที่เข้ามากระทบ รู้ตื่นและเบิกบานกับการทำหน้าที่และการใช้ชีวิต

สุรเกียรติ์ อาชานานภาพ (2543) กล่าวว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณ หมายถึง การมีสติปัญญา สมบูรณ์จิตใจมั่นคง และมีความสงบสุขอยู่ภายใน ปราศจากความกลัว ความวิตกกังวล และความทุกข์ใจใด ๆ

สรุปได้ว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณ หมายถึง เป็นความรู้สึกของบุคคลว่าตนสามารถดำเนินชีวิตโดยมีเป้าหมายของชีวิต และประสบความสำเร็จ มีความพึงพอใจกับชีวิตในการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น หรือกับสิ่งนอกเหนือธรรมชาติที่ทำให้ตนรับรู้ความหมายที่แท้จริงของชีวิต

องค์ประกอบของความผาสุกทางจิตวิญญาณ

ฮังเกลแมนน์ และคณะ (Hunzelmann, Kenkel-Rossi, Klassen & Stollenwerk, 1987) ได้เสนอองค์ประกอบของความผาสุกทางจิตวิญญาณ ไว้ 3 องค์ประกอบ ดังนี้

1. ความศรัทธาและความเชื่อ (Faith/ Belief Dimension) ประกอบด้วย ความเชื่อทางจิตวิญญาณ การให้ความหมายของชีวิต ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางจิตวิญญาณกับวิถีชีวิต ความเชื่อในพลังของสิ่งศักดิ์สิทธิ์ และความเชื่อในชีวิตหลังความตาย
2. ความรับผิดชอบต่อนตนเอง (Self-Responsibility) ประกอบด้วย การไม่มีความเชื่อถือต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรือสิ่งที่พิสูจน์ได้ยาก การให้อภัยผู้อื่น ยอมรับความเปลี่ยนแปลงในชีวิตและตัดสินใจในเรื่องที่เกิดขึ้นในชีวิต

3. ความพึงพอใจในชีวิต (Life Satisfaction/ Self Actualization) ประกอบด้วย ความพึงพอใจในชีวิต การตั้งเป้าหมายของชีวิต การยอมรับต่อสถานการณ์ในชีวิต สัมพันธภาพในด้านความรักที่มีต่อบุคคลอื่นและการเห็นคุณค่าในตนเอง

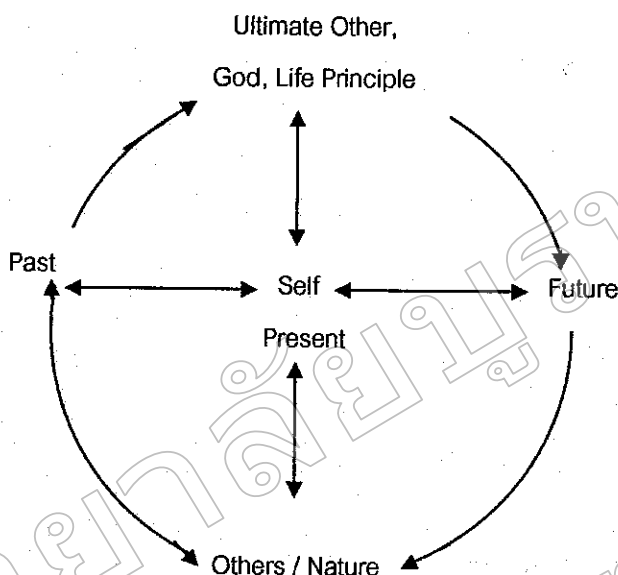
จากการศึกษาของ ฮังเกลแมนน์ และคณะ (Hungeimann, Kenkel-Rossi, Klassen & Stollenwerk, 1987) ที่ว่าบุคคลอธิบายตัวชีวิตที่บ่งบอกว่ามีความผาสุกทางจิตวิญญาณ ดังนี้

1. องค์ประกอบด้านศาสนา โดยบุคคลอธิบายว่า พระผู้เป็นเจ้าเมตตาและคุ้มครองฉัน และตัวฉันมีความสัมพันธ์ที่ลึกซึ้งกับพระผู้เป็นเจ้า อีกทั้งการที่ฉันมีพระผู้เป็นเจ้าทำให้ฉันไม่รู้สึกละโดดเดี่ยว

2. องค์ประกอบด้านความหมายในชีวิตและความพึงพอใจในชีวิตโดยบุคคลอธิบายว่า ฉันรู้สึกว่าชีวิตให้ประสบการณ์ที่มีค่า ฉันรู้สึกเต็มต้นและพึงพอใจในชีวิตและรู้สึกว่าชีวิตของฉันมีความหมายอย่างแท้จริง

นอกจากนี้ฮังเกลแมนน์ และคณะอธิบายว่า สภาวะที่บ่งชี้ว่าบุคคลมีความผาสุกทางจิตวิญญาณ คือ สภาวะที่บุคคลมีความสมบูรณ์พร้อมของร่างกายจิตใจ และบุคคลสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างดี สภาวะที่มีความสมบูรณ์พร้อมนี้บุคคลจะรู้สึกมีความสุขในการมีชีวิตอยู่ตลอดเวลาความผาสุกทางจิตวิญญาณจะเกิดผลสำเร็จได้ต้องมีการเปลี่ยนแปลง เคลื่อนที่ของสิ่งต่าง ๆ รวมทั้งกระบวนการเติบโตแบบผสมผสานกันอันจะนำไปสู่การรู้สึกหรือความเข้าใจในจุดมุ่งหมาย และความหมายของชีวิตอันเป็นที่สุดดังแนวคิดที่เป็นรูปแบบดังภาพที่ 3

Harmonious Interconnectedness



ภาพที่ 3 แสดง Model of Spiritual Well-Being (Hunglemann, Kenkel-Rossi, Klassen & Stollenwerk, 1987)

แกนหลักของความผาสุกทางจิตวิญญาณของบุคคล ประกอบด้วย

1. สัมพันธภาพ (Relationship) ต่อสิ่งต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1.1 สิ่งที่อยู่เหนือธรรมชาติ หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ (Ultimate Other) ได้แก่ ความเชื่อในสิ่งที่อยู่เหนือธรรมชาติ หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์มีตัวตน ความไว้วางใจต่อพระเจ้าในเรื่องที่เกี่ยวกับสถานการณ์ในชีวิตและผลลัพธ์ที่จะออกมา ในการแสดงออกถึงความรักของพระเจ้า และการสื่อสารกับพระเจ้าโดยใช้การสวดมนต์ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติศาสนกิจ

1.2 บุคคลอื่น ๆ/ ธรรมชาติ (Other/ Nature) ได้แก่ การยอมรับและมีใจกว้างพอในเรื่องความแตกต่างของบุคคลแต่ละคน การแสดงออกถึงความรักและความห่วงใยซึ่งกันและกัน การยอมรับและการให้ความช่วยเหลือ การชื่นชมต่อธรรมชาติ

1.3 ความเป็นตนเอง (Self) ได้แก่ การยอมรับในสิ่งที่เป็นตนเองและสถานการณ์ในชีวิต การรู้สึกถึงคุณค่าภายในตนเอง และการตัดสินคุณค่าของตนเอง การมีทัศนคติที่ดี การแสดงออกถึงความพึงพอใจในชีวิต

2. เวลา (Time)

2.1 อดีต (Past) ได้แก่ การรับเอาอิทธิพลจากบิดา มารดาหรือบุคคลอื่น การแสดงออกถึงสังคมวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องในอดีต การอธิบายสิ่งที่เกี่ยวข้องกับระบบความเชื่อที่เป็นรูปแบบ การอธิบายการปฏิบัติศาสนกิจ หรือพิธีกรรมในอดีต การแสดงออกให้เห็นถึงการเจริญเติบโตและการเปลี่ยนแปลงจากเวลาที่ผ่านมา

2.2 ปัจจุบัน (Present) ได้แก่ การใช้ชีวิตอยู่อย่างมีศักยภาพ การแสดงออกให้เห็นถึงความสอดคล้องระหว่างคุณค่าและการปฏิบัติ มีการเปิดกว้างต่อการเจริญเติบโต และการเปลี่ยนแปลงหรือ มีส่วนร่วมในพิธีกรรมและการสวดมนต์ของชุมชน มีการค้นพบความหมายและจุดมุ่งหมายในสถานการณ์ชีวิต

2.3 อนาคต (Future) ได้แก่ การตั้งเป้าหมายของชีวิต มีความมั่นใจในการรวมกันของสิ่งสูงสุด มีความเชื่อในชีวิตหลังความตาย มีการค้นหาความหมายและจุดมุ่งหมายในชีวิต

จากแนวคิดดังกล่าวได้นำมาสร้างเครื่องมือ The JAREL Spiritual Well-Being Scale (Hungelmann, Kenkel-Rossi, Klassen & Stollenwerk, 1987) และพัฒนาให้เป็นเครื่องมือที่ใช้เป็นแนวทางในการตรวจสอบความผาสุกทางจิตวิญญาณของบุคคล ซึ่งจากการศึกษาทบทวนหลายครั้งของกลุ่มผู้พัฒนาเครื่องมือ โดยพัฒนาขึ้นให้มีความเหมาะสมจนเป็นที่ยอมรับได้ว่ามีความตรง (Validity) และมีความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ 0.85 (Hungelmann, Kenkel-Rossi, Klassen & Stollenwerk, 1989, pp. 393-398) แสดงให้เห็นว่า แนวคิดของความผาสุกทางจิตวิญญาณนั้นมีหลากหลายมิติ สิ่งที่ส่งผลกระทบต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของบุคคลย่อมมีผลกระทบต่อภาวะทางจิตสังคมและการมีสุขภาพที่ดีของบุคคลด้วย ดังนั้นจะเห็นได้ว่า JAREL Scale จึงเป็นการรวมกันของมิติหลายมิติของความผาสุกทางจิตวิญญาณในบุคคล ซึ่งจากรูปแบบความผาสุกทางจิตวิญญาณ JAREL แสดงให้เห็นว่าความมีคุณภาพระหว่างสัมพันธ์ภาพขององค์ประกอบทั้งหมดที่มีในตัวบุคคลจะส่งผลต่อความรู้สึก และการรับรู้ของบุคคลว่าตนมีความผาสุกทางจิตวิญญาณ และในปี 1985 ยังเกลแมน และคณะได้ทำการศึกษาลักษณะของผู้ที่มีความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณว่ามีลักษณะอย่างไร โดยทำการศึกษาในผู้สูงอายุที่มีอายุ 65-85 ปี และอยู่ในระยะสุดท้ายของการเจ็บป่วยที่บอกว่าตนเองเป็นผู้ที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณ จากการศึกษาพบว่าลักษณะบุคคลดังกล่าว เป็นผู้ที่เชื่อในสิ่งเหนือโลก เชื่อในศาสนา มีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคคลอื่น มีความสงบในใจ ยอมรับเหตุการณ์ชีวิตที่ตนเองเผชิญอยู่ได้ ทั้งนี้มีผู้ที่ศึกษาเกี่ยวกับความผาสุกทางจิตวิญญาณอื่น ๆ ดังนี้

พอลูทซียน และเอลลิสัน (Paloutzian & Ellison, 1982) ได้แบ่งองค์ประกอบของความผาสุกทางจิตวิญญาณไว้ 2 ด้านคือ

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

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ

อายุ มีความสัมพันธ์ต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยมีส่วนเกี่ยวข้องกับความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับตนเอง การรับรู้ การเข้าใจความหมายในชีวิต (สมพร รัตนพันธ์, 2541) บุคคลในวัยต่าง ๆ จะมีพัฒนาการทางด้านจิตวิญญาณต่างกัน โดยผู้สูงอายุจะมีความเชื่อในจิตวิญญาณมากกว่าคนหนุ่มสาวหรือผู้ที่มีอายุน้อยกว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณจะทำให้มีความพึงพอใจในความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุสามารถให้ความหมายในการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย การนับถือศาสนา หรือการปฏิบัติพิธีกรรมจะสามารถกระตุ้นให้มีจุดมุ่งหมายในชีวิต (Carpenito, 1997)

เพศ เพศหญิงจะมีการปรับตัวตามหน้าที่ดีกว่าเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วัยที่มากขึ้น เนื่องจากเพศชายจะเฉื่อยชา แต่ผู้หญิงจะมีบทบาทมากขึ้น ทำให้การมีความหมายในชีวิตเด่นกว่าเพศชาย (Shock, 1984 อ้างถึงใน ธนิตา น้อยเปียง, 2545)

สถานภาพสมรส สถานภาพสมรสเป็นปัจจัยตัวหนึ่งที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยเฉพาะความคิด ความรู้สึก ความเชื่อ และการปฏิบัติตนตามพัฒนาการของชีวิต ซึ่งบ่งชี้ถึงสถานะระบบของครอบครัวเป็นตัวกำหนดบทบาทในสังคม การสมรสจะทำให้บุคคลรู้สึกเป็นปึกแผ่นมั่นคง มีคู่คิดที่คอยให้คำปรึกษา หรือคอยดูแลซึ่งกันและกัน นับว่าเป็นการสนับสนุนทางจิตใจที่สำคัญในการตอบสนองความต้องการทางจิตวิญญาณ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์วิกฤต ซึ่งการปรับตัวได้ของบุคคลในภาวะดังกล่าว จะทำให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข (Peri, 1995 อ้างถึงใน ธนิตา น้อยเปียง, 2545)

สัมพันธ์ภาพในครอบครัว เป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่งต่อภาวะทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยในโรงพยาบาล เนื่องจากครอบครัวเป็นจุดกำเนิดสมาชิกใหม่แก่สังคม โดยเป็นหน่วยที่มีความผูกพันใกล้ชิดระหว่างกันสมาชิกมีความรัก ความเข้าใจ ก่อให้เกิดการดูแลเอาใจใส่ การประคับประคองกัน (จุฬา ภูไพบูลย์, 2541) ความรัก ความเข้าใจ เป็นสิ่งปรารถนาจะได้จากครอบครัว เมื่อถึงคราวเจ็บป่วยและจะเป็นหนทางในการสร้างจิตวิญญาณของคน ผู้สูงอายุที่มี

สัมพันธ์ภาพอันดีกับลูกหลานจะเป็นผู้สูงอายุที่มีขวัญดี มีความรู้สึกมั่นคงในชีวิต เกิดพลังใจในการเผชิญกับการเจ็บป่วย ทำให้มีความหวังในการดำเนินชีวิต (Hill & Smith, 1990; นงเยาว์ กันทะมูล, 2546) ผู้ป่วยจะมีสุขภาพทางกาย สังคม และ จิตวิญญาณที่ดีไม่ได้ถ้าสัมพันธ์ภาพในครอบครัวเสื่อมลง เนื่องจากผู้ที่ช่วยเหลือทางจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยได้ดี คือ บุคคลในครอบครัว (Sodestrom & Martinson, 1987) จากการศึกษาของ สมพร รัตนพันธ์ (2541) พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะจิตวิญญาณในผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลโดยรวม และรายด้านทุกด้าน กล่าวคือ ความสัมพันธ์ที่ในครอบครัว จะทำให้ผู้สูงอายุได้รับความมั่นใจว่าจะได้รับความรัก การเอาใจใส่ดูแลแบบแผนการดำเนินชีวิต ปลอดภัยให้กำลังใจ ตลอดจนมีส่วนร่วมช่วยในการปฏิบัติกิจกรรมที่ให้ความหมายในชีวิต เช่น การทำบุญตักบาตร การสวดมนต์ และจากการศึกษาของ อัจฉรา ตันศรีรัตนวงศ์ (2541) ที่ศึกษาการเยียวยาทางจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อ HIV ที่นับถือพุทธศาสนา พบว่า บุคคลในครอบครัวร้อยละ 27 เป็นผู้ดูแลช่วยเหลือทำให้ผู้ติดเชื้อมีกำลังใจ มีความเข้าใจชีวิตมากขึ้น โดยการแสดงความห่วงใย เอาใจใส่ไม่ทอดทิ้ง พุดคุยปลอบโยนชี้แนวทางในการดำเนินชีวิตให้เข้าใจว่าชีวิตมีเกิด มีเจ็บ และมีตาย และจากการศึกษาของ อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ (2543) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธ์ภาพในครอบครัว ภาวะสุขภาพ การปฏิบัติธรรมกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ พบว่าสัมพันธ์ภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ และสัมพันธ์ภาพในครอบครัวสามารถทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 52

ระดับการศึกษา การศึกษาจะช่วยเพิ่มพูนภูมิปัญญา สามารถมองเห็นด้วยมุมมองทั้งในทางโลกและทางธรรมไปด้วยกัน ให้สามารถควบคุมการตัดสินใจให้อยู่ในขอบเขตที่ถูกต้อง และเป็นปัจจัยที่แสดงให้บุคคลใช้กระบวนการคิดและทักษะในการแก้ปัญหา ซึ่งมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมที่จะนำไปสู่พัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ ผู้ที่มีการศึกษามากย่อมมีความรอบรู้มากกว่า ผู้ที่มีการศึกษาน้อย กล่าวคือ สามารถใช้สถานการณ์หรือประสบการณ์ในชีวิตที่ผ่านมาเป็นแนวทางในการให้ความหมายในการดำเนินชีวิตที่ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย (สมพร รัตนพันธ์, 2541)

ศาสนา วัฒนธรรม และความเชื่อ ศาสนาเป็นส่วนหนึ่งของจิตวิญญาณและเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อมนุษย์ตั้งแต่เกิดจนตาย การปฏิบัติในทางศาสนาจะช่วยให้จิตวิญญาณของคนสมบูรณ์ขึ้น ศาสนายังเป็นความศรัทธาของมนุษย์ที่ช่วยให้เข้าใจตนเอง ในผู้ป่วยนอกจากใช้ศาสนาเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตแล้วยังใช้ศาสนาเป็นสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ช่วยทำให้เกิดกำลังใจ (Shaffer, 1991)

จากอาการและพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมอง เป็นเหตุให้เกิดปัญหาต่อผู้ป่วยทางจิตวิญญาณ สตอลล์ (Stoll, 1989) กล่าวว่า เมื่อมีการเจ็บป่วยทางร่างกาย จะส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิต บทบาทและการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น โดยมีผลต่อจิตวิญญาณ ในการ ทำให้เกิดความรู้สึกสงสัยเกี่ยวกับความหมายและเป้าหมายในชีวิต รู้สึกสงสัยหรือไม่แน่ใจในเรื่องของความหวังของตนเอง และรู้สึกสงสัยในเรื่องของความรักทำให้เกิดความทุกข์ทางจิตวิญญาณได้ สอดคล้องกับคำกล่าวของ โบลันเดอร์ (Bolander, 1994) ที่ว่า ความเจ็บป่วยเป็นปัญหาที่คุกคามจิตวิญญาณของบุคคล ดังเช่นการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจของ เมอร์ฟี (Murphy, 1994) พบว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับต่ำ โดยที่ผู้ป่วยถูกรบกวนและบั่นทอนจากหลักยึดในการดำเนินชีวิต ขาดความกลมกลืนในองค์ประกอบของบุคคล ขาดการตอบสนองทางจิตวิญญาณหรือขาดสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ได้รับการตอบสนองความต้องการในปัจจุบันหลักสำหรับการดำรงอยู่ของชีวิตไม่เพียงพออันได้แก่ ความต้องการมีความหมายและมีเป้าหมายในชีวิต ความต้องการให้และรับความรักความผูกพัน ความต้องการให้และรับการอภัย ความต้องการความหวัง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทางจิตวิญญาณ

ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรังเช่นเดียวกันที่มีภาวะจำเป็นที่ต้องพึ่งพิงบุคคลอื่น เพราะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้น้อย ทำให้เกิดความทุกข์ทางจิตวิญญาณ ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระให้กับครอบครัวเกิดการแยกตัว และมีการศึกษาหลายครั้งพบว่า ผู้ป่วยการแยกตัวออกจากสังคมสัมพันธ์กับการเพิ่มอัตราการตายในมนุษย์ และสัมพันธภาพของมนุษย์มีผลต่อความยืนยาวของชีวิต (Berkman & Seeman, 1986 อ้างถึงใน อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์, 2543) คือการมีสัมพันธภาพที่ดีทำให้สามารถรับรู้ถึงความรักที่ตนมี รับรู้ว่าชีวิตของตนเองมีความหมายและเป้าหมายเพื่อใคร มีการรับและให้อภัยต่อบุคคลที่มีความสัมพันธ์ด้วย ทำให้มีความผาสุกทางจิตวิญญาณ

แนวคิดสัมพันธภาพในครอบครัว

ครอบครัวเป็นหน่วยทางสังคมที่เล็กที่สุดและเป็นสถาบันที่มีความสำคัญยิ่งสถาบันหนึ่ง สมาชิกในครอบครัวมีความผูกพันกันอย่างแนบแน่นและใกล้ชิดกัน และระบบครอบครัวนับเป็นปัจจัยพื้นฐานและเป็นระบบพึ่งพิงระหว่างสมาชิกในครอบครัว เมื่อสมาชิกคนใดคนหนึ่งเกิดเจ็บป่วยขึ้น จะมีผลกระทบต่อครอบครัว และครอบครัวก็มีผลต่อการเจ็บป่วยของสมาชิกด้วย (Wright, 2000) การเปลี่ยนแปลงของสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในครอบครัวจะปรากฏในแต่ละขั้นตอนของพัฒนาการชีวิตครอบครัว การเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพระหว่างบุคคลจะมากน้อย

และต้องใช้ระยะเวลานานเพียงใดขึ้นอยู่กับ การปรับตัวของครอบครัว การสื่อสารระหว่างสมาชิก ในครอบครัวจะช่วยในการพัฒนาและก่อให้เกิดความพึงพอใจขึ้นในครอบครัว (Gilliss et al., 1989) โดยทั่วไประบบโครงสร้างและบทบาทของสมาชิกในครอบครัวจะมีความสอดคล้องกัน เมื่อ สมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งเจ็บป่วยขึ้นบทบาทการดูแลเป็นสิ่งที่ต้องตกลงภายในครอบครัว ว่าใครจะรับบทบาทในการดูแล อาจจะมีผู้รับผิดชอบเพียง 1 คนหรือมากกว่านี้ แต่สิ่งสำคัญที่ ต้องคำนึงถึงคือ ผู้รับบทบาทเป็นผู้ดูแลและสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวต้องมีการประสาน ความสัมพันธ์กันทั้งระบบโครงสร้าง บทบาท และกระบวนการดูแล (Keith, 1995)

สัมพันธภาพมีมีโนทัศน์พื้นฐานคือ ความรัก ความเอาใจใส่ ความมีน้ำใจ ความเห็นอก เห็นใจ ความเชื่อถือให้เกียรติซึ่งกันและกัน ก่อให้เกิดการยอมรับซึ่งกันและกัน (พิไลรัตน์ ทองอุไร, 2529, หน้า 119) สัมพันธภาพเป็นสิ่งสำคัญมีความซับซ้อน มีผลต่อการร่วมกันในการแก้ปัญหา ความวิตกกังวล ความผิดพลาด การควบคุม การพึ่งพา และภาพลักษณ์ที่มีต่อตนเอง และ พบว่าสัมพันธภาพที่ดีจะช่วยให้กระบวนการดูแลประสบผลสำเร็จ หากสัมพันธภาพไม่ดีจะ ก่อให้เกิดความโกรธ ความรู้สึกไม่ดี รวมไปถึงพฤติกรรมในการดูแลที่ไม่ดีด้วย (Wilson, 1991)

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (ราชบัณฑิตยสถาน, 2525) ได้ให้ความหมาย ของสัมพันธภาพว่า หมายถึง ความเกี่ยวข้อง ความผูกพัน ซึ่งตรงกับศัพท์ภาษาอังกฤษว่า "Relation"

สัมพันธภาพเป็นรูปแบบของการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและผลที่ได้ไม่ใช่สิ่งของแต่ เป็นความรู้สึกที่ดีต่อกันหรืออาจกล่าวได้ว่าสัมพันธภาพเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล โดยกระบวนการนี้จะเกิดขึ้นทีละเล็กละน้อยอย่างต่อเนื่อง และรวมตัวเข้าด้วยกันเป็น องค์ประกอบของกันและกัน (กรุณาภรณ์ อิศรางกูร ณ อยุธยา, 2538)

วอลเกอร์ และทอมป์สัน (Walker & Tompson, 1983) กล่าวว่าความใกล้ชิดสนิทสนม ก็คือ สัมพันธภาพที่ใกล้ชิด เป็นความผูกพันระหว่างบุคคลหนึ่งกับอีกบุคคลหนึ่งและมองว่า สัมพันธภาพมีความซับซ้อน ประกอบด้วยองค์ประกอบของความรัก ความไม่เห็นแก่ตัว ความพึงพอใจและความรู้สึกที่สัมพันธภาพเป็นสิ่งสำคัญ ความซื่อสัตย์และเปิดเผยการนับถือและ ยอมรับความคิดและคำวิจารณ์ต่าง ๆ ของกันและกัน ความกลมเกลียว ความผูกพันและความรู้สึก ที่มั่นคงในสัมพันธภาพ

สำหรับความเชื่อเกี่ยวกับครอบครัว ไรท์, วัตสัน และเบลล์ (Wright, Watson & Bell, 1996) ได้เสนอดังนี้

1. ครอบครัวประกอบด้วยบุคคลตั้งแต่สองคนขึ้นไปมีความผูกพันกันทางอารมณ์ มีการแบ่งปันซึ่งกันและกัน และทำหน้าที่เป็นสมาชิกในครอบครัว

2. ปัญหาส่วนใหญ่ไม่ได้เกิดขึ้นภายในบุคคล แต่ปัญหาเกิดขึ้นระหว่างบุคคลซึ่งเกี่ยวกับการใช้ภาษา

3. ทุกครอบครัวมีศักยภาพ บ่อยครั้งที่ไม่ถูกสนใจ หรือไม่ตระหนักหรือถูกละเลย

4. แต่ละบุคคลถูกกำหนดโดยโครงสร้างและได้รับอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อม

5. การเข้าใจบุคคลนั้นจะต้องเข้าใจบริบทที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2525) ให้ความหมายของครอบครัวไว้ว่า หมายถึง ผู้ร่วมครัวเรือน คือ สามี ภรรยาและบุตร

พรพนทิพย์ ศิริวรรณบุศย์ (2536) ได้ให้ความหมายว่า ครอบครัวคือสถาบันทางสังคมแห่งแรกที่มีมนุษย์สร้างขึ้นจากความสัมพันธ์ที่ติดต่อกัน เพื่อเป็นตัวแทนของสถาบันภายนอกที่จะปลูกฝังความเชื่อ ค่านิยม และทัศนคติ กับสมาชิกรุ่นใหม่ของสังคมที่จะมีชีวิตรับผิดชอบในอนาคต จากคำว่า สัมพันธภาพ และครอบครัว เมื่อนำมารวมกัน จะได้คำพูดหนึ่งซึ่งคนทั่วไปกล่าวถึงอย่างสม่ำเสมอคือ สัมพันธภาพในครอบครัว ซึ่งยังไม่มีผู้ใดให้ความหมายของคำนี้ไว้อย่างชัดเจน แต่มีผู้กล่าวถึงไว้ในแง่ต่าง ๆ ดังนี้

เกษม ดันติพลาชีวะ (2539) ได้กล่าวว่าสัมพันธภาพในครอบครัวเป็นรากฐานของการพัฒนาสุขภาพจิต การอยู่ร่วมกัน ประกอบด้วย การเข้าใจจิตใจของกันและกัน ความเป็นครอบครัวเกิดจากความผูกพันโดยสายเลือด แต่ไม่มีสิ่งใดจะเทียบได้กับความผูกพันทางจิตใจที่มีต่อกัน ความผูกพันที่เกิดขึ้นทางจิตใจที่ลึกซึ้ง สร้างสมด้วยประสบการณ์ที่มีต่อกันด้วยระยะเวลานานหลายปีหรือตลอดชีวิต

กมลมา แสงสีทอง และปาริชาติ สุขุม (2527) ได้กล่าวว่า ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัว ย่อมทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความมั่นคง รู้สึกอบอุ่นใจ มีกำลังใจในการต่อสู้อุปสรรคและปัญหาที่อยู่รอบข้างได้โดยไม่ท้อถอย

มิมุชิน (Mimuchin, 1974) ได้กล่าวว่า สัมพันธภาพในครอบครัวทำให้สมาชิกในครอบครัวมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในการมีชีวิตอยู่ มีครอบครัวเป็นแหล่งของการให้ความรักให้รางวัล ให้กำลังใจ ส่วน ฟรีดส์แมน (Friedman, 1981) ได้เสนอแนวความคิดเกี่ยวกับหน้าที่ของครอบครัวไว้ว่า หน้าที่ของครอบครัวเป็นงานที่ครอบครัวพึงปฏิบัติให้เกิดประโยชน์แก่สมาชิกในครอบครัว เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ ครอบครัวเป็นแหล่งกำเนิดอัตมโนทัศน์ ความรู้สึกเป็นเจ้าของ มีชีวิตที่มีคุณค่า และเป็นแห่งของการให้ความรัก

ความอบอุ่น การให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนในด้านต่าง ๆ นอกจากนี้ มอร์ริว และวิลสัน (Morrow & Wilson, 1961) ได้อธิบายถึงลักษณะของสัมพันธภาพในครอบครัว (Family Relation) ว่าประกอบด้วยการสนับสนุนด้านอารมณ์ และสิ่งแวดล้อมในครอบครัว มีความรักใคร่ผูกพันซึ่งกันและกัน มีความเห็นอาจเห็นใจกันและมีความกลมเกลียวสามัคคีปรองดองระหว่างสมาชิกในครอบครัว

จึงสรุปว่า สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นความผูกพันเกี่ยวข้องของสมาชิกในครอบครัวที่ปฏิบัติต่อกัน โดยเกิดขึ้นจากความรู้สึกส่วนลึกของจิตใจ ซึ่งประกอบด้วย ความรัก ความห่วงใย อาหาร ความเคารพซึ่งกันและกัน การปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน และการพักผ่อนหย่อนใจร่วมกันในครอบครัว ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญต่อครอบครัวที่จะทำให้ครอบครัวอยู่ได้ด้วย

องค์ประกอบของสัมพันธภาพในครอบครัว

จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยได้จำแนกสัมพันธภาพในครอบครัวโดยผสมผสานระหว่างแนวคิดของฟริตส์แมนด์ ร่วมกับมอร์ริวและวิลสัน ดังนี้

1. ความรักความห่วงใย อาหารซึ่งกันและกัน (Affection & Mutural Nurturance)

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคเชื่อว่าที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจและสังคม เนื่องจากความผิดปกติของพยาธิสภาพของโรค ทำให้ส่วนต่าง ๆ ของร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงแขนและขาที่เคยเคลื่อนไหวอย่างเป็นปกติ กลับมีอาการชาและอ่อนแรง ทำให้ผู้ป่วยเสียการทรงตัว ประกอบกิจกรรมด้วยความลำบาก จิตใจแปรปรวน อ่อนไหวง่าย รู้สึกสูญเสียคุณค่าและความเป็นตัวของตัวเอง (Miller, 1983) ประกอบกับสังคมรอบข้าง มีการเปลี่ยนแปลงจากเดิม เช่น ผู้ป่วยมีโอกาสดูติดต่อกับบุคคลอื่นในสังคมลดลง การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและการเข้าร่วมกิจกรรมลดลง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองหมดความหมาย กลัวครอบครัวไม่รักตนเหมือนเดิม จึงทำให้ผู้ป่วยต้องการความรักจากคนรอบข้างและครอบครัวมากขึ้น เพื่อทดแทนกับภาวะการสูญเสียความสามารถทางร่างกาย ซึ่งถ้าสมาชิกในครอบครัวให้ความเข้าใจผู้ป่วย มอบความรัก ความห่วงใย ความเอาใจใส่ดูแลด้วยความจริงใจ ไม่เสแสร้งแกล้งทำ ดังคำกล่าวที่ว่า ความเอาใจใส่และความสนใจต่อกันเป็นรากฐานที่สำคัญที่สุด ที่จะทำให้เกิดความเข้าใจกันตลอดไป (วัลลภ ปิยะมโนธรรม, 2539, หน้า 271) จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกตนมีคนที่รัก เห็นคุณค่าในตนเอง นำไปสู่ความพึงพอใจในชีวิต และความผาสุกทางจิตวิญญาณได้

2. การพักผ่อนหย่อนใจร่วมกัน (Sharing of Recreation)

เนื่องจากการพักผ่อนหย่อนใจเป็นสิ่งสำคัญโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ทำให้มีปัญหาในการเกิดภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้า แยกตัวได้บ่อย ฉะนั้นในครอบครัวที่สมาชิกในครอบครัวมีการพักผ่อนหย่อนใจ มีการทำกิจกรรมร่วมกัน จัดงานสังสรรค์

ทำอาหารรับประทานร่วมกัน มีเรื่องขบขันมาคุยเล่าสู่กันฟัง ย่อมจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย ช่วยให้ผู้ป่วยมองโลกในแง่ดี นึกถึงเรื่องแห่งความสุข เรื่องสนุก จากสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลง จากจิตใจที่แปรปรวนง่ายที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรค จะทำให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย ได้อย่างเหมาะสม

3. ความเคารพนับถือซึ่งกันและกัน (Mutual Respect Balance) การให้ความเคารพ นับถือกันและกัน ให้เกียรติกันและกัน เป็นการกระทำที่มาจากใจ ไม่ใช่รูปแบบการเคารพ เช่น การยกมือไหว้ ซึ่งเป็นรูปแบบภายนอก (สายสุรี จุติกุล, 2539, หน้า 16) การเคารพนับถือซึ่งกันและกันเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ และเป็นความรับผิดชอบที่ควรปฏิบัติต่อกันในครอบครัว (Colley, 1978 cited in Friedman, 1986) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในบางรายอาจเป็นบุคคลสำคัญของ ครอบครัวในการหาเลี้ยงครอบครัว เมื่อเกิดการเจ็บป่วย บทบาทนี้ก็จะตกกับบุคคลในครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกตนเองถูกลดบทบาทลง หหมดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ซึ่งแท้จริงแล้วผู้ป่วยย่อมต้องการการเคารพนับถือ การยอมรับจากบุคคลรอบข้างและ เป็นความเคารพที่มาจากใจจริง โดยอาจให้ความเคารพโดยการให้เกียรติกันและกัน ไม่ดูหมิ่นว่า เป็นผู้พิการ การเคารพอีกอย่างหนึ่งก็คือ การเคารพในความคิดที่แตกต่างกัน เคารพความคิดเห็น คือเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็น นอกจากนี้สมาชิกในครอบครัวควรให้ความสนใจต่อ ผู้ป่วย ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยปรับตัวต่ออัตมโนทัศน์ได้ดีขึ้น เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวทำให้ผู้ป่วย รู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง มีศักดิ์ศรีในบทบาทของตน รู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น ปรับตัวให้ สู้กับสถานะต่าง ๆ ที่คุกคามชีวิต เพื่อให้ตนเองมีอายุยืนยาวเป็นปูนีเยบุคคลที่ดีแก่ครอบครัวต่อไป

4. การปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (Harmony of Members) การอยู่ร่วมกัน ในครอบครัว สมาชิกทุกคนต้องการความรักใคร่ปรองดองกัน การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน การเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ พุดจาถ้อยที ถ้อยอาศัยกัน ไม่ทะเลาะเบาะแว้งภายในครอบครัว ผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองมีความต้องการสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้จากครอบครัวเป็นอย่างมาก เนื่องจากผู้ป่วยมี ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ต้องการความช่วยเหลือทั้งจากบุคคลในครอบครัวแต่ถ้า ครอบครัวรู้สึกและเบื่อบ่อยในการดูแลผู้ป่วย ไม่ให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ไม่รักใคร่ ปรองดองซึ่งกันและกัน ทะเลาะเบาะแว้ง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นภาระให้แก่ครอบครัว แต่ในทาง กลับกันถ้าสมาชิกในครอบครัวให้ความสนใจ ช่วยกันดูแลผู้ป่วยหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกัน และรับรู้ถึงความรู้สึกของผู้ป่วย (Frideman, 1981) จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุขทางจิตวิญญาณ รวมทั้งช่วยลดการเกิดปัญหาที่คุกคามที่ต้องเผชิญอยู่ได้อย่างราบรื่น

ความสัมพันธ์ระหว่างการสร้างสัมพันธ์ภาพในครอบครัวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความผาสุกทางจิตวิญญาณ

ครอบครัวเป็นระบบย่อยที่สำคัญของสังคม มีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างสมาชิกมีการแลกเปลี่ยนสื่อสารและนำเข้าสิ่งที่จำเป็นเพื่อให้ครอบครัวเกิดภาวะสมดุล ดังนั้นหากครอบครัวมีสมาชิกคนใดคนหนึ่งเกิดการเจ็บป่วยขึ้น ย่อมมีผลกระทบไปยังระบบย่อยอื่น ๆ เช่น สามี-ภรรยา บิดา-มารดา พี่-น้อง หรือระบบย่อยอื่น ๆ ในการที่จะปรับตัว ยอมรับการเปลี่ยนแปลง จัดการและเผชิญปัญหากับความเครียดที่เกิดจากการเจ็บป่วย เนื่องจากผู้ป่วยมีพยาธิสภาพและอาการของโรคหลอดเลือดสมองที่จำเป็นต้องพึ่งพิงครอบครัวในการดูแล ดังนั้นสัมพันธภาพในครอบครัวผู้ป่วยจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมาก ทั้งในด้านการดูแลการเอาใจใส่ การแสดงความรักและเคารพ การใกล้ชิดผูกพัน การปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของครอบครัว จากการศึกษาสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันจะก่อให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ดังเช่นการศึกษาของ Muhlenkamp และ Sayles (1986) พบว่า ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการสนับสนุนจากสังคม โดยลำดับแรกจากครอบครัวจะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและจะส่งผลทำให้มีพฤติกรรมการช่วยเหลือตนเองได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผู้ป่วยในโรคเรื้อรังอื่น ๆ โดย วราณี เพ็ชรสงฆ์ (2542) ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า การสนับสนุนของครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญ ที่ส่งผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และสัมพันธภาพที่ดีก็จะก่อให้เกิดการรับรู้ความหมายและเป้าหมายของชีวิต ทำให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Stoll, 1989) หากมีความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวดีก็จะสามารถรับรู้ถึงความรักความผูกพันที่มีต่อกัน รับรู้ถึงความหมายและเป้าหมายในชีวิตได้ ทำให้มีความผาสุกทางจิตวิญญาณได้ แต่สำหรับผู้ป่วยที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี ก็จะทำให้เกิดความรู้สึกว่าไม่มีใครรัก ไม่มีความผูกพัน ชีวิตไม่มีเป้าหมาย ทำให้เกิดความทุกข์ทางจิตวิญญาณได้ ซึ่งสอดคล้องกับที่ คาร์สัน (Carson, 1989, p. 135) กล่าวว่า สัมพันธภาพที่ดีจะส่งผลทำให้รับรู้ถึงความรักความผูกพันที่มีต่อกัน จากการศึกษาของ บาวแมน (Bauman, 1995) พบว่า ความสนิทสนมของคู่สมรสสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณ และจากการศึกษาของ อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ (2543) พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นตัวแปรแรกที่สามารถทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ

โปรแกรมการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว

โปรแกรมการสร้างสัมพันธภาพของครอบครัว หมายถึง กิจกรรมการเสริมสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวที่ให้กับผู้ป่วยและครอบครัว โดยมุ่งเน้นให้ครอบครัวของผู้ป่วย ซึ่งหมายถึงบุคคลใดบุคคลหนึ่งดังต่อไปนี้คือ บิดา มารดา, บุตร หลาน, สะใภ้ หรือ พี่ น้อง ร่วม บิดา มารดาเดียวกัน กับผู้ป่วย มีการสร้างสัมพันธภาพกัน เพื่อส่งผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วย ด้านความรักและความห่วงใยอาหารซึ่งกันและกัน ด้านการพักผ่อนหย่อนใจร่วมกัน ด้านความเคารพนับถือซึ่งกันและกัน ด้านการปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน โปรแกรมการสร้างสัมพันธภาพของครอบครัว ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดเกี่ยวกับสัมพันธภาพของครอบครัวของ ฟรายด์แมน (Frideman, 1981) ร่วมกับ มอโร และวิลสัน (Morrow & Wilson, 1961) โดยใช้กระบวนการการพยาบาลครอบครัวขั้นสูง 4 ขั้นตอน ซึ่งพัฒนามาจาก Illness Belief Model (Wright, Watson & Bell, 1996) คือ

1. การเข้าใจบริบทของครอบครัวเพื่อการเปลี่ยนแปลงตามความเชื่อ เป็นขั้นตอนในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับครอบครัวที่ต้องสร้างให้เกิดกับครอบครัวและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพในการบำบัด โดยอธิบายลักษณะงาน กำหนดการ ระยะเวลาและขอบเขตของการสนทนา ประเด็นความเชื่อและแยกแยะปัญหาตลอดจนจัดอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลง
2. การค้นหาเปิดเผยความเชื่อพฤติกรรมและการดูแลความเจ็บป่วย
3. การปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลง
4. การคงไว้ซึ่งความเชื่อที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง

ซึ่งเนื้อหาโปรแกรมการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว คลอบคลุมการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว 4 ด้านดังต่อไปนี้

ด้านความรักและความห่วงใยอาหารซึ่งกันและกัน หมายถึง การที่ผู้วิจัยให้คำแนะนำครอบครัวในการดูแลเอาใจใส่ พุดคุย สอบถามถึงอาการ โดยแสดงความรัก ความเข้าใจห่วงใย สนใจหรือตั้งใจรับฟังเมื่อผู้ป่วยระบายความรู้สึกคับข้องใจเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของตนเองรวมทั้งให้คำปลอบโยน และกำลังใจเมื่อผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

ด้านการพักผ่อนหย่อนใจร่วมกัน หมายถึง การที่ผู้วิจัยให้คำแนะนำครอบครัวในการพุดคุยเป็นกันเองมีเรื่องขบขันมาคุย หรือเล่าสู่กันฟัง หรือมีการนำอาหารมารับประทานร่วมกันในห้องพักของโรงพยาบาล มีกิจกรรมร่วมกันอยู่สม่ำเสมอ เช่น การดูโทรทัศน์ การสวดมนต์

ด้านความเคารพนับถือซึ่งกันและกัน หมายถึง การที่ผู้วิจัยให้คำแนะนำครอบครัวในเรื่อง การให้ความสนใจในการกระทำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การแสดงความเคารพ

ให้เกียรติ การแสดงการยอมรับและเห็นด้วยในความคิดหรือการกระทำที่ถูกต้องพูดให้กำลังใจผู้ป่วย ในการดูแลสุขภาพ ไม่คัดค้านหรือตำหนิ หากผู้ป่วยต้องการที่พึ่งทางใจที่ไม่เกิดผลเสียต่อสุขภาพ เช่น การไปทำบุญรดน้ำมนต์ หรือไปหาผู้ที่เคารพนับถือ สวดมนต์

ด้านการปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน หมายถึง การที่ผู้วิจัยให้คำแนะนำ ครอบครัว ในการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการดูแลผู้ป่วย เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่พูดจาด้วยที่ถ้อยอาศัยกัน ไม่ทะเลาะเบาะแว้งกันภายในครอบครัว

โปรแกรมการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว จะทำให้ครอบครัวมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการให้ความรักและความห่วงใยอาหารซึ่งกันและกัน (Affection and Mutural Nurturance) การพักผ่อนหย่อนใจร่วมกัน (Shaing of Recreation) การให้ความเคารพนับถือซึ่งกันและกัน (Mutural Respect Balance) การปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (Harmony of Members) ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความผาสุกทางจิตวิญญาณมากขึ้น และผลการวิจัยที่ได้จะเป็นแนวทางพัฒนาบทบาทของวิชาชีพพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเน้นการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวต่อไป