

ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ และการปฏิบัติเพื่อตอบสนอง
ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต
Spiritual Needs and Spiritual Practices among
Families of Critically Ill Patients



วงรัตน์ ไสสุข
Wongrat Saisuk

วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
Master of Nursing Science Thesis in Adult Nursing
Prince of Songkla University

2544

๑

เลขหมู่	RC488.๕ ๖๒๔ ๖๕๔๔ ก. ๒
Bib Key	๖๑๘๖๖๖
	๑๑๑๑๑ ๒๕๔๘

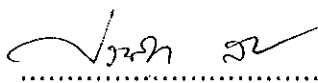
ชื่อวิทยานิพนธ์ ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณและการปฏิบัติเพื่อตอบสนอง
ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต

ผู้เขียน นางสาววรรัตน์ ไสสุข

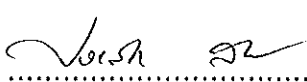
สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่

คณะกรรมการที่ปรึกษา

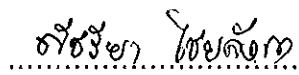
คณะกรรมการสอบ

.....ประธานกรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประณีต ส่งวัฒนา)

.....ประธานกรรมการ

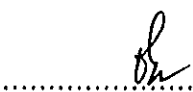
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประณีต ส่งวัฒนา)

.....กรรมการ

(อาจารย์พัชรีญา ไชยลังกา)

.....กรรมการ

(อาจารย์พัชรีญา ไชยลังกา)


.....กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ชอลดา พันธุเสนา)

.....กรรมการ

(อาจารย์ นพ.อานนท์ วิทยานนท์)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.ปิติ ทฤษฏีคุณ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อวิทยานิพนธ์	ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณและการปฏิบัติเพื่อตอบสนอง ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต
ผู้เขียน	นางสาววรัตน์ ไสสุข
สาขาวิชา	การพยาบาลผู้ใหญ่
ปีการศึกษา	2544

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ การปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ และความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการทางด้านจิตวิญญาณกับการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติของผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 85 ราย เครื่องมือวิจัยที่ใช้ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของญาติและผู้ป่วยวิกฤตตามการรับรู้ของญาติ แบบสัมภาษณ์ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณและการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดของไฮฟีลด์ (Highfield, 1992) วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความเบ้ และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยพหุคูณ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน ผลการวิจัย พบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ โดยรวม อยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ย 68.05 (SD = 9.78) จากค่าที่เป็นไปได้ 0-100 คะแนน และพบว่า ความต้องการด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต และด้านการมีความหวังมีคะแนนอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ย 23.33 (SD = 3.11) จากค่าที่เป็นไปได้ 0-26 คะแนน และ 6.89 (SD = 2.54) จากค่าที่เป็นไปได้ 0-10 คะแนน ตามลำดับ และความต้องการด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งนอกเหนือตน มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย 37.82 (SD = 7.15) จากค่าที่เป็นไปได้ 0-64 คะแนน

2. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ โดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย 58.64 (SD = 9.24) จากค่าที่เป็นไปได้ 0-100 คะแนน และพบว่า การปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต และด้านการมีความหวัง มีคะแนนอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ย 21.62 (SD =

3.46) จากค่าที่เป็นไปได้ 0-26 และ 6.61 (SD = 2.70) จากค่าที่เป็นไปได้ 0-10 คะแนน ตามลำดับ และการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งนอกเหนือตน มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย 30.40 (SD = 6.32) จากค่าที่เป็นไปได้ 0-64 คะแนน

3. ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ โดยรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ โดยรวม ($r = .765$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และพบว่าความต้องการด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต ด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งนอกเหนือตน และด้านการมีความหวัง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการ โดยรวม ในระดับปานกลาง ($r = .624, .588, \text{ และ } .528$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และในสมการถดถอย พหุคูณ พบว่า ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณทั้ง 3 ด้าน สามารถร่วมทำนายถึงแนวโน้มการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ โดยรวม ได้ร้อยละ 62.7 โดยที่ความต้องการด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต มีอำนาจการทำนายสูงสุด คือ ร้อยละ 39 เมื่อดูความสัมพันธ์รายข้อ พบว่า ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณและการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ทางบวกในทุกข้อ ($r_s = .249 - .983$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05 - .001$) ยกเว้นในเรื่อง การเข้าเยี่ยมผู้ป่วยทันทีเมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวหรือตื่น

Thesis Title	Spiritual Needs and Spiritual Practices among Families of Critically Ill Patients
Author	Miss Wongrat Saisuk
Major Program	Adult Nursing
Academic Year	2001

Abstract

The purpose of this study was to explore spiritual needs and spiritual practices among families of critically ill patients and their relationship. Eighty-five family members of critically ill patients were purposively recruited from the intensive care unit, Maharaj Nakornsrihammaraj Hospital. Data were collected using a structured questionnaire developed from Highfield's (1992) framework. Percentage, range, mean, standard deviation, Pearson's product moment correlation coefficient, stepwise multiple regression, and Spearman rank-order correlation coefficient were used for data analysis. The results were as follows:

1. The families of critically ill patients had a high level of spiritual needs (possible range 0-100; mean 68.05, SD 9.78). The need for meaning and purpose in life and the need for hope had high scores (possible range 0-26, mean 23.33, SD 3.11; possible range 0-10, mean 6.89, SD 2.54, respectively), and the need for relationships with others and/or a supreme other had a medium level score (possible range 0-64; mean 37.82, SD 7.15).

2. The families of critically ill patients had a medium level of spiritual practices (possible range 0-100; mean 58.64, SD 9.24). Practices for meaning and purpose in life and practices for hope had high scores (possible range 0-26, mean 21.62, SD 3.46; possible range 0-10, mean 6.61, SD 2.70, respectively), but practices for relationships with others and/or a supreme other had a medium score (possible range 0-64; mean 30.40, SD 6.32).

3. Spiritual needs were positively associated with spiritual practices ($r = .765$,

$p < .001$). The need for meaning and purpose in life, the need for relationships with others, and/or a supreme other, and the need for hope were positively correlated with the spiritual practices score ($r = .624, .588, \text{ and } .528, p < .001$). In the stepwise multiple regression models, all three spiritual needs were positively associated with, and explained 62.7 percent of variance of, spiritual practices. The need for meaning and purpose in life were positively associated with spiritual practices and explained 39 percent of variance of the dependent variable. All items except one of the spiritual needs were positively correlated with the spiritual practices ($r_s = .249 - .938, p < .05 - .001$). Visiting permission when the patient was awake or was conscious was the only item of need, which was not associated with practice.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ลงด้วยดี เพราะได้รับความกรุณาและช่วยเหลืออย่างดียิ่ง จากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประณีต สังวัฒนา และอาจารย์พัชรียา ไชยลังกา อาจารย์ที่ปรึกษา และควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทาง ถ่ายทอดความรู้ และให้ข้อคิดเห็น ต่างๆ รวมทั้งให้กำลังใจ ซึ่งเป็นประโยชน์แก่ผู้วิจัยเป็นอย่างมาก ผู้วิจัยรู้สึกทราบบ้าง และขอกราบ ขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ เครื่องมือวิจัย และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาเสนอแนะคิด ให้ข้อเสนอแนะในมุมมอง ต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้งานวิจัยฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ได้กรุณานับสนุน ทุนบางส่วนในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าพยาบาล หัวหน้าหออภิบาล 1 และ 2 โรงพยาบาลมหาสารนครศรีธรรมราช ที่ให้สะดวกอย่างยิ่งในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจน ขอขอบพระคุณญาติผู้ป่วยวิกฤตที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ได้เสียสละเวลาในการให้ข้อมูลที่มีค่า และสำคัญยิ่งสำหรับการศึกษาในครั้งนี้

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ และคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ ประสาทความรู้ ตลอดจนปลูกฝังความรับผิดชอบ ความรักต่อเพื่อนมนุษย์ ขอขอบคุณญาติพี่น้อง พี่ๆ เพื่อนๆ และน้องๆทุกคน ที่ให้ความรัก ความอบอุ่น และเป็นกำลังใจเสมอมา

วงรัตน์ ไสสุข

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(3)
Abstract.....	(5)
กิตติกรรมประกาศ.....	(7)
สารบัญ.....	(8)
สารบัญตาราง.....	(10)
สารบัญภาพประกอบ.....	(12)
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
คำถามการวิจัย.....	5
สมมติฐานการวิจัย.....	5
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	5
นิยามศัพท์.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	7
ประโยชน์ที่ได้จากการวิจัย.....	7
2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
แนวคิดเกี่ยวกับความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤต.....	8
แนวคิดเกี่ยวกับความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ.....	20
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต...	36
แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ....	42
ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการทางด้านจิตวิญญาณกับการปฏิบัติเพื่อ ตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต.....	55

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
3	57
วิธีดำเนินการวิจัย.....	57
ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	57
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	58
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	61
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	62
วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล.....	62
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	63
4	65
ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	65
ผลการวิจัย.....	65
การอภิปรายผล.....	91
5	116
สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	116
สรุปผลการวิจัย.....	116
ข้อเสนอแนะ.....	119
บรรณานุกรม.....	121
ภาคผนวก.....	138
ก. ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	139
ข. ความเชื่อต่างๆของญาติผู้ป่วยวิกฤตที่พบจากการศึกษา.....	151
ค. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	155
ง. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	163
จ. เอกสารขอความร่วมมือและพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	164
ประวัติผู้เขียน.....	165

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	สรุปผลการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤต	12
2	เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ	60
3	เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ	61
4	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลพื้นฐาน	68
5	จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยวิกฤต จำแนกตามลักษณะทั่วไป	70
6	จำนวน และร้อยละของลักษณะผู้ป่วยวิกฤตตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง	72
7	ความถี่ และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจำนวนกิจกรรมที่ญาติต้องการ	73
8	ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความเบ้ ของความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ จำแนกเป็นโดยรวม และรายด้าน	74
9	ระดับความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นโดยรวม และรายด้าน	74
10	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง แสดงถึงความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ	75
11	ความถี่ และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจำนวนกิจกรรมที่ญาติได้ปฏิบัติ	78
12	ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความเบ้ ของคะแนนการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ จำแนกเป็น โดยรวม และรายด้าน	79
13	ระดับการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็น โดยรวม และรายด้าน	80
14	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างแสดงถึงการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ	81
15	ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการทางด้านจิตวิญญาณกับการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ จำแนกเป็นโดยรวม และรายด้าน โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน	84

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
16	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวทำนายกับการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณโดยรวม	85
17	จำนวน ร้อยละ และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน ระหว่างความต้องการทางด้านจิตวิญญาณและการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นรายข้อ	87

สารบัญภาพประกอบ

ภาพประกอบ		หน้า
1	กรอบแนวคิดการวิจัย.....	6

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จิตวิญญาณเป็นองค์ประกอบหนึ่งของบุคคลที่ไม่สามารถมองเห็น แต่เป็นส่วนที่รู้สึกสัมผัสได้ และเป็นพลังที่สามารถทำให้บุคคลนั้นมีความเป็นตัวของตัวเอง มีเป้าหมายชีวิตที่ชัดเจน คือรู้ว่าชีวิตอยู่เพื่ออะไร หรือมีชีวิตอยู่เพื่อใคร เป็นแรงจูงใจและแรงศรัทธาของบุคคลต่อสิ่งมีค่าสูงสุด เช่น ความจริงแท้ของชีวิต สิ่งศักดิ์สิทธิ์หรือศาสนาที่จะบันดาลให้บุคคลมีชีวิตอย่างผาสุก (อัจฉรา, 2541) ทั้งนี้ยังพบว่า จิตวิญญาณของบุคคลมีความหมาย และความสำคัญต่อการนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลในทุกๆด้าน อย่างไรก็ตามภาวะจิตวิญญาณของบุคคลโดยเฉพาะของญาติผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตอาจมีความแตกต่างกันขึ้นกับปัจจัยต่างๆ เช่น ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย (ศิริวรรณ, 2538; สมพร, 2541; Colliton, 1981; Craven & Hirnle, 2000; Highfield, 1992; Reed, 1987; Shaffer, 1991) สัมพันธภาพในครอบครัว (บุบผา, 2536; สมพร, 2541; Elkins, 1995; Hill & Smith, 1990; Sodestrom & Matinson, 1987) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (สมพร, 2541; Hoeman, 1996) ศาสนา (สมพร, 2541; Reed, 1986) ระดับรายได้หรือฐานะทางเศรษฐกิจ (รสสุคนธ์, 2537; สมพร, 2541) อายุ (พัชรียา, 2534; Carpenito, 1993; Highfield, 1992; Recker et al., 1987) เพศ (Craven & Hirnle, 2000; Morris, 1996; Reed, 1986) สถานภาพสมรส (บุบผา, 2536) การศึกษา (ศิริวรรณ, 2538; สายพินและวิมลรัตน์, 2539) การรับรู้ประสบการณ์ภาวะวิกฤตในชีวิต (Craven & Hirnle, 2000; Granstrom, 1985; Narayanasamy, 1995) ความเชื่อ ประเพณี และวัฒนธรรม (Craven & Hirnle, 2000) เป็นต้น

ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตและถูกนำส่งเข้าไปรักษาในหออภิบาลจะได้รับการดูแลด้วยอุปกรณ์และเครื่องมือที่ทันสมัยเพื่อช่วยให้มีชีวิตยืนยาวและลดอัตราตาย การดูแลรักษาในหออภิบาล ผู้ดูแลมักจะให้ความสำคัญของการหายจากโรค มองผู้ป่วยเป็นส่วน ๆ ตามอาการมากกว่าการดูแลรักษาคนทั้งคนที่เป็นองค์รวมประกอบด้วย กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ผลของการรักษาผู้ป่วยตามวิธีนี้ทำให้ความต้องการด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วยถูกมองข้ามไปหรืออาจได้รับการตอบสนองเพียงส่วนน้อย (ยุวดี, 2539) รวมทั้งจะมีผลกระทบต่อความต้องการด้านจิตวิญญาณของญาติด้วย เพราะผู้ป่วยถูกแยกให้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทำให้รู้สึกโดดเดี่ยวไร้ผู้คน

ที่รู้จัก การพบปะกับสมาชิกครอบครัวและเพื่อนถูกจำกัดลงด้วยระเบียบการเยี่ยมที่เข้มงวด แพทย์พยาบาลมุ่งเน้นการดูแลเทคโนโลยีจนไม่มีเวลาสัมผัสและพูดคุยกับผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกโดดเดี่ยวอ้างว้างเพราะได้รับการปฏิบัติเหมือนวัตถุทางการแพทย์ด้านจิตวิญญาณ ขาดเสรีภาพในการตัดสินใจ บางครั้งแพทย์พยาบาลจะตัดสินใจให้การรักษาพยาบาลกับผู้ป่วยโดยไม่บอกให้ผู้ป่วย (ยวดี, 2539) หรือญาติผู้ป่วยทราบ จากเหตุผลเหล่านี้ทำให้เกิดสภาพบีบคั้นทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยรวมถึงสมาชิกในครอบครัวหรือญาติก็จะได้รับผลกระทบทางจิตวิญญาณไปพร้อมๆกับผู้ป่วยด้วย เพราะทั้งผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวต่างมีความรักความผูกพันต่อกัน ทำให้ส่งผลถึงมิติจิตวิญญาณของญาติ (อวยพร, 2534) เมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤต ญาติจะรับรู้ถึงภาวะเสี่ยงต่อความเป็นความตายของผู้ป่วยและจากสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยวิกฤตข้างต้น ญาติจะเป็นผู้รับรู้จากสภาพแวดล้อมต่างๆ และรับทราบความต้องการทางจิตวิญญาณของผู้ป่วย ซึ่งแบ่งเป็น 3 ด้าน (Highfield, 1992) คือ (1) ด้านการมีความหมายและเป้าหมายชีวิต (2) ด้านการมีสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งนอกเหนือตน หรือพระเจ้าซึ่งมีลักษณะของความรักความไว้วางใจ และการให้อภัย แบบไม่มีเงื่อนไข (3) ด้านการมีความหวัง แต่ผู้ป่วยไม่อาจตอบสนองได้ด้วยตนเอง ผู้ป่วยจะมีความบีบคั้นทางจิตวิญญาณ ดังนั้นญาติผู้ที่มีความรักความผูกพันใกล้ชิดสามารถรับรู้ได้ ก็จะทำให้เกิดความบีบคั้นทางด้านจิตวิญญาณร่วมด้วยและหาวิธีเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณทั้งของผู้ป่วยและของตนเองด้วย เพื่อรักษาซึ่งสมดุลงแห่งชีวิต

จากการศึกษาบททวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤตในมิติความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการจากพยาบาลในทศวรรษที่ผ่านมา พบว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาความต้องการทางด้านจิตสังคมของญาติผู้ป่วยวิกฤตในหออภิบาลโดยแบ่งความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤตเป็น 6 ด้าน คือ ความต้องการลดความวิตกกังวล ต้องการข้อมูล ต้องการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย ต้องการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ความต้องการส่วนบุคคล ความต้องการกำลังใจและระบายความรู้สึก โดยการดัดแปลงแบบสอบถามความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤตในหออภิบาลของมอลเตอร์ (Molter, 1979) มาใช้และมีการนำแบบสอบถามไปใช้ศึกษาในโรงพยาบาลต่างๆ (จุฑามาศ, สุภาพร, สมพร, และวิไลวรรณ, 2536; จงกลและพรทิพา, 2539; นิภาวรรณและจันทร์พร, 2541; พรทิพย์, 2541; วิมลรัตน์, 2536; สุภารัตน์, ชื่นฤดี, และวิมลวัลย์, 2542; อารีย์, 2538; อุไรพร, 2532;) ผลการศึกษาส่วนใหญ่ พบว่า ญาติผู้ป่วยวิกฤตมีความต้องการรายด้าน 3 อันดับแรก คือ ความต้องการลดความวิตกกังวล ความต้องการข้อมูล ความต้องการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย และความต้องการของญาติรายข้อที่มีความต้องการมาก 3 อันดับแรก คือ รู้สึกมีความหวัง ได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด และมีความรู้สึกเป็นเจ้าของที่โรงพยาบาลสนใจดูแลผู้ป่วย และธิตติมา (2540) ได้ศึกษาความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤตโดยได้ดัดแปลงแบบสำรวจความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤตของมอลเตอร์ร่วมกับแบ่ง

ความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤต ตามกรอบแนวคิดของกากลิโอเน (Gaglione, 1984) ซึ่งระบุความต้องการออกเป็น 4 ด้าน คือ ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร ความต้องการด้านร่างกาย ความต้องการด้านอารมณ์ และความต้องการด้านจิตวิญญาณ พบว่า ญาติผู้ป่วยวิกฤตมีความต้องการในทุกด้านระดับปานกลางถึงมาก โดยเรียงจากมากไปน้อยตามลำดับ คือ ด้านความต้องการข้อมูลข่าวสาร ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านจิตวิญญาณ สำหรับความต้องการทางด้านจิตวิญญาณนี้มีคำถาม 5 ข้อ จากทั้งหมด 31 ข้อ ซึ่งมีจำนวนน้อยและเมื่อพิจารณาคำถามพบว่ายังไม่ครอบคลุมความต้องการทางด้านจิตวิญญาณทั้งหมดของบุคคลตามกรอบแนวคิดของไฮฟิลด์ (Highfield, 1992) โดยพบว่าความต้องการทางจิตวิญญาณที่ไม่ครอบคลุมในการศึกษาที่ผ่านมา คือ ความต้องการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในด้านการให้และการรับความรัก ความผูกพัน ความไว้วางใจ และการให้อภัย

จากการศึกษาของอัจจรา (2541) เกี่ยวกับการเยียวยาทางด้านจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 40 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 92.5 ใช้หลักธรรมทางศาสนาบรรเทาความทุกข์ทางใจโดยมีการปฏิบัติ 10 วิธี โดยวิธีที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ การทำพิธีทางศาสนา รongลงมา คือ การฝึกการผ่อนคลาย การอธิษฐานจิต การทบทวนความหมาย และเป้าหมายชีวิตใหม่ โดยหลักธรรมทางพระพุทธศาสนาที่กลุ่มตัวอย่างนำมาใช้เพื่อเยียวยาจิตวิญญาณ คือ การละเว้นความชั่ว การทำความดี และการทำใจให้บริสุทธิ์ และจากประสบการณ์การทำงานในหออภิบาลผู้วิจัยได้มีโอกาสพบเห็น และรับรู้ถึงความต้องการทางด้านจิตวิญญาณและการปฏิบัติของญาติเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่รอด รวมทั้งเพื่อความหวังของตนเองและครอบครัวที่มีความหลากหลาย เช่น การอดนอนด้วยความเป็นห่วงผู้ป่วย การเฝ้าอยู่นำหน้าหออภิบาลตลอดแม้จะยังไม่ถึงเวลาเยี่ยม บางคนบอกว่ก่อนจะเข้ามาเยี่ยมต้องทำใจมากเพื่อให้ผู้ป่วยเห็นว่าตนเข้มแข็งและให้กำลังใจผู้ป่วย แต่หลังจากกลับออกไปก็ร้องไห้ ในรายที่ผู้ป่วยเป็นเด็กมารดาผู้ป่วยเล่าว่ามีความทุกข์ใจมากได้ไปไหว้พระบนบานสิ่งศักดิ์สิทธิ์ให้ดลบันดาลให้บุตรหายป่วยหรือมีอาการดีขึ้น และบอกว่าถ้าเป็นไปได้ตนขอรับความทุกข์นี้แทนบุตร ญาติบางรายมีความเชื่อทางการแพทย์สมัยใหม่ๆ มาก และมีการเผชิญปัญหาแบบสู้ ก็จะติดตามอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดคิดจะขอเข้าเยี่ยมตลอดแม้ยังไม่ถึงเวลาเยี่ยม จะรอคอยพบแพทย์เพื่อสอบถามอาการ บางคนค้นหาสาเหตุที่เกิดจากอะไร และคอยรีบรื้อให้แพทย์ส่งตรวจวินิจฉัยด้วยเครื่องมือพิเศษต่างๆ การขอทราบการพยากรณ์ว่าโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่นี้สามารถรักษาให้หายได้หรือไม่ ถ้าแพทย์รักษาไม่ได้จะขอพาผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น โดยเฉพาะโรงพยาบาลที่มีการรักษาเฉพาะทางโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา แม้ว่าจะต้องมีค่าใช้จ่ายมากมายแต่ขอให้ได้ช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเต็มที่จนสุดความสามารถ ญาติบางรายมีความเชื่อทางไสยศาสตร์และ/หรือโหราศาสตร์ ก็จะไปให้หมอดูทำนายโชคชะตาของผู้ป่วย และแก้ไขโชคชะตาโดยการสะเดาะเคราะห์ การทำพิธีต่ออายุ การทำ

บุญอุทิศส่วนกุศล การทำนํ้ามนต์ศักดิ์สิทธิ์มาประพรมผู้ป่วย หรือขอให้พยาบาลให้ผู้ป่วยดื่มนํ้ามนต์โดยการให้ทางสายยาง การบนบานว่าจะบวชทดแทนเมื่อผู้ป่วยหายป่วย การขอปิดทองที่เตียงผู้ป่วย การนำเด็กเล็ก ๆ มาเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในกรณี que ผู้ป่วยเป็น บิดา/มารดาหรือปู่ย่า ตายายของเด็ก ซึ่งให้เหตุผลว่าผู้ป่วยมีความรักเด็กมากและเพื่อเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วย เป็นต้น สำหรับการปฏิบัติเยี่ยมวยาทางจิตวิญญาณนี้พบว่าเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองและเพื่อผู้ป่วย แต่ยังไม่มีการศึกษารวบรวมเป็นงานวิจัยที่ให้ภาพของการปฏิบัติในบริบทของสังคมไทยอย่างชัดเจน

จากการศึกษางานวิจัยและประสบการณ์ดังกล่าวข้างต้นทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต ที่ครอบคลุมตามกรอบแนวคิดของไฮฟีลด์ ซึ่งเชื่อว่าในญาติที่มีความรัก ความผูกพัน และใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดจะมีความต้องการทางด้านจิตวิญญาณเด่นชัดขึ้น และคาดว่าญาติอาจมีการแสวงหาหรือต้องการได้รับการตอบสนองความต้องการโดยการปฏิบัติเยี่ยมวยาทางด้านจิตวิญญาณด้วยตัวของตนเอง หรือจากผู้อื่นด้วยวิธีการต่างๆ ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาเพื่อหาคำตอบและเข้าใจถึงความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤตและวิธีการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการดังกล่าว ทั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางในการให้การดูแลด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยในหออภิบาลได้อย่างเหมาะสมครอบคลุมรวมทั้งเป็นการให้ญาติซึ่งเป็นผู้หนึ่งที่มีความหมายต่อผู้ป่วยวิกฤตมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยทางด้านจิตวิญญาณ และช่วยให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาพปกติโดยเร็วที่สุดหรือเสียชีวิตอย่างสงบ และสมศักดิ์ศรี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต
2. เพื่อศึกษาการปฏิบัติของญาติผู้ป่วยวิกฤตในการสนองตอบความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของตน
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการทางด้านจิตวิญญาณกับการปฏิบัติในการสนองตอบความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต

คำถามการวิจัย

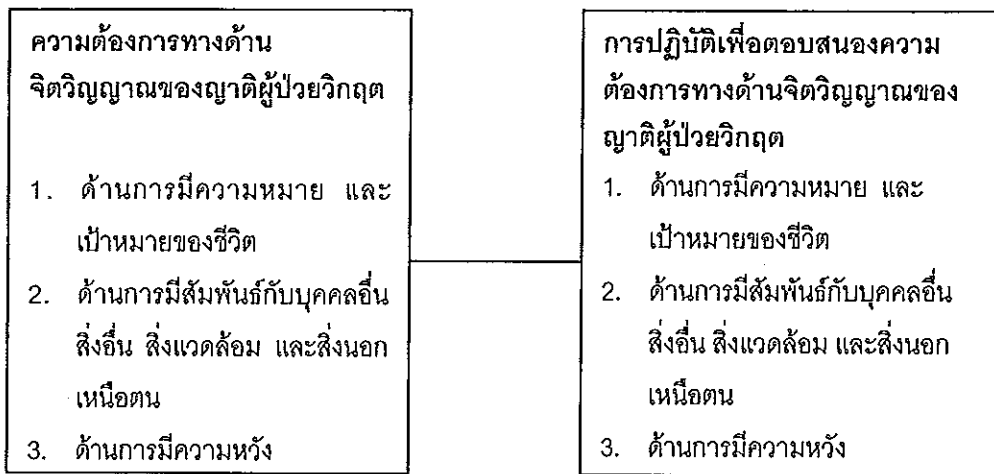
1. ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤตมีเรื่องอะไรบ้าง ระดับความต้องการเป็นอย่างไร
2. การปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤตมีเรื่องอะไรบ้าง ระดับการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการเป็นอย่างไร
3. ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณกับการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤตมีความสัมพันธ์กันหรือไม่ อย่างไร

สมมติฐานการวิจัย

ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณกับการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต มีความสัมพันธ์กัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ได้จากแนวคิดความต้องการทางจิตวิญญาณมี 3 ด้าน (Highfield, 1992) ประกอบด้วย (1) ความต้องการการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต (2) ความต้องการมีสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งนอกเหนือตน เช่น พระเจ้า ซึ่งมีลักษณะของความรัก ใจกว้างใจ และการให้อภัยโดยไม่มีเงื่อนไข (3) ต้องการความหวังซึ่งเป็นความปรารถนาเพื่อให้ตนเองได้พบกับสิ่งที่ดีและมีชีวิตที่ดีขึ้น เมื่อบุคคลมีความต้องการยอมแสวงหาหรือปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของตนในด้านต่างๆตามที่ตนเองต้องการ และเมื่อความต้องการนั้นได้รับการตอบสนอง บุคคลจะเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ คือรับรู้ว่าชีวิตของตนมีคุณค่า มีความหมาย มีเป้าหมายในชีวิตและมีความพึงพอใจในชีวิต สามารถรักและให้อภัยผู้อื่น ได้รับความรักและการให้อภัยจากผู้อื่น ใจกว้างใจในผู้อื่น เชื่อมันศรัทธาในศาสนา และสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนนับถือ



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

นิยามศัพท์

ญาติผู้ป่วยวิกฤต หมายถึง สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาล 1 และ 2 ของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช คนใดคนหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ในฐานะ บิดา มารดา คู่สมรส บุตร-หลาน สะใภ้ หรือพี่/น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยและมีบทบาทรับผิดชอบในการดูแลและ/หรือร่วมตัดสินใจแทนผู้ป่วย

ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต หมายถึง ความประสงค์ ความปรารถนา ความต้องการที่กระตุ้นให้เกิดการแสวงหาหรือดำเนินวิธีการทำให้เกิดการปฏิบัติ เพื่อการได้มาซึ่งการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งประกอบด้วยความต้องการ 3 ด้าน คือ ด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต ด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งแวดล้อมและสิ่งนอกเหนือตนเอง และด้านการมีความหวังในขณะดูแลผู้ป่วย ประเมินได้โดยใช้แบบวัดความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

การปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติของญาติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของตนเองและผู้ป่วย ใน 3 ด้าน คือ ด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต ด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งแวดล้อมและสิ่งนอกเหนือธรรมชาติ และด้านการมีความหวัง ซึ่งมีการกระทำพฤติกรรมทั้งในรูปแบบที่ชัดเจนหรือซ่อนเร้น โดยที่ญาติผู้ป่วยวิกฤตได้ตัดสินใจเลือกวิธีใดวิธีหนึ่งหรือหลายวิธีมาปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณหรือเพื่อที่จะพัฒนาตนเอง ทั้งร่างกาย จิตใจ และปัญญา เพื่อการมีชีวิตอยู่อย่างมีเป้าหมายและเป็นปกติสุข และอาจนำไปสู่

การดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยด้วย ประเมินได้โดยแบบวัดการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของผู้วิจัยสร้างขึ้น

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงความต้องการทางด้านจิตวิญญาณและการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤตที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดและอาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย โดยมีสถานะบทบาทเป็น บิดา/มารดา บุตร/หลาน บุตรสะใภ้ พี่/น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน ทำหน้าที่รับผิดชอบดูแล และ/หรือร่วมตัดสินใจแทนผู้ป่วยขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหออภิบาล 1 และ 2 ของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

ประโยชน์ที่ได้จากการวิจัย

1. เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลที่ส่งเสริมและตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณแก่ญาติผู้ป่วยวิกฤต
2. เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนโดยเน้นความต้องการทางด้านจิตวิญญาณให้กับนักศึกษาและพยาบาล เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจอย่างชัดเจน
3. เป็นแนวทางการทำวิจัยเปรียบเทียบในมิติจิตวิญญาณของผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ เช่น ในญาติผู้ป่วยวิกฤตที่ไม่อยู่ในหอปิด ญาติผู้ป่วยใกล้ตาย ญาติผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และทำวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลที่ตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยวิกฤต

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าความต้องการทางด้านจิตวิญญาณและการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง และครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤต
 - 1.1 แนวคิดเกี่ยวกับความต้องการ
 - 1.2 ความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤต
2. แนวคิดเกี่ยวกับความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ
 - 2.1 ความหมาย : จิตวิญญาณ
 - 2.2 ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ
3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต
4. แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ
5. ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการทางด้านจิตวิญญาณกับการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต

แนวคิดเกี่ยวกับความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤต

แนวคิดเกี่ยวกับความต้องการ

ความต้องการเป็นความปรารถนาบางสิ่งบางอย่าง บุคคลมีความต้องการตลอดเวลาไม่มีที่สิ้นสุด เป็นกระบวนการต่อเนื่อง ตั้งแต่เกิดจนตาย และมีความต้องการทั้งในเวลาปกติ และเมื่อเจ็บป่วย มาสโลว์ (Maslow) ได้อธิบายไว้ว่า มนุษย์มีความต้องการ 5 ชั้นจากต่ำไปหาสูง (Chandel & Drake, 1991) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ความต้องการด้านร่างกาย (physiological needs) เป็นความต้องการพื้นฐานเพื่อการมีชีวิตอยู่ เพื่อคงไว้ซึ่งดุลยภาพของสรีรวิทยา เช่น อากาศ น้ำ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรค ที่อยู่ อาศัย นอกจากนี้ยังรวมถึง ความต้องการทางเพศ การพักผ่อน การออกกำลังกาย การขับถ่ายสิ่งที่ไม่ต้องการ หากบุคคลใดได้รับการตอบสนองอย่างเพียงพอแล้ว จะพัฒนาไปในระดับที่สูงขึ้น

2. ความต้องการในความมั่นคงและปลอดภัย (safety and security needs) เกี่ยวกับความปลอดภัย มั่นคงในชีวิต และทรัพย์สิน สิ่งเหล่านี้จะเริ่มจากครอบครัว สังคม หากสิ่งเหล่านี้ได้รับการตอบสนองและสามารถสร้างหรือพัฒนาให้ดีขึ้นในตนเองได้แล้ว จะทำให้บุคคลนั้นมีความรักต่อเพื่อนมนุษย์ มีความปรารถนาดีต่อผู้อื่น ช่วยเหลือและเอื้อเฟื้อเกื้อกูลซึ่งกันและกัน ลดความกังวลและจะชื่นชมสังคมที่มีระเบียบวินัย ให้ความเคารพในสิทธิของผู้อื่น และสามารถสร้างบรรยากาศที่ดีในสังคมได้

3. ความต้องการที่จะเป็นเจ้าของและเป็นที่ยอมรับ (belonging needs and love needs) ความรู้สึกที่มีความรัก และเป็นที่ยอมรับ และมีผู้ห่วงใย ซึ่งเป็นความต้องการทางสังคมอย่างหนึ่ง ที่ช่วยให้มนุษย์อยู่ร่วมกันได้ด้วยความปลอดภัย มั่นใจ มีความสุข มีความหวังและมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับอุปสรรคต่างๆ

4. ความต้องการความภาคภูมิใจ (esteem needs) หมายถึงความต้องการเป็นที่ยอมรับยกย่อง เป็นบุคคลสำคัญในครอบครัว เพื่อนฝูง และสังคม

5. ความต้องการประจักษ์ในคุณค่าแห่งตน (need for self-actualization or self-fulfillment) เป็นการพัฒนาความต้องการของตนเองจนถึงขั้นสมบูรณ์ และเป็นจุดสูงสุดของความต้องการของมนุษย์ โดยประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง และยึดหลักการดำรงชีพด้วยความดี แสวงหาสิ่งที่ดีและถูกต้องในการกระทำ โดยไม่คำนึงถึงผลตอบแทน เช่น ลาภ ยศ ชื่อเสียง ทรัพย์สิน หรืออิทธิพลใดๆในสังคม ดังนั้นผู้ที่ถึงพร้อมแล้วในขั้นสูงสุดจะมีชีวิตที่เรียบง่าย มีจิตใจเยือกเย็น เปี่ยมด้วยความเมตตากรุณา และหวังดีต่อผู้อื่น ผู้ใดที่ได้ติดต่อดังนี้จะมีแต่ความสุข ความอบอุ่น และอยากคบหาอยู่เสมอ

ลำดับขั้นในการพัฒนาขั้นสู่ความต้องการที่จะเป็นมนุษย์อย่างสมบูรณ์หรือความต้องการที่จะประจักษ์ในคุณค่าของตนเองนั้นต้องอาศัยความสมบูรณ์ในการพัฒนาการขั้นต่ำเป็นลำดับขึ้นไป เริ่มจากได้รับการตอบสนองที่เพียงพอต่อความต้องการทางชีวภาพไปสู่ความต้องการความปลอดภัย ต้องการความรักและมีพวกพ้อง ความต้องการมีเกียรติในสังคม ความภูมิใจในตนเองจนไปถึงความต้องการที่จะประจักษ์ในคุณค่าที่แท้จริงของตน (ละออง, 2534) และจากลำดับขั้นของความ ต้องการในความสำเร็จแห่งตนนี้มีความหมายลึกซึ้งและรวมถึงความต้องการทางด้านจิตวิญญาณด้วย (ทัศน, 2534)

มนุษย์เรามีความต้องการตามธรรมชาติ ถ้าได้พบความสมปรารถนาดังความประสงค์ ก็จะนิยมชมชื่น เกิดความมั่นใจในตนเอง และมีความมานะพยายามที่จะทำประโยชน์ต่อไปเพราะความต้องการเป็นแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรม หากผิดหวังหรือไม่สมปรารถนาก็จะเกิดความไม่มั่นใจ ท้อแท้ และเป็นผู้สิ้นหวัง (อุบลวรรณ, 2541)

ความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤต

การที่บุคคลเจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทำให้เกิดความไม่สมดุลในครอบครัว ถือเป็นภาวะวิกฤตของญาติ และมีความต้องการที่จะนำปัจจัยสมดุลต่างๆ มาใช้เพิ่มมากขึ้นเพื่อให้ครอบครัวสามารถคงความสมดุลอยู่ได้ กากลิโอเน (Gaglione, 1984) สรุปความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤตเป็น 4 ด้าน ได้แก่

1. ความต้องการข้อมูลข่าวสาร (informational needs) เป็นความต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับอาการผู้ป่วย การดูแลรักษา (Dunbar & McClain, 1993) การวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค พยาธิสภาพที่หลงเหลืออยู่ ตลอดจนการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค เพื่อให้สอดคล้องกับแผนการรักษา (Krozek, 1991) นอกจากนี้ญาติต้องการทราบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย กฎระเบียบ เวลาเยี่ยมของหออภิบาล และการติดต่อสื่อสารกับบุคลากรในทีมสุขภาพ ต้องการรู้ประเภทของบุคลากรในทีมสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วย (Krozek, 1991) ต้องการพูดคุยกับแพทย์และพยาบาลคนเดิมทุกวัน (Millar, 1989) โดยต้องการคำอธิบายที่ชัดเจน เข้าใจง่าย ไม่ใช่ศัพท์ทางการแพทย์หรือพูดเร็วจนเกินไปซึ่งจะทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยไม่เข้าใจข้อมูลเหล่านี้ อันจะเป็นสาเหตุให้เกิดความเครียดแก่สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยได้ (Gaw-Ens, 1994; Hickey, 1993)

2. ความต้องการด้านร่างกาย (physiological needs) เป็นความต้องการที่เกี่ยวข้องกับความสะอาดสบายต่างๆ ในระยะแรกที่เผชิญกับสถานการณ์วิกฤตญาติส่วนใหญ่มักไม่ให้ความสนใจกับความต้องการด้านร่างกายของตนเองมากนัก เนื่องจากจะมุ่งความสนใจไปที่ผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว แต่จะให้ความสำคัญมากขึ้นในระยะหลังของการเผชิญกับสถานการณ์วิกฤต (Dunbar & McClain, 1993) โดยความต้องการด้านร่างกายที่ญาติระบุ ได้แก่ ต้องการให้มีห้องน้ำ และห้องพักใกล้หอผู้ป่วยขณะรอเวลาเยี่ยม ต้องการมีอุปกรณ์ในการอำนวยความสะดวกในห้องพักรอเยี่ยม มีอาหารและของใช้ที่จำเป็นจำหน่ายในโรงพยาบาลและมีโทรศัพท์ใกล้บริเวณหอผู้ป่วย (Krozek, 1991; Warren, 1993) นอกจากนี้ยังต้องการมีเวลาอยู่คนเดียวหรือมีสถานที่เป็นส่วนตัวเมื่ออยู่โรงพยาบาล และมีคนคอยช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา ตลอดจนต้องการมีคนสนใจดูแลสุขภาพของญาติผู้ป่วยบ้าง (Warren, 1993)

3. ความต้องการด้านอารมณ์ (emotional needs) เป็นความต้องการการสนับสนุนทางอารมณ์ การมีคนคอยพูดคุย ปลอบโยน และให้กำลังใจ เนื่องจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วยถือเป็นภาวะวิกฤตทางจิตใจ (psychological crisis) ของญาติ (Brose, 1979; Millar, 1989) โดยความต้องการด้านอารมณ์ของญาติที่สำคัญ ได้แก่ ความต้องการลดความวิตกกังวล โดยญาติผู้ป่วยวิกฤตในหออภิบาลจะมีความวิตกกังวลสูง (อารีย์, 2538) ซึ่งความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากความไม่แน่ใจต่อสถานการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ญาติยังมีความต้องการ

ได้รับการประดับประคองทางจิตใจ และมีโอกาสได้ระบายความรู้สึก เพื่อเสริมสร้างกำลังใจให้ผ่านภาวะวิกฤตไปได้ และญาติยังต้องการการสนับสนุนจากพยาบาลและเจ้าหน้าที่อื่นๆในทีมสุขภาพอีกด้วย (Brose, 1979) โดยต้องการพูดคุยเพื่อสอบถามปัญหาและข้อข้องใจต่างๆ ตลอดจนต้องการได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ (Hickey, 1993) และทุกอย่างจะเรียบร้อยแม้เมื่อญาติไม่อยู่ด้วยตลอดเวลาที่โรงพยาบาล และรวมถึงต้องการได้รับการยอมรับจากเจ้าหน้าที่ในหออภิบาลด้วย

ในขณะเดียวกัน ญาติมีความต้องการที่จะทำตัวให้เป็นประโยชน์ และมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล เช่น การทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วย การพลิกตัว การให้อาหาร การบีบนิ้วร่างกาย การช่วยเปลี่ยนผ้าปูที่นอน ซึ่งเป็นการส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและญาติ แต่ญาติก็ยังต้องการความมั่นใจในการให้การดูแลผู้ป่วย เนื่องจากกลัวการสัมผัสผู้ป่วยที่มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ (Breu & Dracup, 1978) นอกจากนี้ความต้องการเข้าเยี่ยมก็เป็นความต้องการที่สำคัญได้แก่ ความต้องการเข้าเยี่ยมให้ตรงเวลาที่มีการเปลี่ยนแปลงเวลาเข้าเยี่ยมได้เป็นกรณีพิเศษเมื่อมีเหตุจำเป็น หรือสามารถเข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้บ่อยเท่าที่ต้องการ (Lopez-Fagin, 1995)

4. ความต้องการด้านจิตวิญญาณ (spiritual needs) เป็นความต้องการความมั่นคงทางจิตใจ เช่น การยึดมั่นในศาสนาหรือความเชื่อของบุคคล โดยญาติต้องการให้พระมาเยี่ยมผู้ป่วย ต้องการนำวัตถุหรือสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจมาไว้กับผู้ป่วยขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล และต้องการได้รับการบอกเล่าว่าจะประกอบพิธีอะไรทางศาสนาได้บ้างในขณะที่ผู้ป่วยรักษาตัวอยู่โรงพยาบาล (Gaglione, 1984)

ในการศึกษาความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤตในต่างประเทศ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาโดยใช้แบบสำรวจความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤตของมอลเตอร์ (Molter, 1979) ผลการศึกษาพบว่า ญาติผู้ป่วยวิกฤตในหออภิบาลมีความต้องการตรงกันในทุกๆงานวิจัยที่พบมากตามลำดับ (Kleinpell, 1991) ดังนี้ ต้องการทราบเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคหรือผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ต้องการได้รับคำตอบเกี่ยวกับผู้ป่วยตามความเป็นจริง ต้องการมีความหวัง ต้องการให้ทีมสุขภาพดูแลผู้ป่วยอย่างดีที่สุด สำหรับในประเทศไทยมีการศึกษาโดยการดัดแปลงแบบสอบถามความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤตของมอลเตอร์ (Molter, 1979) และได้แบ่งความต้องการตามแนวทางของดาเลย์ (Daley, 1984) ออกเป็น 6 ด้าน คือ ความต้องการลดความวิตกกังวล ต้องการข้อมูล ต้องการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย ต้องการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ความต้องการส่วนบุคคล ความต้องการกำลังใจและระบายความรู้สึก นำมาศึกษาในโรงพยาบาลต่างๆ พบว่า ส่วนใหญ่ญาติผู้ป่วยวิกฤตมีความต้องการรายด้าน 3 อันดับแรก คือ ความต้องการลดความวิตกกังวล ความต้องการข้อมูล ความต้องการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย และความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤตรายข้อ ที่มีความต้องการมาก 3 อันดับแรก คือ รู้สึกมีความหวัง ได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่าง

ดีที่สุด มีความรู้สึกว่าเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสนใจดูแลผู้ป่วย ซึ่งผลการศึกษาความต้องการของญาติ จากงานวิจัยต่างๆ จากวารสารทั้งในและต่างประเทศมีจำนวนทั้งสิ้น 22 เรื่อง สรุปแสดงไว้ในตาราง 1

ตาราง 1 สรุปผลการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤต

ผู้วิจัย/แบบวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง (n)	ความต้องการ รายด้าน/รายชื่อ (เรียงตามลำดับมากไปน้อย)	หมายเหตุ
Molter (1979) วิจัยเชิงบรรยาย	ญาติผู้ป่วย วิกฤต (n = 40)	<ol style="list-style-type: none"> 1. รู้สึกมีหวัง 2. มีความรู้สึกว่าเจ้าหน้าที่สนใจดูแลผู้ป่วย 3. มีที่พักรอเยี่ยมใกล้หอผู้ป่วยหนัก 4. ได้รับโทรศัพท์แจ้งเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย 5. ต้องการทราบเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค 	-
Daley (1984) วิจัยเชิงบรรยาย	ญาติผู้ป่วย วิกฤต (บิดา/มารดา คู่สมรส บุตร บุคคลสำคัญของ ผู้ป่วย) (n = 40)	<p>รายด้าน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ต้องการลดความวิตกกังวล 2. ต้องการข้อมูล 3. ต้องการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย 4. ต้องการช่วยเหลือผู้ป่วย 5. ต้องการกำลังใจและระบายความรู้สึก 6. ความต้องการส่วนบุคคล <p>รายชื่อ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ต้องการรับทราบความผิดปกติของผู้ป่วย 2. ต้องการทราบถึงผลที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย 3. ต้องการได้รับคำตอบตามความเป็นจริง 4. ต้องการพูดคุยกับแพทย์ 5. ต้องการทราบแผนการรักษา 	-
Bouman (1984) วิจัยเชิงบรรยาย	ญาติผู้ป่วย วิกฤต ICU, ศัลยกรรม และอายุรกรรม (n = 34)	-	ความต้องการของญาติ ไม่มีความแตกต่างตามอายุ เพศ การศึกษา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ฐานะทางสังคม/การเงิน

ตาราง 1 (ต่อ)

ผู้วิจัย/ แบบวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง (n)	ความต้องการ รายด้าน/รายชื่อ (เรียงตามลำดับมากไปน้อย)	หมายเหตุ
Norris & Grove (1986) วิจัยเชิงบรรยาย	ญาติผู้ป่วยวิกฤต ใน ICU (n = 20)	<ol style="list-style-type: none"> 1. รู้สึกว่ามีความหวัง 2. ได้รับคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริง 3. ให้เจ้าหน้าที่ รพ. สนใจดูแลผู้ป่วย 4. ได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลดีที่สุด 5. ต้องการทราบว่าผู้ป่วยเป็นอย่างไร 	-
Leske (1986) วิจัยเชิงบรรยาย	ญาติผู้ป่วยวิกฤต ICU. (n = 55)	<ol style="list-style-type: none"> 1. รู้สึกว่ามีความหวัง 2. ได้รับคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริง 3. ต้องการทราบเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค 4. ต้องการทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับความคืบหน้าของผู้ป่วย 5. ได้รับคำอธิบายด้วยถ้อยคำที่เข้าใจง่าย 	-
Lynn-McHale & Bellinger (1988) วิจัยเชิงบรรยาย	ญาติผู้ป่วยวิกฤต ICU. (n = 52)	<ol style="list-style-type: none"> 1. ได้รับกำลังใจจากเพื่อนๆ 2. ได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยบ่อยๆ 3. รู้สึกว่า เจ้าหน้าที่ รพ. สนใจดูแลผู้ป่วย 4. รู้สึกมีความหวัง 5. ได้รับการยอมรับจากเจ้าหน้าที่ 	-
อุไรพร (2532) วิจัยเชิงบรรยาย	ญาติผู้ป่วยวิกฤต (บิดา/มารดา คู่สมรส บุตร) ICU. ศัลยกรรม และอายุรกรรม รพ. แพร์ (n = 60)	<p>รายด้าน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ต้องการลดความวิตกกังวล 2. ต้องการมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วย 3. ต้องการข้อมูล 4. ต้องการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย 5. ความต้องการส่วนบุคคล 	ญาติที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยแตกต่างกันให้ลำดับความสำคัญของความต้องการไม่แตกต่างกัน
Forrester, Murphy, Price, & Monaghan (1990) วิจัยเชิงบรรยาย	ญาติผู้ป่วยวิกฤต ICU. (n = 92)	<ol style="list-style-type: none"> 1. รู้สึกมีความหวัง 2. ต้องการทราบเหตุผลของการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ 3. ต้องการพูดคุยกับแพทย์ทุกวัน 4. ต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยวันละครั้ง 5. ต้องการพูดคุยกับพยาบาลทุกวัน 	การรับรู้ความต้องการระหว่างญาติกับพยาบาลไม่แตกต่างกัน

ตาราง 1 (ต่อ)

ผู้วิจัย/ แบบวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง (n)	ความต้องการ รายด้าน/รายชื่อ (เรียงตามลำดับมากไปน้อย)	หมายเหตุ
Jacono, Antonioni, O'Brien, & Rasi (1990) วิจัยเชิงบรรยาย	ญาติผู้ป่วย วิกฤต ICU. (n = 25)	1. ได้รับโทรศัพท์แจ้งที่บ้านเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง 2. ได้รับคำอธิบายด้วยถ้อยคำที่เข้าใจง่าย 3. ได้รับคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริง 4. ได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุด	-
	ญาติผู้ป่วย วิกฤต NICU. (n = 24)	1. ได้รับคำอธิบายด้วยถ้อยคำที่เข้าใจง่าย 2. รับทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับผู้ป่วย 3. ต้องการทราบผลของการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับแล้ว 4. ต้องการทราบเหตุผลของการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ 5. ได้รับคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริง	-
Rukholm, Bailey, Coutu- Wakulczyk, & Bailey (1991) วิจัยเชิงบรรยาย	ญาติผู้ป่วย วิกฤต (บิดา/มารดา คู่สมรส บุตร สะใภ้ คนใกล้ชิด) (n = 166)	1. ได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุด 2. ได้รับคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริง 3. ได้รับโทรศัพท์แจ้งที่บ้านเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง 4. ต้องการทราบเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค 5. ต้องการทราบความก้าวหน้า	-เพศชายและหญิงใน แต่ละอายุมีความ ต้องการไม่แตกต่างกัน -เพศชาย อายุ 52-68 ปี มีความต้องการต่ำสุด -ชายทุกกลุ่มอายุ มีความต้องการต่ำกว่า หญิง ยกเว้น อายุ 69-85 ปี
Kleinpell & Powers (1992) วิจัยเชิงบรรยาย	ญาติผู้ป่วย วิกฤต ICU. (n = 64)	1. ได้รับคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริง 2. ได้รับโทรศัพท์แจ้งที่บ้านเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง 3. ต้องการทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับความคืบหน้า ของผู้ป่วย 4. จะทำอะไรกับผู้ป่วยบ้าง 5. ได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุด	-

ตาราง 1 (ต่อ)

ผู้วิจัย/ แบบวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง (n)	ความต้องการ รายด้าน/รายชื่อ (เรียงตามลำดับมากไปน้อย)	หมายเหตุ
วิมลรัตน์ (2536) วิจัย เชิงบรรยาย	ญาติผู้ป่วยวิกฤต (บิดา/มารดา คู่สมรส บุตร) ใน ICU. ร.พ.สงขลา นครินทร์ (n = 100)	<p>รายด้าน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ต้องการลดความวิตกกังวล 2. ต้องการข้อมูล 3. ต้องการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย 4. ต้องการมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วย 5. ความต้องการส่วนบุคคล <p>รายชื่อ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ให้เจ้าหน้าที่ รพ. สนใจดูแลผู้ป่วย 2. ได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลดีที่สุด 3. ได้รับความมั่นใจว่าทุกอย่างจะเรียบร้อยขณะญาติไม่อยู่ 4. ต้องการความหวัง 5. ได้รับคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริง 	บิดา/มารดา คู่สมรส บุตร มีความต้องการ แต่ละด้านไม่แตกต่างกัน (p < .05)
จุฬามาศ, สุภาภรณ์, สมพร, และ วิไลวรรณ (2536) วิจัย เชิงบรรยาย	ญาติผู้ป่วยวิกฤต (บิดา/มารดา คู่สมรส บุตร) แผนกอายุรกรรม (n = 99)	<p>รายด้าน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ต้องการลดความวิตกกังวล 2. ต้องการข้อมูล 3. ต้องการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย 4. ต้องการมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วย 5. ต้องการกำลังใจและระบายความรู้สึก 6. ความต้องการส่วนบุคคล <p>รายชื่อ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ให้เจ้าหน้าที่ รพ. สนใจดูแลผู้ป่วย 2. ได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลดีที่สุด 3. ได้รับคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริง 4. ไปดูผู้ป่วยบ่อยๆ 5. ได้รับคำอธิบายด้วยถ้อยคำที่เข้าใจง่าย 	- บทบาทต่างกัน มีความ ต้องการ แตกต่างกันไม่ มีนัยสำคัญทางสถิติ (p>.05) - ความต้องการของญาติ หอสามัญ และ ICU มี ความแตกต่างอย่างไม่มี นัยสำคัญทางสถิติ (p>.05)

ตาราง 1 (ต่อ)

ผู้วิจัย/ แบบวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง (n)	ความต้องการ รายนาม/รายชื่อ (เรียงตามลำดับมากไปน้อย)	หมายเหตุ
เกลียวพันธ์, ปริศนา, และยุทธพร (2539) วิจัย เชิงบรรยาย	ญาติผู้ป่วยวิกฤต (บิดา/มารดา คู่สมรส บุตร) ใน ICU. อายุกรรม และศัลยกรรม รพ. เชียงราย ราชประชา นุเคราะห์ (n = 90)	รายนาม 1. ต้องการลดความวิตกกังวล 2. ต้องการข้อมูล 3. ต้องการมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วย 4. ต้องการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย 5. ความต้องการส่วนบุคคล 6. ต้องการกำลังใจและระบายความรู้สึก รายชื่อ 1. ได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลดีที่สุด 2. มีความรู้สึกว่าเป็นหน้าที่ รพ. สนใจดูแลผู้ป่วย 3. ทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับอาการคืบหน้าของ ผู้ป่วย 4. คำตอบที่ตรงกับความจริง 5. รู้สึกมีหวัง	บิดา/มารดา คู่สมรส และบุตรมี ความต้องการใน 4 ด้านแรกตรงกัน แต่ 2 ด้านสุดท้าย คู่สมรสต้องการ กำลังใจ และระบาย ความรู้สึกมากกว่า ความต้องการ ส่วนบุคคล
จกมล และ พรทิพา (2539) วิจัย เชิงบรรยาย	ญาติผู้ป่วยวิกฤต (บิดา/มารดา คู่สมรส บุตร) ICU. ร.พ. ชลบุรี (n = 65)	รายนาม 1. ต้องการลดความวิตกกังวล 2. ต้องการข้อมูล รายชื่อ 1. รู้สึกว่ายังมีหวัง 2. ได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลดีที่สุด	บทบาทต่างกัน มี ความต้องการ แตกต่างกันไม่มีนัย สำคัญทางสถิติ (p>.05)
ธิติมา (2540) วิจัย เชิงบรรยาย	ญาติผู้ป่วยวิกฤต (บิดา/มารดา คู่สมรส บุตร พี่/ น้อง) ใน ICU.6 หอ (n = 55)	รายนาม 1. ข้อมูลข่าวสาร 2. ด้านอารมณ์ 3. ด้านร่างกาย 4. ด้านจิตวิญญาณ	-
พวงเพชร (2540) วิจัย เชิงบรรยาย	มารดาผู้ป่วยเด็กใน ICU.กุมาร รพ.มหาราช เชียงใหม่ (n = 50)	รายนาม 1. ด้าน มั่นใจในความปลอดภัยของบุตร 2. ต้องการข้อมูล 3. ด้านบทบาทการเป็นมารดา	มารดาผู้ป่วยเด็ก มากกว่าครึ่งได้รับ การตอบสนองไม่ สอดคล้องกับความ ต้องการทุกข้อ

ตาราง 1 (ต่อ)

ผู้วิจัย/ แบบวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง (n)	ความต้องการ รายด้าน/รายชื่อ (เรียงตามลำดับมากไปน้อย)	หมายเหตุ
นิภาวรรณ และ จันทร์พร (2541) วิจัย เชิงบรรยาย	ญาติผู้ป่วยวิกฤต (บิดา/มารดา คู่สมรส บุตร พี่น้อง) หอศัลยกรรม อุบัติเหตุ (n = 112)	<p>รายด้าน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ต้องการลดความวิตกกังวล 2. ต้องการข้อมูล 3. ต้องการมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วย 4. ต้องการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย 5. ความต้องการส่วนบุคคล 6. ต้องการกำลังใจและระบายความรู้สึก <p>รายชื่อ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. รู้สึกมีหวัง 2. มีความรู้สึกว่าเจ้าหน้าที่สนใจดูแลผู้ป่วย 3. ทราบว่าโรคของผู้ป่วยรักษาได้หายหรือไม่ 4. ได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลดีที่สุด 5. ได้รับคำตอบจากเจ้าหน้าที่ตรงกับความเป็นจริง 	<p>บทบาทต่างกัน มี ความต้องการแตก ต่างกันไม่มีนัยสำคัญ ทางสถิติ (p>.05)</p>
พรทิพย์ (2541) วิจัย เชิงบรรยาย	ญาติผู้ป่วยวิกฤต (บิดา/มารดา คู่ สมรส บุตร) ICU. อุบัติเหตุ ร.พ.ศิริราช (n = 60)	<p>รายด้าน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ต้องการลดความวิตกกังวล 2. ต้องการข้อมูล 3. ต้องการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย 4. ความต้องการส่วนบุคคล 5. ต้องการกำลังใจและระบายความรู้สึก <p>รายชื่อ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ให้ความหวังว่าผู้ป่วยจะดีขึ้นหรือรอดชีวิต 2. ให้ความจริงเกี่ยวกับความเป็นไปได้ของโรคหรืออาการที่จะเป็นไปได้ของผู้ป่วย 3. แง้งไปที่บ้านเมื่อมีอาการเลวลง 4. ให้เจ้าหน้าที่ รพ.เอาใจใส่ผู้ป่วย 5. ให้ความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะปลอดภัยขณะญาติไม่อยู่ 	<p>บทบาทต่างกัน มี ความต้องการแตก ต่างกัน ไม่มีนัยสำคัญทาง สถิติ (p>.05)</p>

ตาราง 1 (ต่อ)

ผู้วิจัย/ แบบวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง (n)	ความต้องการรายด้าน/รายชื่อ (เรียงตามลำดับมากไปน้อย)	หมายเหตุ
อุบลวรรณ (2541) วิจัย เชิงบรรยาย	ญาติผู้ป่วย วิกฤต (บิดา/มารดา คู่สมรส บุตร พี่น้อง) ใน ICU. คัดสรร (n = 123)	รายด้าน 1. ต้องการลดความวิตกกังวล 2. ต้องการข้อมูล 3. ต้องการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย 4. ต้องการมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วย 5. ความต้องการส่วนบุคคล 6. ต้องการกำลังใจและระบายความรู้สึก รายชื่อ 1. ให้ความหวังว่าผู้ป่วยจะดีขึ้นหรือรอดชีวิต 2. ให้เจ้าหน้าที่ รพ. เอาใจใส่ผู้ป่วย 3. ได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแล ดีที่สุด 4. มั่นใจว่าผู้ป่วยปลอดภัยขณะญาติไม่อยู่ 5. แวะไปที่บ้านเมื่อผู้ป่วยมีอาการเลวลง	-
สุภารัตน์, ชื่นฤดี, และ วิมลวัลย์ (2542) วิจัย เชิงบรรยาย	ญาติผู้ป่วย วิกฤต (บิดา/มารดา คู่สมรส บุตร) ใน ICU. รพ.รามธิบดี (n = 100)	1. ได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแล ดีที่สุด 2. รู้สึกมีหวัง 3. ต้องการทราบการทำนายโรค 4. ต้องการทราบแผนการรักษา 5. มั่นใจว่าทุกอย่างจะเรียบร้อย ขณะญาติ จากไปชั่วคราว	- อายุ การศึกษา รายได้ จำนวนครั้งที่รับการรักษาใน ICU. ที่แตกต่างกัน มีความ ต้องการไม่แตกต่างกันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) - การศึกษาต่างกัน มีการรับรู้ ถึงการได้รับการตอบสนอง ความต้องการแตกต่างกัน ($p < .05$)
Lee, Chien, & Mackenzie (2000) วิจัย เชิงบรรยาย	ญาติผู้ป่วย วิกฤต ICU. ในฮ่องกง (n = 30)	1. รู้สึกมีความหวัง 2. รู้สึกว่า เจ้าหน้าที่ รพ. สนใจดูแลผู้ป่วย 3. มีห้องสำหรับนั่งพักคอยเวลาเยี่ยม ใกล้ หออภิบาล 4. ได้รับโทรศัพท์แจ้งที่บ้านเมื่อผู้ป่วยมีอาการ เปลี่ยนแปลง 5. ต้องการทราบเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค	-

ริติมา (2540) ได้ศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต โดยได้ดัดแปลงแบบสำรวจความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤตของมอลเตอร์ร่วมกับแบ่งความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤตในหออภิบาลตามกรอบแนวคิดของกาเกลิโอเน (Gaglione, 1984) ซึ่งระบุความต้องการออกเป็น 4 ด้าน คือ ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร ความต้องการด้านร่างกาย ความต้องการด้านอารมณ์ และความต้องการด้านจิตวิญญาณ พบว่า ญาติผู้ป่วยวิกฤตในหออภิบาล มีความต้องการในทุกด้าน ระดับปานกลางถึงมาก และมีความต้องการโดยรวมเรียงจากมากไปน้อยตามลำดับดังนี้ คือ ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านจิตวิญญาณ ในด้านความต้องการทางจิตวิญญาณนี้ญาติผู้ป่วยวิกฤตในหออภิบาลมีความต้องการอยู่ในอันดับสุดท้าย ซึ่งเมื่อพิจารณาถึงคำถามเกี่ยวกับความต้องการทางจิตวิญญาณ พบว่าประกอบด้วยคำถาม 5 ข้อ จากทั้งหมด 31 ข้อ ซึ่งมีข้อคำถามน้อยและเมื่อพิจารณาคำถามพบว่ายังไม่ครอบคลุมความต้องการทางจิตวิญญาณทั้งหมดของบุคคลตามกรอบแนวคิดของไฮฟีลด์ (Highfield, 1992) ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ (1) ความต้องการด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต บนพื้นฐานความรู้สึกถึงการยอมรับในตนเอง มีความผูกพัน ความไว้วางใจในตนเอง (2) ความต้องการผูกพันกับบุคคลอื่น สิ่งอื่นๆ และ/หรือสิ่งนอกเหนือตน (เช่น พระเจ้า) ซึ่งมีลักษณะของความรัก ไว้วางใจ และการให้อภัย โดยไม่มีเงื่อนไข (3) ต้องการมีความหวัง ซึ่งเป็นความปรารถนาเพื่อให้ตนเองได้พบกับสิ่งที่ดี และมีชีวิตที่ดีขึ้น โดยพบว่าความต้องการทางจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤตที่ไม่ครอบคลุมในการศึกษาที่ผ่านมา คือ ความต้องการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในด้านการให้และรับความรัก ความผูกพัน ความไว้วางใจ และการให้อภัย

ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความต้องการทางจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤตโดยใช้กรอบแนวคิดของไฮฟีลด์ (Highfield, 1992) เพื่อจะได้แนวทางในการช่วยเหลือญาติผู้ป่วยวิกฤตที่ครอบคลุมความต้องการทางจิตวิญญาณทั้งหมด นอกจากนี้การที่สมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งป่วยวิกฤตต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกะทันหันหรือป่วยหนักเสี่ยงต่อความเป็นความตายทำให้เกิดความเครียดและเกิดภาวะวิกฤตแก่ญาติ (Gaglione, 1984; Jacono et al., 1990; Patel, 1996) แม้ว่าญาติไม่ได้ป่วยด้วยตนเองแต่เนื่องจากการมีความรัก ความผูกพันกันอย่างใกล้ชิดทำให้ส่งผลต่อจิตใจและจิตวิญญาณของญาติ ซึ่งอวยพร (2534) กล่าวว่า ญาติหรือบุคคลที่มีความผูกพันกับบุคคลที่อยู่ในภาวะต่อไปนี้ คือ ภาวะใกล้ตาย ภาวะวิกฤตทั้งทางกายและทางจิต ผู้ที่อยู่ในภาวะสูญเสีย ผู้ที่อยู่ในภาวะเสี่ยง หรืออยู่ในภาวะวิกฤตที่ไม่สามารถคาดการณ์ผลการรักษาที่ชัดเจน (King & Gregor, 1985 cited in Patel, 1996) พบว่าญาติของบุคคลเหล่านั้นมักมีปัญหาทางด้านจิตวิญญาณ ซึ่งจิตวิญญาณเป็นส่วนประกอบหนึ่งของบุคคล ภาวะจิตวิญญาณของบุคคลก็เช่นเดียวกับภาวะกายและจิตของบุคคล นั่นคือ มีภาวะสุขภาพดีและเจ็บป่วย แต่เนื่องจากคนมีสุขภาพที่แตกต่างกัน แบบแผนค่านิยม และ สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจหรือมิติ

จิตวิญญาณอาจไม่ใช่แบบแผนที่บุคคลนั้นตระหนักหรือเป็นปัญหา แต่เมื่อบุคคลประสบกับเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อจิตวิญญาณก็มักมีปัญหาทางจิตวิญญาณขึ้น และจะแสดงออกถึงความต้องการทางจิตวิญญาณในลักษณะต่างๆ ซึ่งจะกล่าวในลำดับต่อไป

แนวคิดเกี่ยวกับความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ

ความหมาย : จิตวิญญาณ (spiritual)

จิตวิญญาณ เป็นมิติหนึ่งของบุคคลที่เป็นพลังของชีวิต เป็นการแสดงถึงการยอมรับตนเอง การไว้วางใจในตนเองโดยมีพื้นฐานจากการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต การมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งนอกเหนือตนเอง โดยมีความรัก ความไว้วางใจ การให้อภัย โดยไม่มีเงื่อนไข และการมีความหวัง จิตวิญญาณไม่จำเป็น จะต้องเกี่ยวกับศาสนาก็ได้ (Highfield, 1992)

จิตวิญญาณเป็นการสร้างความหมายให้ชีวิต ความรู้สึกสัมพันธ์กับตนเอง ผู้อื่น สิ่งอื่น และสิ่งนอกเหนือตน เพื่อนำไปสู่การมีพลังอำนาจและการมีคุณค่าในตนเอง (Reed, 1992)

ทัทนา (2534) กล่าวว่าจิตวิญญาณ คือ ความเป็นตัวตนของมนุษย์ในส่วนที่ลึกที่สุด เป็นส่วนเฉพาะเจาะจงของมนุษย์บุคคลนั้น โดยการแสดงออกในด้านความคิด ความรู้สึก การตัดสินใจ ตลอดจนการสร้างสรรต่างๆ โดยจะเป็นแรงจูงใจให้คนได้สัมผัสกับพระเจ้า มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น รู้จักให้ความรักและรับความรักจากบุคคลอื่น

ดอสซี, คีแกน, กัชเซทตา, และโคลค์มีเออร์ (Dossy, Keegan, Guzzetta, & Kolkmeier, 1995) กล่าวถึงจิตวิญญาณว่าหมายถึง การมีค่านิยม ความหมาย และเป้าหมายในการดำเนินชีวิต เป็นส่วนลึกของบุคคล ที่แสดงออกถึงความซื่อสัตย์ ความรัก ความฉลาด ความเมตตา กรุณา การสัมผัสกับสิ่งที่มีอำนาจเหนือกว่าตนเอง และมีการสร้างความสมดุลในชีวิตมีการสร้างสรรค์ และทำให้มีการฟื้นฟูจากการเจ็บป่วยหรือความทุกข์ทรมานเร็วขึ้น

นอกจากการให้ความหมายดังกล่าวแล้วยังมีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับจิตวิญญาณอีกมาก ซึ่งผู้วิจัยได้รวบรวมและสรุปได้ดังนี้ จิตวิญญาณ เป็นส่วนเฉพาะเจาะจงของบุคคล เป็นพลวัตร เป็นความรู้สึกที่ลึก อยู่ในระดับที่ไม่รู้สึกตัว เป็นแก่นของความเป็นตัวตน ไม่สามารถมองเห็นได้ เป็นลมหายใจของชีวิตอย่างแท้จริง จิตวิญญาณเป็นแรงผลักดันให้บุคคลกระทำพฤติกรรมอย่างมีความหมาย กระตุ้นให้บุคคลค้นพบจุดมุ่งหมายและความหมายของชีวิต เป็นประสบการณ์สูงสุดของชีวิต เป็นแรงผลักดันทำให้มนุษย์มีความผูกพันกับสิ่งนอกเหนือธรรมชาติ การสัมพันธ์กับบุคคลอื่น รู้จักรัก และรับความรักจากผู้อื่น และเป็นความรู้สึกได้ถึงสัมผัสกับพระเจ้าหรือสิ่งสูงสุด เป็นความรัก ความศรัทธา จิตวิญญาณในแต่ละบุคคลจะแสดงออกมาในด้านความคิด ความรู้สึก การ

ตัดสินใจ การสร้างสรรค์ และแสดงออกมาทางพฤติกรรม คือ ต้องการได้รับการอภัย ได้รับความรัก ความไว้วางใจจากพระเจ้า ตนเอง และบุคคลอื่น ต้องการความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของตน

จิตวิญญาณ เป็นแนวคิดกว้างกว่าศาสนาแม้ว่าศาสนาอาจจะแสดงออกทางจิตวิญญาณ แต่มีจิตวิญญาณของบุคคลทั้งหมดอาจไม่สัมพันธ์กับศาสนา และไม่ได้แสดงออกโดยการปฏิบัติทางศาสนา (Wright, 1998) กล่าวได้ว่า ศาสนาเป็นเพียงส่วนหนึ่งของจิตวิญญาณโดยจิตวิญญาณเน้นที่การให้ความหมายชีวิตและแหล่งประโยชน์ภายในตัวบุคคล ส่วนศาสนาเป็นระบบความเชื่อที่อยู่ภายนอกตัวบุคคล (สายพิณ, 2539) จิตวิญญาณ เป็นมิติของบุคคลที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์กับตนเอง บุคคลอื่น ธรรมชาติ และสิ่งมีอำนาจเหนือตน จิตวิญญาณเป็นศูนย์รวมของการเป็นมนุษย์ มิติจิตวิญญาณของแต่ละบุคคลอยู่ระหว่างมิติของความต้องการการพึ่งพา และความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ไรท์ (Wright, 1998) อธิบายถึงแนวคิดจิตวิญญาณว่า จิตวิญญาณมีร่างกาย จิตใจและวิญญาณ สัมพันธ์ซึ่งกันและกันและประกอบเป็นองค์รวม และสายพิณ (2539) สรุปไว้ว่า จิตวิญญาณเป็นส่วนที่แยกความแตกต่างระหว่างมนุษย์และสัตว์ จิตวิญญาณเป็นพื้นฐานที่สำคัญที่สุดของมนุษย์ โดยจะซึมซับอยู่ในทุกส่วนของชีวิต ซึ่งมีอิทธิพลต่อเจตคติ ความเชื่อ และสุขภาพของบุคคล

ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ (spiritual needs)

ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ เป็นความต้องการเกี่ยวกับตนเอง เป็นความต้องการที่ลึกซึ้ง (แสง, 2531; Craven & Hirnle, 2000) อยู่ในส่วนที่ลึกที่สุด (Brooke, 1987) เป็นความต้องการที่จะพัฒนาหรือทำให้ชีวิตดีขึ้น (Wright, 1998) เป็นสิ่งจำเป็นเพื่อสร้างและดำรงไว้ซึ่งความสัมพันธ์อย่างไม่หยุดนิ่งต่อสิ่งสูงสุดและต่อเพื่อนมนุษย์ ซึ่งก่อให้เกิดการให้อภัย ความรัก ความหวัง ความไว้วางใจ ความหมาย และเป้าหมายของชีวิต (ฟาริดา, 2539) ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณพัฒนาขึ้นเฉพาะในมนุษย์ซึ่งสามารถคิดด้วยมโนทัศน์เท่านั้น โดยพัฒนาขึ้นบนความต้องการพื้นฐานของจิต และจะเห็นได้ชัดเจนเมื่อบุคคลตกอยู่ในอันตรายหรืออ่อนแอลง (ละออบ, 2534) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในยามเจ็บป่วย บุคคลมักมีความต้องการทางด้านจิตวิญญาณเป็นพิเศษ เพื่อเป็นความหวังและกำลังใจ หรือการต่อรองอื่นๆ อาจเป็นอภินิหารจากสิ่งศักดิ์ หรือพระผู้เป็นเจ้าของที่นอกเหนืออำนาจการดลบันดาลของมนุษย์ธรรมดาที่จะกระทำได้ (ทัศนีย์, 2543) ถ้าบุคคลได้พบและรู้สึกแล้วจะทำให้บุคคลสามารถที่จะทำหน้าที่ที่เต็มไปด้วยความหมายและจุดมุ่งหมาย (Brooke, 1987) บุคคลทุกคนมีความต้องการทางด้านจิตวิญญาณไม่ว่าจะนับถือศาสนาใดหรือแม้แต่คนไม่มีศาสนา (ทัศนีย์, 2543)

รีเนทซ์คี (Renetzky, 1979 cited in Ross, 1994) ได้แบ่งความต้องการด้านจิตวิญญาณของมนุษย์ ออกเป็น 3 มิติ คือ (1) ความต้องการค้นพบความหมาย เป้าหมาย และความสำเร็จใน

ชีวิต (2) ความต้องการมีความหวังในการมีชีวิตอยู่ (3) ความต้องการมีความเชื่อและความศรัทธาในตนเอง บุคคลอื่น และพระผู้เป็นเจ้า ต่อมาไฮฟีลด์และคาร์สัน (Highfield & Carson, 1983) ได้แบ่งความต้องการทางด้านจิตวิญญาณตามพฤติกรรมที่แสดงออกเป็น 4 ด้านและได้ยกตัวอย่างพฤติกรรมที่แสดงถึงความต้องการทางจิตวิญญาณที่เหมาะสม คือ (1) ความต้องการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต (need for meaning and purpose in life) พฤติกรรมที่แสดงออกที่เหมาะสมคือ การดำเนินชีวิตโดยยึดค่านิยมของตนเอง การแสดงออกซึ่งความต้องการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางศาสนา (2) ความต้องการได้รับความรัก (need to receive love) โดยแสดงออกถึงความรู้สึกว่าตนได้รับความรักเมตตาจากผู้อื่นและพระผู้เป็นเจ้า แสดงออกถึงความรู้สึกที่ว่าตนได้รับการให้อภัยจากผู้อื่น และพระผู้เป็นเจ้า (3) ความต้องการที่จะแสดงความรักต่อผู้อื่น (need to give love) พฤติกรรมที่แสดงออกคือ แสดงความรักผู้อื่นโดยการกระทำ แสวงหาส่วนที่ดีของบุคคลอื่น (4) ความต้องการมีความหวังและการสร้างสรรค์ (need for hope and creativity) พฤติกรรมที่แสดงออกคือ การตั้งเป้าหมายในชีวิตที่พอเหมาะพอควรและมีความเป็นไปได้เช่น เป้าหมายด้านสุขภาพ ต่อมาไฮฟีลด์ (Highfield, 1992) ได้ศึกษารวบรวมความหมายของความต้องการในมิติด้านจิตวิญญาณและได้แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ (1) ด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต การยอมรับในตนเอง มีความผูกพัน ความไว้วางใจในตนเอง (2) ด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งนอกเหนือตน เช่น พระเจ้า สิ่งเคารพสูงสุด ซึ่งมีลักษณะของ ความศรัทธา ความรัก ไว้วางใจ และการให้อภัย โดยไม่มีเงื่อนไข (3) ต้องการมีความหวัง ซึ่งเป็นความต้องการตามจินตนาการเพื่อให้ตนเองได้พบกับสิ่งที่ดีและมีชีวิตที่ดีขึ้น และใกล้เคียงกับความคิดเห็นของเคมพ์ (Kemp, 1995) ที่ให้ความหมายของความต้องการทางจิตวิญญาณว่าเป็นความต้องการในเรื่องการมีความหมาย (meaning) ความหวัง (hope) ความสัมพันธ์กับพระผู้เป็นเจ้า (relatedness to god) การให้อภัยหรือการยอมรับ (forgiveness or acceptance) และภาวะเหนือตนเอง (transcendence)

สำหรับในมุมมองนักการศาสนาและปรัชญา แสง (2531) ได้แบ่งความต้องการทางด้านจิตวิญญาณออกเป็น 5 ประเภท คือ (1) ต้องการด้านปรัชญาชีวิต เป็นความต้องการที่จะรู้ความหมายของสิ่งต่างๆรวมถึงความหมายของชีวิตตนเอง (2) ต้องการสิ่งที่ดี เป็นความต้องการทางสังคมของมนุษย์ที่จะทำให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน โดยบุคคลอยากได้สิ่งดีๆ อยากมีเพื่อนดี ครอบครัวดี บุตรดี อยากมีคนรอบข้างดี (3) ต้องการความสุขขั้นสูง มนุษย์ต้องการความสุข และแสวงหาความสุข เป็นความสุขที่เกิดจากผลของความสำเร็จเมื่อการดำเนินชีวิตบรรลุเป้าหมายสูงสุดที่แต่ละคนกำหนด เป้าหมายนี้จะส่งผลให้เกิดความสุขตั้งแต่ความสุขขั้นต่ำจนถึงขั้นสูงสุด ได้แก่ ขั้นที่ 1 เป็นความสุขที่เกิดจากการได้รับการตอบสนองของความต้องการของร่างกายและจิตใจ ขั้นที่ 2 ความสุขจากการไม่ทำความชั่วทั้งปวง ไม่ว่าจะทางกาย วาจา และทางใจ ขั้นที่ 3 เป็นความสุขที่เกิด

จากการทำความดี ขั้นที่ 4 เป็นความสุขที่เกิดจากความสงบ จิตเป็นสมาธิแน่วแน่ไม่ฟุ้งซ่าน มีจิตใจที่เข้มแข็งอดทน ขั้นที่ 5 เป็นความสุขที่เกิดจากความหลุดพ้นทั้งปวง จิตใจสงบ สุข สว่าง อิ่มเอิบ ไม่มีความโลภ โกรธ หลง (4) ต้องการความสมบูรณ์ มนุษย์รู้ว่าชีวิตของตนเป็นสิ่งไม่สมบูรณ์ เต็มไปด้วยความบกพร่องต่างๆ มนุษย์จะมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติตามหลักศาสนาเพื่อจะบรรลุถึงเป้าหมายสูงสุดของชีวิต ตามหลักศาสนานั้นๆ เพื่อหลุดพ้นจากความไม่เที่ยงแท้ของชีวิต มีความเป็นนิรันดร์ (5) ต้องการที่พึ่งอันประเสริฐ มนุษย์เป็นสัตว์ที่ค่อนข้างอ่อนแอ แม้จะมีสติปัญญา มีความรู้ ความสามารถ แต่ถ้านำไปเทียบกับพลังธรรมชาติแล้ว ก็รู้สึกว่าจะไร้ความหมาย ดังนั้นมนุษย์จึงต้องหันไปพึ่งสิ่งยึดเหนี่ยวที่นอกเหนือกฎเกณฑ์ เช่น สิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนเคารพนับถือ ให้ช่วยจัดปัดเป่า ดลบันดาลให้เหตุร้ายกลายเป็นดี ทำให้เกิดพลังใจในการต่อสู้สิ่งต่างๆ ที่มาคุกคาม ด้วยความมั่นคงและมั่นใจ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกแนวคิดของไฮฟีลด์ (Highfield, 1992) มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤตในครั้งนี้เพื่อให้สามารถระบุความต้องการด้านจิตวิญญาณได้ครอบคลุมซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

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

ไฮฟีลด์ (Highfield, 1992) กล่าวว่าในมิติจิตวิญญาณของบุคคลซึ่งหมายถึงความสามารถอยู่เหนือตนเอง บุคคลจะหาความหมายและเป้าหมายในชีวิตเพื่อเป็นเหตุผลในการยอมรับตนเอง การมีความสัมพันธ์ไว้วางใจในตนเอง และบุคคลอื่น ยูเรและวอลซ์ (Yura & Walsh, 1982 cited in Ross, 1994) กล่าวว่า ภาระอันยิ่งใหญ่ของมนุษย์ คือ การหาความหมายในชีวิตเนื่องจากมนุษย์ต้องการเหตุผลในการมีชีวิตอยู่ รอส (Ross, 1994) กล่าวว่า การมีความหมาย เป้าหมายและการบรรลุถึงเป้าหมายของชีวิตนั้นเป็นความต้องการพื้นฐานทางจิตวิญญาณและเป็นตัวกำหนดความมีสุขภาพดี ความผาสุกและคุณภาพชีวิตที่ดี นอกจากนี้ มนุษย์มีความคิด ความสงสัยและต้องการที่จะรู้จักความจริงเกี่ยวกับความเป็นมาของตนเอง รวมทั้งความอัศจรรย์ใจในธรรมชาติ และจักรวาลจะกระตุ้นให้มนุษย์แสวงหาคำตอบด้วยการไขมโนทัศน์หรือเหตุผลทางนามธรรม (ละออบ, 2534) ความต้องการรู้ความจริงทำให้มนุษย์สงสัยตั้งคำถาม และเฝ้าหาคำตอบเพื่อแก้ความสงสัยให้ถึงซึ่งการรู้ความจริงได้อยู่ตลอดเวลา นับแต่สงสัยว่าตนเองคือใคร เกิดมาได้อย่างไร มาจากไหน เกิดมาทำไม เหตุใดสิ่งต่างๆ จึงเป็นไปดังที่เห็น ตนเองมีความเกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมอย่างไร ตายแล้วจะไปไหน ความสำนึกในความเป็นตนเองของมนุษย์จะเร้าให้มนุษย์คำนึงถึงวงจรของการเกิด แก่ เจ็บ ตาย และความสำคัญของเวลา มนุษย์จะทำความเข้าใจให้ความหมายในความเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติของตนเอง การหาความหมายในชีวิตไม่เพียงแต่เป็น

การทบทวนประสบการณ์ในชีวิตที่ผ่านมาและให้ความหมายเท่านั้น แต่จะรวมถึงการให้ความหมายของความตาย การดำรงอยู่ ความทุกข์ทรมาน และวันเวลาที่เหลืออยู่ในชีวิต (Conrad, 1985; O' Conner, Wicker, & Germino, 1990) ซึ่งทำให้ต้องการที่จะรู้จุดมุ่งหมายของชีวิต ต้องการที่จะรู้จักตนเองให้มากขึ้น ต้องการควบคุมและเอาชนะธรรมชาติ และต้องการพัฒนาตน เพื่อก้าวสู่ปลายทางของชีวิตอย่างดีที่สุด แม้กระทั่งภพหน้าหรือชาติหน้า

การค้นพบความหมาย รวมถึงการค้นพบความหมายเล็กๆ ในทุก ๆ สิ่ง แม้ในความเจ็บป่วย ความตาย (Simsen, 1985 cited in Ross, 1994) และการมีชีวิตอยู่ตามที่ตนให้คุณค่า (Cohen, 1993 cited in Wright, 1998) และรอส (Ross, 1994) ได้พบว่า เมื่อบุคคลไม่สามารถที่จะทำให้ชีวิตมีความหมายได้ผลที่ตามมา คือ ความบีบคั้นทางจิตวิญญาณ จะแสดงออกโดยความรู้สึกว่างเปล่า โดดเดี่ยว ลึกลับ และดำเนินสู่ความตาย ในบุคคลที่ค้นพบความหมายและเป้าหมายในชีวิตจะมีพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความเข้าใจในองค์ประกอบของชีวิตมีความชัดเจนในความรู้สึกว่าสิ่งใดสำคัญ การดำรงชีวิตภายใต้การให้คุณค่า การยอมรับและเข้าใจความทุกข์ของตน แสดงออกถึงการมีความหมายในการมีชีวิตอยู่หรือความตาย มีการตั้งเป้าหมายสูงสุดและมุ่งมั่นเพื่อบรรลุถึงเป้าหมายนั้น แสดงออกซึ่ง ความพึงพอใจในชีวิต และความหวัง ต่อไปในอนาคต (Craven & Hirnle, 2000) สำหรับในบุคคลที่ขาดความหมายในชีวิตจะทำให้เกิดปัญหาทางจิตวิญญาณ จะแสดงออกซึ่งการไม่มีเหตุผลที่จะมีชีวิตอยู่ จะถามถึงความหมายในความทุกข์ทรมานและความตาย จะแสดงออกซึ่งความหมัดหวัง ไม่สามารถหาเป้าหมายในการดำรงชีวิตและอาจทำให้สิ่งของที่ผิด เช่น การใช้จ่าย การดื่มสุรา และมักพบว่าจะพูดตลกเกี่ยวกับชีวิตหลังความตาย (Highfield, 1992; Craven & Hirnle, 2000)

ในบุคคลที่นับถือศาสนาและมีความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติตามหลักของศาสนาจนบรรลุเป้าหมายสูงสุดของชีวิต ตามหลักศาสนานั้นๆ เชื่อว่าจะได้พบกับความหลุดพ้นจากความไม่เที่ยงแท้ของชีวิต มีความเป็นนิรันดร์ เช่น บุคคลที่นับถือศาสนาคริสต์หรือศาสนาอิสลามจะนับถือพระเจ้าเป็นสิ่งสูงสุดของชีวิตมีความศรัทธาอันแรงกล้า จะปฏิบัติตามหลักศาสนา ซึ่งมีเหตุผลสำคัญ 3 ประการ คือ (1) ศรัทธา (faith) คือ มีความเชื่อ ความรัก ความภักดีต่อพระเจ้า (2) ความรัก (love) คือ มีความรัก ความเคารพ ในพระเจ้า และมีความรักความเห็นใจต่อเพื่อนมนุษย์ (3) ความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ (charity) คือ ความพยายามช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ทุกวิถีทาง โดยคาดหวังจากผลการปฏิบัติจะมีชีวิตนิรันดร์กับพระเจ้า ส่วนบุคคลที่นับถือพระพุทธศาสนาจะปฏิบัติตามหลักศาสนาที่สำคัญ 8 ประการ (อริยมรรค) คือ ความเห็นชอบ ความดำริชอบ การเจรจาชอบ การงานชอบ เลี้ยงชีพชอบ พยายามชอบ ตั้งสติชอบ และทำจิตให้สงบชอบ ผลของการปฏิบัติขั้นสุดท้ายจะช่วยให้บุคคลหลุดพ้นจากความทุกข์ และมีความสุขอย่างแท้จริง

นอกจากนี้ยังมีผู้ศึกษาและทำความเข้าใจถึงการแสวงหาความหมายซึ่งเป็นการแสดงถึงความต้องการทางด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 30 ราย (O' Connor et al., 1990) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็ง มีการหาความหมายสำคัญ ๆ ได้แก่ (1) การแสวงหาทำความเข้าใจในการวินิจฉัยโรคของตน (2) เผื่อมองสิ่งที่ตามมาจากการได้รับวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง (3) ทบทวนชีวิตที่ผ่านมา (4) ปรับมุมมองในการมองตนเอง การดำรงชีวิตและการมองผู้อื่น (5) การมีชีวิตอยู่ขณะที่เป็นมะเร็ง (6) การมีความหวัง

จากการศึกษาความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง (บุบผา, 2536) พบว่า สิ่งที่ทำให้ความหมายแก่ชีวิต คือ (1) ศาสนา โดยพบว่าศาสนาเป็นจุดมุ่งหวัง เป็นความหวังและเป็นกำลังใจในฐานะสิ่งศักดิ์สิทธิ์ อยากรให้ช่วยคุ้มครอง ทำให้หายจากโรค และผู้ป่วยต้องการปฏิบัติต่อศาสนาในฐานะสิ่งศักดิ์สิทธิ์ คืออย่างน้อยขอให้ระลึกถึงอยู่ในใจหรือปฏิบัติเช่นเคยในขณะที่อยู่ที่บ้าน ได้แก่ การกราบไหว้บูชา เพื่อให้จิตใจสงบ ลดความวิตกกังวล ความทุกข์ทรมาน แม้กระทั่งในภาวะที่ต้องพบกับความตาย ยังต้องการศาสนาช่วยให้จิตใจสงบไม่ทรมาน และให้ความหวังในชีวิตหลังตายอีกด้วย (2) ลูก-หลาน คู่สมรส เป็นสิ่งที่ให้ความหมาย เป็นจุดมุ่งหมาย เป็นความหวังและกำลังใจ โดยอธิบายว่าผู้ป่วยต้องการกำลังใจ ความรัก ความห่วงใย ความเอื้ออาทรต่อกัน การปฏิบัติต่อกัน คือ อย่างน้อยขอให้เห็นหน้าพูดคุย กรณียาอาหารให้ช่วยจัดอาหารที่ชอบมาให้ ในกรณีที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ต้องการให้ช่วยเหลือเรื่องกิจวัตรประจำวัน หรือช่วยปฏิบัติภารกิจต่างๆที่ให้ความหมายและเป็นจุดมุ่งหมายของชีวิตเช่น การถวายอาหารพระสงฆ์ แม้ถึงคราวจะตาย ขอให้เห็นหน้าก่อนตาย และสิ่งที่เป็จุดมุ่งหมายในชีวิต ได้แก่ การหายจากโรคและการมีสุขภาพดี การปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา การมีชีวิตอยู่ให้นานานที่สุดเพื่อดูความเจริญเติบโตและความสำเร็จของลูกหลานไปเรื่อยๆ และพบว่าความเชื่อและค่านิยมเป็นสิ่งที่ให้ความสบายใจและเป็นสิริมงคลในการดำเนินชีวิต

2. ความต้องการด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งนอกเหนือตน (the needs for relationships with others and/or a supreme other)

ไฮฟิลด์ (Highfield, 1992) กล่าวว่า ความต้องการในด้านนี้ประกอบด้วย ความต้องการที่จะมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งแวดล้อม หรือสิ่งนอกเหนือตน (เช่น พระผู้เป็นเจ้า) ซึ่งมีลักษณะของการให้และการรับ ความรัก (love) ความผูกพัน ความศรัทธา (faith) ความไว้วางใจ (trust) และการให้อภัย (forgiveness) โดยไม่มีเงื่อนไข ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

ความรักและความผูกพัน (love and relatedness/connectedness) คือ ความรักและความผูกพันระหว่างตนเองกับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งนอกเหนือตน ซึ่งองค์ประกอบนี้เป็นหัวใจของจิตวิญญาณ (Dyson, Cobb, & Forman, 1997) ซึ่งเลย์และคอร์เลส (Ley &

Corless, 1988 cited in Dyson et al., 1997) กล่าวว่า เป็นความสัมพันธ์กับพระเจ้า ตนเอง และผู้ใกล้ชิด และในเรื่องความสัมพันธ์ของบุคคลกับผู้อื่นนั้นจะมีความรักและความผูกพันเป็นกุญแจสำคัญ (Fish & Selly, 1988 cited in Dyson et al., 1997) โดยความรักและความผูกพันใกล้ชิดนี้จะเป็นลักษณะของการยอมรับโดยปราศจากเงื่อนไข ความรู้สึกผูกพันกันนี้จะมีความสอดคล้องกลมกลืนในตนเอง บุคคลอื่น และความรู้สึกผูกพันกับพระเจ้า (Burkardt, 1989) สำหรับในเรื่องความรักและความผูกพัน ทุกคนจะมีประสบการณ์ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ เนื่องจากนอกจากตัวเราแล้วจะมีบุคคลอื่นอยู่รอบๆตัวเรา จากการได้พูดคุยใกล้ชิดจะทำให้เกิดความรู้สึกถึงความมีคุณค่าและดึงดูดใจแม้ว่าบุคคลนั้นจะไม่ได้ตั้งใจกระทำสิ่งดังกล่าว (Peterson, 1985) ในความต้องการความรักและความผูกพันนี้มีการให้และการรับ ทั้งนี้บุคคลจะรู้สึกว่าได้รับการตอบสนองของความ ต้องการด้านนี้นั้นต้องเป็นการรับและการให้ที่สมดุลต้องเป็นการรับและให้โดยไม่มีเงื่อนไข การให้ความรักความผูกพันกับบุคคลอื่นเป็นการให้ความรักความปรารถนาดีโดยไม่หวังสิ่งตอบแทน เป็นการให้โดยเป็นไปตามธรรมชาติ สำหรับการรับความรักก็ต้องเป็นไปตามธรรมชาติเมื่อบุคคลอื่นมอบความรักมาให้ก็สามารถรับความรักนั้นได้โดยไม่มีเงื่อนไขบุคคลก็จะมีผลทางจิตวิญญาณ ในบุคคลที่เจ็บป่วยร่างกายอ่อนแอจะมีผลกระทบต่อจิตใจและจิตวิญญาณด้วย บุคคลจะมีความต้องการและการได้รับการตอบสนองทางด้านจิตวิญญาณเพิ่มขึ้นด้วยเหมือนกับความต้องการการเยียวยาทางด้านร่างกาย นอกจากนี้ในทางศาสนาก็กล่าวถึงความรักดังนี้

พระเทพเวที (ประยูร ปรยุตโต) (2536) ได้ให้ทฤษฎีความรักในแนวพระพุทธศาสนา ว่าความรักมี 2 แบบ คือ (1) ความรักระหว่างเพศ และ (2) ความรักที่หมายถึง ความอยากให้คนที่เรารักมีความสุข โดยได้อธิบายดังนี้ ความรักแบบที่ 1 เป็นความรักระหว่างเพศ หรือความรักทางเพศ มีจุดเด่นที่ ความชื่นชม ทิดใจ หรือความปรารถนาในรูป กลิ่น เสียง รส และการสัมผัสกายของผู้ที่ตนรัก เป็นความรักสามัญของปุถุชน มีลักษณะสำคัญ คือ (1) ความต้องการหาความสุขให้แก่ตัวเอง เป็นความรักที่คิดจะเอาจากผู้อื่น มีข้อเสีย คือ ถ้าเขาผู้นั้นไม่สามารถที่จะสนองให้เรามีความสุขก็จะเบื่อหน่าย แล้วก็อาจรังเกียจ (2) มีลักษณะจำเพาะเจาะจงโดยมีบุคคลที่ถูกใจเป็นเป้าหมาย มีการยึดติดผูกพันเฉพาะตัว เมื่อ 2 ลักษณะมาผนวกกันทำให้เกิดปัญหาที่ตามมา คือ ความหึงหวง มีการยึดถือเป็นของตัวเอง ต้องการครอบครองเป็นเจ้าของแต่ผู้เดียว ซึ่งจะแสดงออกทั้งทางกายและทางใจ ส่วนความรักแบบที่ 2 เป็นความรัก ความปรารถนาดี อยากให้คนที่เรารักมีความสุข การที่จะทำให้คนอื่นมีความสุข การกระทำที่สำคัญ คือ การให้ ซึ่งการให้เป็นปฏิบัติการที่ชัดเจน และต้องให้มากที่สุด ในการทำให้ผู้อื่นมีความสุข ดังนั้นผู้ที่มีความรักแบบที่ 2 นี้จึงมีความสุขในการให้ และให้ด้วยความสุข และแม้ว่าเขาได้รับความเดือดร้อน แม้ว่าจะไม่สามารถตอบสนองความต้องการของเราได้ เราก็ยังรักเขา ในยามที่เขาเดือดร้อนความรักจะกลายเป็นความสงสาร อยากช่วยเหลือให้เขาพ้นทุกข์ และไม่เบื่อหน่ายเขา ซึ่งในทางพระเรียกว่า "เมตตา" รวมทั้ง"

"ไมตรี" แต่ถ้าเป็นความรักแบบที่ 1 พ่อเขามีทุกข์เดือดร้อน ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของเราได้ ก็จะเกิดความเบื่อหน่าย รังเกียจ ความรักแบบนี้ทางพระเรียกว่า "ราคะ" หรือ "เสนหา" ความรักแบบเมตตา เช่น ความรักของพ่อแม่ที่อยากเห็นลูกมีความสุข แต่เมื่อลูกมีความทุกข์พ่อแม่ก็เกิดความสงสาร ไม่รังเกียจ ไม่เบื่อหน่าย และยังทนทุกข์ ทนลำบากเพื่อลูกได้ด้วย แต่มักพบว่าพ่อแม่จะรักเฉพาะลูกตัว ทางศาสนาอธิบายว่า เนื่องจากพ่อแม่เป็นปุถุชน จึงมีเมตตากรุณาแต่ลูกตัว แต่ก็ได้ไม่เห็นว่าจะครอบครองไว้เป็นของตัวเอง เพื่อบำเรอความสุขของตัวเอง ส่วนความรักแบบราคะ หรือ แบบที่ 1 เป็นความรักของคนหนุ่มสาว ความรักแบบนี้ควรเอาความรักแบบที่ 2 มาเสริมหรือมากำกับ จะทำให้เราพัฒนาตัวเองให้ดีขึ้น พัฒนาทั้งความรักและความสุขให้ประณีตงดงามยิ่งขึ้น อย่างน้อยก็เกิดความทราบซึ่งในความดีงามของกันและกัน เป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้และควรปฏิบัติ ซึ่งในทางธรรม ท่านยอมรับธรรมชาติของปุถุชน ยอมรับสิทธิของบุคคล และกตিকাสังคม ท่านจึงวางหลักศีล 5 ไม่ให้ละเมิดสิทธิกันในของรักของหวง คือ ศีลข้อ 3 และในความรักฉันสามีภรรยา ควรยึดหลักปฏิบัติคือ ต้องมีหน้าที่ต่อกัน ต้องมีคุณธรรมรองรับ ได้แก่ (1) สัจจะ คือ มีความจริงใจต่อกัน มีความซื่อสัตย์ มีความรับผิดชอบต่อกัน (2) ทมะ คือ รู้จักปรับตัวปรับใจเข้าหากัน เนื่องจาก มาจากต่างตระกูล ต่างพื้นเพ ถ้าไม่รู้จักปรับตัวจะเกิดความขัดแย้งขึ้นได้ (3) ชันติ คือ ต้องมีความอดทน การอยู่ใกล้ชิดกันจะเกิดกระทบกระทั่งกันแน่นอน ต้องอดทนแล้วหาทางปรับความเข้าใจกัน (4) จาคะ คือ รู้จักการเสียสละ คือต้องมีน้ำใจต่อกัน การเสียสละความสุขของตนเพื่ออีกฝ่ายหนึ่ง อันนี้เป็นจุดสำคัญที่จะประสานให้ความรักแบบที่ 1 เป็นความรักแบบที่ 2 คือ รักแบบเมตตา การมีน้ำใจและเสียสละก่อให้เกิดความเมตตาขึ้น จะกลายเป็นรักเพื่อให้เขามีความสุข นอกจากนี้การเอาใจใส่ถือว่าเป็นการเสียสละทางใจ เช่น การช่วยเหลือในยามที่เขาเจ็บป่วย ไม่ว่าจะมีความระกิกอะไรเกิดขึ้นก็เอาใจใส่กัน เพราะฉะนั้นความรักแบบที่ 1 จำเป็นต้องมีการเสียสละ ส่วนความรักแบบที่ 2 คนอาจมองว่าเป็นการเสียสละ แต่แท้จริงแล้วความรักแบบนี้ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขการเสียสละไปแล้ว หมายถึง ที่เขาสละให้แก่กันนั้นเขาทำโดยไม่ต้องรู้สึกว่าเป็นการเสียสละ คือมันเป็นไปเองด้วยจิตใจที่อยากให้เขามีความสุข และอยากเห็นเขามีความสุข

ความรักตามหลักคำสอนของศาสนาคริสต์ พระเยซูคริสต์ทรงสอนว่า "จงรักพระเจ้าผู้เป็นนายของท่านอย่างหมดดวงใจ หมดวิญญาณ และหมดจิตใจ" และ "จงรักเพื่อนบ้านเหมือนรักตนเอง" ความรักในคริสต์ศาสนาจึงแยกอธิบายได้ 2 ลักษณะ คือ ความรักพระเจ้า และความรักเพื่อนมนุษย์ (ภักทพร, 2537; ลิวลี, 2542) ความรักพระเจ้าเป็นความรักที่สูงส่งอย่างแท้จริงเพราะจะเป็นสิ่งที่จะนำความสุขมาสู่มนุษย์ ส่วนความรักเพื่อนมนุษย์แบ่งออกเป็น 3 ประเภท (ลิวลี, 2542) ได้แก่ (1) ความรักด้วยอารมณ์ เป็นความรักที่มีความรู้สึกอยากได้มาเป็นเจ้าของ (2) ความรักด้วยเหตุผลเป็นความรักที่เรารู้สึกยกย่องสิ่งที่เราเข้าใจว่ามีความดี (3) ความรักด้วยศรัทธา (supernatural love) เป็นความรักที่เรารู้สึกยกย่องสิ่งที่เราให้คุณค่าเหนือธรรมชาติ หมายความว่า

เป็นความรู้สึกยกย่องต่อมนุษย์ทุกคนว่ามีฐานะเป็นบุตรของพระเจ้าอย่างเท่าเทียมกัน พระเจ้าทรงสร้างมนุษย์มาด้วยความรักและความหวังดี มนุษย์ทุกคนมีสิทธิจะได้รับชีวิตนิรันดรในสภาพเหนือธรรมชาติ มนุษย์ทุกคนมีหน้าที่จะต้องมีความรักต่อเพื่อนมนุษย์ทุกคน ศักดิ์ศรีและคุณค่าของความเป็นมนุษย์เป็นสิ่งที่ได้รับการยกย่องและให้ความสำคัญอย่างเท่าเทียมกัน การรักมนุษย์ย่อมหมายถึง การรักพระเจ้าเพราะพระเจ้าทรงสร้างมนุษย์มา มนุษย์ทุกคนเป็นสมบัติของพระองค์ ดังนั้นความรักด้วยศรัทธาหรือความรักเพื่อนมนุษย์ด้วยกันจึงเป็นความรักแท้ และเป็นความรักที่ประกอบด้วย การเสียสละต่อเพื่อนมนุษย์ การปฏิบัติความรักแท้จะต้องกระทำดังต่อไปนี้ (1) มีทรรศนะต่อเพื่อนมนุษย์ทุกคนว่าเป็นบุตรของพระเจ้าเท่าเทียมกัน (2) ละเว้นการมองคนในแง่ร้าย (3) อุดหนุนในความผิดพลาดและความบกพร่องของผู้อื่น (4) ตอบแทนความชั่วด้วยความดี (5) ละเว้นการอิจฉาผู้อื่น (6) ร่วมใจกันทำงานได้โดยอะลุ่มอล่วยต่อกัน (สิวลี, 2542)

ลักษณะผู้ที่มีความผาสุกในด้านความรักความผูกพันจะมีพฤติกรรมแสดงออกถึงความรู้สึกรักในพระเจ้า รักผู้อื่น ยอมรับความช่วยเหลือ รักและยอมรับตนเอง แสวงหาสิ่งที่ดีในบุคคลอื่น สำหรับคนที่ขาดความรัก จะมีปัญหาทางจิตใจ เช่น ขาดความรู้สึกรักในตนเองอย่างถูกต้อง รู้สึกตนเองไม่มีค่าพอที่จะได้รับความรักจากพระเจ้าเป็นเจ้าหรือบุคคลอื่น ขาดวุฒิภาวะในทางความรัก มีความรู้สึกอยากให้บุคคลอื่นหรือพระเจ้าเป็นเจ้ารักมากๆ รู้สึกว่าคนอื่นรักตนไม่เท่าที่ควร ต้องแสวงหาความรักจากผู้อื่น ใช้คนอื่นเป็นเครื่องมือในการแสวงหาสิ่งที่ตนต้องการ กังวลเกี่ยวกับการพินาศจากคนรัก ปฏิเสธตนเอง เห็นแก่ตัว รู้สึกว่าถูกแยกออกจากพระเจ้า บุคคลเหล่านี้จะรู้สึกกลัวต้องพึ่งพาผู้อื่น และอาจมีพฤติกรรมทำลายตนเอง (ฟาริดา, 2539; Craven & Hirnie, 2000; Highfield & Carson, 1983;)

มนุษย์ต้องการอยู่ร่วมกันเป็นสิ่งคม ทำให้เกิดความสัมพันธ์กันในฐานะเป็นเพื่อน เป็นสามี ภรรยา เป็นพ่อ แม่ ลูก หลาน ปู่ ย่า ตา ยาย ครู ศิษย์ ฯลฯ รวมทั้งการให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลกันตามฐานะ ทั้งในยามปกติสุขและยามเจ็บป่วยเป็นธรรมชาติของคนที่ยากได้อะไรดี ๆ อยากมีเพื่อนดี คนรักดี บุตรดี อยากให้คนรอบข้างของตนเป็นคนดี ซึ่งหมายถึงเราต้องการได้ของดีที่มีอยู่ในตัวของคนอื่น (แสง, 2531) เช่น เมื่อยามเจ็บป่วยก็ต้องการพยาบาลที่ดี เข้าใจความต้องการของตน ให้การดูแลด้วยความเมตตากรุณา ห่วงใย อาหาร ต้องการให้ญาติมาเยี่ยมเยียน เพื่อเป็นกำลังใจ สร้างความหวังและพลังต่อสู้กับโรคต่อไป

ความไว้วางใจ (trust) การที่คนเรามีความไว้วางใจหรือไม่ไว้วางใจบุคคลอื่น เป็นความรู้สึกต่อสังคมที่มีพื้นฐานมาจากการพัฒนาบุคลิกภาพตั้งแต่วัยทารกในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นคนที่มีความไว้วางใจจะเชื่อว่าผู้อื่นมีความจริงใจต่อตนเอง ซึ่งเป็นลักษณะของปฏิสัมพันธ์ในทางบวก สามารถบอกความต้องการของตนเอง สามารถเจรจาต่อรองกับผู้อื่นเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง โดยมีบรรยากาศของการยอมรับมีความซื่อสัตย์ซึ่งกันและกัน สามารถที่จะฟัง

พาและคาดหวังความช่วยเหลือซึ่งกันและกันในยามจำเป็น และยอมรับความช่วยเหลือจากผู้อื่น ด้วยเหตุผลตรงไปตรงมา (Holmberg, 1993) คนที่มีความไว้วางใจที่สมบูรณ์จะรู้ถึงความหมายของชีวิต และจะได้รับการยืนยันซ้ำจากการมีปฏิสัมพันธ์ และติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นมาตลอด ในความสัมพันธ์เหล่านี้บุคคลจะคงไว้ซึ่งความรู้สึกในความเป็นเอกลักษณ์และความเข้มแข็งภายในของตนที่จำเป็นต้องใช้ในการเผชิญปัญหาเมื่อมีความเครียดรุนแรง คนที่มีสุขภาพดีก็จะค้นหาข้อมูลด้านจิตวิญญาณที่เกี่ยวข้องเพื่อประคับประคอง และแนะนำช่วยเหลือก็จะเป็นโอกาสดีที่ภาวะวิกฤตที่เข้ามานั้นทำให้บุคคลมีการพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ ผู้ที่มีความระแวงสงสัยมักจะมีความรู้สึกว่าภาพลักษณ์เบี่ยงเบนไป ประกอบกับความรู้สึกว่าหาความหมายของชีวิตไม่ได้ จะต้องต่อสู้กับความรู้สึกสิ้นหวัง และพยายามที่จะคงไว้ซึ่งเอกลักษณ์ของตนเอง โดยไม่ได้ตระหนักถึงความเปลี่ยนแปลงของกระบวนการคิด อารมณ์ และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นที่เกิดขึ้นอย่างช้าๆ บางคนจะเริ่มไต่หากลุ่มศาสนาหรือองค์กรต่างๆ เพื่อให้การรับรู้ตนเองดีขึ้นทั้งนี้ เพื่อที่จะต่อสู้กับความรู้สึกหมดหวังของตนเอง และคงไว้ซึ่งความรู้สึกว่าชีวิตยังมีความหมาย (อัจฉราพร, 2538)

การได้รับการยอมรับหรือได้รับการอภัย (forgiveness or acceptance) ในภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยใกล้ตาย ซึ่งไม่มีทางใดที่จะช่วยให้ดีขึ้นนอกจากการให้การช่วยเหลือบรรเทาความเจ็บปวดให้หายไปในพื้นที่หรือตลอดไปในวันเวลาที่เหลืออยู่แล้วยังต้องคำนึงถึงความต้องการการได้รับการอภัยในความผิดพลาดในอดีตซึ่งอาจเกิดจากการกระทำตามหน้าที่หรือจงใจละเว้นไม่กระทำตามที่ได้รับมอบหมาย ความรู้สึกผิดนี้มีความสำคัญมาก บางคนกล่าวว่าคนเราก่อนจะตายจะคิดถึงบาปที่ตนเคยกระทำและรู้สึกสำนึกต่อบาป จะมีความต้องการการขออภัย หรือการขอรับการลงโทษ (Conrad, 1985 cited in Kemp, 1995) การรู้สึกสำนึกผิดของแต่ละคนขึ้นอยู่กับ การให้ความหมายทางจริยธรรม ผู้ป่วยบางคนจะมีความทุกข์ทรมานจากความผิดหรือบาปมากกว่าความทุกข์ทรมานที่เกิดจากความเจ็บปวดทางกาย เช่นในกรณีการสูญเสียบุตรที่ยังเล็ก หรือในกรณีที่ทราบว่าบุตรชายและบุตรสาวของตนมีความสัมพันธ์ทางเพศกัน บิดามารดาจะรู้สึกผิดบาปอย่างรุนแรงและตลอดเวลา ทำให้บางคนอาจเสียชีวิตหรือติดสุราเรื้อรัง (Kemp, 1995) จากตัวอย่างดังกล่าวนี้ บุคคลจะมีความรู้สึกต้องการได้รับการให้อภัยอย่างมาก ถ้าไม่ได้รับจะเกิดภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณอย่างรุนแรง ถ้าได้รับการให้อภัยบุคคลก็จะมีภาวะจิตวิญญาณดีขึ้น

ความศรัทธาในศาสนาหรือความสัมพันธ์กับพระเจ้าเป็นสิ่งนอกเหนือตนเอง คนที่มีความศรัทธาในศาสนาจะแสดงออก ดังนี้ (Craven & Hirnle, 2000) คือ การยึดพระเจ้าเป็นที่พึ่ง มีแรงจูงใจในการเจริญทางจิตวิญญาณ แสดงออกถึงความพึงพอใจ มีการวางแผนชีวิตและชีวิตหลังความตาย แสดงออกถึงความต้องการทำความเข้าใจในปรัชญาชีวิต แสดงออกถึงความต้องการจะแบ่งปันความรู้สึกถึงความศรัทธากับสังคม ในคนที่ขาดความศรัทธาในพระเจ้าจะแสดงพฤติกรรมดังนี้ คือ การแสดงออกถึงความรู้สึกไม่แน่ใจในพระเจ้า ขาดความศรัทธาในอำนาจเหนือ

ตนเอง/พระเจ้า กลัวความตายและชีวิตหลังตาย รู้สึกการถูกแยกออกจากสังคมเนื่องจากความศรัทธาแตกต่างกัน จะแสดงออกซึ่งความขมขื่น ฟายแพ้ โกรธพระเจ้า ไม่มีความชัดเจนในคุณค่า ความเชื่อ และเป้าหมาย มีความขัดแย้งในการให้คุณค่าและขาดพันธะผูกพัน สิ่งยึดมั่น

นอกจากความเชื่อศรัทธาในศาสนาแล้วมนุษย์ยังเชื่อในสิ่งนอกเหนือตนเองเนื่องจากมนุษย์เป็นสัตว์ที่ค่อนข้างอ่อนแอแม้จะมีสติปัญญา มีความรู้ ความสามารถ แต่ถ้านำไปเทียบกับพลังในธรรมชาติแล้วก็รู้สึกว่าไร้ความหมาย มนุษย์อาจจะทำนายได้ว่าภูเขาไฟจะระเบิด แต่จะห้ามมิให้ภูเขาไฟระเบิดไม่ได้ มนุษย์ก็ได้แต่เฝ้าดูด้วยความสิ้นหวัง เพราะนั่นเป็นพลังอันยิ่งใหญ่ เหลือวิสัยของมนุษย์จริงๆ ในการดำรงชีวิตอยู่ในโลก คนเราอาจพึ่งพาคนอื่น พึ่งทรัพย์สิน พึ่งความรู้ พึ่งกำลังกาย และพึ่งอำนาจของตนได้เป็นครั้งคราว แต่ก็มีบ่อยครั้งที่คนรู้สึกว่าจะพึ่งอะไรไม่ได้เลย เช่น เมื่อรู้ตัวว่าป่วยเป็นมะเร็งจะต้องพบกับ ภาวะวิกฤตต่างๆ ในชีวิต ซึ่งล้วนล่อแหลมให้ได้รับอันตรายที่อาจเกิดได้ ซึ่งได้แก่ ความพิการ ความสูญเสีย เป็นต้น ดังนั้นมนุษย์จึงต้องหันไปพึ่งสิ่งยึดเหนี่ยวที่นอกเหนือกฎเกณฑ์ เช่น สิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนเคารพนับถือ ช่วยขจัดปัดเป่า ดลบันดาลให้เหตุร้ายกลายเป็นดี เกิดพลังใจในการต่อสู้สิ่งต่างๆ ที่มาคุกคามนั้นได้ ด้วยความมั่นคงและมั่นใจ (แสง, 2531)

3. ความต้องการมีความหวัง (the need for hope)

ความหวังในพจนานุกรม หมายถึง (1) ความรู้สึกที่บุคคลปรารถนาว่าจะเกิดขึ้น (2) สิ่งที่ยัง (3) สาเหตุของความหวัง บุคคลหรือสิ่งที่ทำให้มีความหวัง หรือบุคคลมีความหวังต่อบุคคลนั้น หรือสิ่งนั้น (4) ความคาดหมายในบางสิ่งหรือสัญญาณ เมื่อใช้เป็นคำกริยา ความหวัง หมายถึง ความไว้วางใจ ความเชื่อมั่น ความต้องการ ซึ่งมาพร้อมกับความคาดหวังหรือความเชื่อในความสำเร็จ (Webster's New College Dictionary, 1986 อ้างตาม จิราวรรณ, 2541)

ความหวัง หมายถึง ความปรารถนาเพื่อให้ตนเองได้พบกับสิ่งที่ดี และมีชีวิตที่ดีขึ้น (Highfield, 1992) เป็นแรงผลักดันของชีวิตที่อยู่ภายในตัวบุคคล มีความสำคัญต่อชีวิตและภาวะสุขภาพดี เป็นกระบวนการด้านจิตสังคม เป็นพลวัตมีลักษณะซับซ้อนหลายมิติ เป็นความคาดหวังที่ไม่แน่ใจถึงความสำเร็จในอนาคต (Dufault & Martocchio, 1985) เป็นความรู้สึกถึงความต้องการให้มีหรือให้เหตุการณ์กลับกลายเป็นดีขึ้น (Patel, 1996) เป็นแหล่งพลังที่สำคัญในการดำรงชีวิตของมนุษย์ (Miller, 1983) เป็นประสบการณ์ที่ซับซ้อนเป็นส่วนผสมของความรู้สึกซึ่งมีความเชื่อเป็นศูนย์กลางในการแก้ปัญหา และความต้องการของมนุษย์ (Lange, 1978 cited in Patel, 1996)

เรณูการ์ (2542) ศึกษาเกี่ยวกับความหวังของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี พบว่าผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ให้ความหมายและความสำคัญของความหวังว่า เป็นสิทธิส่วนบุคคลของมนุษย์ทุกคน ความหวัง

เป็นสิ่งที่มีความจำเป็นต่อการดำรงชีวิตอยู่ ความหวัง หมายถึง การมีจุดหมายของชีวิตและทำให้มีกำลังใจ

การทำให้บุคคลมีความหวังต้องอาศัยปัจจัยหลายสิ่ง ซึ่งบราวน์ (Brown, 1989) กล่าวว่า สิ่งหนึ่งคือการตั้งความหวัง การตั้งความหวังทำให้บุคคลรู้สึกถึงการมีความหวัง ทำให้บุคคลรับรู้ว่ามีสิ่งสำคัญในชีวิตและจะมุ่งมั่นเพื่อการได้มาซึ่งความหวัง สำหรับคู่สมรสของผู้ป่วยวิกฤติในหออภิบาลมีการตั้งความหวังอาจจะรวมถึงความเชื่อ ประสบการณ์ของความรัก ความเจ็บปวด การได้รับการพักผ่อนที่เพียงพอหรือความหวังว่าจะได้รับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ อย่างไรก็ตามความหวังของบุคคลแบ่งได้หลายระดับ

ระดับความหวังของบุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา (วิลลาร์ด, 2538) และมีความแตกต่างตามพัฒนาการของวัยในผู้ใหญ่ความหวังดำรงอยู่ได้จะต้องมีองค์ประกอบร่วมอยู่หลายประการ เช่น สถานการณ์ในชีวิต พื้นฐานประสบการณ์ชีวิต เป้าหมายชีวิตในอนาคตของแต่ละบุคคลซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้ ชับซ้อนเกินกว่าจะอธิบายได้ (อุบล, 2535) ดังนั้นบุคคลทุกคนจะมีความหวังอยู่ในระดับหนึ่งเสมอเพื่อช่วยหล่อเลี้ยงจิตใจ (Herth, 1990) แม้จะตกอยู่ในสถานการณ์ที่ยู่ยากหรือเลวร้ายเพียงใดก็ตาม (Kubler Ross, 1969 Cited in Yates, 1993)

มิลเลอร์ (Miller, 1983) ได้แบ่งระดับของความหวังที่พบในบุคคลทั่วไปออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับที่หนึ่ง เป็นความปรารถนาทั่วไป ในลักษณะผิวเผินไม่จริงจังเท่าใดนัก (superficial wish) ความหวังในระดับนี้จะพบได้บ่อย ระดับที่สอง เป็นความหวังของบุคคลเกี่ยวกับสัมพันธภาพที่ดี หวังที่จะพัฒนาตนเองไปในทางที่เหมาะสม และหวังที่จะประสบความสำเร็จเกี่ยวกับตนเอง หากไม่สมหวังบุคคลจะวิตกกังวล ซึ่งต้องใช้พลังทางจิต ในการปรับตัวมากขึ้นกว่าระดับแรก ระดับที่สาม เป็นความหวังระดับสูงสุดของบุคคล ซึ่งบุคคลหวังที่จะหลุดพ้นความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมาน ความลำบาก การถูกกักขัง หรือขาดอิสรภาพ ความหวังในระดับนี้เป็นแหล่งพลังที่สำคัญของบุคคลในการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยเรื้อรัง และความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต ซึ่งหากบุคคลไม่สมหวัง จะทำให้ท้อแท้เบื่อหน่าย และสิ้นหวัง ต้องใช้พลังทางจิตมากมายทั้งจากภายในและภายนอกตัวบุคคลเพื่อช่วยในการปรับตัว นอกจากนี้ความหวัง มีองค์ประกอบ ดังนี้

ดูฟอลท์และมาร์ทอกซิโอ (Dufault & Martocchio, 1985) จัดองค์ประกอบของความหวังออกเป็นความหวังในวงแคบ (particularized hope) และความหวังในวงกว้าง (generalized hope) ความหวังในวงแคบเกี่ยวกับการให้คุณค่าผลที่ออกมาหรือความอยู่ดี เป็นการตั้งความหวังในการที่เป็นไปได้ ในทางกลับกันความหวังในวงกว้างเป็นความรู้สึกถึงประโยชน์ในอนาคต แต่เป็นขอบเขตกว้าง ความหวังทั้ง 2 ส่วน ประกอบด้วย 6 มิติ คือ

1. มิติด้านจิตใจ (affection dimension) เป็นกระบวนการของความหวังที่เกิดจากอารมณ์และความรู้สึก บุคคลที่มีความหวังจะมีความรู้สึกที่ดีและความเชื่อมั่นในสิ่งที่หวัง มองเห็นแนวของ

ความสำเร็จสมหวังมีความสุขและอิมเมจใจ แม้ว่าบางครั้งจะมีความไม่แน่ใจอยู่บ้างความไม่แน่ใจอาจนำไปสู่ความวิตกกังวลและหวั่นไหวได้ เช่น เกิดการเจ็บป่วยทำให้มีความวิตกกังวล เนื่องจากไม่แน่ใจว่าการรักษาจะสามารถควบคุมอาการของโรคได้เป็นต้น ถ้าผู้ป่วยได้รับการประคับประคองให้เชื่อมั่นในสิ่งที่หวังผู้ป่วยจะรู้สึกอบอุ่น เข้มแข็ง และวางใจในสิ่งรอบตัวมากขึ้นจะช่วยให้ความหวังกลับคืนมา

2. มิติด้านสติปัญญา (cognitive dimension) เป็นความหวังที่เกิดจากการใช้ความคิดและตัดสินใจไตร่ตรองในสิ่งที่หวัง ซึ่งขึ้นอยู่กับประเพณีสถานการณ์รอบตัว ได้แก่ ข้อจำกัดของตนเอง แหล่งสนับสนุนภายนอกที่จะช่วยให้บรรลุในสิ่งที่หวัง การใช้สติปัญญาจะช่วยให้บุคคลหวังในสิ่งที่เป็นไปได้ตามความจริง ละทิ้งความหวังที่พิจารณาแล้วว่าเป็นไปได้

3. มิติด้านพฤติกรรม (behavioral dimension) เป็นการแสดงออกของบุคคลเพื่อให้ได้มาซึ่งสิ่งที่หวัง เช่น การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การพักผ่อนเพียงพอ โดยหวังว่ากิจกรรมดังกล่าวจะช่วยให้สุขภาพของเขาดีขึ้น หรือ การขอความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ โดยหวังว่าบุคคลดังกล่าวจะช่วยบำบัดรักษาโรคเขาได้ เป็นต้น

4. มิติด้านความผูกพัน (affiliative dimension) เกิดจากความรู้สึกผูกพันกับผู้อื่นซึ่งเป็นบ่อเกิดของความหวัง เป็นความปรารถนาที่จะได้รับการตอบสนองบางอย่างจากผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น หวังว่าแพทย์จะให้การรักษาที่ดี หวังว่าสมาชิกในครอบครัวจะให้การดูแลเอาใจใส่ หวังว่าผู้อื่นจะปฏิบัติต่อตนอย่างมีคุณค่า เป็นต้น มิติด้านนี้เป็นผลลัพธ์จากความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีต่อผู้อื่นที่เขารักและศรัทธา ซึ่งมีพื้นฐานจากความเห็นใจ การให้ความช่วยเหลือเกื้อกูล การร่วมรับรู้ความรู้สึกของกันและกัน และยังรวมถึงความศรัทธาในศาสนาด้วย

5. มิติด้านเวลา (temporal dimension) ความหวังเป็นเรื่องเกี่ยวกับอนาคต ซึ่งมีการประมวลเหตุการณ์ในอดีตและปัจจุบันเข้ามาประกอบการพิจารณา ความหวังในอดีตจะมีอิทธิพลต่อการคาดหวังอนาคต บุคคลที่เคยสมหวังในอดีต มักหวังว่าเขาจะสมหวังเช่นนั้นอีกในอนาคต หรือความผิดหวังในอดีตอาจจะเป็นบทเรียนในการเรียนรู้ และหวังว่าเหตุการณ์เช่นนั้นจะไม่เกิดกับเขาอีก ส่วนความหวังในปัจจุบันอาจนำไปสู่การคาดหวังในอนาคตได้ เขาอาจจะหวังว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันอาจจะนำไปสู่สิ่งที่ดีในอนาคต เป็นต้น

6. มิติด้านสิ่งแวดล้อม (contextual dimension) สิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อความหวังของบุคคล ได้แก่ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ขนบธรรมเนียม วัฒนธรรม และค่านิยมในสังคม เป็นต้น

จากเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของบุคคล ในเหตุการณ์เดียวกันอาจทำให้ความหวังของบุคคลแตกต่างกันได้ โดยบราวน์ (Brown, 1989) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความหวังของบุคคลไว้ว่าประกอบด้วย ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ การรับรู้ในการเลือก และควบคุม

สถานการณ์ต่างๆในชีวิต การมีประสบการณ์เกี่ยวกับการสมหวังในอดีต ความไว้วางใจ ความศรัทธา กำลังใจ ความตั้งใจ ความรู้สึกต้องการประสบความสำเร็จ ความเชื่อทางศาสนา และปรัชญาของบุคคล ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม ได้แก่ ความเป็นอยู่ของบุคคลสำคัญในชีวิตทัศนคติและการกระทำของบุคคลใกล้ชิดที่มีส่วนในการสนับสนุนและเสริมสร้างความหวังของบุคคล และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ความพึงพอใจต่อสิ่งแวดล้อมรอบตัว การได้รับการช่วยเหลือดูแลที่มีคุณภาพจากสิ่งแวดล้อมรอบตัว จากการศึกษาความหวังของผู้ติดเชื้อเอชไอวีของเรณุการ์ (2542) พบปัจจัยที่เกี่ยวกับความหวัง คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน ความรู้สึกที่สามารถควบคุมสถานการณ์ในชีวิตตนเองได้ การสนับสนุนทางสังคม ความสำนึกในคุณค่าตนเอง ความเชื่อทางศาสนา และสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนนับถือ และพบว่าการคงไว้ซึ่งความหวัง ได้แก่ การสร้างกำลังใจให้กับตนเอง การแสวงหาความหวังใหม่ในเรื่องที่มีความเป็นไปได้มากขึ้น

โคเวอร์ด์ (Coward, 1990 Cited in Hall, 1994) ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็ง และผู้ป่วยเอชไอวี พบว่า ความหมายของการมีชีวิตอยู่ของบุคคลอยู่ที่การให้และการรับ รวมทั้งการคงไว้ซึ่งทัศนคติที่ดีต่อความหวังในการดำรงชีวิต ความหวังในผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงเกี่ยวกับการฟื้นฟู หรือการเริ่มต้นใหม่ในแต่ละวัน ซึ่งสิ่งจำเป็นต่อสภาวะอารมณ์สำหรับบรรลุคุณภาพชีวิตที่ดีในการที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป

เรย์ลีย์ (Raleigh, 1992) ศึกษาแหล่งสนับสนุนความหวังในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 90 คน เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งและโรคเรื้อรังอื่นๆจำนวน 45 คนเท่านั้น พบว่า แหล่งสนับสนุนความหวังมากที่สุดตามลำดับ ได้แก่ ครอบครัว ศาสนา เพื่อน ตนเอง และเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ แหล่งสนับสนุนความหวังของผู้ป่วยโรคมะเร็งและโรคเรื้อรังอื่นๆไม่มีความแตกต่างกัน และจากการศึกษาของบุบผา (2536) พบว่า สิ่งที่เป็นความหวัง และกำลังใจของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง ได้แก่ ศาสนา ลูกหลาน คู่สมรส และสิ่งศักดิ์สิทธิ์

ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวังและการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิต พบว่า ความหวังมีความสัมพันธ์กับการปรับตัว (ทัศนฯ, 2531; สายลม, 2534) และจากการศึกษาของกฤษดา (2531) พบว่า ความหวัง การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิต จันทนา (2540) ศึกษาถึง ความหวัง ความเข้มแข็งในการมองโลกและความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่า ความหวัง และความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกในชีวิต ($r = .41$ และ $.60$ ตามลำดับ, $p < .05$) ความหวังและความเข้มแข็งในการมองโลก สามารถทำนายความผาสุกในชีวิตได้ ร้อยละ 43.2 ละเอียด (2535) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งระหว่างรับรังสีรักษา พบว่า ความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียด และบรรจง (2544) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง พฤติกรรมการเผชิญความเครียด กับคุณภาพชีวิต

ของครอบครัวผู้ป่วยเอดส์ พบว่า ความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .619, p < .01$) และพบว่า ความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .622, p < .01$) และนภาพร (2542) ศึกษา ความหวังและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จังหวัดพะเยา พบว่า ความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตโดยรวมของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .46, p < .05$)

จากการศึกษาถึงผลกระทบของการมีบุตรป่วยโรคมะเร็งต่อครอบครัวของรูกาและคณะ (2543) โดยศึกษาใน บิดา/มารดา จาก 82 ครอบครัว โดยแบ่งการเจ็บป่วยออกเป็น 4 ระยะ ในแต่ละระยะของการเจ็บป่วยจะมีครอบครัว 20 ครอบครัว พบว่า ความหวังของบิดา/มารดา ในแต่ละระยะที่เปลี่ยนแปลงไป คือ ระยะแรกวินิจฉัย บิดา/มารดามีความรู้สึกไม่แน่นอน ร้อยละ 75 มั่นใจว่าบุตรจะหายแน่ ร้อยละ 15 ไม่หายแน่ ร้อยละ 10 ในระยะโรคสงบ บิดา/มารดาหวังว่าบุตรจะหายเพิ่มขึ้น ร้อยละ 80 แต่ในระยะกลับเป็นซ้ำ พบว่า บิดา/มารดาหวังว่าบุตรจะหายลดลง เหลือ ร้อยละ 54.54 หมดหวัง ร้อยละ 22.73 หวังว่าจะดีขึ้น ร้อยละ 18.18 ไม่แน่ใจ ร้อยละ 4.55 และในระยะสุดท้ายบิดา/มารดาไม่มีความหวัง ร้อยละ 85 ยังมีความหวัง ร้อยละ 15 โดยหวังว่าบุตรจะจากไปโดยสงบไม่เจ็บปวดทรมาน หวังให้มีชีวิตนานเท่านาน หวังให้บุตรมาเกิดใหม่กับตน และหวังให้มีป้าทนาย และจากการศึกษาถึงความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤต พบว่า ญาติต้องการมีความหวังเป็นอันดับแรก (จงกลและพรทิพา, 2539; นิภาวรรณและจันทร์พร, 2541; พรทิพย์, 2541; อุบลวรรณ, 2541; Forrester et al., 1990; Lee et al., 2000; Leske, 1986; Molter, 1979; Norris & Grove, 1986)

ในการปฏิบัติเพื่อให้เกิดความหวัง จากการศึกษาของพาเทล (Patel, 1996) ศึกษา กลยุทธ์ของพยาบาลในการสร้างความหวังในคู่สมรสผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ในหออภิบาล โดยเป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ ศึกษาในคู่สมรสของผู้ป่วยวิกฤต 20 ราย พบว่า การสร้างความหวังสามารถกระทำได้โดย (1) จัดกิจกรรมทางจิตวิญญาณ / กิจกรรมทางศาสนา เช่น สวดมนต์ การมีความเชื่อหลังตาย เชื่อในพระเจ้า ไปโบสถ์ (2) จัดให้มีการช่วยประคับประคองจิตใจโดยบุคคลที่สำคัญต่อคู่สมรสของผู้ป่วย ซึ่งได้แก่ บุคคลในครอบครัว เพื่อน (3) การสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้ดูแล ได้แก่ การให้ความรู้พื้นฐานในเรื่องการดูแลสุขภาพเชิงวิชาชีพ การใช้เทคโนโลยีขั้นสูง สร้างความไว้วางใจ ให้ความมั่นใจในหน่วยงานและการรักษา (4) การให้การดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (5) มองโลกในแง่ดี การมองแง่บวกในสถานการณ์ที่เป็นลบ หาดูแลของบุคคล (6) อธิบายถึงสรรพวิทยาต่าง ๆ แก่ญาติใกล้ชิด จัดให้มีการจำกัดการเยี่ยมให้น้อยที่สุด (7) การพูดคุยกับญาติทุก ๆ คน แสดงถึงการมีความรู้สึกร่วมกับญาติในห้องรอเยี่ยม (8) ใช้เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจโดยจัดให้ญาติออกกำลังกาย การประดิษฐ์ของเล่นเด็ก และพบว่าแหล่งของความหวัง

ได้แก่ ความศรัทธา/ศาสนา บุคคลที่สำคัญต่อคู่สมรส ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล ความเข้มแข็งของตนเอง และการดูแลเอาใจใส่ ผู้ป่วยด้วยความรัก มนุษย์ทุกคนมีความต้องการทางจิตวิญญาณด้วยกันทั้งสิ้นเมื่อความต้องการทางจิตวิญญาณได้รับการตอบสนองของบุคคลก็จะเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ (spiritual well-being) และหากความต้องการไม่ได้รับการตอบสนองหรือได้รับแต่ไม่เพียงพอก็จะเกิดความบีบคั้นทางจิตวิญญาณ (spiritual distress) ได้ (Carson, 1989) เพราะฉะนั้นการศึกษาถึงความต้องการทางด้านจิตวิญญาณจึงมีความสำคัญเนื่องจากพยาบาลจะได้ใช้เป็นแนวทางในการประเมินและให้การพยาบาลทางด้านจิตวิญญาณ มีผู้ศึกษาถึงความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ ดังนี้

เฮอ์แมนน์ (Hermann, 2001) ได้ศึกษาเชิงคุณภาพ เกี่ยวกับ ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยใกล้ตาย ที่รับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 19 คน พบว่า ผู้ป่วยใกล้ตายรับรู้ถึงความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของตนเองดังนี้ (1) ความต้องการเกี่ยวกับศาสนา ได้แก่ ต้องการสวดมนต์ขอให้ตนเองเข้มแข็ง ต้องการอ่านคัมภีร์ทางศาสนา ต้องการให้ศาสนาเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต และเป็นแรงบันดาลใจ ต้องการไปประกอบพิธีทางศาสนาที่โบสถ์ ต้องการร้องเพลงและฟังดนตรีทางศาสนา (2) ต้องการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นๆ ได้แก่ บุคคลในครอบครัว เพื่อนๆ เด็กๆ บุคคลทั่วไป และต้องการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลเหล่านั้น (3) ต้องการเกี่ยวกับตนเองและการควบคุมตนเอง โดยต้องการเลือกและตัดสินใจในชีวิตด้วยตัวเอง ต้องการข้อมูลที่เป็น ต้องการอิสระภาพ ต้องการมีสิ่งของต่างๆ ที่จำเป็นในการดำรงชีพ ต้องการมีกิจกรรมร่วมกับครอบครัว และต้องการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นๆ (4) ต้องการทำกิจธุระของตนให้เสร็จสิ้น โดยการคิดทบทวนว่าในชีวิตที่ผ่านมาได้ทำอะไรไปบ้างแล้ว และต้องการทำหน้าที่ของตนให้เสร็จสิ้นสมบูรณ์ ต้องการมองย้อนกลับจากอดีตสู่ปัจจุบัน และต้องการเก็บความรู้สึกที่ดีไว้ (5) ต้องการสัมผัสธรรมชาติ ต้องการออกไปสูดอากาศภายนอก ต้องการมีดอกไม้ประดับในห้องพักของตนเอง (6) ต้องการพบเห็นสิ่งที่ดีๆ ในทางบวก เช่น เห็นรอยยิ้ม ได้ยินเสียงหัวเราะ ได้ฟังและคิดถึงในเรื่องที่ทำให้เกิดความสบายใจ โดยต้องการมีสิ่งเหล่านี้เป็นประจำในแต่ละวัน

จากการศึกษาเชิงคุณภาพของขวัญตา พัชรียา และอาภรณ์ (2543) เกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยเอดส์ขณะเผชิญกับภาวะใกล้ตาย โดยศึกษาในผู้ป่วยเอดส์จำนวน 12 ราย พบว่าความต้องการที่ผู้ป่วยสะท้อนออกมาเป็นความต้องการด้านจิตวิญญาณ ซึ่งสรุปได้ดังนี้ (1) ต้องการหายจากความเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน (2) ต้องการกำลังใจและการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลอันเป็นที่รัก โดย ต้องการบุคคลที่จริงใจและเข้าใจ รับฟังความรู้สึก ต้องการมีเพื่อนอยู่ใกล้ๆ เพื่อคลายเหงา ต้องการการสัมผัสที่อบอุ่น ต้องการได้สิ่งลาและฝากภาระที่ยังค้างค้าง ต้องการการดูแล และช่วยเหลือ (3) ต้องการการให้อภัยและการอโหสิกรรมก่อนตาย (4) ต้องการตายอย่างสงบและมีชีวิตที่ดีหลังความตาย โดย พบว่า ผู้ป่วยต้องการทำบุญด้วยตนเองและต้องการให้ญาติทำบุญอุทิศ

ส่วนกุศลให้ ต้องการให้ญาติจัดการศพและนำกระดูกไปลอยทะเลเพราะเชื่อว่าเป็นสิ่งที่ช่วยให้ดวงวิญญาณไปสู่ที่ดีหลังความตาย

จากงานวิจัยดังกล่าว ผู้วิจัยสามารถใช้เป็นแนวทางในการทำความเข้าใจถึงความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤต เนื่องจากญาติอาจสามารถรับรู้ได้ถึงความต้องการของผู้ป่วยซึ่งผู้ป่วยอาจไม่สามารถที่จะตอบสนองความต้องการได้ด้วยตนเอง และอาจทำให้ญาติเกิดความต้องการที่จะตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย และนอกจากนี้สามารถนำไปเป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือในการวิจัย

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต

จากการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤตยังพบน้อย ส่วนใหญ่จะศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะจิตวิญญาณและความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย ซึ่งพอจะสามารถนำมาเทียบเคียงกับความต้องการทางจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยได้เนื่องจากในญาติที่มีความรักความผูกพันกันใกล้ชิด ทำให้ญาติสามารถรับรู้ความต้องการทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยและทำให้ตนเองอยากตอบสนองความต้องการทางจิตวิญญาณนั้น สำหรับความต้องการทางจิตวิญญาณของญาติจริงๆนั้นอาจขึ้นกับปัจจัยสำคัญของแต่ละบุคคล ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

1.1 อายุ มีส่วนเกี่ยวข้องกับความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับตนเอง การรับรู้ การแปลความหมาย การเข้าใจความหมายในชีวิต การตัดสินใจรวมถึงความต้องการต่างๆ (สมพร, 2541) บุคคลในวัยต่างๆ จะมีพัฒนาการทางด้านจิตวิญญาณต่างกัน ซึ่งการเจริญงอกงามของจิตวิญญาณเป็นกระบวนการทางพลศาสตร์ (dynamic process) ซึ่งทุกคนจะมีการตระหนักถึงความสำคัญ จุดมุ่งหมาย และคุณค่าของชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างไม่หยุดยั้ง พัฒนาการทางจิตวิญญาณจะเริ่มตั้งแต่อยู่ในครรภ์และจนตลอดทุกช่วงวัยของชีวิต (พรจันทร์, 2534) ในวัยสูงอายุจะมีความเชื่อมั่นในจิตวิญญาณมากกว่าวัยหนุ่มสาวหรือผู้ที่มีอายุน้อยกว่า (Carpenito, 1993) เนื่องจากผู้สูงอายุมีระยะเวลาในการมีชีวิตจำกัดโดยจิตวิญญาณจะทำให้มีความพึงพอใจในความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุสามารถให้ความหมายในการเปลี่ยนแปลงในทางลบของร่างกาย การนับถือศาสนา หรือการปฏิบัติพิธีกรรมจะสามารถกระตุ้นให้มีจุดมุ่งหมายในชีวิต จากการศึกษา เรคเกอร์และคณะ (Recker et al., 1987) พบว่าการมีเป้าหมายในชีวิตและการยอมรับความตายจะเพิ่มตามอายุ การหาความหมายในชีวิตจะมีความสัมพันธ์กับอายุและจากการศึกษาของพัชรียา

(2534) พบว่า กลุ่มตัวอย่างวัยสูงอายุที่มีสุขภาพดีจะมีแนวคิดเกี่ยวกับความตายสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อย

1.2 เพศ ในสังคมไทยเพศชายจะมีอำนาจและสถานภาพสูงกว่าเพศหญิง แต่ในปัจจุบันเพศหญิงมีโอกาสดัดเทียมเพศชายมากขึ้น จากการศึกษาของช็อกและคณะ (Schok et al., 1984 อ้างตาม ศรีเรือน, 2534) พบว่า เพศหญิงมีการปรับตัวตามหน้าที่ดีกว่าเพศชายเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วัยสูงอายุ เมื่อมีอายุมากขึ้นเพศชายจะเฉื่อยชาไม่แข่งขัน ยอมแพ้ แต่เพศหญิงมีบทบาทเด่นขึ้นทำให้การมีความหมายในชีวิตจะเด่นกว่าเพศชาย จากการศึกษาของรีด (Reed, 1986) พบว่า เพศหญิงสูงอายุนะยะสุดท้ายจะให้ความสำคัญทางศาสนาสูงกว่าเพศชายและการศึกษาของเรคเกอร์และคณะ (Recker et al., 1987) พบว่าเพศหญิงมีการแสดงออกถึงการควบคุมชีวิตและแสดงถึงความเข้มแข็งในการหาความหมายของชีวิตได้ดีกว่าเพศชาย

1.3 สถานภาพสมรส สถานภาพสมรสเป็นปัจจัยตัวหนึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องโดยเฉพาะ ความคิด ความรู้สึก ความเชื่อ และการปฏิบัติตนตามพัฒนาการของชีวิต บ่งชี้ถึงสถานะระบบของครอบครัว เป็นตัวกำหนดบทบาทในสังคม โดยเฉพาะคู่สมรสยังเป็นการสนับสนุนทางสังคม เป็นแหล่งประโยชน์ช่วยเสริมแรงในบุคคลมีการดูแลตนเองดีขึ้น สามารถทดแทนความรู้สึกสูญเสียและการเปลี่ยนแปลงในชีวิตได้ และนอกจากนี้การมีคู่สมรส ทำให้รับรู้ถึงการได้รับการดูแล และรับรู้ถึงว่าตนเองยังต้องมีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบดูแลบุคคลอื่นด้วย (ซัดเจน, 2543) นั่นคือ ทำให้มีความรู้สึกว่าตนเองยังมีความสำคัญต่อครอบครัวหรือทุกคนอยู่ และจากการศึกษาของรุ่งทิพย์ (2542) เกี่ยวกับการสนับสนุนจากคู่สมรสกับความผาสุกของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสมีความผาสุกระดับสูง ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสโดยรวมและรายด้านสูง ได้แก่ การสนับสนุนด้านข่าวสาร ด้านวัตถุประสงค์ของหรือบริการ และการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ และการสนับสนุนจากคู่สมรส มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุก ($r = .264, p < .01$) สิริสุดา (2541) ศึกษาถึงการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวกับความเครียดของผู้สูงอายุที่กระดูงสะโพกหัก พบว่า การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียด ($r = .7632, p < .001$) โดยที่ครอบครัวจะสนับสนุนในด้านความมีคุณค่าในตนเอง ความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น และการให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ

1.4 การศึกษา การศึกษาจะช่วยเพิ่มภูมิปัญญาสามารถมองชีวิตด้วยมุมมองทั้งในทางโลกและทางธรรมไปด้วยกัน มีความอดทนและเพียรพยายามสามารถควบคุมมาตรฐานการตัดสินใจให้อยู่ในขอบเขตของความถูกต้อง และเป็นปัจจัยที่แสดงให้เห็นถึงความสามารถของบุคคลเป็นประสบการณ์ชีวิตช่วยให้บุคคลใช้กระบวนการคิดและทักษะในการแก้ปัญหา ซึ่งมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมที่จะนำไปสู่พัฒนาการทางด้านจิตวิญญาณ ผู้ที่ผ่านการศึกษามากย่อมมีความรอบรู้มากกว่าผู้มีการศึกษาน้อย และผู้ที่มีการศึกษามากจะสามารถใช้สถานการณ์ หรือประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาเป็นแนวทางในการให้ความหมายในการดำเนินชีวิตที่ดีกว่าผู้มีการศึกษาน้อย (สมพร, 2541) ซึ่งจากการศึกษาของสายพินและวิลลาร์ด (2539) พบว่า ระดับการศึกษาของผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอดส์จะมีสัมพันธ์ในทางบวกกับภาวะเหนือตนเอง และจากการศึกษาของศิริวรรณ (2538) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงจะมองความสำคัญของศาสนาต่อชีวิตประจำวันมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำ

1.5 รายได้หรือฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นปัจจัยที่สามารถอธิบายพฤติกรรมของบุคคล โดยระดับรายได้เป็นปัจจัยกำหนดการเลือกแหล่งบริการสุขภาพหรือการร่วมกิจกรรมทางศาสนาหรือการทำพิธีกรรมต่างๆ ชาวพุทธที่เชื่อเกี่ยวกับการเวียนว่ายตายเกิดถือว่าการทำบุญ จะช่วยให้มีชีวิตที่ดีในชาติภพต่อไป ซึ่งในการทำบุญนั้นต้องใช้จ่ายด้านเงินเป็นส่วนประกอบ ในคนที่ฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดีส่วนใหญ่ต้องใช้เวลาในการหาเงินเพื่อเลี้ยงชีพบางคนอาจเกิดความสงสัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์กับสิ่งสูงสุดหรือพระเจ้าเนื่องจากฐานะยากจนแล้วยังต้องมาประสบกับความเจ็บป่วยหรือภาวะวิกฤตในชีวิตอีก

1.6 ศาสนา ศาสนาเป็นสิ่งที่ให้ความหมายแก่มนุษย์ตั้งแต่เกิดจนตาย ศาสนาเป็นส่วนหนึ่งของจิตวิญญาณ การปฏิบัติในทางศาสนาจะช่วยให้จิตวิญญาณของคนสมบูรณ์ขึ้น ศาสนาจะให้ทัศนคติในการมองชีวิต ความจริงสูงสุด ช่วยให้มนุษย์เข้าใจตนเองเข้าใจธรรมชาติของชีวิต มีกำลังใจ ความทุกข์ทรมานลดลง หลุดพ้นจากความกลัว นอกจากนี้บางคนยังใช้ศาสนาเป็นสิ่งที่ศักดิ์สิทธิ์สามารถทำให้เกิดกำลังใจให้ความคุ้มครอง ให้ความหวัง (Amenta, 1986; Shaffer, 1991) พระพุทธศาสนาสอนถึงการมีชีวิตว่า "สิ่งใดมีเกิด สิ่งนั้นมีดับ ไม่มีสิ่งใดเที่ยงแท้ต้องดำเนินไปตามกฎธรรมชาติ เมื่อมีชีวิตอยู่ควรประกอบกรรมดี ละเว้นกรรมชั่วให้ดำเนินชีวิตด้วยการไม่เบียดเบียนตนเองและไม่เบียดเบียนผู้อื่น" (พุทธทาสภิกขุ, ม.ป.ป.) ศาสนาอิสลามเชื่อว่าชีวิตมนุษย์ ความเป็นความตาย เป็นไปตามพระประสงค์ของอัลลอฮ์ (ฟาริดา, 2541) การประสบความทุกข์ยากต่างๆ ของชีวิตในโลกนี้เป็นการทดลองของพระองค์ จากการศึกษาของสมพร (2541) ถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล พบว่า ศาสนาอิสลามมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับภาวะจิตวิญญาณ โดยรวม ด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต และด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งแวดล้อม สิ่งนอกเหนือตน กล่าวคือ

กลุ่มตัวอย่างที่นับถือศาสนาอิสลามจะมีคะแนนภาวะจิตวิญญาณสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่นับถือพระพุทธศาสนา ส่วนศาสนาคริสต์นั้นเชื่อว่ามนุษย์เป็นสิ่งที่พระเจ้าสร้างขึ้นมา สภาพของชีวิตมนุษย์ ความตายเป็นสิ่งที่เป็นไปตามพระประสงค์ในฐานะที่มนุษย์เป็นสิ่งที่พระเจ้าสร้างขึ้นมาจุดมุ่งหมายที่สำคัญในชีวิตมนุษย์ที่สำคัญ 3 ประการ คือ (1) การดำเนินชีวิตตามพระประสงค์ของพระองค์ การทำหน้าที่ตามบทบาทในสังคมอย่างดีที่สุด (2) รักเพื่อนมนุษย์เสมือนรักตนเอง เสียสละและช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์อย่างดีที่สุด และ (3) การเตรียมพร้อมสำหรับชีวิตนิรันดรหลังความตาย (สิวลี, 2542)

1.7 สถานะบทบาทในครอบครัว ครอบครัวเป็นหน่วยที่มีความผูกพันใกล้ชิดระหว่างกันในสมาชิก มีความรัก ความเข้าใจ ก่อให้เกิดการดูแลเอาใจใส่ การประคับประคองกัน (รุจา, 2541) ตลอดจนการให้กำลังใจต่อกัน ซึ่งเป็นสิ่งไม่อาจหาได้จากบุคคลอื่นนอกจากบุคคลในครอบครัว (จำนงค์และคณะ, 2543) จากการศึกษาของบุบผา (2536) พบว่า ลูก หลาน คู่สมรส เป็นสิ่งที่ให้ความหมายเป็นจุดมุ่งหมายเป็นความหวังและกำลังใจของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง เช่นเดียวกับที่พบในการศึกษาอื่นพบว่าผู้ที่จะช่วยเหลือทางจิตวิญญาณได้ดีแก่ผู้เจ็บป่วยและทุกข์ทรมานคือบุคคลในครอบครัว (Sodestrom & Martinson, 1987) และจากการศึกษาการเยียวยา ด้านจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่นับถือพุทธศาสนา พบว่า บุคคลในครอบครัว ร้อยละ 27 เป็นผู้ดูแลช่วยเหลือทำให้ผู้ติดเชื้อมีกำลังใจมีความเข้าใจชีวิตมากขึ้น โดยการแสดงความห่วงใย เอาใจใส่ไม่ทอดทิ้ง พูดคุยปลอบโยน ชี้แนวทางในการดำเนินชีวิต ชี้ให้เห็นเข้าใจว่าชีวิตมีเกิด มีเจ็บ และมีตาย (อัจจรา, 2541)

1.8 สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่ง ต่อภาวะทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยในโรงพยาบาล เนื่องจากครอบครัวเป็นจุดกำเนิดสมาชิกใหม่แก่สังคม โดยเป็นหน่วยที่ให้การอบรมเลี้ยงดู (รุจา, 2541) ครอบครัวเป็นหน่วยที่มีความผูกพันใกล้ชิดซึ่งกันและกันในระหว่างสมาชิก การได้รับการประคับประคอง ความรัก ความเข้าใจเป็นสิ่งปรารถนาจะได้จากครอบครัว เมื่อถึงคราวเจ็บป่วยและจะเป็นหนทางในการสร้างจิตวิญญาณของคน (Hill & Smith, 1990) ผู้ป่วยจะมีสุขภาพกาย สังคม จิตวิญญาณ ดีหรือไม่ดีขึ้นกับสัมพันธภาพภายในครอบครัวจากการศึกษาของสมพร (2541) พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะจิตวิญญาณโดยรวมและรายด้านทุกด้าน กล่าวคือ ความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว จะทำให้ผู้สูงอายุได้รับความมั่นใจว่าจะได้รับความรักการเอาใจใส่ดูแลแบบแผนการดำเนินชีวิต ปลอดภัยให้กำลังใจ ตลอดจนมีส่วนร่วมช่วยในการปฏิบัติกิจกรรมที่ให้ความหมายในชีวิต เช่น การทำบุญตักบาตร การช่วยสวดมนต์อุทิศถวายพระเจ้า และจากการศึกษาของอุไรวรรณ (2543) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว ภาวะสุขภาพ การปฏิบัติธรรม กับความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุก

ทางจิตวิญญาณ และสัมพันธภาพในครอบครัว สามารถทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 52

1.9 **วัฒนธรรมและความเชื่อ** วัฒนธรรมเป็นมรดกทางสังคมเกิดจากการสร้างสรรค์และสืบทอดกันมาของมนุษย์ทำให้เกิดเอกลักษณ์ของสังคม (Craven & Hirnle, 2000) และเป็นรากฐานของจริยธรรมของแต่ละสังคม การแสดงออกทางวัฒนธรรมจะออกมาทางภาษา เช่น ภาษาพูด ภาษาเขียน เพื่อสื่อความหมายให้เกิดความเข้าใจดีระหว่างกัน การแสดงออกทางกิริยาท่าทาง ซึ่งจะบอกถึงสภาพเรียบร้อย การแสดงออกทางวัฒนธรรมย่อมสะท้อนถึงพื้นฐานจิตใจโดยแสดงออกทางความคิด การกระทำ กิริยามารยาท คนทุกคนต้องมีวัฒนธรรมซึ่งเป็นสากลเฉพาะกลุ่มสังคมและจะแสดงออกให้ปรากฏในด้านความรู้ความเชื่อ ประเพณี ตลอดจนทักษะที่สังคมต้องการ การยึดวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณีเป็นหลักความประพฤติที่กำหนดความถูกต้อง ความสมควร หรือความดีนั้นถือเป็นการตัดสินใจทางจริยธรรมจากการมองของสังคม ดังนั้นคุณค่าความดีงามจะขึ้นกับสังคมใดสังคมหนึ่ง (พาริตา, 2541)

2. ปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้ของญาติ

2.1 การรับรู้ของญาติต่อความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ระดับความ

รุนแรงของอาการเจ็บป่วยเป็นปัจจัยที่เป็นสิ่งเร้าที่บุคคลรับรู้โดยตรงและมีผลกระทบต่อองค์รวมของบุคคล โดยเฉพาะผู้ป่วยวิกฤติ ซึ่งมีอาการหนักไม่สามารถคาดเดาผลของการรักษา ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดเพราะอาการต่างๆสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ญาติจะรับรู้ว่าคุณภาพต่อการมีชีวิตของผู้ป่วย และโรคบางโรคไม่อาจรักษาให้หายขาดโดยสิ้นเชิง เป็นเพียงการบรรเทาเบาบางหรือรักษาแบบประคับประคอง เซฟเฟอร์ (Shaffer, 1991) กล่าวว่าระดับความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยที่อาจทำให้เกิดความเจ็บปวดด้านจิตวิญญาณ และโคลลิทอน (Colliton, 1981) กล่าวว่าระดับความรุนแรงของโรคและความเครียดจะเป็นตัวทดสอบการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิตของคน และจากการศึกษาของบุบผา (2536) พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งมีการรับรู้ผลกระทบจากความเจ็บป่วย เกี่ยวกับ ความหวาดหวั่นจากการรักษา ความวิตกกังวลจากความไม่แน่นอนของชีวิต ความทุกข์ทรมาน ความกลัวเจ็บปวด และความตาย (ร้อยละ 74.67) ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจศาสนาได้ดั้งเดิม (ร้อยละ 76) และต้องเปลี่ยนแปลงจุดมุ่งหมายในชีวิต (ร้อยละ 18.67) สมพร (2541) พบว่าระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะจิตวิญญาณ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าการเจ็บป่วยมีระดับความรุนแรงจะมีคะแนนภาวะจิตวิญญาณโดยรวม ด้านการให้ความหมายและเป้าหมายในชีวิต ด้านการมีความหวังต่ำหรือมีความบีบคั้นทางด้านจิตวิญญาณ อย่างไรก็ตามการรับรู้ของญาติต่อความรุนแรงในการเจ็บป่วยของผู้ป่วยอาจมีผลในทางตรงกันข้ามกับการที่ผู้ป่วยรับรู้และมีภาวะจิตวิญญาณในระดับต่ำซึ่งยังต้องการการศึกษาเพิ่มเติม

จากการศึกษาถึงผลกระทบของการมีบุตรป่วยโรคมะเร็งต่อครอบครัวของรูกาและคณะ (2543) พบว่า ความเจ็บป่วยที่มีระยะแตกต่างกัน จะทำให้บิดา/มารดา มีการเปลี่ยนแปลงโลกทัศน์ โดยในระยะแรกของการวินิจฉัย บิดา/มารดาจะมีความคิดว่าอะไรจะเกิดก็ต้องเกิด ยอมรับและเห็นความไม่แน่นอนของชีวิต (ร้อยละ 70) รู้สึกไร้จุดหมาย ท้อแท้ (ร้อยละ 25) ในระยะโรคสงบ ร้อยละ 50 ของบิดามารดา จะมองเห็นสัจธรรมของความไม่แน่นอนในชีวิตมากขึ้น ทำให้ต้องเร่งทำความดี อีกร้อยละ 25 มองโลกมีดลก็ต้องทน และที่เหลือ ร้อยละ 25 ท้อแท้ในชีวิต ในระยะกลับเป็นซ้ำ บิดามารดาจะยอมรับว่า เห็นความไม่แน่นอนของชีวิต ร้อยละ 48.28 ความตายเป็นสัจธรรม ร้อยละ 17.24 ชีวิตต้องสู้ต่อไป และ ชีวิตไร้จุดหมาย ร้อยละ 10.34 โลกมีดล แต่ต้องทน ร้อยละ 9.6 เร่งทำความดี ร้อยละ 3.45 และในระยะสุดท้ายและต้องสูญเสียบุตรไป ทำให้บิดา/มารดา มองเห็นสัจธรรมของชีวิต เห็นความไม่แน่นอนของชีวิต ร้อยละ 15.25 และยอมรับความเป็นจริงมากขึ้น อะไรจะเกิดก็เกิด การดำเนินชีวิตมีการระมัดระวังเพิ่มขึ้น ซึ่งเดิมไม่ค่อยคิดจะวางแผนชีวิตอย่างไร เริ่มคิดถึงการทำของของตนเองจะมีผลกระทบต่อคนอื่น เร่งทำความดีมากขึ้นและนึกถึงคนอื่นมากกว่าตนเอง บิดามารดาส่วนหนึ่ง (ร้อยละ 15.25) มีความคิดไม่อยากทำความดี ทำความดีแล้วไม่ได้ผลตอบแทน จากงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยสามารถใช้ทำความเข้าใจถึงความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤติ จากการที่ญาติรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในแต่ละระยะแตกต่างกันได้

2.2 การรับรู้ประสบการณ์ภาวะวิกฤติในชีวิตและการสูญเสียชีวิตของบุคคลในครอบครัว ภาวะวิกฤติในชีวิตเกิดขึ้นได้ทั่วไปที่ทุกคนต้องประสบหลีกเลี่ยงไม่ได้ เช่น การเจ็บป่วย การสูญเสียต่าง ๆ ประสบการณ์เหล่านี้จะทำให้คนดิ้นรนให้พ้นจากสภาพที่เป็นอยู่ ภาวะวิกฤติในชีวิตจะช่วยให้บุคคลสร้างกลไกใหม่ในการเผชิญกับปัญหาความแข็งแกร่งและความสามารถในการแก้ปัญหาที่ผ่านเข้ามาในชีวิต ซึ่งภาวะจิตวิญญาณเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญใน ผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อเผชิญกับภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้น (Brooke, 1987; Narayanasamy, 1995; Walton, 1996) ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของแกรนสตรอม (Granstrom, 1985) กล่าวว่า คนส่วนมากจะไม่มี การค้นหาความหมายและเป้าหมายในชีวิต จนกระทั่งเกิดภาวะวิกฤติในชีวิต มีการเจ็บป่วยหรืออยู่ในภาวะใกล้ตาย ภาวะเหล่านี้จะเป็นสิ่งกระตุ้นให้คนมีการแสดงออกของภาวะจิตวิญญาณที่เด่นชัด นั่นคือ เมื่อบุคคลประสบกับภาวะวิกฤติในชีวิตจะมีการเผชิญปัญหาโดยมีแหล่งประโยชน์ที่สำคัญ คือภาวะจิตวิญญาณของตนเอง จะทำให้บุคคลมีความสัมพันธ์กับสิ่งนอกเหนือตนมากขึ้น มีการยึดมั่นในศาสนาทำให้มีการตั้งอยู่ในธรรมทั้งกาย วาจา ใจ การมีความศรัทธาในพระผู้เป็นเจ้าทำให้สามารถทำความเข้าใจให้ความหมายกับภาวะวิกฤติและความเป็นจริงที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ ทำให้มีความรู้สึกสงบอบอุ่นมั่นคงในชีวิต ทำให้มีความหวังกับการเผชิญกับภาวะวิกฤติในชีวิตที่หลีกเลี่ยงไม่ได้เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุขภายใต้สถานการณ์ที่จำกัดของชีวิต (สายพิณ และวิมลรัตน์, 2539)

แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ

ในการประเมินความต้องการทางด้านจิตวิญญาณนั้น ต้องอาศัยพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกมา ซึ่งเป็นการแสดงออกทางการปฏิบัติที่สามารถสังเกตเห็นได้ แต่ในคนที่เราสังเกตไม่พบว่ามี การปฏิบัติก็เชื่อว่าจะไม่มีความต้องการและการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิต วิญญาณ ในกรณีนี้ ต้องใช้วิธีการพูดคุยซักถาม ในการประเมินข้อมูลทางด้านจิตวิญญาณมีผู้ให้ แนวทาง ได้แก่ ฟาริดา (2539) กล่าวว่าต้องประเมินใน 4 ลักษณะ คือ (1) ปรัชญาของชีวิต (2) ความรู้สึกต่อสิ่งเหนือธรรมชาติ (3) แนวคิดเกี่ยวกับศาสนาหรือพระผู้เป็นเจ้า และ (4) ความ ตระหนักในจิตวิญญาณ (spiritual fulfillment) ซึ่งใกล้เคียงกับ คาร์สัน (Carson, 1998) ซึ่งให้แนว ทางการสัมภาษณ์ดังนี้ คือ (1) แนวคิดเกี่ยวกับพระผู้เป็นเจ้า (2) แหล่งของความหวัง และความ เข้มแข็ง (3) การปฏิบัติกิจทางศาสนา และคาร์สันยังได้ให้แนวทางการสังเกตเพื่อประเมินทางด้าน จิตวิญญาณ ดังนี้ คือ (1) พฤติกรรมที่แสดงออกโดยไม่ใช้คำพูด เช่น ความเหงาว่าเหว่ ความโกรธ (2) การแสดงออกทางคำพูด เช่น พูดว่า ใครๆก็ไม่รัก (3) ลักษณะการติดต่อสื่อสารหรือการมีมนุษย์ สัมพันธ์กับบุคคล เช่น กับพยาบาลหรือญาติผู้ป่วยด้วยกัน และ (4) สภาพแวดล้อม เช่น การมี หนังสือเกี่ยวกับศาสนา หรือบทสวดมนต์

เมื่อบุคคลมีความต้องการด้านจิตวิญญาณและประเมินแล้วว่าเป็นความต้องการที่จำเป็น ต้องได้รับการตอบสนอง ถ้าไม่ได้รับจะรู้สึกถึงการขาดความสุขในชีวิต บุคคลก็จะมี การปฏิบัติเพื่อ ตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของตน แนวทางหรือวิธีการปฏิบัติของแต่ละบุคคลจะพบ ว่ามีความหลากหลายแตกต่างกัน ขึ้นกับปัจจัยหลายๆอย่าง ได้แก่ การให้ความหมายในแนวทางการ ปฏิบัตินั้นๆ การได้รับการถ่ายทอดวัฒนธรรมประเพณีความเชื่อ (Labun, 1988) ความศรัทธา ใ่วางใจ ความลึกซึ้งในคำสอนและการยึดถือปฏิบัติตามหลักศาสนา เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมถึงการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิต วิญญาณหรือการเยียวยาทางด้านจิตวิญญาณ พบได้ 2 ลักษณะใหญ่ๆ คือ (1) การปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง กับความเชื่อและความศรัทธาทางศาสนา (faith healing) และ (2) การปฏิบัติที่ไม่เกี่ยวกับ ความเชื่อทางศาสนาโดยตรงแต่เป็นการพัฒนาศักยภาพภายในของตนเอง ได้แก่ การเสริมสร้าง ภาวะเหนือตนเอง (self transcendence) การฝึกผ่อนคลาย (relaxation response) และการแลกเปลี่ยนความรู้สึกกับบุคคลผู้ให้การเยียวยาทางด้านจิตวิญญาณ (counseling by spiritual leader or healer) การปฏิบัติการเยียวยาทางด้านจิตวิญญาณนอกจากบุคคลจะปฏิบัติด้วยตนเองแล้วยัง สามารถปฏิบัติให้หรือปฏิบัติแทนผู้อื่นได้เนื่องจากเป็นความรู้สึกทางด้านจิตใจ

อย่างไรก็ตามการปฏิบัติดังกล่าวยังพบว่าเป็นการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณทั้ง 3 ด้านของไฮพิลด์แต่การปฏิบัตินั้นอาจมีความแตกต่างกันตามระดับความต้องการและจุดมุ่งหมายของบุคคล

การปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณตามความเชื่อและศรัทธาทางศาสนา

ในการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อและความศรัทธาทางศาสนา คราเวนและไฮน์ (Craven & Hirnle, 2000) กล่าวว่า คนจะนำความเชื่อทางศาสนาที่จะไปเติมเต็มความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ โดยพบว่าบุคคลปฏิบัติดังนี้ (1) ให้ความหมายในชีวิต ความเจ็บป่วย ภาวะวิกฤตอื่นๆ และความตาย (2) สร้างความรู้สึกถึงความปลอดภัยในปัจจุบันและอนาคต (3) หาแนวทางในการดำรงชีวิตในประจำวัน (4) เป็นแรงขับให้มีการยอมรับหรือปฏิเสธบุคคลอื่น (5) การประคับประคองทางจิตสังคมกับบุคคลในกลุ่มซึ่งมีสภาพจิตใจเหมือนกัน (6) สร้างความเข้มแข็งในการพบกับภาวะวิกฤตในชีวิต (7) ให้ความเข้มแข็งในการเยียวยาและประคับประคองจิตวิญญาณ

ศาสนาทุกศาสนาในโลกนี้ล้วนกำเนิดมาจากความกลัว ความต้องการความอบอุ่นทางจิตใจของมนุษย์ (จันงค์และคณะ, 2543; เตือน, 2541; พุทธศาสนิกฯ, ม.ป.ป.; แสง, 2531) ศาสนาต่างๆ จึงเป็นผลจากวิวัฒนาการของความเชื่อของมนุษย์ ศาสนาให้สัจธรรมซึ่งบอกถึงความจริงอันสูงสุดที่เกี่ยวกับมนุษย์และสภาพแวดล้อม ศาสนาจะให้หลักความประพฤติหรือการกระทำตามกฎของความเป็นจริงแห่งธรรมชาติอันทำให้เกิดความสัมพันธ์กันขึ้นระหว่างมนุษย์กับสภาพอันสูงสุดเพื่อให้หลุดรอดจากความทุกข์หรืออันตรายอันไม่พึงปรารถนา (ฟาริดา, 2541) ความเชื่อทางศาสนากับชีวิตมนุษย์เป็นสิ่งที่ไม่อาจแยกออกจากภาวะความเป็นมนุษย์ของบุคคลความเชื่อดังกล่าวจะมีผลต่อความคิด การกระทำ ความเป็นมนุษย์ของบุคคล ถึงแม้การแพทย์การพยาบาลในปัจจุบันจะมีลักษณะสากล คือ ให้บริการสุขภาพแก่มนุษย์ด้วยความรู้วิธีการทางวิทยาศาสตร์แต่การให้บริการดังกล่าวจำเป็นต้องเข้าใจโลกทัศน์ของบุคคลเพื่อให้การรักษาพยาบาลบรรลุเป้าหมาย คือ รักษาคนทั้งคนโดยองค์รวม ศาสนาลำคัญ 3 ศาสนา ได้แก่ พระพุทธศาสนา ศาสนาคริสต์ และศาสนาอิสลาม

พระพุทธศาสนา

การปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณโดยใช้แนวทางทางพระพุทธศาสนา ศาสนิกชนต้องมีความรู้เกี่ยวกับศาสนาที่ตนศรัทธาหรือศรัทธาบ้าง ให้แนวทางการดำเนินชีวิตอย่างไรบ้าง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า พระพุทธศาสนาให้ความหมายหรือมุ่งเน้นที่ตัวมนุษย์และการกระทำของมนุษย์ เพื่อให้เป็นหลักเบื้องต้นแห่งชีวิตที่ประเสริฐ เพื่อความ

สงบ เพื่อความรู้ยิ่ง เพื่อความรู้แจ้งและเพื่อนิพพาน (สิวลี, 2542) พระพุทธศาสนาสอนให้มนุษย์ รู้จักและเข้าใจถึงความจริงระดับสูงสุด ธรรมชาติของมนุษย์ โดยสอนให้มนุษย์เรารู้จักและเข้าใจ ธรรมชาติของร่างกายเราว่าเป็นสิ่งที่ไม่คงที่ ต้องเปลี่ยนแปลงและเสื่อมสลายไปตามกฎ มนุษย์เรา จึงควรที่จะเข้าใจในธรรมชาติของตนเองเพื่อที่จะไม่ทุกข์โศกเศร้าเสียใจเมื่อเกิดประสบการณ์ เปลี่ยนแปลงใดๆ ขึ้นการมองชีวิตมนุษย์ ความเจ็บป่วยทุกข์ทรมาน และความตาย ตามหลักคำ สอนของพระพุทธศาสนาที่สำคัญ คือ สิ่งใดก็ตามที่มีการเกิดสิ่งนั้นย่อมต้องมีการดับเป็นธรรมดา บรรดาสรรพสิ่งทั้งหลายที่เกิดจากปัจจัยปรุงแต่ง และมีอยู่ในธรรมชาติย่อมตกอยู่ภายใต้กฎ ไตรลักษณ์ทั้งสิ้น ได้แก่ ความไม่เที่ยงแท้ ความแปรเปลี่ยน และหาตัวยืนโรงหรือตัวตนยืนโรงอยู่ ไม่ได้ ชีวิตมนุษย์ก็เช่นเดียวกันย่อมมีการเกิดการดับเป็นธรรมดา (พระธรรมปิฎก, 2542)

ความทุกข์ทรมาน พระพุทธศาสนาบอกว่า การเกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นความทุกข์ เป็น ธรรมดาของทุกชีวิตซึ่งไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ อากาของทุกข์ได้แก่ความโศกเศร้า ความคร่ำครวญ ความเจ็บปวด ความรู้สึกไม่สบายต่างๆทางกาย ความทุกข์ทางใจ ความผิดหวัง ความคับแค้นใจ การต้องประสบกับสิ่งที่ตนไม่รักหรือสิ่งแวดล้อมที่ไม่พึงปรารถนา การพลัดพรากจากสิ่งที่รัก การ ปรารถนาสิ่งใดไม่ได้สิ่งนั้นก็ทุกข์ สิ่งสำคัญของคำสอนเรื่องนี้คือสอนให้มนุษย์มีสติรู้เท่าทัน ความทุกข์ ถ้าเป็นความทุกข์ทางใจพระพุทธเจ้าทรงสอนให้มีสติพิจารณาไตร่ตรองถึงเหตุแห่งทุกข์ (พระธรรมปิฎก, 2542) เข้าใจเหตุแห่งทุกข์แล้วสลัดทิ้งหรือปล่อยวางเสีย ส่วนความทุกข์ทรมาน ทางกายอันเกิดจากความเจ็บป่วย ให้ใช้สติความระลึกได้พิจารณาว่า ความป่วยไข้เป็นธรรมดาเป็น สิ่งที่เราจะขอไม่ให้เป็นอย่างนั้นไม่ได้และทรงสอนให้อดทนต่อทุกขเวทนาทางกายที่เกิดขึ้น

ความตาย พระพุทธศาสนาบอกว่าชีวิตและความตายเป็นของคู่กัน เราไม่อาจเลือกมีสิ่งใด สิ่งหนึ่ง ด้วยเหตุนี้ในทางศาสนาจึงสอนให้เจริญมรณสติเพื่อต้อนรับความตาย ทำชีวิตที่มีอยู่ให้มี ความหมายและฝึกจิตใจให้เกิดสติปัญญาเข้าถึงอมตธรรมอันเป็นบรมสุขเสียก่อนที่สังขารร่างกาย นี้จะดับไป เป็นการเตือนใจไม่ให้ประมาทและไม่ให้กลัวความตายจนเกินกว่าเหตุ (ดูขฎฐี, 2534) ควรพิจารณาว่าความตายเป็นเรื่องธรรมดาของชีวิต เป็นสิ่งที่ไม่อาจหลีกเลี่ยง และเป็นสิ่งที่เราควร เตรียมจิตใจให้มีความสงบ เพื่อการจากไปที่ดีเมื่อความตายมาถึง พุทธทาส (ม.ป.ป.) กล่าวถึง ความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยและการเตรียมจิตใจไว้ว่า ถ้าเจ็บป่วยด้วยโรคที่เจ็บปวดหรือ ทรมานมาก ก็ต้องทำจิตแบ่งรับ "ว่าที่ยิ่งเจ็บมากปวดมากนี้แหละมันจะได้ดับไม่เหลือเร็วเข้าอีก เรา ควรขบใจความเจ็บปวดเสียอีก" เมื่อเป็นดังนี้ปฏิบัติในธรรมก็จะข่มความรู้สึกเจ็บปวดนั้นไม่ให้ ปรากฏหรือจะปรากฏก็แต่น้อยที่สุดจนเรามีสติสมบุรณ์อยู่ดังเดิม การจากไปด้วยใจที่สงบและ ความมีสติสมบุรณ์ เป็นการตายที่ดีและสมศักดิ์ศรีของมนุษย์ในพระพุทธศาสนา

พระพุทธศาสนาได้กำหนดหลักกรรมไว้หลายประการมีระดับความลุ่มลึกและกว้างไกลของ แต่ละหลักกรรมไว้หลายระดับ ทั้งนี้เพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลที่แตกต่างกัน ชาว

พุทธในสังคมไทยมีความเข้าใจในพระพุทธศาสนา แบ่งเป็น 2 ฝ่ายใหญ่ๆ คือ ฝ่ายที่ยึดพระพุทธศาสนาตามหลักพระธรรมคัมภีร์ ซึ่งจะยึดและปฏิบัติตามแนวทางที่มีอยู่ในคัมภีร์พระศาสนาเท่านั้น กับอีกฝ่ายหนึ่ง คือ ฝ่ายที่นับถือพระพุทธศาสนาตามแบบชาวบ้าน (popular Buddhism) ซึ่งยึดหรือเชื่อหลักคำสอนของพระพุทธศาสนาผสมผสานกับความเชื่อและศาสนาอื่นๆ เช่น ศาสนาพราหมณ์ เป็นต้น จนผู้ถือและปฏิบัติตามความเชื่อดังกล่าวไม่อาจจะแยกได้ว่าส่วนใดเป็นหลักคำสอนที่มาจากพระพุทธศาสนาจริงๆ และส่วนใดไม่ใช่ (อมรา, 2539)

คนไทยส่วนใหญ่มองความเจ็บป่วยเป็นเรื่องของการถูกลงโทษ เป็นการชดใช้กรรม และมีแนวทางการแก้ไขโดยการสวดอ้อนวอนให้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ช่วยคุ้มครอง ซึ่งเป็นแนวคิดจากพระพุทธศาสนาแบบชาวบ้านที่ได้ผสมผสานของลัทธิความเชื่ออื่นๆรวมด้วย ดังนั้นเมื่อเกิดการเจ็บป่วยจึงมักจะเชื่อว่าเป็นการกระทำในอดีตของตน และยอมรับความเจ็บป่วยนั้นโดยมีความหวังว่าถ้าตนมีโอกาสชดใช้กรรมที่เคยกระทำไว้หมดตนจะมีโอกาสหายจากความเจ็บป่วยได้

จากการศึกษาของทิพย์ภา, สุรพันธ์, อรวรรณ, และเยาวนาถ (2542) เกี่ยวกับพฤติกรรมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเชิงพื้นที่บ้านในเขตภาคใต้ของประเทศไทย โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 433 คน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง นับถือพระพุทธศาสนา มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ประกอบอาชีพทางเกษตรกรรม และเป็นบิดา/มารดาของผู้ป่วย พบว่า ญาติเริ่มได้ให้การดูแลเชิงพื้นที่บ้านก่อนได้รับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งแรกร้อยละ 68.4 โดยญาติผู้ป่วยจิตเวชเชื่อว่าสาเหตุหนึ่งของการป่วยทางจิต เป็นผลมาจากกรรมเก่าแต่ชาติปางก่อน ร้อยละ 71.6 และใช้วิธีการรักษาโดยการให้ผู้ป่วยบวชชี/บวชพระร้อยละ 12 และเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาบ่อยขึ้น ร้อยละ 4.6 โดยให้เหตุผลว่า ต้องการได้บุญ ทำจิตใจให้สงบ และต้องการชดเชยกรรมเก่าที่ทำไว้

จากการศึกษาของ อัจฉรา (2541) เกี่ยวกับการเยียวยาทางด้านจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่นับถือพระพุทธศาสนา ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 40 ราย โดยใช้การสัมภาษณ์ แบบมีโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา พบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้หลักธรรมทางศาสนาบรรเทาความทุกข์ทางใจ ร้อยละ 92.5 หลักธรรมทางพระพุทธศาสนาที่นำมาใช้เพื่อเยียวยาจิตวิญญาณคือ การละเว้นความชั่ว การทำความดี และการทำใจให้บริสุทธิ์ โดยมีการปฏิบัติ 10 วิธี คือ การทำพิธีทางศาสนา การฝึกการผ่อนคลาย การอธิษฐานจิต การทบทวนความหมายและเป้าหมายชีวิตใหม่ การแลกเปลี่ยนความรู้สึกกับผู้ให้คำปรึกษา การอุทิศตนช่วยเหลือผู้อื่น การสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การระลึกถึงความไม่เที่ยงของชีวิต การสร้าง ความหวัง และการบูชาสิ่งศักดิ์สิทธิ์

ศาสนาคริสต์

ความเชื่อทางศาสนาคริสต์เป็นความเชื่อที่ประกอบด้วย ความจงรักภักดี ไม่เกี่ยวกับเหตุผลหรือจะต้องพิสูจน์แต่อย่างใด ความเชื่อทางศาสนาจะเป็นความเชื่อแบบเทวนิยม (ซัชชัย,

2539; เดือน, 2541) ซึ่งเชื่อว่าชีวิต คือ ผลงานสร้างสรรค์ของพระเจ้า พระเจ้าสร้างมนุษย์ขึ้นมาจากความว่างเปล่า เกิดมาเพื่อรู้จักเชื่อและเคารพรักในพระเจ้า สิ่งที่ทำให้มนุษย์มีความทุกข์เพราะการกระทำของตนเองหรือเพราะการกำหนดของพระเจ้า เหตุที่มนุษย์ต้องตายก็เพราะความผิดบาปที่บรรพบุรุษของตนไปฝ่าฝืนพระบัญชาของพระเจ้าฉะนั้นเมื่อตายไปแล้วก็จะไปรอคำพิพากษาครั้งสุดท้ายเพื่อไปอยู่สวรรค์หรือนรกชั่วนิรันดร์ (ลิวลี, 2542; แสง, 2531) ฉะนั้นการปฏิบัติทางศาสนาของชาวคริสต์จึงเป็นการปฏิบัติเพื่อบูชาเทพเจ้าด้วยความศรัทธาแล้วแต่จะนับถือเทพเจ้าองค์เดียวหรือหลายองค์

การทำหน้าที่และการปฏิบัติของมนุษย์ตามหลักศาสนาคริสต์ ในการดำเนินชีวิตของมนุษย์ในโลกที่เราอาศัยอยู่นี้เป็นเพียงชีวิตชั่วคราวของมนุษย์ที่จะไปสู่ชีวิตนิรันดร์ในอาณาจักรของพระเจ้า แต่ถึงแม้จะเป็นเพียงชีวิตชั่วคราวและเป็นทางผ่านแต่มนุษย์พึงใช้ชีวิตในโลกมนุษย์ด้วยความระมัดระวัง เป้าหมายของการปฏิบัติหรือการกระทำของมนุษย์มี 2 ประการ คือ (1) เป้าหมายตามหน้าที่และบทบาทของมนุษย์แต่ละคนในสังคม (2) เป้าหมายเพื่อความสุชนิรันดร์ (supernatural end) เป็นการกระทำเพื่อพระเจ้า (ลิวลี, 2542)

การมองชีวิตมนุษย์ ความเจ็บป่วยทุกข์ทรมาน และความตาย ศาสนาคริสต์มีความเชื่อว่าชีวิตมนุษย์เป็นสิ่งที่พระเจ้าทรงสร้างมา สภาพของชีวิตมนุษย์ ความเป็นความตายเป็นสิ่งที่เป็นไปตามพระประสงค์ ในฐานะที่มนุษย์เป็นสิ่งที่พระเจ้าทรงสร้างมา มนุษย์พึงตระหนักว่าพระองค์ทรงสร้างมนุษย์ด้วยความรัก ทรงให้มนุษย์อยู่ในสังคมอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความรักความเมตตาต่อกันเป็นพื้นฐาน จุดมุ่งหมายของชีวิตมนุษย์ที่สำคัญมีสามประการ คือ การดำเนินชีวิตตามพระประสงค์ของพระองค์ การทำหน้าที่ตามบทบาทในสังคมอย่างดีที่สุดรักเพื่อนมนุษย์เสมือนรักตนเอง เสียสละช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์อย่างดีที่สุดทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ และประการสุดท้ายของจุดมุ่งหมายชีวิตมนุษย์ คือ การเตรียมพร้อมสำหรับชีวิตนิรันดร์หลังความตาย แนวความคิดที่สำคัญประการหนึ่งของชาวคริสต์เตียน คือ ชีวิตมนุษย์ทุกชีวิตเป็นสิ่งที่มีความหมาย และมีศักดิ์ศรีเกียรติภูมิของความเป็นมนุษย์เท่าเทียมกันจุดมุ่งหมายที่แท้จริงของชีวิตอันเป็นจุดมุ่งหมายสูงสุด ได้แก่ การได้กลับไปสู่อณาจักรของพระเจ้า มนุษย์พึงเข้าใจเรื่องนี้และไม่ควรอาลัยอวรณ์หรือหลงติดอยู่กับโลกมนุษย์ อย่างไรก็ตามมนุษย์ก็ไม่มีสิทธิ์ที่จะทำลายชีวิตไม่ว่าจะชีวิตตนเองหรือชีวิตผู้อื่น เพราะพระเจ้าทรงเป็นเจ้าของชีวิตมนุษย์อย่างแท้จริง เว้นไว้แต่กรณีที่เป็นการเสียสละชีวิตเพื่อมนุษยชาติหรือเพื่อดำรงไว้ซึ่งคุณค่าทางศีลธรรม

ความตาย ศาสนาคริสต์มีทฤษฎีต่อความตายว่าเป็นผลมาจากบาปกำเนิดของมนุษย์ กล่าวคือมนุษย์คู่แรกได้ผิดสัญญาต่อพระเจ้าอันทำให้ชีวิตมนุษย์เป็นชีวิตของคนบาป ความตายจึงเป็นธรรมชาติของชีวิตมนุษย์ที่เกิดจากผลของบาป การสิ้นพระชนม์ของพระเยซู เป็นสัญลักษณ์ของการจบชีวิตชั่วคราวในโลกนี้ เพื่อการฟื้นคืนสู่ชีวิตนิรันดร์ (the resurrection) ในอาณาจักร

ของพระเจ้า และเป็นการไถ่ถอนบาปของมนุษย์จากความตายด้วยความตาย จากจุดนี้เองความตายจึงเป็นสิ่งที่ให้ความหมายต่อชีวิตมนุษย์ ความตายทำให้มนุษย์ได้ มีส่วนร่วมในอาณาจักรของพระเจ้า ความตายช่วยให้ชีวิตมนุษย์พ้นจากโลกของวัตถุซึ่งมีความเห็นแก่ตัวและความไม่ดีงามประการต่างๆปะปน "ดังนั้นมนุษย์จึงไม่ควรปฏิเสธความตายหรือหวาดกลัววิตกกังวลต่อความตายแต่ควรเข้าใจว่าความตายเป็นจุดหนึ่งของชีวิตและมีความหวัง"

ความทุกข์ทรมาน ชาวคริสต์มองว่าความทุกข์ทรมานและความตายเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นแก่มนุษย์ทุกคน มนุษย์แต่ละคนจะเผชิญความทุกข์ทรมานมากน้อยแตกต่างกันด้วยพระมหากรุณาของพระเจ้าและมนุษย์ผู้ได้รับทุกข์ทรมานเป็นการได้รับพระมหากรุณาธิคุณเป็นพิเศษ และได้รับการเชื่อเชิญเข้ามีส่วนร่วมต่อการไถ่โทษบาปต่อมวลมนุษย์ พระเยซูทรงเป็นตัวอย่างของผู้ที่ยอมรับและอดทนต่อความทุกข์ทรมานด้วยการถูกทรมานและถูกตรึงบนไม้กางเขน ความทุกข์ทรมานเป็นสิ่งที่ทำให้มนุษย์มีโอกาสที่จะสมัครสมานสามัคคี แสดงความรักความเมตตาต่อกัน เป็นโอกาสที่มนุษย์เราจะได้ขีดใช้โทษบาป และที่สำคัญที่สุดเป็นโอกาสที่มนุษย์เราจะได้แสดงออกถึงคุณธรรมทั้งฝ่ายผู้ป่วยที่ทุกข์ทรมานและฝ่ายผู้ให้การดูแลรักษา ศาสนาคริสต์ถือเป็นหน้าที่ที่มนุษย์พึงให้ความเมตตาต่อเพื่อนมนุษย์ ผู้เจ็บป่วย ไม่ว่าจะเป็นมิตรศัตรูหรือคนแปลกหน้า (สิวลี, 2542)

การปฏิบัติกรรเียวยาทางด้านจิตวิญญาณในสังคมชาวตะวันตกซึ่งส่วนใหญ่นับถือศาสนาคริสต์ มีการปฏิบัติทางศาสนา (religion practice) ได้แก่ (1) การสวดสรรเสริญพระเจ้า (prayer) สวดอ้อนวอนขอพรจากพระเจ้าหรือการอธิษฐานจิตการอธิษฐานจิตเป็นการตั้งความปรารถนาที่จะให้สิ่งหนึ่งสิ่งใดสำเร็จ การอธิษฐานจิตถือเป็นแหล่งสร้างพลังความเข้มแข็งให้มีขึ้นกับผู้อธิษฐานและผลของการอธิษฐานยังทำให้ผู้อธิษฐานเกิดความหวังในชีวิตและยังก่อให้เกิดสิ่งดีที่พบได้อย่างเหนือธรรมชาติ (Conrad, 1985) (2) การบูชาสิ่งศักดิ์สิทธิ์ (the sacred) การบูชาสิ่งศักดิ์สิทธิ์ต้องมีเครื่องบูชาและผู้บูชาต้องปฏิบัติทางกายหรือวาจาต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์ด้วยความเคารพนอบน้อม ผลของการบูชาสิ่งศักดิ์สิทธิ์ก็จะทำให้ผู้บูชาเกิดความสุขความปลอดภัยและมีความหวังในชีวิต และ (3) การประกอบพิธีกรรมทางศาสนา (ritual) การประกอบพิธีกรรมทางศาสนาเป็นการแสดงทางกาย วาจาต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ในศาสนานั้นๆตามวันเวลาที่กำหนดและการประกอบพิธีกรรมทางศาสนานั้นต้องปฏิบัติในบรรยากาศแห่งความศักดิ์สิทธิ์อยู่ด้วย พิธีกรรมเป็นการสร้างความสัมพันธ์กับพระเจ้าคนที่นับถือพระเจ้าย่อมมีความต้องการเข้าไปสัมพันธ์กับพระเจ้าเพื่ออาจจะได้รับพรรับทิพย์ภาวะจากพระเจ้าทำให้คนรู้สึกว่าได้ใกล้ชิดพระเจ้า (อัจฉรา, 2541) พิธีกรรมสำคัญในศาสนาคริสต์ เช่น พิธีรับศีล 7 พิธี (ซัชชัย, 2539; เตือน, 2541; ภัทรพร, 2537) อันได้แก่ ศีลล้างบาป (baptism) ศีลกำลัง (confirmation) ศีลมหาสนิท (holy communion) ศีลสารภาพบาป (confession) ศีลเจิมผู้ป่วย (holy unction) ศีลบวช (ordination) และศีลสมรส (matrimony) สำหรับศีลเจิมผู้ป่วยจะกระทำเมื่อผู้ป่วยเจ็บหนักหรือใกล้ตายเพื่อชำระบาปครั้งสุดท้ายช่วยให้

ผู้ป่วยมีสติ (เดือน, 2541) และเป็นการให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย เพื่อที่จะยอมรับสภาพความเจ็บป่วยอย่างมีความหวัง ชาวคริสต์เชื่อว่าหากพระเจ้าทรงประสงค์ให้เขาหายป่วยความเจ็บป่วยก็จะหายไป แต่ถ้าพระเจ้าไม่ประสงค์ให้เขาหายป่วยโดยทันที ภาวะนั้นอาจจะมีความหมายบางอย่างที่เขา还不知道ในปัจจุบัน แต่ถ้าผู้นั้นป่วยหนักจนสิ้นชีวิตเขาจะระลึกถึงความรักที่พระเจ้ามีต่อเขา การละโลกนี้ไปเป็นการเดินทางไปสู่พระบิดา และเป็นการกลับไปสู่ความรัก และสันติสุขนิรันดร์ (ซัชชัย, 2539) วิธีนี้กระทำโดยบาทหลวงใช้น้ำมันศักดิ์สิทธิ์เจิมทาที่ตา หู จมูก ปาก มือ และเท้าของผู้ป่วย พร้อมกับสวดอวยพร และทุกคนในบ้านจะต้องสวดพร้อมกัน (เดือน, 2541)

ศาสนาอิสลาม

อิสลาม คือ การมอบน้อมตนตามความประสงค์ของพระผู้เป็นเจ้าที่มุ่งให้มนุษย์ทำความดี และเว้นความชั่วตามหลักการที่พระองค์ทรงสั่งสอนโดยผ่านทางศาสดา (ดิเรก, 2539) หลักพื้นฐานของศาสนาอิสลามมี 3 ประการ คือ (1) หลักวินัยปฏิบัติ (2) หลักการศรัทธา (3) หลักการทางด้านคุณธรรม (สิวลี, 2542)

หลักวินัยปฏิบัติ หลักวินัยปฏิบัติที่ผู้เป็นมุสลิมทุกคนต้องยึดถือได้แก่ หลัก 5 ประการ คือ (1) การกล่าวปฏิญาณว่า ไม่มีพระเจ้าอื่นใดนอกจากอัลลอฮ์ และมุฮัมมัดเป็นรَسُولของพระองค์ (2) ดำรงนมาซ 5 เวลา การนมาซ คือ การปฏิบัติกรรมมัศการต่อพระเจ้า (3) การบริจาคทานบังกับ คือ เป็นข้อจำเป็นที่มุสลิมจะต้องบริจาคทรัพย์สินที่มีอยู่ เช่น เงินตรา พืชผลในเมื่อครบอัตราที่กำหนด และในเมื่อครบรอบปีของมันเพื่อเป็นการจุนเจือช่วยเหลือผู้ที่ขัดสนยากจน (4) การถือศีลอดในเดือนรอมฎอน การถือศีลอดเป็นการอบรมบุคคลให้มีความอดทนในการต่อสู้กับความหิวกระหายทั้งปวง และขัดเกลาจิตใจของบุคคลให้อดทนอดกลั้นต่อสิ่งเข้ายวนใจ ให้มีความบริสุทธิ์ทางจิตใจและความประพฤติ (5) การบำเพ็ญฮัจญ์ มุสลิมทุกคนจะต้องเดินทางไปประกอบพิธีฮัจญ์ ณ เมืองมักกะฮ์อย่างน้อย 1 ครั้งในชีวิตถ้าสามารถทำได้ วัตถุประสงค์เพื่อการปฏิบัติเคารพภักดีต่ออัลลอฮ์ ณ บ้านของพระผู้เป็นเจ้าหลังแรกที่พระองค์อัลลอฮ์ได้ทรงบัญชาให้ใช้เป็นศูนย์กลางในการที่มนุษย์จะแสดงความจงรักภักดีต่อพระองค์ นอกจากนี้ยังเป็นเป็นที่ที่มุสลิมทั่วโลกจะได้พบปะทำความรู้จักกัน แลกเปลี่ยนทรรศนะความรู้และผลประโยชน์ซึ่งกันและกัน

หลักการศรัทธา ความศรัทธาเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับมุสลิมทุกคน ความศรัทธาเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดคุณค่าของชีวิต ทำให้เกิดความเชื่อในตนเองตามมาเพราะตัวเองมีสิ่งที่ยึดมั่นอย่างมั่นคง ถ้าปราศจากความศรัทธาบุคคลก็จะห่อถอยในการต่อสู้ชีวิตและกระทำกิจกรรมต่างๆเพราะขาดสิ่งยึด หลักการศรัทธาในศาสนาอิสลามมี 6 ประการคือ ศรัทธาในความเป็นเอกของพระผู้เป็นเจ้า ศรัทธาในมลาอิกะฮ์ (เทวดา) ศรัทธาในคัมภีร์ ศรัทธาในนบีและรَسُولของพระผู้เป็นเจ้า ศรัทธาในวันสิ้นโลก ศรัทธาในกฎกำหนดสภาวะที่พระผู้เป็นเจ้ากำหนด (ดิเรก, 2539)

หลักคุณธรรม หลักคุณธรรมหมายถึง การที่มุสลิมทุกคนจะต้องตระหนักว่าการดำเนินชีวิตของตนทุกอิริยาบถอยู่ในการทรงมองเห็นของอัลลอฮ์ ตลอดเวลาดังนั้นทุกอิริยาบถและทุกการกระทำของมนุษย์พึงอยู่ระหว่างการภักดีต่ออัลลอฮ์ การรำลึกถึงพระองค์นั้นกระทำได้หลายวิธี เป็นต้นว่า การนมาซ การถือศีลอด การบริจาคทาน การบำเพ็ญฮัจญ์ การกล่าวคำปฏิญาณ การมีความเชื่อเพื่อเผื่อแผ่ การมีความสงบเสถียร การมีความละเอียด การมีความสุภาพอ่อนโยน การแนะนำให้ปฏิบัติความดีและห้ามปรามการประกอบกรรมชั่ว การมีความซื่อสัตย์ การรักษาขอบเขตที่พระองค์อัลลอฮ์ได้ทรงกำหนดไว้ การสวดดีต่อพระองค์ การสรรเสริญพระองค์ การวิงวอนขอต่อพระองค์ การศึกษาวิชาความรู้ ตลอดจนการภักดีอื่นๆ ในเมื่อการกระทำนั้นๆ มีจุดประสงค์หรือมีความบริสุทธิ์ใจต่อพระองค์อัลลอฮ์ องค์เดียว มนุษย์ในทรรศนะของอิสลาม คือสิ่งที่อัลลอฮ์ทรงสร้างมาเช่นเดียวกับสรรพสิ่งทั้งหลาย และเมื่อพระองค์ทรงสร้างมาแล้ว พระองค์ก็ได้ให้สิทธิ์แก่มนุษย์ในการที่จะเลือกปฏิบัติสิ่งที่ดีตนปรารถนาโดยการใช้สติปัญญาไตร่ตรอง กล่าวคือ มนุษย์มีสิทธิ์ในการเลือกที่จะกระทำความดีความชั่วอย่างเต็มที่เพราะพระองค์อัลลอฮ์ได้ทรงประทานสติปัญญามาให้ และได้ส่งศาสดามาชี้แนะแนวทางแก่มนุษย์ โดยได้บอกไว้อย่างกระจ่างชัดว่า สิ่งใดดี สิ่งใดชั่ว มนุษย์จึงเลือกการกระทำของตนได้อย่างเสรี แต่ความปรารถนาและการกระทำของมนุษย์จะมีอานุภาพบรรลุผลได้เลยเว้นแต่อัลลอฮ์จะทรงประสงค์ ผู้ใดที่ประกอบความดี ก็จะได้แก่ตัวเขาเอง และผู้ใดที่ประกอบความชั่วเขาจะต้องรับผิชอบ

การมองชีวิตมนุษย์ ความเจ็บป่วยทุกข์ทรมานและความตาย ตามทรรศนะของศาสนาอิสลาม ศาสนาอิสลามเชื่อว่าวิญญาณของมนุษย์เป็นสิ่งที่พระเจ้าหรืออัลลอฮ์ประทานมา ชีวิตมนุษย์เป็นสิ่งที่มีความสูงส่ง ผู้ใดฆ่าหรือทำลายชีวิตมนุษย์ผู้นั้นได้ชื่อว่าทำลายมนุษย์ชาติ ในทำนองเดียวกันผู้ใดช่วยชีวิตมนุษย์ผู้นั้นได้ชื่อว่าช่วยมนุษย์ชาติทั้งหมด การดูแลผู้สูงอายุและผู้เจ็บป่วย ชาวมุสลิมถือเป็นทั้งหน้าที่และเป็นบุญกุศลที่พึงกระทำ

ความทุกข์ทรมาน ทรรศนะของศาสนาอิสลาม ไม่ได้มองว่าความทุกข์ทรมานเป็นสิ่งที่จะช่วยทำให้มนุษย์ได้ใช้โทษบาปหรือทำให้มนุษย์หันมละทิ้ง แต่มองว่าเป็นสิ่งที่ต้องได้รับการดูแลรักษาบำบัดเป่าและหลีกเลี่ยงมิให้เกิดแก่มนุษย์ ในกรณีของความทุกข์ทรมานที่เกิดจากความเจ็บป่วย ศาสดาทั้งหลายได้กล่าวไว้ว่า จงพยายามแสวงหาการรักษาบำบัด พระเจ้าทรงสร้างวิธีการรักษาโรคภัยไข้เจ็บแก่มนุษย์เช่นเดียวกับที่ได้ทรงสร้าง ความเจ็บป่วย ดังนั้นการช่วยกันบรรเทาความทุกข์ทรมานแก่เพื่อนมนุษย์จึงถือเป็นหน้าที่ส่วนบุคคลและหน้าที่ของสังคมส่วนรวม

ความตาย ศาสนาอิสลามถือว่า ความตายคือจุดหมายปลายทางของการเดินทางจากชีวิตนี้ไปสู่ชีวิตใหม่ ความตายเปรียบเสมือนประตูที่ก้าวผ่านจากชีวิตหนึ่งไปสู่อีกชีวิตหนึ่งซึ่งเป็นชีวิตนิรันดร ความตายเป็นสิ่งที่ทำให้ชีวิตมนุษย์มีความสมบูรณ์ ด้วยเหตุนี้เมื่อวาระของความตายมา

ถึงอย่างแน่ชัดการพยายามหนีวรั้งหรือปฏิเสธความตายเป็นสิ่งที่ไม่ควรทำ และยังเป็นกรยึดเวลาของความทุกข์ทรมานต่อไป สิ่งสำคัญประการหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับความตายได้แก่การเข้าใจองค์ประกอบของมนุษย์ ได้แก่ กายและวิญญาณ เมื่อความตายเกิดขึ้นวิญญาณกลับคืนไปสู่โลกของวิญญาณ คือ อาณาจักรแห่งพระเจ้า ร่างกายยอมคืนกลับไปสู่ดิน การนำร่างกายของผู้เสียชีวิตไปประกอบพิธีตามประเพณีของศาสนาตามเวลาที่ศาสนากำหนดถือเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องทำตามข้อกำหนด

ศาสนาอิสลามมีทรรศนะเช่นเดียวกับพระพุทธศาสนาและศาสนาคริสต์ คือการถือว่าการให้ความช่วยเหลือแก่เพื่อนมนุษย์ ผู้เผชิญกับความเจ็บป่วยถือเป็นหน้าที่สำคัญประการหนึ่งของมนุษย์ นอกจากนี้มุสลิมยังถือเป็นข้อปฏิบัติที่พึงไปเยี่ยมเยียนญาติมิตรที่เจ็บป่วย ผู้ป่วยที่เป็นมุสลิมจึงอาจมีญาติมาเยี่ยมเยียนเป็นจำนวนมากและสม่ำเสมอ สาระสำคัญของกรมองความเจ็บป่วยการปฏิบัติตนของผู้ป่วยและของผู้ให้การพยาบาลมีความคล้ายคลึงกับศาสนาคริสต์ กล่าวคือ (1) จงวางใจต่อพระเจ้า (2) ชีวิตมนุษย์ ความเป็นความตายของมนุษย์เป็นไปตามพระประสงค์ของอัลลอฮ์ (3) การทำลายชีวิตมนุษย์เป็นบาป (4) การกระทำใดๆ ที่ฝืนกฎธรรมชาติ และเป็นอันตรายต่อชีวิตมนุษย์เป็นการขัดต่อพระประสงค์ (5) การฆ่าตัวตายเป็นบาป (6) ผู้ป่วยพึงอดทนต่อความเจ็บปวดเพื่อเป็นการแสดงถึงความภักดีและความวางใจต่อพระองค์ผู้สร้างมนุษย์มา (7) การรักษาพยาบาล แพทย์และพยาบาลพึงกระทำตามหน้าที่ของตนเองอย่างดีที่สุด เพื่อช่วยรักษาและต่อชีวิตมนุษย์ (8) การดูแลรักษาทางร่างกาย กับการช่วยให้ผู้ป่วยมีจิตใจสงบ รำลึกถึงและมีความเชื่อมั่นในพระองค์ (สิวลี, 2542)

การปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณนอกจากจะอาศัยตามแนวทางของศาสนาแล้วพบว่ายังมีการปฏิบัติตามแนวทางอื่นๆ ซึ่งจะกล่าวในรายละเอียดต่อไป

การปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณตามแนวทางอื่นและตามความเชื่อในสิ่งนอกเหนือตนเอง

การปฏิบัติตามแนวทางอื่น

การปฏิบัติกรเยียวยาทางด้านจิตวิญญาณตามแนวคิดของตะวันตกที่ไม่เกี่ยวข้องกับศาสนาโดยตรง รวบรวมได้ 3 แบบ คือ

1. การเสริมสร้างภาวะเหนือตนเอง (self transcendence) ภาวะเหนือตนเองเป็น

ภาวะที่บุคคลสามารถยกระดับจิตใจหรือขยายตัวตนเหนือข้อจำกัดของสภาพร่างกาย เมื่อเกิดภาวะวิกฤติของชีวิตหรือการเจ็บป่วยเป็นต้น (Reed, 1986; สายพิน, 2539) ภาวะเหนือตนเองพัฒนาขึ้นจากการวิเคราะห์ประสบการณ์ของมนุษย์เมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่เสี่ยงกับความ

ตาย เช่น ผู้ที่เจ็บป่วยรุนแรง ผู้ป่วยในภาวะใกล้ตาย เป็นต้น พบว่าบุคคลเหล่านี้ ส่วนหนึ่งยังสามารถค้นพบความหมายและเป้าหมายในชีวิตได้ จึงเชื่อว่ามนุษย์ทุกคนมีคุณลักษณะซ่อนเร้น (inherent characteristic) ในการพัฒนาตนเองได้เมื่อต้องเผชิญกับความทุกข์ยากความเจ็บป่วยหรือความเศร้าโศก เนื่องจากมีแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยมนุษย์ให้อยู่เหนือเคราะห์กรรมตนเองได้ที่เรียกว่าภาวะเหนือตนเอง (ส่ายพิน, 2539) จากการศึกษาของปราณี (2539) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเหนือตนเอง พฤติกรรมเผชิญความเครียดกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะสุดท้าย พบว่า ภาวะเหนือตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเผชิญความเครียด และภาวะเหนือตนเองมีอิทธิพลโดยตรงในทางบวกกับพฤติกรรมเผชิญความเครียด และมีผลโดยอ้อมต่อคุณภาพชีวิตผ่านพฤติกรรมเผชิญความเครียด และจากการศึกษาของส่ายพินและวิมลรัตน์ (2539) เกี่ยวกับ ภาวะเหนือตนเอง ความมีคุณค่าในตนเองและสุขภาพจิตของผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอดส์ โดยศึกษาในผู้ป่วยที่มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ที่มารับการตรวจรักษาที่ตึกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 96 ราย พบว่า การศึกษาและระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นติดเชื้อเอดส์มีผลโดยตรงในทางบวกกับภาวะเหนือตนเอง ภาวะเหนือตนเองมีผลโดยตรงในทางบวกกับความมีคุณค่าในตนเองและสุขภาพจิต และมีผลทางอ้อมต่อสุขภาพจิตผ่านความมีคุณค่าในตนเอง

2. การฝึกผ่อนคลาย (relaxation response) การผ่อนคลายเป็นการช่วยลดระดับความกังวล ความวิตกกังวลที่เกิดจากภาวะวิกฤตของชีวิต การฝึกการผ่อนคลายจะช่วยให้ร่างกายจิตใจของผู้ฝึกปลอดภัยโปร่ง แจ่มใส

3. การแลกเปลี่ยนความรู้สึกกับบุคคลผู้ให้การเยียวยาด้านจิตวิญญาณ (counseling by spiritual leader or healer) ได้แก่ ความรู้สึกคับข้องใจ ความรู้สึกเศร้า ความรู้สึกไม่เป็นสุข ความรู้สึกไร้สมรรถภาพ (impotence) ความรู้สึกผิดหวัง (despair) ความรู้สึกก้าวร้าว (outrage) การแลกเปลี่ยนความรู้สึกตนเองอาจทำกับเพื่อนที่มีการเจ็บป่วยเช่นเดียวกันที่ได้รับการอบรมการให้คำแนะนำปรึกษาการเยียวยาจิตวิญญาณมาแล้ว หรือ กลุ่มบุคคล (support group) การแลกเปลี่ยนความรู้สึกทำให้ผู้แลกเปลี่ยนเกิดความพึงพอใจ เนื่องจากสมัครใจที่จะทำ และจะเกิดความรู้สึกเป็นอิสระ เพราะหลักการแลกเปลี่ยนความรู้สึกจะเน้นการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน (Taylor & Ferszt, 1990)

นอกจากนี้ยังมีการปฏิบัติตามความเชื่อในสิ่งนอกเหนือตนเอง ได้แก่ ความเชื่อในอำนาจของสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรือความเชื่อทางไสยศาสตร์ และความเชื่อทางโหราศาสตร์

ความเชื่อทางไสยศาสตร์

ไสยศาสตร์ หมายถึง ความเชื่อ และความรู้อันเนื่องด้วยสิ่งลึกลับอยู่เหนือธรรมชาติ ซึ่งไม่อาจทราบและพิสูจน์ได้ด้วยเหตุผลทางวิทยาศาสตร์ เช่น เรื่องผีสิงเทวดา ความขลัง ความศักดิ์สิทธิ์ รวมถึงโชคกลางด้วย (เสรี, 2539)

สิ่งศักดิ์สิทธิ์ หมายถึง สิ่งที่เก่งกล้าสามารถที่สุด ที่ทำงานเหนือธรรมชาติได้ (supernatural) เป็นสิ่งซึ่งดีที่สุดในทัศนะของผู้เคารพสิ่งศักดิ์สิทธิ์ อาจเป็นเทพเจ้าองค์เดียวหรือเทพเจ้าหลายๆองค์ที่ทำหน้าที่ต่างกันภายในขอบเขตจำกัด และอาจหมายถึงอำนาจลึกลับที่ไม่ใช่บุคคล แต่สิ่งสถิตอยู่กับคนบางคน สัตว์หรือพืชบางชนิด วัตถุ สิ่งของบางอย่างหรืออาจเป็นอำนาจลึกลับที่มีลักษณะเป็นบุคคลที่อยู่ตามที่ต่างๆ เช่น เทวดา ผี วิญญาณ คำสอนทางศาสนา สัตว์พิเศษ เช่น ช้างเผือก งูใหญ่ ก็ถือเป็นสิ่งศักดิ์สิทธิ์ได้ สำหรับคนศักดิ์สิทธิ์จะเป็นคนลักษณะพิเศษ เช่น ได้ชำระตน ผ่านพิธีกรรม หรือต้องเป็นบุคคลที่ละทิ้งทุกสิ่งทุกอย่างทางโลกไปแล้ว ต้องอยู่ในสถานที่ๆพิเศษ เช่น นักบวช หมอผี หมอไสยศาสตร์ซึ่งเกี่ยวกับอำนาจลึกลับ และพระภิกษุ ซึ่งต้องอยู่ที่วัด (แสง, 2531)

แนวคิดทางไสยศาสตร์กำเนิดจากความไม่สามารถเข้าใจไม่สามารถควบคุมหรือจัดการของมนุษย์ที่มีต่อปรากฏการณ์ธรรมชาติในสวนที่สลับซับซ้อนจนมนุษย์เกิดความเชื่อว่าเป็นปรากฏการณ์เหล่านั้นเป็นผลสืบเนื่องมาจากอำนาจลึกลับเหนือธรรมชาติอันเป็นพลังขับเคลื่อนและบงการให้สรรพสิ่งเปลี่ยนแปลงไปอย่างที่ไม่อาจเข้าใจได้

แนวคิดเรื่องอำนาจเหนือธรรมชาติมีความเชื่อมาจาก 2 แนวคิด คือ แนวคิดดั้งเดิมในเรื่องผีและแนวคิดตามศาสนาพราหมณ์ กล่าวคือ เดิมในสังคมไทยมีความเชื่อในลัทธิบูชาผี (เสรี, 2539) เพราะถือว่าผีเป็นอำนาจศักดิ์สิทธิ์สูงสุดที่มนุษย์จะต้องเคารพ สรรพสิ่งต่างๆ ล้วนถูกบงการโดยอำนาจสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่สถิตอยู่ในธรรมชาติ มนุษย์ไม่มีอำนาจต่อรองใดๆ เพราะฉะนั้นการดำเนินวิถีชีวิตให้สอดคล้องกลมกลืนไปตามกฎเกณฑ์ที่กำหนดไว้เป็นระเบียบของชีวิตเป็นสิ่งที่จะต้องกระทำ ความเจ็บป่วยหรือภัยพิบัติที่เกิดขึ้นนั้นเป็นผลจากการที่มนุษย์ล่วงละเมิดต่อธรรมชาติหรือจารีตประเพณีนั่นเอง ส่วนแนวคิดทางศาสนาพราหมณ์ซึ่งรับเข้ามาในสมัยอยุธยา นั้นนับถืออำนาจของเทพและเวทย์มนตร์คาถา มีความเชื่อว่า ผีเป็นวิญญาณร้าย เป็นตัวก่อให้เกิดโทษหรือความเจ็บป่วยต่อมนุษย์ แต่สามารถปราบหรือขับไล่ได้ด้วยอำนาจคาถาอาคมอันศักดิ์สิทธิ์ได้ ความเชื่อนี้จึงเป็นเหตุชักนำให้เกิดมีหมอผีทำหน้าที่ปราบผีขึ้น ดังนั้นเมื่อบุคคลใดเชื่อว่าความเจ็บป่วยของตนหรือญาติเกิดจากผีเข้าสิง การรักษาจึงทำโดยการรดน้ำมนต์เพื่อขับไล่ผีออกจากร่างกายของบุคคลนั้น (โกมาตร, 2536)

ความเชื่อทางไสยศาสตร์ เป็นความเชื่อที่ได้รับอิทธิพลจากความเชื่อทางโหราศาสตร์อีกทอดหนึ่ง กล่าวคือ เมื่อบุคคลใดได้รับการพยากรณ์ตามหลักโหราศาสตร์ว่าจะประสบเคราะห์ร้าย

บุคคลนั้นก็จะแสวงหาสิ่งที่เขามีความเชื่อว่ามีอิทธิฤทธิ์หรือเป็นอำนาจลึกลับที่จะสามารถทำลายเคราะห์ร้าย และก่อให้เกิดผลดีแก่ชีวิตของเขา สิ่งที่มีอิทธิฤทธิ์ตามความเชื่อของสังคมไทยส่วนใหญ่ ได้แก่ น้ำมนต์ คาถาอาคม และการสะเดาะเคราะห์ตามพิธีกรรมทางไสยศาสตร์เป็นต้น ฉะนั้นอาจารย์รักษาโรคด้วยน้ำมนต์และเวทย์มนต์คาถา อาจารย์รับสะเดาะเคราะห์ และอาจารย์รับต่ออายุของมนุษย์จึงมีบทบาทสำคัญต่อสถานการณ์ความเจ็บป่วยของคนในสังคมไทย (อานนท์, 2525 อ้างตาม ณัฐวรรณ, 2539)

สำหรับในเรื่องของความเจ็บป่วยแล้ว บุคคลจะเลือกวิธีการรักษาวิธีใดนั้นขึ้นกับความเชื่อ โดยครอบครัวจะมีบทบาทในการดูแลสมาชิกที่ป่วย การเจ็บป่วยบางประเภทครอบครัวจะเลือกวิธีการรักษาทางไสยศาสตร์ ซึ่งจากการศึกษาของสงวนศรี (2537) เกี่ยวกับการศึกษาสภาวะทางสังคมของครอบครัวที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิต ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา พบว่า ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวช มีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยทางจิตมีสาเหตุมาจากไสยศาสตร์ คือ การถูกผีสิง ถูกเวทย์มนต์คาถา ร้อยละ 44.7 และการใช้เวทย์มนต์คาถา การรดน้ำมนต์ เป็นวิธีการรักษาที่ได้ผล ร้อยละ 45.88 และเมื่อผู้ป่วยมีอาการ ครอบครัวจะพาไปรักษาทางไสยศาสตร์บ่อยครั้ง ร้อยละ 16.47 บางครั้งร้อยละ 47.06 และจากการศึกษาของทิพย์ภาและคณะ (2542) พบว่า ครอบครัวจะให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเชิงพื้นบ้านพร้อมๆกันหลายวิธี คือ พาไปรับการรักษาด้วยน้ำมนต์ ร้อยละ 69.7 กิน/อม/พ่นหมากพลูเสก ร้อยละ 21.2 รับประทานใบชา ร้อยละ 14.1 โดยให้เหตุผลว่า การรดน้ำมนต์ เพื่อขับไล่สิ่งอัปมงคล ป้องกันโดนเคราะห์และเป็นสิริมงคล การให้กิน/อม/พ่นหมากพลูเสก เพื่อเพื่อขับไล่สิ่งอัปมงคล การรับประทานใบชา เพื่อป้องกันอาการชักของ หรือถูกคุณไสย

จากการศึกษาถึงผลกระทบของการมีบุตรป่วยโรคมะเร็งต่อครอบครัวของรุจาและคณะ (2543) เกี่ยวกับการปฏิบัติทางศาสนา และทางพิธีกรรมไสยศาสตร์ของบิดา/มารดาของเด็กที่ป่วย พบว่า ในระยะแรกวินิจฉัยัย ระยะโรคสงบ ระยะกลับเป็นซ้ำ บิดา/มารดาจะยึดหลักทางศาสนามาเยียวยาจิตใจและจะมีการปฏิบัติศาสนกิจเพิ่มมากขึ้น มากกว่าทางไสยศาสตร์ แต่เมื่อบุตรป่วยในระยะสุดท้าย พบว่า บิดา/มารดา จะพึ่งและมีการปฏิบัติทางไสยศาสตร์เพิ่มขึ้นมากกว่าทางศาสนา

จะเห็นว่าความสนใจความศรัทธาของบุคคลต่อลัทธิไสยศาสตร์ อาจเป็นภาพสะท้อนให้เห็นถึงความรู้สึกที่ไม่แน่นอนไม่มั่นคงของชีวิต บุคคลจึงเกิดความรู้สึกว่าชะตาชีวิตหรือสถานการณ์ความเจ็บป่วยของตนเป็นสภาวะความไม่แน่นอนบุคคลก็จะแสวงหาทุกสิ่งทุกอย่าง เช่นไสยศาสตร์ เป็นเครื่องยึดมากยิ่งขึ้น

ความเชื่อทางโหราศาสตร์

โหราศาสตร์เป็นวิชาพยากรณ์ที่เกี่ยวข้องกับอำนาจของดวงดาวพระเคราะห์ ซึ่งโคจรรอบจักรวาลรี พยากรณ์จากการเก็บสถิติการโคจรของดาวพระเคราะห์ในห้วงเวลาต่าง ๆ ทั้งในอดีตและปัจจุบันเพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการตรวจสอบเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในอดีต ปัจจุบัน รวมทั้งนำมาเป็นเครื่องมือพยากรณ์เหตุการณ์ที่อาจเกิดในอนาคต (อาานนท์, 2525 อ้างตาม ณัฐวรรณ, 2539)

การศึกษาดวงชะตาของบุคคลตามหลักโหราศาสตร์เป็นการอ่านกรรมเก่าที่แต่ละบุคคลกระทำไว้แต่ชาติปางก่อน บุคคลสามารถอ่านผลกรรมที่ตนได้ทำไว้จากดาวพระเคราะห์ที่อยู่ในราศีต่างๆ แต่นักโหราศาสตร์บางคนซึ่งมีความเชื่อผสมทางด้านไสยศาสตร์ จะแนะนำให้ผู้ที่ถูกทำนายว่ามีเคราะห์กรรมนั้นทำการสะเดาะเคราะห์ด้วยการทำความดี เช่น ทำบุญตักบาตร หรือปล่อยนก ปล่อยปลา เป็นต้น ทั้งนี้โดยหวังว่าการทำความดีดังกล่าว ซึ่งเป็นกรรมดีในปัจจุบันจะส่งผลดีในอนาคตหรืออาจบรรเทาเคราะห์ร้ายลงได้ ในแนวคิดทางโหราศาสตร์ ความเจ็บป่วยของมนุษย์จึงถูกมองว่าเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดจากเคราะห์กรรมและอาจป้องกันหรือแก้ไขได้ด้วยพิธีสะเดาะเคราะห์ ความเจ็บป่วยหรือเคราะห์กรรมนี้จะทำนายทายทักล่วงหน้าได้ด้วยการพยากรณ์ตามแบบวิธีแห่งโหราศาสตร์ ดังนั้นเมื่อมีความเจ็บป่วยที่เชื่อว่าอาจเกิดจากเคราะห์กรรมญาติพี่น้องหรือผู้ป่วยก็จะไปหา หมอดูๆก็จะคำนวณโชคชะตาราศีของผู้ป่วยโดยอาศัยอายุ และวัน เดือน ปีเกิด เป็นสำคัญ โดยส่วนใหญ่มักใช้ตำราพรหมชาติเป็นหลักในการตรวจสอบเคราะห์กรรม ในการพยากรณ์เหตุการณ์หรือเคราะห์กรรมนั้น ถ้าพบว่ามีเคราะห์ หมอดูก็จะแนะนำให้ไปทำพิธีสะเดาะเคราะห์ อันจะเป็นการป้องกันเหตุร้าย หรือความเจ็บป่วยที่ยังไม่เกิดหรือให้ความเจ็บป่วยที่เกิดจากเคราะห์กรรมนั้นทุเลาเบาบางลงและหายไปในที่สุด แนวคิดแบบโหราศาสตร์นี้มุ่งตอบสนองความต้องการความมั่นคงทางจิตใจของมนุษย์ เป็นที่พึ่งอันอบอุ่นที่มีคำอธิบายต่างๆ ให้แก่มนุษย์เสมอทุกครั้งที่ต้องการ (โกมาตร, 2536)

โหราศาสตร์เป็นศาสตร์ที่มีความสัมพันธ์สอดคล้องกับหลักพุทธศาสนาบางประการ เช่น โหราศาสตร์ยอมรับในเรื่องกฎแห่งกรรม และลักษณะคำแนะนำที่ให้กับผู้ที่มาตรวจสอบดวงชะตาไม่ประมาทในเรื่องต่างๆ นั้น ตรงกับหลักคำสอนเรื่อง ความไม่ประมาทในพุทธศาสนา

จากการศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิตของผู้ใช้บริการหมอดูในเขตเทศบาลเมือง ขอนแก่น ของอุดมและคณะ(2541) ซึ่งศึกษาในผู้ให้บริการหมอดู จำนวน 237 คน พบว่า ผู้ใช้บริการหมอดูมากที่สุด เป็นเพศหญิง อายุ 41-60 ปี นับถือศาสนาพุทธ การศึกษาระดับปริญญาตรี อาชีพรับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ มีสถานะภาพสมรสโสดและคู่พ่อกัน และในจำนวนนี้เป็นผู้มีปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 41.58 สิ่งที่ได้รับจากการดูหมอดู คือ ทำให้รู้สึกผ่อนคลายจิตใจมากขึ้น ร้อยละ 87.5 ทำให้ได้ประโยชน์ต่อตนเองร้อยละ 83.5 ทำให้มีกำลังใจและมีความหวังมากขึ้น ร้อยละ 79 ทำให้ลดความทุกข์ใจ ร้อยละ 70 โดยให้เหตุผลของการดูหมอดูว่า อยากรู้ดวงชะตาเพื่อการ

วางแผนชีวิต หรือวางแผนทำกิจกรรมบางอย่าง และอยากรู้อนาคต ร้อยละ 73 อยากลอง ร้อยละ 59.5 ต้องการปรึกษาปัญหาชีวิต ร้อยละ 54.9 เป้าหมายชีวิตอยากมีกำลังใจ ร้อยละ 40.9 สิ่งที่ต้องการได้รับการดูแล คือ อยากรู้ชะตาของตนเองเพื่อจะได้สบายใจขึ้น ร้อยละ 95.9 อยากมีความหวังในชีวิต ร้อยละ 92.9 อยากแก้ปัญหาคือชีวิตได้ ร้อยละ 84.6 อยากระบายปัญหาทุกข้อใจ ร้อยละ 58.1 และพบว่าปัญหาที่นำมาปรึกษาหมอดูในเรื่องการเจ็บป่วยพบว่า ร้อยละ 8.9

จากการศึกษาของทิพย์ภาและคณะ (2542) พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช จะพาผู้ป่วยไปหาหมอดูเข้าทรง/ดูหมอล ร้อยละ 31.1 หาหมอนั่งทางโน ร้อยละ 27.3 โดยญาติให้เหตุผลว่า ต้องการทราบสาเหตุของการเจ็บป่วยและวิธีแก้ไขซึ่งเป็นวิธีการดูแลขั้นต้นในขณะที่ครอบครัวยังสิ้นนิสรฐานสาเหตุของการเจ็บป่วยไม่ได้ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ญาติมีความเชื่อว่าสาเหตุของการเจ็บป่วยมาจากสิ่งเหนือธรรมชาติ

อย่างไรก็ตามแม้แนวคิดที่มีต่อความเจ็บป่วยทั้งในแบบไสยศาสตร์และโหราศาสตร์ดังกล่าวข้างต้น จะเป็นประโยชน์โดยก่อให้เกิดความมั่นคงทางจิตใจทั้งตัวผู้ป่วยและเครือญาติ แต่ถ้าหากมีมากเกินไป อาจเป็นสาเหตุให้ความต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บของผู้ป่วย และญาติมีไม่มากเท่าที่ควร และการเชื่อในสิ่งลึกลับต่างๆ นี้มักจะทำให้ผู้ป่วยหรือญาติมีการคาดหวังควบคู่ไปด้วย โดยหวังว่าจะได้รับผลโดยสิ่งศักดิ์สิทธิ์บันดาลให้ ซึ่งเป็นการแสดงถึงความคาดหวังสูง เพราะไม่ได้ลงมือกระทำกิจการจริง ๆ เพื่อให้ได้สิ่งคาดหวัง (วิทยา, 2535)

ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการทางด้านจิตวิญญาณกับการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยจิตเวช

จากการทบทวนวรรณกรรมถึงการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการทางด้านจิตวิญญาณกับการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยจิตเวช พบว่ายังไม่มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการกับการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณในคนๆ เดียวกัน และยังไม่พบว่ามีการศึกษาถึงความต้องการและการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติ แต่จะศึกษาถึงความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยและการได้รับการตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณจากพยาบาลหรือผู้ดูแล ซึ่งจากการศึกษาของมาร์ทซ์ (Martz, 1994 อ้างตาม อุไรวรรณ, 2543) พบว่า ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยใกล้ตายได้รับการตอบสนองไม่เพียงพอ

นอกจากนี้มีการศึกษาถึงการรับรู้ระหว่างญาติผู้ป่วยจิตเวชและพยาบาลถึงความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการ พบว่า ความต้องการที่ญาติเห็นว่าสำคัญส่วนใหญ่ได้รับการตอบสนองซึ่งแสดงว่าพยาบาลเห็นความสำคัญและสามารถให้การตอบสนองได้มาก

(นิภาวรรณและคณะ, 2541) และพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างความต้องการและการได้รับการตอบสนอง นั่นคือ สิ่งที่ญาติต้องการมาก ได้รับการตอบสนองมาก สิ่งที่ญาติต้องการน้อย ได้รับการตอบสนองน้อย แสดงว่าพยาบาลสามารถประเมินความต้องการของญาติและตอบสนองได้สอดคล้อง แม้จะไม่ถึงระดับที่ต้องการ (สุภารัตน์และคณะ, 2542)

สำหรับการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤติ จากการรับรู้ของญาติ พบว่า ญาติได้รับการตอบสนองน้อยกว่าที่ญาติมีความต้องการ (นิภาวรรณและคณะ, 2541; สุภารัตน์และคณะ, 2542) ซึ่งผู้วิจัยคาดว่า การตอบสนองความต้องการส่วนหนึ่งคงต้องมาจากการปฏิบัติของญาติเอง สำหรับการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤติ ผู้วิจัยพบว่าเป็นการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองและเพื่อผู้ป่วย แต่ยังไม่มีการศึกษารวบรวมเป็นงานวิจัยที่ให้ภาพของการปฏิบัติในบริบทของสังคมไทยอย่างชัดเจน

สำหรับความสำคัญในการศึกษาถึงความต้องการทางด้านจิตวิญญาณและการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤติ จะทำให้พยาบาลหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยรับรู้และทำความเข้าใจถึงความต้องการ การปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการ และการได้รับการตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤติ เพื่อประเมินภาวะบีบคั้นทางด้านจิตวิญญาณเนื่องจากการได้รับการตอบสนองไม่สอดคล้องกับความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ อนึ่งการศึกษาถึงการปฏิบัติเพื่อตอบสนองทางด้านจิตวิญญาณจะทำให้ผู้ดูแลเข้าใจถึงการให้ความหมายของการปฏิบัติในแนวทางนั้นๆของญาติผู้ป่วยวิกฤติ และจะได้ใช้เป็นประโยชน์เป็นแนวทางให้การดูแลทางจิตวิญญาณของญาติซึ่งอาจส่งผลถึงจิตวิญญาณของผู้ป่วยวิกฤติด้วย และสิ่งสำคัญ คือ เป็นการปฏิบัติในบทบาทหนึ่งของพยาบาลเพื่อนำไปสู่การพยาบาลแบบองค์รวมอย่างแท้จริง

สรุปจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า ในการปฏิบัติการเยียวยาทางด้านจิตวิญญาณ ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้ป่วย และในกลุ่มโรคที่รักษาไม่หาย ยังไม่มีการศึกษาในกลุ่มครอบครัวหรือญาติผู้ป่วยว่าจะมีการปฏิบัติเหมือนหรือแตกต่างไปจากผู้ป่วย อย่างไรก็ตามมีผู้ป่วยกลุ่มหนึ่งเมื่ออยู่ในภาวะวิกฤติและไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองในระยะที่มีภาวะวิกฤติได้ญาติจึงเป็นผู้ปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองและอาจตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเหล่านั้นแทน ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาความต้องการทางด้านจิตวิญญาณและการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤติ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ การปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ และความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการทางด้านจิตวิญญาณกับการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต โดยมีวิธีดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

กลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ญาติสายตรงของผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาล 1 และ 2 ของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช คิดจากสัดส่วนผู้ป่วยวิกฤต 1 คน ต่อ ญาติ 1 คน จากการศึกษาจำนวนผู้ป่วยย้อนหลังจากรายงานเวชระเบียนผู้ป่วยปี 2542 พบว่าผู้ป่วยวิกฤตทุกเพศ ทุกวัย ที่เข้ารับรักษาในหออภิบาลมีจำนวนทั้งหมด 524 ราย ดังนั้นญาติผู้ป่วยวิกฤตมีจำนวน 524 รายด้วย

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 85 ราย คิดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการใช้สูตรของยามาเน (Yamane, 1970 อ้างตาม ประคอง, 2542) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 สูตรที่ใช้ คือ

$$n = N / (1 + Ne^2)$$

โดยที่ n คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N คือ ขนาดของประชากร

e คือ ความคลาดเคลื่อน (ของข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากตัวอย่างประชากร) เท่าที่จะยอมรับได้

แทนค่าสูตร: $N = 524$ ราย

$e = .10$

จากสูตร หา $n = 524 / (1 + (524 \times .1^2)) = 84$ ราย

ดังนั้นในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งหมด 85 ราย สำหรับการกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้

1. เป็นญาติสายตรงของผู้ป่วยวิกฤตและมีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือโดยการสมรส คือ มีสถานะบทบาทเป็น บิดา มารดา คู่สมรส บุตร/หลาน บุตรสะใภ้ หรือพี่/น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน เป็นบุคคลที่มีความรักความผูกพันใกล้ชิดมีบทบาทในการดูแลและ/หรือร่วมตัดสินใจแทนผู้ป่วยได้ และอาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย โดยศึกษาในญาติ 1 คนต่อผู้ป่วย 1 คน
2. มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง
3. เคยมีประสบการณ์การเข้าเยี่ยม และ/หรือมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในหออภิบาล 1 หรือ 2 สำหรับการเจ็บป่วยครั้งนั้นมาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง
4. มีสติสัมปชัญญะดี สื่อสารภาษาไทยได้ชัดเจน
5. สัมผัสใจเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้คือ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของญาติและผู้ป่วยวิกฤตตามการรับรู้ของญาติ

1.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ป่วยวิกฤต ประกอบด้วย เพศ อายุ

สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว สถานะบทบาทของญาติต่อผู้ป่วย ภาวะสุขภาพของญาติในปัจจุบัน การได้รับกำลังใจจากบุคคลใกล้ชิด การเคยมีประสบการณ์ภาวะวิกฤตในชีวิต และการเคยมีประสบการณ์การสูญเสียบุคคลใกล้ชิด

1.2 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยวิกฤตตามการรับรู้ของญาติ ประกอบด้วย เพศ

อายุ สถานภาพสมรส จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเข้าพักรักษาในหออภิบาล การวินิจฉัยโรคในปัจจุบัน จำนวนวันที่ผู้ป่วยเข้าพักรักษาในหอผู้ป่วยอื่น จำนวนวันที่ผู้ป่วยเข้าพักรักษาในหออภิบาล ความปอยที่ญาติมาเยี่ยมหรือให้การดูแลผู้ป่วย บทบาทของผู้ป่วยในครอบครัว ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของญาติ การคาดคะเนของญาติเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย การใช้เครื่องช่วยหายใจ การได้รับการผ่าตัด การได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ ความสามารถในการสื่อสาร ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง และระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณและการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของไฮฟิลด์ (Highfield, 1992) ร่วมกับการ

ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และดัดแปลงให้เหมาะสมกับสังคมและวัฒนธรรมไทย สำหรับใน ส่วนของการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณเป็นคำถามถึงการปฏิบัติที่ สอดคล้องตามความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งในแบบสัมภาษณ์ชุดนี้ ประกอบด้วย คำถาม 50 ข้อ โดยครอบคลุมใน 3 ด้าน คือ

ด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต มีจำนวน 13 ข้อ คือ ข้อที่ 1 - 13

ด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งนอกเหนือตน มี ลักษณะของความรัก ไร้วางใจ เคารพ ศรัทธา และการให้อภัยโดยไม่มีเงื่อนไข จำนวน 32 ข้อ คือ ข้อที่ 14 - 45 และ

ด้านการมีความหวัง จำนวน 5 ข้อ คือ ข้อที่ 45 - 50

นอกจากนี้ ถ้าญาติมีความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ หรือมีการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณเพิ่มเติมจากแบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะบันทึกลงในแบบ บันทึกเพิ่มเติม ซึ่งข้อมูลส่วนนี้ผู้วิจัยจะไม่นำมาวิเคราะห์ และหาความเที่ยง แต่อาจนำบางส่วนมา อธิบายประกอบ

ลักษณะคำตอบเป็น สเกลอันดับ (ordinal scale) 3 อันดับ ดังนี้

ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ

มาก หมายถึง ญาติมีความรู้สึกและให้ความสำคัญกับข้อความนั้นมาก และญาติ ต้องการจะกระทำในระดับสูงหรือมาก

น้อย หมายถึง ญาติมีความรู้สึกและให้ความสำคัญกับข้อความนั้นน้อย และญาติ ต้องการจะกระทำในระดับต่ำหรือน้อย

ไม่ต้องการ หมายถึง ญาติมีความรู้สึกว่าข้อความนั้นไม่มีความสำคัญ และไม่ต้องการจะกระทำ

การปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ

ทุกครั้ง หมายถึง ญาติได้กระทำหรือได้ปฏิบัติ ทุกครั้ง เป็นประจำหรือกระทำเป็นส่วนมาก เมื่อมีความต้องการ

บางครั้ง หมายถึง ญาติได้กระทำหรือได้ปฏิบัติ เป็นบางครั้ง ไม่ประจำหรือกระทำเป็นส่วนน้อย เมื่อมีความต้องการ

ไม่ได้ปฏิบัติ หมายถึง ญาติไม่ได้กระทำหรือไม่ได้ปฏิบัติเนื่องจากไม่มีความต้องการ หรือ มีความต้องการจะกระทำหรือปฏิบัติ แต่ยังไม่ได้กระทำหรือยังไม่ได้ปฏิบัติ

เกณฑ์การให้คะแนน ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณและการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ ผู้วิจัยกำหนดค่าคะแนนดังนี้

- 2 คะแนน เมื่อตอบว่า มีความต้องการมาก/ปฏิบัติทุกครั้ง
- 1 คะแนน เมื่อตอบว่า มีความต้องการน้อย/ปฏิบัติบางครั้ง
- 0 คะแนน เมื่อตอบว่า ไม่มีความต้องการ/ไม่ได้ปฏิบัติ

การแปลความหมายของคะแนน ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยนำคะแนนที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาแบ่งช่วงคะแนนแบบอิงกลุ่มทั้ง 2 ตัวแปร คือ ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณและการปฏิบัติ เพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ แบ่งช่วงคะแนนด้วยวิธีการหาอันตรภาคชั้นโดยใช้ค่าพิสัย (วิลาวรรณ, 2535 อ้างตาม บรรจง, 2544) โดยคำนวณจาก ค่าสูงสุด - ค่าต่ำสุด แล้วเอาผลลัพธ์ที่ได้มาแบ่งเป็น 3 ช่วงเท่าๆกัน เหตุผลที่ใช้เกณฑ์ดังกล่าวเนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมายังไม่มีเกณฑ์มาตรฐานในการแบ่งที่ชัดเจน ทั้งนี้ขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษ สำหรับการแบ่งด้วยเกณฑ์ที่ผู้วิจัยนำมาใช้นี้ จะสามารถลดความอคติในการแบ่งเกณฑ์คะแนนที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างได้ เนื่องจากเป็นการหาอันตรภาคชั้นโดยใช้ค่าพิสัย ซึ่งทำให้คะแนนแต่ละช่วงมีความกว้างของชั้นเท่ากันทุกชั้น ซึ่งสามารถแปลความหมายของคะแนนออกได้เป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง และสูง โดยมีรายละเอียดดังตาราง 2 และ 3

ตาราง 2 เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่าง

ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ	พิสัย ของ กลุ่มตัวอย่าง	ระดับของคะแนน		
		ต่ำ ช่วงคะแนน	ปานกลาง ช่วงคะแนน	สูง ช่วงคะแนน
โดยรวม	39-86	39.0-54.7	54.8-70.4	70.5-86.0
รายด้าน				
1. ด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต	11-26	11.0-16.0	17.0-21.0	22.0-26.0
2. ด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งนอกเหนือตน	20-53	20.0-31.0	32.0-42.0	43.0-53.0
3. ด้านการมีความหวัง	0-10	0.0-3.3	3.4-6.6	6.7-10.0

ตาราง 3 เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่าง

การปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการ ทางด้านจิตวิญญาณ	พิสัย ของ กลุ่มตัวอย่าง	ระดับของคะแนน		
		ต่ำ ช่วงคะแนน	ปานกลาง ช่วงคะแนน	สูง ช่วงคะแนน
โดยรวม	34-79	34.0-49.0	50.0-64.0	65.0-79.0
รายด้าน				
1. ด้านการมีความหมายและเป้าหมาย ในชีวิต	11-26	11.0-16.0	17.0-21.0	22.0-26.0
2. ด้านการมีความสัมพันธ์กับ บุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งแวดล้อม และ สิ่งนอกเหนือตน	13-45	13.0-23.7	23.8-34.4	34.5-45.0
3. ด้านการมีความหวัง	0-10	0.0-3.3	3.4-6.6	6.7-10.0

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงของเนื้อหา (Content validity) ของเครื่องมือ แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน หลังจากผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์มาแก้ไขปรับปรุงให้เหมาะสมตามข้อคิดเห็นและเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. การหาความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ ภายหลังจากได้ปรับปรุงแก้ไขแบบสัมภาษณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้กับญาติผู้ป่วยในหออภิบาลที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย แล้วนำคะแนนที่ได้ในแบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 2 ในส่วนของความต้องการและการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการไปหาความเที่ยงโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)

ผลการวิเคราะห์ได้ค่าความเที่ยงดังนี้ แบบสัมภาษณ์ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต เท่ากับ .86 และแบบสัมภาษณ์การปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต เท่ากับ .87

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการทำวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือและได้รับการยินยอมจากญาติผู้ป่วย วิกฤตในการเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการทำวิจัย โดยผู้วิจัยจะอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึง สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธและการสามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ทันทีตามต้องการ และ ข้อมูลที่ได้จากแบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะนำเสนอในทางวิชาการ โดยปกปิดแหล่งที่มาของข้อมูล อย่างเคร่งครัด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยดำเนิน ตามขั้นตอนดังนี้

1. ชั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการดำเนินวิจัยจากคณบดีคณะพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เพื่อ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัย

1.2 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ในการทำวิจัยแก่หัวหน้าพยาบาล หัวหน้าหออภิบาล 1 และ 2 เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ชั้นดำเนินการ

ผู้วิจัยดำเนินการในการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

2.1 เลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด

2.2 สร้างสัมพันธภาพกับญาติที่เลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้เกิดความคุ้นเคย

ไว้วางใจ โดยมีวิธีการ ดังนี้

- ทักทาย พูดคุย
- แนะนำตัวในฐานะนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาโท
- ให้ความสนิทสนมเป็นกันเองกับญาติ โดยการสวมชุดปกติ ไม่ใช่เครื่องแบบพยาบาล
- เยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับญาติ เสนอตัวให้การช่วยเหลือประสานงานกับ พยาบาลประจำที่ดูแลผู้ป่วยโดยตรง เพื่อขอทราบข้อมูลต่างๆเกี่ยวกับ ผู้ป่วย

- หลังจากพบปะญาติ 2-3 ครั้งแล้ว จึงแนะนำตัวในฐานะผู้วิจัย แจงวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่าง
- นัดวันเพื่อขอสัมภาษณ์ เมื่อญาติมีความพร้อม

2.3 จัดเตรียมสถานที่เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีสมาธิในการตอบการสัมภาษณ์ เพื่อจะได้ข้อมูลที่เป็นความต้องการทางจิตวิญญาณของญาติจริงๆ โดยใช้ห้องว่างในหออภิบาล ที่ไม่มีคนพลุกพล่าน

2.4 ให้การพิทักษ์สิทธิ์ก่อนเก็บข้อมูล โดยอธิบายให้ญาติผู้ป่วยทราบถึงสิทธิ์ในการตอบรับหรือปฏิเสธ และสามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตามต้องการ เมื่อได้รับอนุญาตจึงเริ่มเก็บข้อมูล

2.5 อธิบายถึงวิธีการตอบแบบสัมภาษณ์โดยละเอียดก่อน และให้ข้อมูลว่าถ้าหากญาติมีข้อสงสัยหรือมีปัญหาสามารถสอบถามรายละเอียดจากผู้วิจัยได้ในทุกๆ คำถาม เมื่อญาติเข้าใจจึงเริ่มการสัมภาษณ์

2.6 หลังการสัมภาษณ์เสร็จแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบคำตอบให้สมบูรณ์ ถ้าพบว่าข้อมูลไม่ครบถ้วนก็ขอความร่วมมือในการสัมภาษณ์เพิ่มเติมจนครบทุกข้อ แล้วจึงนำข้อมูลที่ได้ออกไปวิเคราะห์โดยวิธีทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ออกมาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์กับลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

1. แจกแจงความถี่ และคำนวณร้อยละ ของข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
2. แจกแจงความถี่ และคำนวณร้อยละ ของจำนวนกิจกรรมทางด้านจิตวิญญาณ

ที่กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการ และมีการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการ

3. แจกแจงความถี่ และคำนวณร้อยละของระดับความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ และการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่างจำแนกเป็นรายข้อ

4. คำนวณหา พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าความเบ้ ของคะแนนความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ และการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นโดยรวม และรายด้าน

5. คำนวณหาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ และ

การปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ โดยรวม และรายด้าน โดยใช้วิธีการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

6. วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (multiple correlation coefficient) ระหว่างตัวแปร คือ ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ ทั้ง 3 ด้าน กับการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณโดยรวม โดยวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

7. ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการทางด้านจิตวิญญาณกับการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณรายข้อ ใช้วิธีคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank-order correlation coefficient) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความต้องการทางด้านจิตวิญญาณและการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติขณะที่มีผู้ป่วยวิกฤตเข้ารับการรักษาในหออภิบาล 1 และ 2 ของโรงพยาบาลมหาราชานครศรีธรรมราช เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 85 คน เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 20 มกราคม - 5 เมษายน พ.ศ. 2544 ใช้เวลาในสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างคนละ 30-50 นาที คิดเป็นเวลาเฉลี่ยคนละ 40 นาที และผู้วิจัยนำเสนอการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบการบรรยาย แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไป

- 1.1 ลักษณะทั่วไปและการบริการในหออภิบาลที่ทำการศึกษา
- 1.2 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
- 1.3 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยวิกฤต
- 1.4 ลักษณะของผู้ป่วยวิกฤตตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 3 การปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการทางด้านจิตวิญญาณกับการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไป

1.1 ลักษณะทั่วไปและการบริการในหออภิบาลที่ทำการศึกษา

โรงพยาบาลมหาราชานครศรีธรรมราช เป็นโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคใต้ของประเทศไทย มีผู้มารับบริการเป็นคนในจังหวัดนครศรีธรรมราช และจากในเขตจังหวัดใกล้เคียง มีเตียงรับผู้ป่วย 836 เตียง มีหออภิบาลผู้ป่วยหนักรวมทุกประเภท 2 หอ รับผู้ป่วยวิกฤตได้ 19 เตียง และมีหออภิบาลทารกแรกเกิด 2 หอๆ ละ 4 เตียง

สำหรับหออภิบาลที่ทำการศึกษาคือหออภิบาลผู้ป่วยหนักรวมทุกประเภท 2 หอ คือ หออภิบาล 1 และ 2 มีสภาพเป็นหอปิด มีประตู 2 ชั้นๆแรกเป็นกระจกฝ้า ไม่สามารถมองเห็นภายในได้ ชั้นที่ 2 เป็นกระจกใส สามารถมองเห็นแคมน์เตอร์พยาบาลและเตียงผู้ป่วยได้บางส่วน หน้าประตูชั้นแรกมีกริ่งให้ญาติกดเรียกเมื่อต้องการพบพยาบาล และหน้าหอมีระเบียบยาวให้ญาตินั่งพักรอเข้าเยี่ยม

หออภิบาลมีอุปกรณ์การแพทย์ที่สำคัญ ดังนี้ เครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมปริมาตรครบทุกเตียง เครื่องติดตามการทำงานของหัวใจและวัดความดันโลหิตอัตโนมัติ (ECG, BP monitoring) และมีการใช้สัญญาณเตือนครบทุกเตียง มีอุปกรณ์การให้ออกซิเจนและแหล่งจ่ายออกซิเจน และมีอุปกรณ์ดูดเสมหะ (suction unit) โดยระบบท่อ (pipeline system) ประจำเตียงทุกเตียง มีเครื่องกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้า (defibrillator) 1 เครื่อง/หอ พร้อมอุปกรณ์และเวชภัณฑ์

การรักษา มีระบบแพทย์เจ้าของไข้ในแผนกศัลยกรรม สำหรับแผนกอายุรกรรมและกุมารเวชกรรม จะมีแพทย์มาตรวจเยี่ยมผู้ป่วยทุกวันและเปลี่ยนหน้าที่ดูแลทุก 15 วัน นอกเวลาราชการจะมีแพทย์เวรในแต่ละแผนก และมีระบบรายงานแพทย์เจ้าของไข้ตามความเหมาะสม การรับและจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหออภิบาลอยู่ในดุลยพินิจของแพทย์

สำหรับบริการทางการพยาบาล หออภิบาล 1 มีเตียงรับผู้ป่วย 11 เตียง มีผู้ปฏิบัติงานเป็นพยาบาลวิชาชีพ 30 คน พยาบาลเทคนิค 2 คน และหออภิบาล 2 มี 8 เตียง มีผู้ปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพ 14 คน พยาบาลเทคนิค 4 คน มีอัตรากำลังในเวรเช้า พยาบาลวิชาชีพ : ผู้ป่วย 1 : 1-2 เวรบ่าย-ดึก มีพยาบาลวิชาชีพ : ผู้ป่วย อัตรา 1 : 2-3 และใช้ระบบการพยาบาลเป็นทีม โดยมีผู้ป่วยในความรับผิดชอบ 4-6 เตียง/ทีม

การแบ่งเตียงสำหรับรับผู้ป่วยแต่ละแผนกมีดังนี้ ผู้ป่วยศัลยกรรม 9 เตียง/2หอ ผู้ป่วยอายุรกรรม 9 เตียง/2หอ ผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 เตียง (มีเฉพาะในหออภิบาล 1) และอาจปรับได้ตามความเหมาะสม แต่ละเตียงห่างกันประมาณ 2 - 2.5 เมตร มีราวม่านที่เพดานและสามารถกันม่านได้มิดชิดทุกเตียง มีห้องแยก 2 ห้อง/หอ เป็นห้องกระจกใส พยาบาลสามารถมองเห็นผู้ป่วยจากโต๊ะทำงานได้ทุกเตียง ภายในหออภิบาลมีพระพุทธรูป 1 องค์ ขนาด สูง 34 เซนติเมตร หน้าตักกว้าง 16 เซนติเมตร ประดิษฐานบนหิ้งพระสามารถมองเห็นได้ชัด และอนุญาตให้ญาติมาสักการะได้

ระบบการให้ข้อมูล ผู้ป่วยและญาติจะได้รับการปฐมนิเทศทุกรายเมื่อรับใหม่ เกี่ยวกับระเบียบการเยี่ยมไข้ ที่พักญาติ การติดต่อญาติขณะยังไม่ถึงเวลาเยี่ยม การจัดของใช้ประจำตัวให้ผู้ป่วย การมีส่วนร่วมของญาติ สิทธิในการรักษา การกดกริ่งติดต่อกับพยาบาล การขอพบแพทย์เจ้าของไข้ และการสอบถามอาการผู้ป่วย โดยญาติสามารถสอบถามได้โดยตรงจากพยาบาล

ระเบียบการเยี่ยมไข้ หออภิบาลอนุญาตให้ญาติเข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้ วันละ 3 ครั้งๆ ละ 1 ชั่วโมง คือ ในช่วงเช้า เวลา 7.00 - 8.00 น. ช่วงบ่าย 14.00 - 15.00 น. และช่วงค่ำเวลา 19.00 - 20.00 น. โดยให้ญาติที่มาเยี่ยมสามารถผลัดกันเข้าเยี่ยมได้ครั้งละ 2 คน จนครบทุกคนภายในเวลา 1 ชั่วโมงต่อการเยี่ยมแต่ละช่วง ขณะเยี่ยมญาติสามารถสอบถามอาการผู้ป่วยได้โดยตรงจากพยาบาล ขณะยังไม่ถึงเวลาเยี่ยมญาติสามารถดกกริ่งเพื่อสอบถามอาการผู้ป่วยได้ตลอดเวลา และสามารถขอเข้าเยี่ยมพิเศษได้โดยต้องได้รับการอนุญาตจากพยาบาลในแต่ละเวร ยกเว้นเด็กอายุต่ำกว่า 12 ปีห้ามเข้าเยี่ยม เพื่อป้องกันการติดเชื้อโรค ส่วนการติดต่อญาติของพยาบาล ญาติต้องแจ้งให้พยาบาลทราบว่าติดต่อได้ที่ไหน หรืออาจให้หมายเลขโทรศัพท์ไว้ สำหรับญาติที่มีบ้านอยู่ไกล เดินทางมาเยี่ยมผู้ป่วยไม่สะดวก ทางโรงพยาบาลจัดสถานที่ให้ญาติพักค้างได้ชั่วคราว คือ ที่ศาลาพักญาติซึ่งอยู่มุมหนึ่งในโรงพยาบาล โดยให้ญาติผู้ป่วยในหอภิบาลทั้ง 2 หอ พักรวมกัน ญาติต้องจัดหาอุปกรณ์ต่างๆ ในยามวิกาล ถ้าพยาบาลต้องการพบญาติ ก็จะโทรศัพท์ให้ยามรักษาการณ์ในบริเวณใกล้เคียงไปบอกญาติให้ทราบ ระยะทางจากศาลาพักถึงหอภิบาลใช้เวลาเดินประมาณ 5-10 นาที ใกล้ศาลาที่ญาติพัก มีต้นไม้ขนาดใหญ่ และมีศาลาเป็นที่ประดิษฐานของพระพุทธรูปขนาดใหญ่ 1 องค์ ชื่อ "พระโพธิ์ยารด" ซึ่งเป็นที่เคารพสักการะของบุคลากรโรงพยาบาล ผู้ป่วย ญาติ และชาวบ้านในละแวกใกล้เคียง สำหรับญาติที่เป็นมุสลิมทางโรงพยาบาลมีเรือนสำหรับทำนมาชเฉพาะแยกออกไปอีกบริเวณหนึ่ง

1.2 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เป็นญาติผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 85 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.5 เพศชาย ร้อยละ 16.5 มีอายุระหว่าง 18-88 ปี อายุเฉลี่ย 46.3 ปี และส่วนใหญ่อยู่ในวัยกลางคน (อายุ 41-60 ปี) ร้อยละ 50.6 รองลงมา คือ วัยผู้ใหญ่ตอนต้น (อายุ 18-40 ปี) ร้อยละ 34.1 ญาติส่วนใหญ่ผ่านการมีครอบครัวและมีสถานะภาพสมรสคู่ ร้อยละ 88.2 โดยส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสของผู้ป่วย ร้อยละ 40 รองลงมาเป็นบุตร ร้อยละ 34.1 ส่วนใหญ่นับถือพระพุทธศาสนา ร้อยละ 92.9 มีเพียงร้อยละ 7.1 ที่นับถือศาสนาอิสลาม มีการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 63.5 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 43.5 ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอแต่ไม่มีเงินเหลือเก็บ ร้อยละ 52.9 รายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 40 ญาติส่วนใหญ่มี สุขภาพแข็งแรง นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยผ่านประสบการณ์ภาวะวิกฤตในชีวิต ร้อยละ 67.1 แต่ส่วนใหญ่ ร้อยละ 73.7 เคยมีประสบการณ์เพียง 1 ครั้ง ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่เกิดกับบิดา/มารดาเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 40.3 รองลงมา คือ เกิดกับตนเอง ร้อยละ 26.3 และเป็นเหตุให้กลุ่ม ตัวอย่างเคยมีประสบการณ์สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ร้อยละ 78.9 ได้แก่ บิดา/มารดา ร้อยละ 43.3 และ/หรือ พี่/น้อง/ญาติใกล้ชิด/เพื่อนสนิท ร้อยละ 33.3 (ดังตาราง 4)

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (n=85)	ร้อยละ	ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (n=85)	ร้อยละ
เพศ			อาชีพ		
ชาย	14	16.5	นักศึกษา	1	1.2
หญิง	71	83.5	ไม่มีอาชีพ /งานบ้าน	9	10.6
ช่วงอายุ (วัย)			รับจ้าง	13	15.3
18 – 40 ปี (ผู้ใหญ่ตอนต้น)	29	34.1	เกษตรกร	37	43.5
41 – 60 ปี (วัยกลางคน)	43	50.6	ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	13	15.3
61 – 88 ปี (วัยสูงอายุ)	13	15.3	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	12	14.1
(อายุเฉลี่ย 46.3 ปี, SD=14.67)			ความเพียงพอของรายได้		
สถานภาพสมรส			ไม่เพียงพอ	34	40.0
โสด	9	10.6	เพียงพอ	45	52.9
คู่	75	88.2	มีเงินเหลือเก็บ	6	7.1
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	1	1.2	ภาวะสุขภาพของญาติในปัจจุบัน		
ศาสนา			แข็งแรง	67	78.8
พุทธ	79	92.9	ไม่แข็งแรง	18	21.2
อิสลาม	6	7.1	การได้รับกำลังใจจากบุคคลใกล้ชิด		
ระดับการศึกษา			ได้รับ	84	98.8
ไม่ได้รับการศึกษา	4	4.7	ไม่ได้รับ	1	1.2
ประถมศึกษา	54	63.5	การเคยมีประสบการณ์ภาวะวิกฤตในชีวิตหรือประสบ		
มัธยมศึกษา	12	14.1	การเผชิญกับความทุกข์		
ปวช./ปวส./อนุปริญญา	6	7.1	ที่เผชิญกับความทุกข์		
ปริญญาตรี/โท	9	10.6	ทรมานและความสะเทือนใจ		
สถานะบทบาทของญาติต่อผู้ป่วยเป็น			มากที่สุด		
บิดา/มารดา	16	18.8	ไม่มี	28	32.9
คู่สมรส	34	40.0	มี	57	67.1
บุตร/ธิดา	29	34.1			
พี่/น้องบิดามารดาเดียวกัน	2	2.4			
บุตรสะใภ้/หลาน	4	4.7			

ตาราง 4 (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน	ร้อยละ	ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนครั้งของภาวะ วิกฤตที่เคยประสบ*			ภาวะวิกฤตมีความรุนแรงถึง ขั้นทำให้มีการเสียชีวิตของบุคคล ที่เกี่ยวข้อง*		
1 ครั้ง	42	73.7	ไม่มี	12	21.1
2 ครั้ง	9	15.8	มี	45	78.9
3 ครั้ง	3	5.2	ประกอบด้วย (ตอบได้ >1)		
4 ครั้ง	3	5.2	บิดา/มารดา	24	53.1
ภาวะวิกฤตที่เคยประสบ เกิดกับบุคคลต่อไปนี้*			คู่สมรส	2	4.4
(ตอบได้ >1)			บุตร/ธิดา	7	15.5
ตนเอง	15	26.3	พี่/น้อง/ญาติใกล้ชิด/เพื่อนสนิท	15	33.3
บิดา/มารดา	23	40.3			
คู่สมรส	8	14.0			
บุตร/ธิดา	13	22.8			
พี่/น้อง/ญาติใกล้ชิด/ เพื่อนสนิท	11	19.3			

* n = 57

1.3 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 63.5 มีอายุระหว่าง 5 เดือนถึง 94 ปี คิดเป็นอายุเฉลี่ย 54.7 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ (อายุ >60 ปี) ร้อยละ 51.8 สถานะภาพสมรสคู่ ร้อยละ 54.1 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลเป็นครั้งแรก ร้อยละ 96.5 โดยมีลักษณะการเจ็บป่วยเป็นแบบเฉียบพลัน ร้อยละ 50.6 และแบบเรื้อรัง ร้อยละ 49.4 แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 30.6 รองลงมา คือ โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 25.9 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยอื่นก่อนย้ายเข้าหออภิบาลนานมากกว่า 7 วัน ร้อยละ 40 รองลงมาคือ 1-2 วัน ร้อยละ 32.9 ขณะที่ให้ข้อมูลผู้ป่วยเข้ารักษาในหออภิบาลมาแล้ว 2-3 วัน ร้อยละ 41.2 ผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้สึกตัวดี ร้อยละ 52.9 ไม่รู้สึกตัว ร้อยละ 18.8 ส่วนใหญ่ได้รับการบำบัดโดยใช้เครื่องช่วยหายใจ ร้อยละ 77.6 และไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ร้อยละ 71.8 มีผู้ป่วยประมาณครึ่งหนึ่งได้รับการผ่าตัด ผู้ป่วยส่วนหนึ่งเคยมีภาวะหัวใจหยุดเต้นและได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ ร้อยละ 16.5 ดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยวิกฤต จำแนกตามลักษณะทั่วไป

ลักษณะทั่วไป ของผู้ป่วยวิกฤต	จำนวน (n=85)	ร้อยละ	ลักษณะทั่วไป ของผู้ป่วยวิกฤต	จำนวน (n=85)	ร้อยละ
เพศของผู้ป่วย			การวินิจฉัยโรคในปัจจุบัน		
ชาย	54	63.5	(ผู้ป่วย 1 คน เป็นได้ > 1 โรค)		
หญิง	31	36.5	โรคระบบหายใจ	26	30.6
ช่วงอายุของผู้ป่วย (วัย)			โรคระบบหัวใจ และ	22	25.9
5 เดือน - 2 ปี (วัยทารก)	2	2.4	หลอดเลือด		
3 - 6 ปี (เด็กตอนต้น)	3	3.5	โรคระบบสมอง และ	19	22.4
7 - 12 ปี (เด็กตอนปลาย)	2	2.4	ไขสันหลัง		
13 - 17 ปี (วัยรุ่น)	3	3.5	โรคระบบทางเดินอาหาร	14	16.5
18 - 40 ปี (ผู้ใหญ่ตอนต้น)	15	17.6	ช็อกจากการเสียเลือด	4	4.7
41 - 60 ปี (วัยกลางคน)	16	18.8	โรคระบบต่อมไร้ท่อ	7	8.2
61 - 94 ปี (วัยสูงอายุ)	44	51.8	โรคระบบกระดูกและข้อ	3	3.5
(อายุเฉลี่ย 54.7 ปี, SD=26.23)			โรคระบบขับถ่ายปัสสาวะ	3	3.5
สถานภาพสมรสของผู้ป่วย			โรคติดเชื้อ	3	3.6
โสด	16	18.8	โรคภูมิแพ้ (SLE)	1	1.2
คู่	46	54.1	กินยาฆ่าแมลง	1	1.2
หม้าย/หย่า/ แยก	23	27.1	จำนวนวันที่ผู้ป่วยเข้าพัก		
บทบาทของผู้ป่วย			รักษาในหอผู้ป่วยอื่นก่อนเข้า		
ผู้นำครอบครัว	31	36.5	หออภิบาล		
สมาชิกในครอบครัว	54	63.5	0 วัน	6	7.1
จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับการ			1 - 2 วัน	28	32.9
รักษาในหออภิบาล			3 - 7 วัน	17	20.0
ครั้งแรก	82	96.5	> 7 วัน	34	40.0
> 1 ครั้ง	3	3.5	จำนวนวันที่ผู้ป่วยเข้าพัก		
ลักษณะการเจ็บป่วย			รักษาในหออภิบาลก่อน		
เฉียบพลัน	43	50.6	สัมภาษณ์		
เรื้อรัง	42	49.4	1 วัน	7	8.2
			2 - 3 วัน	35	41.2
			4 - 7 วัน	24	28.2
			> 7 วัน	19	22.4

ตาราง 5 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป ของผู้ป่วยวิกฤต	จำนวน (n=85)	ร้อยละ	ลักษณะทั่วไป ของผู้ป่วยวิกฤต	จำนวน (n=85)	ร้อยละ
ความรู้สึกตัวของผู้ป่วย			การได้รับการผ่าตัด		
รู้สึกตัวดี	45	52.9	ไม่ได้รับ	44	51.8
รู้สึกตัวเล็กน้อย	24	28.2	ได้รับ	41	48.2
ไม่รู้สึกตัว	16	18.8	การได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ		
การใช้เครื่องช่วยหายใจ			ไม่เคยได้รับ		
ไม่ใช้	19	27.4	เคยได้รับ	71	83.5
ใช้	66	77.6	ความสามารถในการทำ กิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย		
ช่วยเหลือตนเองได้			ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง		
ช่วยเหลือตนเองได้	4	4.7	ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง	20	23.5
ไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง			ไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง		
ไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง	61	71.8			

1.4 ลักษณะของผู้ป่วยวิกฤตตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ญาติส่วนใหญ่ ร้อยละ 74.1 รับรู้ว่าผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมาก ญาติส่วนใหญ่มาเยี่ยมผู้ป่วยทุกวัน ร้อยละ 84.7 มีผู้ป่วย ร้อยละ 16.5 ที่สามารถสื่อสารกับญาติโดยการพูดออกเสียง และร้อยละ 56.5 ที่สามารถสื่อสารโดยการแสดงท่าทางหรือการเขียน ทำให้ญาติสามารถรับรู้ถึงอาการ ความรู้สึก และความต้องการของผู้ป่วย ญาติส่วนใหญ่มีความคาดหวังว่าผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้น ร้อยละ 63.5 ดังแสดงในตาราง 6

ตาราง 6 จำนวน และร้อยละของลักษณะผู้ป่วยวิกฤตตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทั่วไป ของผู้ป่วยวิกฤต	จำนวน (n=85)	ร้อยละ	ลักษณะทั่วไป ของผู้ป่วยวิกฤต	จำนวน (n=85)	ร้อยละ
ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ของผู้ป่วย ตามการรับรู้ ของญาติ			ความสามารถของผู้ป่วยใน การบอกหรือสื่อสารกับญาติ		
รุนแรงปานกลาง	22	25.9	ใช้เสียงพูดได้ตามปกติ	14	16.5
รุนแรงมาก	63	74.1	ใช้การแสดงท่าทาง	48	56.5
ระยะเวลาที่ญาติมาเยี่ยมและ/ หรือให้การดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลถึงวัน สัมพัชณ์			ไม่สามารถสื่อสารได้	23	27.1
≤ ร้อยละ 50	5	5.9	การคาดคะเนของญาติ เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย		
> ร้อยละ 50 แต่ไม่ทุกวัน	8	9.4	อาการดีขึ้น	54	63.5
ทุกวัน	72	84.7	อาการทรุดลงเรื่อยๆ	11	12.9
			ไม่แน่ใจ	16	18.8
			อาการคงเดิม	4	4.7

ส่วนที่ 2 ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต

ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต ในการวิจัยครั้งนี้ประเมินจากการสัมพัชณ์ญาติที่เป็นผู้ดูแลจำนวน 85 คน ในจำนวนผู้ป่วย 85 คน ผลการวิจัย พบว่า ญาติผู้ป่วยวิกฤตมีความต้องการทางด้านจิตวิญญาณกระจายไปทุกกิจกรรม โดยมีความต้องการระหว่าง 26 - 46 กิจกรรม จาก 50 กิจกรรม และพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 44.7) มีความต้องการอยู่ระหว่าง 36 - 40 กิจกรรม ดังตาราง 7

ตาราง 7 ความถี่ และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจำนวนกิจกรรมที่ญาติต้องการ
(n = 85)

จำนวนกิจกรรมที่ญาติต้องการ	ความถี่ (คน)	ร้อยละ
26 – 30	9	10.6
31 – 35	24	28.2
36 – 40	38	44.7
41 – 45	13	15.3
46 – 50	1	1.2
รวม	85	100.0

ผลการวิเคราะห์ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ โดยรวม และรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความต้องการทางด้านจิตวิญญาณโดยรวม อยู่ในระดับสูง คิดเป็นค่าเฉลี่ย 68.05 คะแนน (SD = 9.78) และในรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความต้องการด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต และด้านการมีความหวังอยู่ในระดับสูง คิดเป็นค่าเฉลี่ย 23.33 (SD = 3.11) และ 6.89 (SD = 2.54) คะแนน ตามลำดับ สำหรับความต้องการด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งนอกเหนือตน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความต้องการอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นค่าเฉลี่ย 37.82 (SD = 7.15) คะแนน นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความต้องการทางด้านจิตวิญญาณโดยรวม และทั้ง 3 ด้าน กระจายค่อนข้างไปทางคะแนนสูง โดยมีค่าความเบ้ = -.710, -1.620, -.275, และ -.516 ตามลำดับ (ดังตาราง 8 และ 9)

ตาราง 8 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความเบ้ ของความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ จำแนกเป็นโดยรวม และรายด้าน (n = 85)

ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติ ผู้ป่วยวิกฤต	พิสัย		ค่าเฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	ค่า ความเบ้
	ค่าที่ เป็นไปได้	ค่าที่ เกิดขึ้นจริง			
โดยรวม	0-100	39-86	68.05	9.78	-710
รายด้าน					
1. ด้านการมีความหมาย และเป้าหมายใน ชีวิต	0-26	11-26	23.33	3.11	-1.620
2. ด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งแวดลอม และสิ่งนอกเหนือตน	0-64	20-53	37.82	7.15	-275
3. ด้านการมีความหวัง	0-10	0-10	6.89	2.54	-516

ตาราง 9 ระดับความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นโดยรวม และรายด้าน (n = 85)

ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ	ระดับ		
	ต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	สูง จำนวน (ร้อยละ)
โดยรวม	10 (11.8)	37 (43.5)	38 (44.7)*
รายด้าน			
1. ด้านการมีความหมาย และเป้าหมาย ในชีวิต	3 (3.5)	18 (21.2)	64 (75.3)*
2. ด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งแวดลอม และสิ่งนอกเหนือตน	18 (21.2)	47 (55.3)*	20 (23.5)
3. ด้านการมีความหวัง	6 (7.1)	37 (43.5)	42 (49.4)*

* กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่

ผลการวิเคราะห์ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤตรายข้อ ดังแสดงรายละเอียดไว้ในตาราง 17 พบว่า กิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) มีความต้องการในระดับมาก มีทั้งหมด 19 กิจกรรม จาก 50 กิจกรรม คิดเป็นร้อยละ 38 เป็นกิจกรรมในด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต 7 กิจกรรม จาก 13 กิจกรรม คิดเป็นร้อยละ 53.85 กิจกรรมด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งแวดลอม และสิ่งนอกเหนือตน 11 กิจกรรม

จาก 32 กิจกรรม คิดเป็นร้อยละ 34.37 และกิจกรรมด้านการมีความหวัง 1 กิจกรรม จาก 5 กิจกรรม คิดเป็นร้อยละ 20 ในกิจกรรมทั้งหมดที่กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญในอันดับสูงสุด 3 กิจกรรม คือ การไม่ทำร้ายหรือเบียดเบียนตนเองและผู้อื่น คิดเป็นร้อยละ 97.6 การช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายไม่เจ็บปวดทุกข์ทรมาน คิดเป็นร้อยละ 96.5 และการระบายความรู้สึกเกี่ยวกับผู้ป่วยกับคนที่ญาติไว้วางใจ คิดเป็นร้อยละ 96.5 (ดังตาราง 10)

อย่างไรก็ตามจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า มี 4 กิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ระบุว่าไม่มีความต้องการ ซึ่งทั้ง 4 กิจกรรมนี้ เป็นกิจกรรมในด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งนอกเหนือตน (จากทั้งหมด 32 กิจกรรม) คิดเป็นร้อยละ 12.5 ได้แก่ การแสวงหาสิ่งที่ดีซึ่งเป็นสิริมงคลมาให้ผู้ป่วยเพื่อเป็นกำลังใจและสนองศรัทธา คิดเป็นร้อยละ 89.4 การทำพิธีรักษาโดยหมอทางไสยศาสตร์ เช่น การใช้เวทมนต์คาถาขับไล่ผีหรือสิ่งไม่ดีออกจากตัวผู้ป่วย เป็นต้น คิดเป็นร้อยละ 89.4 การให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่แพทย์พื้นบ้านที่ญาติให้ความเชื่อถือ คิดเป็นร้อยละ 89.4 การทำพิธีขอขมาต่อสิ่งมีอำนาจเหนือมนุษย์ เช่น เทวดา พระภูมิเจ้าที่ เจ้าป่า เจ้าเขา บรรพบุรุษผู้ล่วงลับไปแล้ว เป็นต้น เพื่อไม่เอาโทษหรือให้โทษต่อผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 83.5 (ดังตาราง 10)

ตาราง 10 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง แสดงถึงความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ

ลำดับข้อ	ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ	ร้อยละ	ด้าน*
	กิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความต้องการในระดับมาก		
1	การไม่ทำร้ายหรือเบียดเบียนตนเอง และผู้อื่น	97.6	1
2	การช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายไม่เจ็บปวดทุกข์ทรมาน	96.5	2
3	การระบายความรู้สึกเกี่ยวกับผู้ป่วยกับคนที่ท่านไว้วางใจ	96.5	2
4	การทำความเข้าใจ และยอมรับธรรมชาติของชีวิตที่ต้องมี การเกิด การแก่ การเจ็บป่วย การตาย และความไม่แน่นอน	95.3	1
5	การบอกหรือแสดงให้ผู้ป่วยรู้ว่าท่านรัก ห่วงใย เอื้ออาทรและต้องการช่วยเหลือเขาอย่างจริงใจ โดยการสนทนา โอบอุ้ม การสัมผัสอย่างอ่อนโยน ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เป็นต้น	95.3	2
6	การบอกหรือแสดงให้ผู้ป่วยทราบว่า ผู้ป่วยมีความหมาย และมีความสำคัญต่อท่าน	95.3	2
7	การได้รับความรักความห่วงใยจากบุคคลรอบข้าง	95.3	2
8	การตั้งจิตอธิษฐาน/ภาวนา/ขอพรจากสิ่งสูงสุดที่ท่านเคารพนับถือช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นในเร็ววัน หรือมีทางรักษาให้หายได้ และขอให้ท่านและผู้ป่วยสามารถฟื้นฝ่าอุปสรรคหรือภาวะวิกฤตครั้งนี้ไปได้ด้วยดี	94.1	3

ตาราง 10 (ต่อ)

ลำดับข้อ	ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ	ร้อยละ	ด้าน*
9	การมีความพึงพอใจในชีวิต และการทำใจยอมรับความเป็นอยู่ในปัจจุบัน	91.8	1
10	การดำเนินชีวิตตามแนวทางที่เลือก	90.6	1
11	การพูดคุย ให้กำลังใจและปลอบใจผู้ป่วยตลอดเวลาแม้ว่าผู้ป่วยจะรู้สึกหรือ ไม่รู้สึกตัวก็ตาม	90.6	2
12	การไหว้พระ/ขอพร/อ้อนวอนพระผู้เป็นเจ้าหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ให้ช่วยคุ้มครอง ผู้ป่วยให้ไม่เจ็บปวดและทุกข์ทรมาน	90.6	2
13	การบอกข่าวแก่บุคคลที่ผู้ป่วย รัก เคารพนับถือ ศรัทธา ให้มาเยี่ยมเพื่อให้ กำลังใจ แก่ผู้ป่วย	87.1	2
14	การทำจิตใจให้สงบ ไม่วุ่นวาย	84.7	1
15	การภาวนาให้ตนเองมีสุขภาพดี ปราศจากโรค	84.7	1
16	การมุ่งมั่น พยายาม ทำให้เป้าหมายชีวิตประสบผลตามความตั้งใจ	83.5	1
17	การเข้าเยี่ยมผู้ป่วยทันทีเมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัว หรือตื่น	82.4	2
18	การทำตนเป็นที่พึ่งพิงของผู้ป่วย เช่น การมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา ร่วมกับทีมสุขภาพ	82.4	2
19	การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา (เช่น ทำบุญ ไส้บาตร สวดมนต์ ทำสมาธิ ทำนมาช) เพื่อตั้งจิตขอความคุ้มครองให้ผู้ป่วยหายป่วย	80.0	2
กิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีความต้องการ			
1	การแสวงหาสิ่งที่ดี ๆ ซึ่งเป็นสิริมงคลมาให้ผู้ป่วย เพื่อเป็นกำลังใจ และสนอง ศรัทธา	89.4	2
2	การทำพิธีรักษาโดยหมอทางไสยศาสตร์ เช่น การใช้เวทมนต์คาถาขับไล่ผี หรือ สิ่งไม่ดีออกจากตัวผู้ป่วย เป็นต้น	89.4	2
3	การให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่แพทย์พื้นบ้านที่ท่านให้ความเชื่อถือ	89.4	2
4	การทำพิธีขอมาต่อสิ่งมีอำนาจเหนือมนุษย์ เช่น เทวดา พระภูมิเจ้าที่ เจ้าป่า เจ้าเขา บรรพบุรุษผู้ล่วงลับไปแล้ว เป็นต้น เพื่อไม่เอาโทษหรือให้โทษต่อผู้ป่วย	83.5	2
ด้าน*	1 = ด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต		
	2 = ด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งนอกเหนือตน		
	3 = ด้านการมีความหวัง		

นอกจากนี้ยังมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 10.6 ให้ข้อมูลเพิ่มเติมถึงความ
ต้องการทางด้านจิตวิญญาณ โดยพบว่า ญาติที่ให้ข้อมูลเป็นญาติของผู้ป่วยที่มีอาการหนักมาก
และเป็นโรคเรื้อรังซึ่งมีการพยากรณ์โรคไม่ดี แสดงความต้องการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย

ดังนั้นคือ ต้องการทราบการพยากรณ์โรค โดยต้องการทราบจากแพทย์ว่าผู้ป่วยจะมีโอกาสรอดชีวิตหรือไม่ ถ้าหมดหวังทางการรักษาแล้วญาติต้องการเอาผู้ป่วยกลับบ้าน ด้วยเหตุผลว่า ไม่ต้องการให้ผู้ป่วยได้รับความเจ็บปวดทรมานเพิ่มขึ้น ดังที่ญาติรายที่ 19, 53, และ 69 กล่าวในทำนองเดียวกันว่า "ต้องการรู้ว่า ผู้ป่วยจะรอดหรือไม่...ถ้าไม่รอดจะพากลับบ้าน ไม่อยากให้ทรมาน" และพบว่ามีญาติ 2 ราย ไม่ต้องการให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติการเพื่อช่วยฟื้นคืนชีพ เนื่องจากไม่ต้องการให้ผู้ป่วยได้รับความทรมานเพิ่มขึ้น โดยญาติรายหนึ่งกล่าวว่า "ถ้าพ่อจะสิ้น ให้สิ้นที่นี้ ไม่ต้องบีมหัวใจกลัวพ่อเจ็บ" (ญาติรายที่ 10) และมีญาติ 1 ราย ต้องการให้ผู้ป่วยได้สังเวยก่อนตาย เนื่องจากบางช่วงผู้ป่วยรู้สึกตัวดี และแสดงท่าทางจะสื่อสารกับญาติในขณะที่ได้รับการค้ำค้ำและใส่เครื่องช่วยหายใจ โดยญาติบอกว่า "ถึงแม่จะเป็นโหรไปสักที (เสียชีวิต) อยากให้แม่ได้พูดมั่ง ตอนนี้แม่พูดไม่ได้" (ญาติรายที่ 41) นอกจากนี้ญาติต้องการให้ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยสงบ และได้ทำพิธีทางศาสนาตามความเชื่อก่อนตาย ต้องการให้ผู้ป่วยเสียชีวิตที่บ้านท่ามกลางบุคคลในครอบครัวและญาติพี่น้อง โดยญาติกล่าวว่า "ถ้าพ่อใกล้ตาย จะเอากลับบ้าน จะนิมนต์พระมาสวดเจริญอายุ ให้พระพุทธรูป... บอกทาง" (ญาติรายที่ 77) "ตอนใกล้สิ้น อยากเอาดอกไม้ ธูปเทียน ใส่มือ ให้ไปพบพระศรีอารย์ อยากพาพ่อไป สิ้นใจที่บ้าน ถ้าอาการหนัก ไม่รอดแน่" (ญาติรายที่ 69) และมีญาติที่นับถือศาสนาอิสลาม 1 คน มีความต้องการนำลูกซึ่งมีอาการหนักมากกลับบ้านในขณะที่ยังไม่สิ้นชีวิต เพื่อจะทำพิธีทางศาสนา และอยู่ท่ามกลางญาติพี่น้องมุสลิม โดยญาติกล่าวว่า "ต้องการเอาลูกไปตายบ้าน อยู่โรงพยาบาลไม่ได้ทำอะไรทางศาสนา เช่น อ่านหนังสือ (คัมภีร์อัลกุรอาน) สวดขอพร ไม่ต้องการให้บีมหัวใจ ถ้าแพทย์ลงความเห็นว่าจะไม่รอดขอ เอาลูกกลับ ให้ไปพบญาติที่บ้านให้ได้อ่านหนังสือกันหลายๆคน อยากให้ลูกมีชีวิตจนถึงบ้านให้ญาติๆได้ดูใจ สวดให้ ต้องการเอากลับในตอนเช้าเวลา 09.00 น. เพื่อเดินทางกลับไปกระบุรี" (ญาติรายที่ 45)

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการที่เกี่ยวข้องกับความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-Square Test) กำหนดความมีนัยสำคัญ ที่ระดับ .05 พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ สถานะบทบาทของญาติต่อผู้ป่วย การรับรู้ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และการเคยมีประสบการณ์ภาวะวิกฤตในชีวิตไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมและในแต่ละด้าน นั่นคือ ญาติผู้ป่วยวิกฤต ที่มี อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ สถานะบทบาทต่อผู้ป่วย การรับรู้ถึงระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และการเคยมีประสบการณ์ภาวะวิกฤตในชีวิตที่แตกต่างกัน จะมีความต้องการทางด้านจิตวิญญาณโดยรวม และในแต่ละด้านไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (ดังภาคผนวก ก. ตาราง 18-21)

และได้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วยตามการรับรู้ของญาติกับระดับความต้องการทางด้านจิตวิญญาณโดยรวมของญาติผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้ค่าทดสอบไคสแควร์ กำหนดความมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส ความสามารถในการสื่อสาร ระดับความรู้สึกตัว การให้เครื่องช่วยหายใจ การเคยได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ การได้รับการผ่าตัด การมาเยี่ยมและ/หรือให้การดูแลผู้ป่วย บทบาทของผู้ป่วยในครอบครัว ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ลักษณะความเจ็บป่วย ความคาดหวังเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน จำนวนครั้งของการเข้าพักในหออภิบาล ระยะเวลาการเข้าพักในหอผู้ป่วยอื่นๆก่อนเข้าหออภิบาล และระยะเวลาเข้าพักในหออภิบาล ของผู้ป่วยตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความต้องการทางด้านจิตวิญญาณโดยรวมและรายด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ดังภาคผนวก ก. ตาราง 22)

ส่วนที่ 3 การปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่าง

จากการสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วยวิกฤตถึงการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ พบว่า ญาติมีการปฏิบัติกระจายไปทุกกิจกรรม โดยมีการปฏิบัติอยู่ระหว่าง 24 - 41 กิจกรรม จาก 50 กิจกรรม และพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 42.4) มีการปฏิบัติอยู่ระหว่าง 31 - 35 กิจกรรม รองลงมา (ร้อยละ 31.8) มีการปฏิบัติ 26 - 30 กิจกรรม ดังตาราง 11

ตาราง 11 ความถี่ และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจำนวนกิจกรรมที่ญาติได้ปฏิบัติ
(n = 85)

จำนวนกิจกรรมที่ญาติได้ปฏิบัติ	ความถี่ (คน)	ร้อยละ
21 - 25	2	2.4
26 - 30	27	31.8
31 - 35	36	42.4
36 - 40	19	22.4
41 - 45	1	1.2
46 - 50	0	0.0
รวม	85	100.0

ผลการวิเคราะห์การปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นค่าเฉลี่ย 58.64 (SD = 9.24) คะแนน มีการกระจายของคะแนนค่อนข้างไปทางคะแนนสูง (ค่าความเบ้ = -.213) เมื่อพิจารณาในแต่ละด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ ด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต และด้านการมีความหวังอยู่ในระดับสูง คิดเป็นค่าเฉลี่ย 21.62 (SD = 3.46), 6.61 (SD = 2.70) คะแนน ตามลำดับ สำหรับด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งนอกเหนือตน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการในด้านนี้อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นค่าเฉลี่ย 30.40 (SD = 6.32) คะแนน และพบว่าทั้ง 3 ด้าน มีการกระจายของคะแนนค่อนข้างไปทางคะแนนสูง โดยมีค่าความเบ้ = -.501, -.169, -.516 ตามลำดับ (ดังตาราง 12 และ 13)

ตาราง 12 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความเบ้ ของคะแนนการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ จำแนกเป็นโดยรวม และรายด้าน

การปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต	พิสัย		ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าความเบ้
	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าที่เกิดขึ้นจริง			
โดยรวม	0-100	34-79	58.64	9.24	-.213
รายด้าน					
1. ด้านการมีความหมาย และเป้าหมายในชีวิต	0-26	11-26	21.62	3.46	-.501
2. ด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งนอกเหนือตน	0-64	13-45	30.40	6.32	-.169
3. ด้านการมีความหวัง	0-10	0-10	6.61	2.70	-.516

ตาราง 13 ระดับการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่าง
จำแนกเป็นโดยรวม และรายด้าน

การปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการ ทางด้านจิตวิญญาณ	ระดับ		
	ต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	สูง จำนวน (ร้อยละ)
โดยรวม	15 (17.6)	42 (49.4)*	28 (32.9)
รายด้าน			
1. ด้านการมีความหมาย และเป้าหมายในชีวิต	8 (9.4)	32 (37.6)	45 (52.9)*
2. ด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งนอกเหนือตน	12 (14.1)	51 (60.0)*	22 (25.9)
3. ด้านการมีความหวัง	9 (10.6)	37 (43.5)	39 (45.9)*

* กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่

ผลการวิเคราะห์การปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ รายข้อ ดังแสดงรายละเอียดไว้ในตาราง 17 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) มีการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการความต้องการในระดับทุกครั้ง มี 12 กิจกรรมจาก 50 กิจกรรม คิดเป็นร้อยละ 24 เป็นกิจกรรมในด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต 4 กิจกรรมจาก 13 กิจกรรม คิดเป็นร้อยละ 30.77 กิจกรรมด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งนอกเหนือตน 7 กิจกรรมจาก 32 กิจกรรม คิดเป็นร้อยละ 21.88 และเป็นกิจกรรมด้านการมีความหวัง 1 กิจกรรมจาก 5 กิจกรรม คิดเป็นร้อยละ 20 และกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้ปฏิบัติทุกครั้ง 3 ลำดับแรก คือ การไม่ทำร้ายหรือเบียดเบียนตนเองและผู้อื่น การบอกหรือแสดงให้ผู้ป่วยรู้ว่าญาติรัก ห่วงใย เชื้ออาหารและต้องการช่วยเหลือเขาอย่างจริงจัง โดยการสนทนา โอบอุ้ม การสัมผัสอย่างอ่อนโยน ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเป็นต้น และการบอกหรือแสดงให้ผู้ป่วยทราบว่าผู้ป่วยมีความหมายและมีความสำคัญต่อญาติ (ดังตาราง 14)

อย่างไรก็ตามจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า มี 12 กิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ระบุว่าไม่ได้ปฏิบัติ ซึ่ง 4 กิจกรรมแรก คือ การนำพระภิกษุหรือผู้นำทางศาสนามาประกอบพิธีทางศาสนาในหออภิบาล การให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่แพทย์พื้นบ้านที่ญาติให้ความเชื่อถือ การทำพิธีต่ออายุให้กับผู้ป่วย และการทำพิธีสะเดาะเคราะห์ให้ผู้ป่วย เมื่อพิจารณาพบว่า กิจกรรมที่ญาติไม่ได้ปฏิบัตินี้เป็นกิจกรรมด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งนอกเหนือตนทั้ง 12 กิจกรรม (ดังตาราง 14)

ตาราง 14 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างแสดงถึงการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ

ลำดับข้อ	การปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ	ร้อยละ	ด้าน*
กิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้ปฏิบัติทุกครั้ง			
1	การไม่ทำร้ายหรือเบียดเบียนตนเอง และผู้อื่น	96.5	1
2	การบอกหรือแสดงให้ผู้ป่วยรู้ว่าท่านรัก ห่วงใย เอื้ออาทร และต้องการช่วยเหลือเขาอย่างจริงจัง โดยการสนทนา โอบอุ้ม การสัมผัสอย่างอ่อนโยน ดูแลช่วยเหลือ ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เป็นต้น	91.8	2
3	การบอกหรือแสดงให้ผู้ป่วยทราบว่า ผู้ป่วยมีความหมาย และมีความสำคัญต่อท่าน	90.6	2
4	การไหว้พระ/ขอพร/อ้อนวอนพระผู้เป็นเจ้า หรือ สิ่งศักดิ์สิทธิ์ให้ช่วยคุ้มครองผู้ป่วยให้ไม่เจ็บปวด และทุกข์ทรมาน	89.4	2
5	การตั้งจิตอธิษฐาน/ภาวนา/ขอพรจากสิ่งสูงสุดที่ท่านเคารพนับถือช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นในเร็ววัน หรือมีทางรักษาให้หายได้ และขอให้ท่านและผู้ป่วยสามารถฟันฝ่าอุปสรรคหรือภาวะวิกฤตครั้งนี้ไปได้ด้วยดี	89.4	3
6	การระบายความรู้สึกเกี่ยวกับผู้ป่วยกับคนที่ท่านไว้วางใจ	87.1	2
7	การได้รับความรักความห่วงใยจากบุคคลรอบข้าง	87.1	2
8	การภาวนาให้ตนเองมีสุขภาพดี ปราศจากโรค	85.9	1
9	การบอกข่าวแก่บุคคลที่ผู้ป่วย รัก เคารพนับถือ ศรัทธา ให้มาเยี่ยมเพื่อให้กำลังใจ แก่ผู้ป่วย	84.7	2
10	การทำความเข้าใจ และยอมรับธรรมชาติของชีวิตที่ต้องมี การเกิด การแก่ การเจ็บป่วย การตาย และความไม่แน่นอน	83.5	1
11	การมีความพึงพอใจในชีวิต และการทำใจยอมรับความเป็นอยู่ในปัจจุบัน	80.0	1
12	การพูดคุย ให้กำลังใจ และปลอบใจผู้ป่วยตลอดเวลา แม้ว่าผู้ป่วยจะรู้สึกหรือไม่รู้สึกรักก็ตาม	80.0	2
กิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ปฏิบัติ			
1	การนำพระภิกษุ หรือผู้นำทางศาสนามาประกอบพิธีทางศาสนาในหออภิบาล	96.5	2
2	การให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่แพทย์ที่บ้านที่ท่านให้ความเชื่อถือ	96.5	2
3	การทำพิธีต่ออายุให้กับผู้ป่วย	96.5	2
4	การทำพิธีสะเดาะเคราะห์ให้ผู้ป่วย	96.5	2
5	การทำพิธีรักษาโดยหมอทางไสยศาสตร์ เช่น การใช้เวทมนต์คาถาขับไล่ผีหรือสิ่งไม่ดีออกจากตัวผู้ป่วย เป็นต้น	94.1	2

ตาราง 14 (ต่อ)

ลำดับข้อ	การปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ	ร้อยละ	ด้าน*
6	การจัดให้มีสิ่งสักการบูชา วัตถุมงคล หรือสิ่งที่เคารพบูชาที่เชื่อว่ามีศักดิ์สิทธิ์ไว้ใกล้ผู้ป่วยหรือติดตัวผู้ป่วยไว้ตลอดเวลา เพื่อเป็นที่พึ่งทางใจ และรักษาคุ้มครองผู้ป่วย	91.8	2
7	การแสวงหาสิ่งที่ดีซึ่งเป็นสิริมงคลมาให้ผู้ป่วย เพื่อเป็นกำลังใจ และสนองศรัทธา	90.6	2
8	การนำภาพถ่ายบุคคลหรือครอบครัวหรือสิ่งของที่ผู้ป่วยรัก ผูกพัน และคุ้นเคย หรือของที่ใช้ประจำ มาไว้ใกล้ตัวผู้ป่วย	88.2	2
9	การทำพิธีขอมาต่อสิ่งมีอำนาจเหนือมนุษย์ เช่น เทวดา พระภูมิเจ้าที่ เจ้าป่า เจ้าเขา บรรพบุรุษผู้ล่วงลับไปแล้ว เป็นต้น เพื่อไม่เอาโทษหรือให้โทษต่อผู้ป่วย	87.1	2
10	การนำบุคคลที่ผู้ป่วยรัก เคารพนับถือ ศรัทธา มาเยี่ยมเพื่อให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย	84.7	2
11	การทำพิธีทรงเจ้าหรือให้หมอดูทำนายโชคชะตาของผู้ป่วย	81.2	2
12	การขอร้องผู้ป่วยในสิ่งที่ท่านทำผิดพลาด หรือบกพร่อง และขอโทษกรรม	80.0	2

ด้าน* 1 = ด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต

2 = ด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งนอกเหนือตน

3 = ด้านการมีความหวัง

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความต้องการทางด้านจิตวิญญาณกับการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่าง

4.1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการทางด้านจิตวิญญาณกับการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณโดยรวม และรายด้าน พบว่า

ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณโดยรวมกับการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณโดยรวม มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง ($r = .765$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แสดงว่า โดยรวมแล้วญาติได้ปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณตามที่ต้องการ และพบว่า ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างยังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งนอกเหนือตน ด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต และด้านการมีความหวัง ในระดับปานกลาง ($r = .647, .492, \text{ และ } .475$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ดังตาราง 15) นั่นคือ ถ้าญาติผู้ป่วยวิกฤตมีความต้องการทางด้านจิตวิญญาณโดยรวมสูง ก็จะมีการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทั้ง 3 ด้านสูง ในกรณีที่ญาติมี

ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณโดยรวมต่ำ ก็จะมีการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการ ทั้ง 3 ด้าน ต่ำด้วย

สำหรับในรายด้าน พบว่า ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณกับการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิตมีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับสูง ($r = .756$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และยังพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณโดยรวม ($r = .624$, $p < .001$) ด้านการมีความหวัง และด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งนอกเหนือตน ($r = .357$ และ $.346$ ตามลำดับ, $p < .01$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือ ถ้าญาติผู้ป่วยวิกฤตมีความต้องการด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิตสูง ก็จะมีการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการโดยรวม และทั้ง 3 ด้านสูง ในกรณีที่ญาติมีความต้องการด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิตในระดับต่ำก็จะมีการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการโดยรวม และทั้ง 3 ด้าน ต่ำด้วย

สำหรับความต้องการทางด้านจิตวิญญาณกับการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ ด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งนอกเหนือตน มีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับปานกลาง ($r = .676$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณโดยรวมในระดับปานกลาง ($r = .588$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณกับการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ ด้านการมีความหวัง มีความสัมพันธ์กันในทางบวกในระดับสูงมาก ($r = .917$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และยังพบว่ามีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณโดยรวม และด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิตในระดับปานกลาง ($r = .528$, และ $.393$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) นั่นคือ ถ้าญาติผู้ป่วยวิกฤตมีความต้องการด้านการมีความหวังสูง ก็จะมีการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการโดยรวม ด้านการมีความหวัง และด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิตสูง ในกรณีที่ญาติมีความต้องการด้านการมีความหวังต่ำ ก็จะมีการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการโดยรวม ด้านการมีความหวัง และด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิตต่ำด้วย

ตาราง 15 ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ และการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณจำแนกเป็น โดยรวม และรายด้าน โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ	การปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ			
	โดยรวม	1. ด้านการมีความหมาย และเป้าหมายในชีวิต	2. ด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งนอกเหนือตน	3. ด้านการมีความหวัง
โดยรวม	.765*** (p =.000)	.492*** (p =.000)	.647*** (p =.000)	.475*** (p =.000)
รายด้าน				
1. ด้านการมีความหมาย และเป้าหมายในชีวิต	.624*** (p =.000)	.756*** (p =.000)	.346** (p =.001)	.357** (p =.001)
2. ด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งนอกเหนือตน	.588*** (p =.000)	.204 (p =.061)	.676*** (p =.000)	.169 (p =.121)
3. ด้านการมีความหวัง	.528*** (p =.000)	.393*** (p =.000)	.165 (p =.131)	.917*** (p =.000)

** p< .01, *** P< .001

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ในสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ที่การปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณโดยรวมเป็นตัวแปรตาม และให้ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ ทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต ด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งนอกเหนือตน และด้านการมีความหวัง เป็นตัวแปรอิสระ พบว่าความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ ทั้ง 3 ด้าน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ โดยรวม ($\beta = .376, .402, \text{ และ } .295$ ตามลำดับ, $p < .001$) โดยสามารถร่วมอธิบายความแปรปรวนของการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ โดยรวม ได้ร้อยละ 62.7 ($R^2 = .627$) (ดังตาราง 16) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีความต้องการทางด้านจิตวิญญาณในด้านใดด้านหนึ่ง (จาก 3 ด้าน) มาก มีแนวโน้มที่จะมีการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณโดยรวมมาก แต่เมื่อพิจารณาในแต่ละด้าน พบว่า

ความต้องการด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต สามารถอธิบายความแปรปรวนของการปฏิบัติเพื่อตอบสนองของความต้องการทางด้านจิตวิญญาณโดยรวมได้สูงที่สุด คือ ร้อยละ 39 (R^2 change = .390)

ตาราง 16 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวแปรที่สามารถทำนาย กับการปฏิบัติเพื่อตอบสนองของความต้องการทางด้านจิตวิญญาณโดยรวม

ตัวทำนาย	Beta	R ² change	Total R ²	t
ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ				
1. ด้านการมีความหมาย และเป้าหมายในชีวิต	.376	.390	.390	4.912***
2. ด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งนอกเหนือตน	.402	.165	.554	5.578***
3. ด้านการมีความหวัง	.295	.037	.627	3.986***

*** $p < .001$

4.2 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ และการปฏิบัติเพื่อตอบสนองของความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายชื่อ โดยใช้วิธีการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank-order correlation coefficient: r_s) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พบว่า

ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณในทุกข้อ ($r_s = .249 - .983$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05 - .001$) (ยกเว้นข้อ 17, ดังตาราง 17) นั่นคือ เมื่อญาติมีความต้องการในกิจกรรมข้อใดสูง ญาติก็จะมี การปฏิบัติในกิจกรรมข้อนั้นสูง ถ้าญาติมีความต้องการในกิจกรรมข้อใดต่ำ ญาติก็จะมี การปฏิบัติในกิจกรรมข้อนั้นต่ำ สำหรับข้อ 17 ที่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างระดับความต้องการและการปฏิบัติเพื่อตอบสนองของความต้องการ ($r_s = .077$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) นั่นคือ แม้ญาติจะมีความต้องการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยทันทีเมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวหรือตื่น แต่ก็พบว่าไม่ได้เข้าเยี่ยมตาม ที่ญาติต้องการ

เมื่อพิจารณารายละเอียดถึงความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการและการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่างด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต พบว่า มีข้อที่มีความสัมพันธ์ในระดับสูงมาก [$r_s > .9$ (ชูศรี, 2541)] คือ ข้อ 13 การภาวนาให้บุคคลอื่นมีความสุขพ้นจากทุกข์ ($r_s = .951, p < .001$) มีความสัมพันธ์ในระดับสูง [$.7 \leq r_s \leq .9$

(ชูศรี, 2541)] คือ ข้อ 3, 4, และ 12 ($r_s = .785, .838, \text{ และ } .874, p < .001$) และมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง [$.3 \leq r_s < .7$ (ชูศรี, 2541)] คือ ข้อ 1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 (r_s มีค่าระหว่าง $.347 - .608, p < .001$) ซึ่งหมายความว่า ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณในด้านนี้กลุ่มตัวอย่างได้มีการปฏิบัติเพื่อตอบสนองของความต้องการในแต่ละข้อสอดคล้องกัน (มีความสัมพันธ์ทางบวก) ในระดับปานกลางถึงสูงมาก

สำหรับด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งนอกเหนือตน พบว่า ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณและการปฏิบัติเพื่อตอบสนองของความต้องการทางด้านจิตวิญญาณในด้านนี้มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงมาก 3 ข้อ คือ ข้อ 27, 38, 39 (มีค่า $r_s = .933, .905, .916$ ตามลำดับ, $p < .001$) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง 10 ข้อ คือ ข้อ 14, 15, 19, 23, 26, 28, 32, 40, 42, 44 (มีค่า r_s อยู่ระหว่าง $.707 - .865, p < .001$) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง 15 ข้อ คือ ข้อ 18, 20, 21, 22, 24, 25, 29, 30, 31, 33, 34, 35, 37, 41 (มีค่า r_s อยู่ระหว่าง $.344 - .697, p < .001$), และข้อ 36 (มีค่า $r_s = .308, p < .01$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ [$0 < r_s < .3$ (ชูศรี, 2541)] 3 ข้อ คือ ข้อ 16 ($r_s = .285, p < .01$), ข้อ 43 ($r_s = .273, p < .05$), และข้อ 45 ($r_s = .249, p < .05$) สำหรับข้อ 17 ที่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างระดับความต้องการและการปฏิบัติเพื่อตอบสนองของความต้องการ ($r_s = .077$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

สำหรับความต้องการทางจิตวิญญาณด้านการมีความหวัง พบว่า ความต้องการและการปฏิบัติเพื่อตอบสนองของความต้องการด้านการมีความหวัง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงมาก 3 ข้อ คือ ข้อ 46, 49, 50 (มีค่า $r_s = .983, .963, .922$ ตามลำดับ, $p < .001$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง 2 ข้อ คือ ข้อ 47 และ 48 (มีค่า $r_s = .721, .890$ ตามลำดับ, $p < .001$) ซึ่งหมายความว่า ความต้องการทางจิตวิญญาณในด้านนี้กลุ่มตัวอย่างได้มีการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการในแต่ละข้อสอดคล้องกัน (มีความสัมพันธ์ทางบวก) ในระดับสูงถึงสูงมาก

ตาราง 17 จำนวน ร้อยละ และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน ระหว่างความต้องการ
ทางด้านจิตวิญญาณและการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ
ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นรายชื่อ

ลำดับ ข้อ	กิจกรรม	ความต้องการ			การปฏิบัติ			r _s
		มาก	น้อย	ไม่ ต้องการ	ทุกครั้ง	บางครั้ง	ไม่ได้ ปฏิบัติ	
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
1	ด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต การทำจิตใจให้สงบ ไม่ยุ่งวุ่นวาย	72 (84.7)	9 (10.6)	4 (4.7)	47 (55.3)	19 (22.4)	19 (22.4)	.347***
2	การทำให้อารมณ์ดีมีความสุข โดยการทำประโยชน์แก่ ตนเอง และบุคคลรอบข้าง	66 (77.6)	19 (22.4)	-	54 (63.5)	30 (35.3)	1 (1.2)	.577***
3	การทบทวนและค้นหาความหมายในชีวิตจาก ประสบการณ์ต่างๆ ที่ผ่านมา	60 (70.6)	20 (23.5)	5 (5.9)	62 (72.9)	16 (18.8)	7 (8.2)	.785***
4	การเข้าใจถึงเป้าหมายชีวิต และการวางเป้าหมาย ชีวิต	66 (77.6)	18 (21.2)	1 (1.2)	60 (70.6)	23 (27.1)	2 (2.4)	.838***
5	การมุ่งมั่น พยายาม ทำให้เป้าหมายชีวิตประสบ ผลตามความตั้งใจ	71 (83.5)	14 (16.5)	-	59 (69.4)	25 (29.4)	1 (1.2)	.541***
6	การทำความเข้าใจ และยอมรับธรรมชาติของชีวิต ที่ต้องมี การเกิด การแก่ การเจ็บป่วย การตาย และความไม่แน่นอน	81 (95.3)	4 (4.7)	-	71 (83.5)	12 (14.1)	2 (2.4)	.510***
7	การดำเนินชีวิตตามแนวทางที่เลือก	77 (90.6)	8 (9.4)	-	60 (70.6)	20 (23.5)	5 (5.9)	.479***
8	การไม่ทำร้ายหรือเบียดเบียนตนเอง และผู้อื่น	83 (97.6)	2 (2.4)	-	82 (96.5)	3 (3.5)	-	.391***
9	การปฏิบัติ ตามหลักศาสนาอย่างเคร่งครัด	48 (56.5)	37 (43.5)	-	32 (37.6)	53 (62.4)	-	.584***
10	การทำบุญ สร้างกุศล การบริจาคทาน เพื่อช่วยให้ ชีวิตพบในสิ่งที่ดี	61 (71.8)	24 (28.2)	-	51 (60.0)	34 (40.0)	-	.608***
11	การมีความพึงพอใจในชีวิต และการทำใจยอมรับ ความเป็นอยู่ในปัจจุบัน	78 (91.8)	7 (8.2)	-	68 (80.0)	17 (20.0)	-	.492***
12	การภาวนาให้ตนเองมีสุขภาพดี ปราศจากโรค	72 (84.7)	9 (10.6)	4 (4.7)	73 (85.9)	8 (9.4)	4 (4.7)	.874***
13	การภาวนาให้บุคคลอื่นมีความสุข หันจากทุกข์	61 (71.8)	20 (23.5)	4 (4.7)	59 (69.4)	22 (25.9)	4 (4.7)	.951***
	ด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งนอกเหนือตน <u>การให้ความรัก ให้อภัย และให้อภัย โดยไม่มี เงื่อนไข</u>							
14	การบอกหรือแสดงให้ผู้ป่วยรู้ว่าท่านรัก ห่วงใย เชื่ออาทรและต้องการช่วยเหลือเขาอย่างจริงจัง โดยการสนทนา โอบอุ้ม การสัมผัสอย่างอ่อนโยน ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เป็นต้น	81 (95.3)	3 (3.5)	1 (1.2)	78 (91.8)	6 (7.1)	1 (1.2)	.749***
15	การบอกหรือแสดงให้ผู้ป่วยทราบว่า ผู้ป่วย มีความหมาย และมีความสำคัญต่อท่าน	81 (95.3)	1 (1.2)	3 (3.5)	77 (90.6)	2 (2.4)	6 (7.1)	.707***

***p<.001

ตาราง 17 (ต่อ)

ลำดับ ข้อ	กิจกรรม	ความต้องการ			การปฏิบัติ			r _s
		มาก	น้อย	ไม่ ต้องการ	ทุกครั้ง	บางครั้ง	ไม่ได้ ปฏิบัติ	
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
16	การช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความสบายไม่เจ็บปวด ทุกข์ทรมาน	82 (96.5)	2 (2.4)	1 (1.2)	43 (50.6)	24 (28.2)	18 (21.2)	.285**
17	การเข้าเยี่ยมผู้ป่วยทันทีเมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวหรือตื่น	70 (82.4)	14 (16.5)	1 (1.2)	25 (29.4)	59 (69.4)	1 (1.2)	.077
18	การให้ออกซิเจนหรือให้อาหารหรือเครื่องดื่มแก่ผู้ป่วย	41 (48.2)	7 (8.2)	37 (43.5)	28 (32.9)	5 (5.9)	52 (61.2)	.697***
19	การช่วยเหลือทำให้ผู้ป่วยหันหน้าหรือทำตาม เมื่อผู้ป่วย ร้องขอ เช่น ตักบาตร ทำบุญ ให้ทาน สวดมนต์ อ่านคัมภีร์ หรือทำกิจกรรมอื่นๆที่ผู้ป่วย ปรารถนาจะทำ	19 (22.4)	5 (5.9)	61 (71.8)	15 (17.6)	5 (5.9)	65 (76.5)	.881***
20	การทำตนเป็นที่พึ่งพิงของผู้ป่วย เช่น การมี ส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาร่วมกับทีม สุขภาพ	70 (82.4)	14 (16.5)	1 (1.2)	60 (70.6)	24 (28.2)	1 (1.2)	.528***
21	การพูดคุย ให้กำลังใจและปลอบใจผู้ป่วยตลอด เวลาแม้ว่าผู้ป่วยจะ รู้สึกหรือไม่รู้สึกตัวก็ตาม	77 (90.6)	7 (8.2)	1 (1.2)	68 (80.0)	12 (14.1)	5 (5.9)	.542***
22	การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เช่น การเช็ดตัว ปีนขวด ให้อาหาร เป็นต้น	62 (72.9)	11 (12.9)	12 (14.1)	43 (50.6)	17 (20.0)	25 (29.4)	.581***
23	การได้พบผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังรับการรักษาหรือ ตรวจพิเศษ เช่น การผ่าตัด การตรวจคลื่นสมอง เป็นต้น	50 (58.8)	6 (7.1)	29 (34.1)	42 (49.4)	6 (7.1)	37 (43.5)	.806***
24	การนำภาพถ่ายบุคคลหรือครอบครัว หรือ สิ่งของ ที่ผู้ป่วยรัก ผูกพันและคุ้นเคย หรือของที่ใช้ประจำ มาไว้ใกล้ตัวผู้ป่วย	19 (22.4)	4 (4.7)	62 (72.9)	8 (9.4)	2 (2.4)	75 (88.2)	.593***
25	การบอกข่าวแก่บุคคลที่ผู้ป่วย รัก เคารพนับถือ ศรัทธา ให้มาเยี่ยมเพื่อให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย	74 (87.1)	7 (8.2)	4 (4.7)	72 (84.7)	8 (9.4)	5 (5.9)	.630***
26	การนำบุคคลที่ผู้ป่วย รัก เคารพนับถือ ศรัทธา มาเยี่ยมเพื่อให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย	17 (20.0)	5 (5.9)	63 (74.1)	10 (11.8)	3 (3.5)	72 (84.7)	.712***
27	การแสวงหาสิ่งที่ดีๆซึ่งเป็นสิริมงคลมาให้ผู้ป่วย เพื่อเป็นกำลังใจและสนองศรัทธา	8 (9.4)	1 (1.2)	76 (89.4)	6 (7.1)	2 (2.4)	77 (90.6)	.933***
28	การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงออกหรือบอกถึง ความต้องการ <u>ด้านการรับ ความรัก ใจกว้าง และให้อภัย</u>	67 (78.8)	3 (3.5)	15 (17.6)	63 (74.1)	6 (7.1)	16 (18.8)	.864***
29	การระบายความรู้สึกเกี่ยวกับผู้ป่วยกับคนที่ท่าน ไว้ใจ	82 (96.5)	2 (2.4)	1 (1.2)	74 (87.1)	8 (9.4)	3 (3.5)	.344***
30	การได้รับความรักความห่วงใยจากบุคคลรอบข้าง	81 (95.3)	3 (3.5)	1 (1.2)	74 (87.1)	10 (11.8)	1 (1.2)	.590***
31	การขอคำแนะนำ หรือความช่วยเหลือจากบุคคล รอบข้าง	66 (77.6)	17 (20.0)	2 (2.4)	58 (68.2)	22 (25.9)	5 (5.9)	.534***

p<.01, *p<.001

ตาราง 17 (ต่อ)

ลำดับ ข้อ	กิจกรรม	ความต้องการ			การปฏิบัติ			r_s
		มาก	น้อย	ไม่ ต้องการ	ทุกครั้ง	บางครั้ง	ไม่ได้ ปฏิบัติ	
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
32	การขอร้องไห้บุคคลอื่นที่ท่่านเคารพนับถือ ช่วย สวดมนต์ตั้งจิตอธิษฐานขอพร ให้ผู้ป่วย	45 (52.9)	5 (5.9)	35 (41.2)	32 (37.6)	5 (5.9)	48 (56.5)	.732***
33	การขอยกยผู้ป่วยในสิ่งที่ท่่านทำผิดพลาด หรือ บกพร่อง และขอโทษกรรม <u>ด้านความเชื่อ ความศรัทธาในศาสนา</u>	31 (36.5)	4 (4.7)	50 (58.8)	15 (17.6)	2 (2.4)	68 (80.0)	.635***
34	การให้พระ/ขอพร/ถือนวนพระผู้เป็นเจ้าของหรือสิ่ง ศักดิ์สิทธิ์ ให้ช่วย ค้ำครองผู้ป่วยให้ไม่เจ็บปวด และทุกข์ทรมาน	77 (90.6)	7 (8.2)	1 (1.2)	76 (89.4)	5 (5.9)	4 (4.7)	.682***
35	การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา (เช่น ทำบุญ ใส่บาตร สวดมนต์ ทำสมาธิ ทำนมาธ) เพื่อ ตั้งจิตขอความคุ้มครองให้ผู้ป่วยหายป่วย	68 (80.0)	7 (8.2)	10 (11.8)	51 (60)	9 (10.6)	25 (29.4)	.596***
36	การจัดให้มีสิ่งสักการบูชา วัตถุมงคล หรือสิ่งที่ เคารพบูชาที่เชื่อว่าศักดิ์สิทธิ์ไว้ใกล้ผู้ป่วย หรือ ติดตัวผู้ป่วยไว้ตลอดเวลา เพื่อเป็นที่พึ่งทางใจ และรักษาคุ้มครองผู้ป่วย	35 (41.2)	5 (5.9)	45 (52.9)	5 (5.9)	2 (2.4)	78 (91.8)	.308**
37	การนำพระภิกษุ หรือผู้นำทางศาสนามาประกอบ พิธีทางศาสนาในหออภิบาล <u>ความเชื่อในสิ่งอื่นที่อยู่นอกเหนือความนึกคิดใน ทางศาสนา</u>	13 (15.3)	6 (7.1)	66 (77.6)	2 (2.4)	1 (1.2)	82 (96.5)	.353***
38	การตั้งจิตขออำนาจของ บิดา มารดา และ บรรพบุรุษที่ล่วงลับไปแล้วมาช่วยคุ้มครองผู้ป่วย	51 (60.0)	5 (5.9)	29 (34.1)	48 (56.5)	5 (5.9)	32 (37.6)	.905***
39	การปฏิบัติตามความเชื่ออื่นๆ เช่น การบวงสรวง ศักดิ์สิทธิ์ การประพรมน้ำมนต์ศักดิ์สิทธิ์ เป็นต้น เพื่อช่วยให้อาการดีขึ้นหรือหายป่วย	58 (68.2)	4 (4.7)	23 (27.1)	55 (64.7)	2 (2.4)	28 (32.9)	.916***
40	การทำพิธีรักษาโดยหมอทางไสยศาสตร์ เช่น การ ใช้เวทมนต์คาถาขับไล่ผีหรือสิ่งไม่ดีออกจาก ตัวผู้ป่วย เป็นต้น	8 (9.4)	1 (1.2)	76 (89.4)	5 (5.9)	-	80 (94.1)	.736***
41	การให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่แพทย์พื้นบ้าน ที่ท่่านให้ความเชื่อถือ	1 (1.2)	8 (9.4)	76 (89.4)	-	3 (3.5)	82 (96.5)	.548***
42	การทำพิธีขอมาต่อสิ่งมีอำนาจเหนือมนุษย์ เช่น เพวดา พระภูมิเจ้าที่ เจ้าป่า เจ้าเขา บรรพบุรุษ ผู้ล่วงลับไปแล้ว เป็นต้น เพื่อไม่ให้เอาโทษหรือให้โทษ ต่อผู้ป่วย	13 (15.3)	1 (1.2)	71 (83.5)	10 (11.8)	1 (1.2)	74 (87.1)	.865***

p<.01, *p<.001

ตาราง 17 (ต่อ)

ลำดับ ข้อ	กิจกรรม	ความต้องการ			การปฏิบัติ			r _s
		มาก	น้อย	ไม่ ต้องการ	ทุกครั้ง	บางครั้ง	ไม่ได้ ปฏิบัติ	
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
43	การทำพิธีต่ออายุให้กับผู้ป่วย	25 (29.4)	7 (8.2)	53 (62.4)	3 (3.5)	-	82 (96.5)	.273*
44	การทำพิธีทรงเจ้าหรือให้นมอดูทำนายโชคชะตา ของผู้ป่วย	19 (22.4)	10 (11.8)	56 (65.9)	14 (16.5)	2 (2.4)	69 (81.2)	.736***
45	การทำพิธีสะเดาะเคราะห์ให้ผู้ป่วย	22 (25.9)	7 (8.2)	56 (65.9)	3 (3.5)	-	82 (96.5)	.249*
ด้านการมีความหวัง								
46	การอธิษฐานจิตในวิหารที่ห้อยคอหรือที่บ้านเพื่อ ให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น เมื่อมาเยี่ยมผู้ป่วย	61 (71.8)	12 (14.1)	12 (14.1)	60 (70.6)	12 (14.1)	13 (15.3)	.983***
47	การตั้งจิตอธิษฐาน/ภาวนา/ขอพรจากสิ่งสูงสุดที่ ท่านเคารพนับถือช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นใน เร็ววัน หรือมีทางรักษาให้หายได้ และขอให้ท่าน และผู้ป่วยสามารถพ้นฝ่าอุปสรรคหรือภาวะวิกฤต ครั้งนี้ไปได้ด้วยดี	80 (94.1)	2 (2.4)	3 (3.5)	76 (89.4)	3 (3.5)	6 (7.1)	.721***
48	การตั้งจิตอธิษฐานขออำนาจของผลบุญกุศล คุณงามความดีทั้งหลายที่ท่านและ/หรือผู้ป่วยได้ ปฏิบัติมาช่วยคลี่คลายให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น หรือหายป่วย	62 (72.9)	5 (5.9)	18 (21.2)	59 (69.4)	3 (3.5)	23 (27.1)	.890***
49	การสวดมนต์ขอพรจากสิ่งสูงสุดที่ท่านเคารพ นับ ถือช่วยให้ผู้ป่วยจากไปด้วยความสงบ ไม่ ทรมานทรมายและให้พบสิ่งที่ดีถึงความตาย ตาม ความเชื่อทางศาสนาที่ท่านนับถือ (ถ้าผู้ป่วยอยู่ใน วาระสุดท้ายของชีวิต)	36 (42.4)	3 (3.5)	46 (54.1)	36 (42.4)	1 (1.2)	48 (56.5)	.963***
50	การอธิษฐานขอพรจากสิ่งสูงสุดที่ท่านเคารพนับ ถือช่วยให้ผู้ป่วยและท่านได้พบกัน และมีความ สัมพันธ์เช่นนี้อีกในโลกหน้า/ชาติหน้า หรือไปพบ กันและอยู่ร่วมกันในอาณาจักรของพระผู้เป็นเจ้า เมื่อท่านและผู้ป่วยต้องแยกจากกันในชาตินี้ (ถ้าผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต)	41 (48.2)	4 (4.7)	40 (47.1)	39 (45.9)	3 (3.5)	43 (50.6)	.922***

*p<.05, ***p<.001

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลการศึกษิตตามลำดับดังนี้ ลักษณะของญาติและผู้ป่วยวิกฤต ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณและการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ และความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการทางด้านจิตวิญญาณกับการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต

1. ลักษณะของญาติและผู้ป่วยวิกฤต

ลักษณะของญาติที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สอดคล้องกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤตที่ผ่านมาที่พบว่า ญาติใกล้ชิดที่มาให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตในหออภิบาลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (เกลียวพันธ์และคณะ, 2539; จุฑามาศและคณะ, 2536; ธิติมา, วันเพ็ญ, และทิพพพร, 2541; วิมลรัตน์, 2535) และสอดคล้องกับลักษณะสังคมและวัฒนธรรมไทยที่พบว่า เพศหญิง ผู้เป็นภรรยา หรือบุตรสาว จะทำหน้าที่ในการดูแลบุคคลในครอบครัวไม่ว่าจะดูแล สามี บุตร บิดา มารดา หรือสมาชิกในครอบครัวที่ป่วย (รุจา, 2541) ญาติส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสของผู้ป่วย รองลงมาเป็นบุตร สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑามาศและคณะ (2536) ที่พบว่า ญาติผู้ป่วยวิกฤตในหออภิบาลส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสของผู้ป่วย รองลงมาเป็นบุตร กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 92.9 นับถือศาสนาพุทธ มีเพียงร้อยละ 7.1 ที่นับถือศาสนาอิสลาม สอดคล้องกับสัดส่วนของประชากรในจังหวัดนครศรีธรรมราช

ลักษณะของผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 63.5) และอยู่ในวัยสูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ธิติมาและคณะ (2541) ที่พบว่า ผู้ป่วยวิกฤตในหออภิบาลโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 70.9) และอยู่ในวัยสูงอายุและส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคระบบหายใจ และโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งสาเหตุหนึ่งเนื่องจากวัยผู้สูงอายุนี้จะมี การเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายไปในทางเสื่อม เช่น มีความยืดหยุ่นของเนื้อปอด และหลอดเลือดลดลง (วิภาวี, 2537) ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตส่วนใหญ่ได้รับการบำบัดโดยใช้เครื่องช่วยหายใจและไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และญาติส่วนใหญ่รับรู้ว่าผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมาก สอดคล้องกับการศึกษาของนิภาวรรณและจันทร์พร (2541) ที่พบว่า ผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้และญาติรับรู้ว่ามีอาการรุนแรงมาก ญาติส่วนใหญ่มีความคาดหวังว่าผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้น โดยให้เหตุผลว่า มีความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดี เนื่องจากญาติ ใจกว้างใจ เชื่อมมั่นแพทย์และพยาบาลในหออภิบาลว่ามีความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธิติมาและคณะ (2541) ที่พบว่าญาติตระหนักดีว่า

แพทย์และพยาบาลในหออภิบาลมีความรู้ความสามารถในการรักษาผู้ป่วย ประกอบกับญาติอาจมองเห็นว่าอัตรากำลังของพยาบาลต่อผู้ป่วยในหออภิบาลมีมากกว่าหอผู้ป่วยสามัญ คือ พยาบาล 1 คน จะให้ดูแลผู้ป่วย 1-2 คน ในขณะที่ในหอสามัญมีพยาบาลจำนวนน้อย มีผู้ป่วยจำนวนมาก และมีสภาพแออัด นอกจากนี้ในหออภิบาลมีเครื่องช่วยหายใจที่มีประสิทธิภาพกว่าที่มีใช้อยู่ในหอสามัญ และมีอุปกรณ์ช่วยชีวิตที่ทันสมัยอื่นๆอย่างพอเพียงกับจำนวนผู้ป่วยวิกฤต

2. ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณและการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต

เนื่องจากความต้องการทางด้านจิตวิญญาณและการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ เป็นกิจกรรมที่ญาติผู้ป่วยวิกฤตมีความต้องการและญาติก็จะมี การปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการในเรื่องเดียวกัน ผู้วิจัยจึงนำมารวมเป็นประเด็นเดียวกันและอภิปรายไปพร้อมๆกัน เพื่อลดความซ้ำซ้อน ดังจะกล่าวในลำดับต่อไป

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความต้องการทางด้านจิตวิญญาณโดยรวมอยู่ในระดับสูง ส่วนการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อธิบายได้ว่า

การเจ็บป่วยที่รุนแรง และเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นโดยไม่ทราบล่วงหน้า ทำให้ผู้ป่วย และครอบครัวไม่ทันได้เตรียมตัวหรือเตรียมใจให้พร้อม (จวีวรรณ, 2530; จงกลและพรทิพา, 2539; นิภาวรรณและจันทร์พร, 2541) ย่อมก่อให้เกิดความวิตกกังวล และความวิตกกังวลจะเพิ่มมากขึ้น หากการเจ็บป่วยนั้นรุนแรงจนทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาล (นิภาวรรณและจันทร์พร, 2541) ซึ่งสอดคล้องกับความเห็นที่กาเกลโอเน (Gaglione, 1984) กล่าวว่า การเจ็บป่วยของสมาชิกครอบครัวจะก่อให้เกิดความเครียดทั้งแก่ตัวผู้ป่วยเองและส่งผลถึงสมาชิกครอบครัวคนอื่นๆ และโดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตจะทำให้ญาติเกิดความเครียด (Jacono et al, 1990) ซึ่งความเครียดนี้อาจเกิดจากความไม่แน่นอนในอาการเจ็บป่วยของบุคคลอันเป็นที่รัก ความกลัวต่อความตาย ความพิการที่อาจเกิดขึ้น (เกลียวพันธ์และคณะ, 2539) อาจเกิดจากสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยที่ประกอบด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ใช้ในการรักษาและช่วยชีวิตผู้ป่วย สัญญาณและเสียงจากเครื่องมือต่างๆ และจากการได้พบเห็นอาการของผู้ป่วยอื่นๆ จะทำ ญาติเกิดความตระหนก เกิดความหวั่นกลัว (นิภาวรรณและจันทร์พร, 2541; เกลียวพันธ์และคณะ, 2539) จึงเป็นเหตุให้ญาติผู้ป่วยวิกฤตมีความต้องการทางด้านจิตวิญญาณและการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณเด่นชัดขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวที่ว่าคนส่วนมากจะไม่แสดงออกของภาวะจิตวิญญาณจนกระทั่งเกิดภาวะวิกฤตในชีวิตมีการเจ็บป่วยหรืออยู่ในภาวะใกล้

ตาย (ละออบ, 2534; Granstrom, 1985) และรวมถึงญาติหรือบุคคลที่มีความผูกพันกับบุคคลที่อยู่
ในภาวะวิกฤตดังกล่าว (อวยพร, 2534) ภาวะเหล่านี้จะเป็นสิ่งกระตุ้นให้มีการแสดงออกของความ
ต้องการทางด้านจิตวิญญาณที่เด่นชัดขึ้นในด้านต่างๆ และทำให้เป็นแรงผลักดันให้เกิดการปฏิบัติ
เพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณขึ้น แต่อาจด้วยข้อจำกัดต่างๆ ทำให้ญาติยังไม่ได้
ปฏิบัติ ซึ่งผู้วิจัยอภิปรายในแต่ละประเด็นดังต่อไปนี้

1. ด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการทางด้านจิตวิญญาณและการปฏิบัติ
เพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณในด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิตอยู่ใน
ในระดับสูง เนื่องจากความต้องการทางด้านจิตวิญญาณและการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความ
ต้องการทางด้านจิตวิญญาณในด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิตเป็นการปฏิบัติตาม
ความต้องการของบุคคลในส่วนตัวที่เกี่ยวกับตัวตนของตนเอง และบุคคลต้องการหาความหมาย
และเป้าหมายในชีวิตเพื่อเป็นเหตุผลในการยอมรับตนเอง (Highfield, 1992) และเป็นเหตุผลในการ
มีชีวิตอยู่ (Yura & Walsh, 1982 cited in Ross, 1994) โดยการค้นหาความหมายใน
ทุกประสบการณ์ที่พบ (Craven & Hirnle, 2000) แม้ในความเจ็บป่วยและความตาย (Simen,
1985 cited in Ross, 1994) และการมีชีวิตอยู่ตามที่ตนให้คุณค่า (Cohen, 1993 cited in Wright,
1998)

ผลการวิเคราะห์ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณและการปฏิบัติเพื่อตอบสนอง
ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณในด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิตรายข้อ พบว่า
กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 80 ขึ้นไปมีความต้องการดังกล่าวในระดับมากถึง 7 กิจกรรม และมีการปฏิบัติ
เพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณดังกล่าวในระดับทุกครั้ง 4 กิจกรรม ที่เหลืออีก 3
กิจกรรม เพียงร้อยละ 55.3-69.4 ของญาติได้มีการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้าน
จิตวิญญาณในระดับทุกครั้ง (ดังตาราง 10, 14, และ 17) ซึ่งผู้วิจัยอภิปรายในแต่ละกิจกรรมที่เป็น
ลักษณะเด่นของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

การไม่ทำร้ายหรือเบียดเบียนตนเองและผู้อื่น ผลการศึกษา พบว่า ญาติผู้ป่วย
วิกฤตให้ความสำคัญกับการไม่ทำร้ายหรือเบียดเบียนตนเองและผู้อื่นสูงมากเป็นอันดับ 1 คือ กลุ่ม
ตัวอย่างร้อยละ 97.6 มีความต้องการมากและร้อยละ 96.5 มีการปฏิบัติทุกครั้ง อธิบายได้ว่า การ
ไม่ทำร้ายหรือเบียดเบียนตนเองและผู้อื่นเป็นความต้องการพื้นฐานอันก่อให้เกิดความสุขสงบของ
ชีวิต ซึ่งอยู่ในลำดับขั้นที่ 2 ของมาสโลว์ คือ ความต้องการความมั่นคง ปลอดภัย และเมื่อพิจารณา
พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีการนับถือศาสนา คือ นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 92.9 และนับถือ
ศาสนาอิสลาม ร้อยละ 7.1 โดยทั้งสองศาสนานี้มีหลักคำสอนให้ศาสนิกชนประพฤติแต่คุณงาม

ความดีไม่เบียดเบียนผู้อื่น เนื่องจากการอาศัยอยู่ในโลกนี้ต้องอยู่ร่วมกับผู้อื่น ทุกคนล้วนปรารถนาความสุข และแสวงหาความสุข (แสง, 2531) คนที่จะแสวงหาความสุขต้องไม่เบียดเบียนผู้อื่นเพราะการเบียดเบียนผู้อื่นจะทำให้มีผลทำให้ตนเองถูกผู้อื่นเบียดเบียนด้วย นอกจากนี้ศาสนาพุทธสอนให้เข้าใจถึงหลักเหตุผลและสอนให้เชื่อกฎแห่งกรรม (พระธรรมปิฎก, 2542) ศาสนาพุทธถือว่ากรรมหรือการกระทำเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นด้วยเจตนาไม่ว่าจะกรรมดีหรือกรรมชั่วก็ตาม ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามนุษย์มีเจตนาของการกระทำและเจตนาของการกระทำเป็นเครื่องชี้หรือตัดสินว่าการกระทำดีหรือไม่ดี (สิวลี, 2542) เพราะฉะนั้นการที่ญาติมีเจตนาที่จะไม่เบียดเบียนตนเองและผู้อื่นเป็นการกระทำสิ่งที่ดีตามแนวทางศาสนา และนอกจากการไม่เบียดเบียนต่อกันแล้วยังต้องเกื้อกูลต่อกันตามฐานะซึ่งผู้ป่วยและญาติเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดกันมากที่สุด การดูแลและกระทำสิ่งที่ดีต่อกันก็ย่อมก่อให้เกิดบุญและความสุขทางใจ เพราะฉะนั้นญาติจึงมีความต้องการในข้อนี้และให้ความสำคัญระดับมากและจึงเป็นเหตุให้ญาติมีการปฏิบัติทุกครั้งหรือเป็นประจำ

การทำความเข้าใจ และยอมรับธรรมชาติของชีวิตที่ต้องมีการเกิด การแก่ การเจ็บป่วย การตาย และความไม่แน่นอน จากการศึกษาพบว่า ร้อยละ 95.3 ของกลุ่มตัวอย่างมีความต้องการในข้อนี้ระดับมาก และร้อยละ 83.5 มีการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการในระดับทุกครั้ง อธิบายได้ว่า การที่ญาติมาให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่โรงพยาบาลและในหออภิบาล อาจทำให้ญาติได้พบเห็นอาการความเจ็บป่วยของผู้ป่วยคนอื่นๆรวมทั้งอาการของบุคคลอันเป็นที่รักของตนที่ได้รับความไม่สุขสบาย หรือมีความทุกข์ทรมาน ซึ่งแม้จะไม่เกิดกับตนเองแต่ก็ทำให้เห็นสังขารที่ใครๆก็หลีกเลี่ยงไม่ได้ นั่นคือ การเกิด แก่ เจ็บ ตายและความไม่แน่นอน (พุทธทาส, ม.ป.ป.; พระธรรมปิฎก, 2542; สิวลี, 2542) อาจทำให้ญาติเกิดการตระหนักรู้และมีความต้องการที่จะทำความเข้าใจและทำใจยอมรับธรรมชาติของชีวิตที่ต้องมีการเกิด แก่ เจ็บ ตายและความไม่แน่นอน เด่นชัดขึ้น สอดคล้องกับคำกล่าวที่ว่า ความสำนึกในตัวตนของมนุษย์จะช่วยให้มนุษย์คำนึงถึงวงจรการเกิด แก่ เจ็บป่วย และการตาย (ละออง, 2534) นอกจากนี้ศาสนาพุทธ สอนในเรื่องกฎไตรลักษณ์ คือกฎของธรรมชาติประกอบด้วยสภาวะ 3 ประการคือ อนิจจัง (ความไม่เที่ยง) ทุกขัง (ความไม่คงที่) อนัตตา (ความไม่คงตัว) (พุทธทาส, ม.ป.ป.; พระธรรมปิฎก, 2542; สิวลี, 2542) สำหรับผู้นับถือศาสนาอิสลามมีความเชื่อว่า ชีวิตมนุษย์ ความเป็นความตายของมนุษย์เป็นไปตามพระประสงค์ของอัลลอฮ์ (อัลตรัสมาลีย์, 2537; สماعيلนักเรียนเก่าอาหรับ, 2543) เพราะฉะนั้นมุสลิมทุกคนจะตระหนักถึง การเกิด แก่ เจ็บ ตาย และเมื่อมีใครเจ็บป่วยก็ให้คิดว่าเป็นความประสงค์ของอัลลอฮ์จะทำให้ไม่เกิดความทุกข์ใจ และเนื่องจากการที่มีผู้ป่วยวิกฤตเข้ารับการรักษาในหออภิบาลจะทำให้ญาติได้รับผลกระทบทางจิตใจ ญาติสามารถรับรู้ถึงภาวะคุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วยซึ่งเป็นคนที่ตนรักและผูกพันย่อมก่อให้เกิดความเครียด (Gaglione, 1984) รู้สึกเป็นห่วงไม่สบายใจ ดังนั้นญาติจึงสนใจในหลักศาสนามากขึ้นเพื่อเป็นที่พึ่งและเยียวยาจิตใจวิญญาณ

ของตนเอง เพื่อลดความทุกข์โศกจากการเห็นคนที่ตนรักได้รับความทุกข์ทรมาน ซึ่งสอดคล้องกับในหลายการศึกษาที่พบว่า บุคคลจะใช้ศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางจิตใจและเป็นกลวิธีในการเผชิญปัญหาเมื่อประสบกับภาวะวิกฤตในชีวิต (กนกพร, 2540; นุบผา, 2536; Hasse et al, 1987; Reed, 1986) โดยศาสนาสอนให้คนรับทราบถึงความเป็นจริงในชีวิตนั่นคือ การเกิด แก่ เจ็บ ตาย และความไม่แน่นอน เป็นธรรมดาของชีวิต ทุกคนในโลกนี้ไม่มีใครหลีกเลี่ยงหนีได้พ้น เพราะฉะนั้นบุคคลพึงทำความเข้าใจและยอมรับธรรมชาติของชีวิต ถ้าทุกคนยอมรับได้ ก็จะลดความทุกข์ทางใจลงได้

การมีความพึงพอใจในชีวิตและการทำใจยอมรับความเป็นอยู่ในปัจจุบัน จากการศึกษาพบว่า ร้อยละ 91.8 ของกลุ่มตัวอย่างมีความต้องการในข้อนี้ในระดับมาก และร้อยละ 80 มีการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการในระดับทุกครั้ง อธิบายได้ว่า ญาติมีความต้องการข้อนี้สูง อาจเนื่องจาก การที่ญาติไม่สามารถทำอะไรให้ผู้ป่วยหายจากความเจ็บป่วยวิกฤตได้ด้วยตนเองได้ และญาติรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอยู่บนความไม่แน่นอน ซึ่งขึ้นอยู่กับลักษณะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเองและต้องพึ่งการรักษาจากแพทย์ ญาติรับรู้ว่าจะไม่สามารถที่จะควบคุมสถานการณ์ได้ จึงต้องปรับอารมณ์ของตนเพื่อลดความเครียดโดยการทำใจยอมรับ สถานการณ์ในปัจจุบัน ซึ่งลาซารัสและโฟลคแมน (Lazarus & Flokman, 1984) กล่าวว่า การเผชิญความเครียด ไม่มีวิธีการใดวิธีการหนึ่งตายตัว แต่การที่บุคคลจะเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งเน้นอารมณ์นั้นเกิดจากบุคคลได้ประเมินสถานการณ์แล้วว่าไม่สามารถจะเปลี่ยนแปลงแก้ไขหรือควบคุมสถานการณ์ที่เป็นอันตรายหรือคุกคามต่อชีวิตผู้ป่วยได้ จึงพยายามลดหรือบรรเทาความเครียด ความกดดันที่เกิดขึ้นภายในใจลง และหาความพึงพอใจในชีวิตจากการได้ใช้ความพยายามหรือความสามารถเต็มที่แล้วในการดูแลผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยไม่ดีขึ้นก็ต้องยอมรับว่าตนเองทำดีที่สุดแล้วเป็นการทำให้จิตใจรู้สึกดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ประไพ, มาลี, และกิตติกร (2541) ที่ศึกษาถึงความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล พบว่า การเผชิญความเครียดที่ญาติใช้มากที่สุดคือ การยอมรับสถานการณ์ตามความเป็นจริง และจากการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และอยู่ในวัยกลางคน จะทำให้ญาติมีวุฒิทางอารมณ์มั่นคงมากขึ้น เนื่องจากมีประสบการณ์การเรียนรู้ ที่จะแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการที่ผ่านเหตุการณ์ต่างๆในชีวิตมานาน ทำให้มีความสามารถในการคิดไตร่ตรอง และพิจารณาเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดได้ดีขึ้น (Lazarus & Flokman, 1984) สอดคล้องกับการศึกษาของสุริภรณ์ (2542) เกี่ยวกับการศึกษาภาวะสุขภาพจิตและวิธีเผชิญปัญหาของสตรีวัยกลางคนในชุมชนเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น พบว่า สตรีวัยกลางคนใช้การเผชิญปัญหาโดยการยอมรับความจริงตามสภาพปัญหามากที่สุด

ในบุคคลนับถือศาสนา พบว่าบุคคลจะนำศาสนาเข้ามาเกี่ยวข้องจิตใจ (สายพิน, 2539; Reed, 1986) เนื่องจาก พระพุทธศาสนาสอนให้คนมีความพึงพอใจในสิ่งที่มีอยู่ โดยสอนให้

คนเข้าใจถึงเหตุ ปัจจัย และผลที่จะตามมา เนื่องจากเหตุปัจจัยของแต่ละคนนั้นแตกต่างกันจะมีผลเหมือนกันย่อมไม่ได้ เพราะฉะนั้นญาติจึงมีความต้องการมีความพึงพอใจในชีวิตและสามารถทำใจยอมรับ เหตุ ปัจจัย และผลที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน เพื่อให้ตนเองลดความทุกข์ทางใจลงได้ สำหรับศาสนา อิสลาม มุสลิมเชื่อว่าทุกสิ่งทุกอย่างที่เกิดขึ้นเป็นความประสงค์ของพระผู้เป็นเจ้า การเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมานเป็นสิ่งที่ช่วยให้มนุษย์ได้ใช้โทษบาปหรือทำให้มนุษย์หันมลาทิน แต่มองว่าเป็นสิ่งที่ต้องได้รับการดูแลรักษา ศาสดาทั้งหลายได้กล่าวไว้ว่า "จงพยายามแสวงหาการรักษาบำบัด พระเจ้าทรงสร้างวิธีการรักษาโรคภัยไข้เจ็บให้มนุษย์เช่นเดียวกับที่ทรงสร้างความรู้เจ็บป่วย" (สิวลี, 2542) เพราะฉะนั้นมุสลิม จึงต้องใช้ความเชื่อทางศาสนามาเยี่ยวยาจิตใจลดความทุกข์จากการที่มีคนที่ตนเองรักป่วยถึงขั้นวิกฤต

การดำเนินชีวิตตามแนวทางที่เลือก จากการศึกษา พบว่า ร้อยละ 90.6 ของกลุ่มตัวอย่างมีความต้องการดำเนินชีวิตตามแนวทางที่เลือกในระดับมาก และร้อยละ 70.6 มีการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการในระดับทุกครั้ง อธิบายได้ว่า การเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นโดยไม่ทราบล่วงหน้า ผู้ป่วยและญาติไม่มีเวลาเตรียมตัว ในการพบกับเหตุการณ์เช่นนี้จึงก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ป่วยและญาติ และมีผลกระทบต่อครอบครัว (Gaglione, 1984) ณ จุดนี้อาจทำให้ญาติต้องหยุดดำเนินชีวิตตามปกติไปชั่วคราว เพื่อมาให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤต และอาจต้องปรับบทบาทของตนใหม่ขณะที่ผู้ป่วยไม่สามารถแสดงบทบาทได้ นอกจากนี้การป่วยวิกฤตจะมีผลกระทบต่อเป้าหมายของญาติและผู้ป่วย และอาจมีผลกระทบต่อเป้าหมายของครอบครัว เพราะฉะนั้นในสถานการณ์นี้ญาติจะเกิดคำถามกับตนเองว่า ถ้าผู้ป่วยเป็นอะไรไป คือ เสียชีวิต หรือมีความพิการ ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ หรือ ต้องได้รับการดูแลตลอด ความเป็นอยู่ในครอบครัวจะเป็นอย่างไร เป้าหมายที่ตนวางไว้หรือเป้าหมายของครอบครัวที่วางไว้ ก็ต้องปรับใหม่ ญาติอาจเกิดความรู้สึกขัดแย้งในบทบาทที่ตนเองต้องรับ หรือเป้าหมายที่ต้องเปลี่ยนไป ญาติจะรู้สึกถึงการต้องดำเนินชีวิตตามที่ตนไม่ได้เลือก หรือดำเนินชีวิตตามสถานการณ์ที่บังคับ ทำให้ญาติมีความรู้สึกต้องการดำเนินชีวิตตามแนวทางที่เลือกเด่นชัดขึ้น และเมื่อรู้สึกเช่นนี้ญาติก็จะมีการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการ โดยใช้การเผชิญปัญหาหรือเผชิญความเครียด ซึ่งลาซารัสและโฟลคแมน (Lazarus & Folkman, 1984) กล่าวว่า บุคคลจะใช้การเผชิญปัญหา 2 แบบ คือ (1) แบบมุ่งแก้ปัญหา โดยใช้กระบวนการแก้ปัญหาในการตัดสินใจเลือกวิธีที่จะจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้แก่ การหาข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ยอมรับความจริงตามสภาพปัญหา การปรึกษาปัญหาและขอความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวและจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง ฯลฯ และเมื่อญาติประเมินแล้วว่า ไม่สามารถปรับเปลี่ยนสถานการณ์ที่เป็นสาเหตุทำให้เครียดได้ ญาติก็จะต้องใช้การเผชิญปัญหาแบบที่ (2) คือ แบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ ซึ่งเป็นกระบวนการทางความคิดและพฤติกรรมต่างๆที่บุคคลใช้ในการลด บรรเทา ความไม่สบายใจ โดยการปรับอารมณ์

การทำจิตใจให้สงบ ไม่วุ่นวาย เป็นกิจกรรมหนึ่งที่ญาติส่วนใหญ่ ร้อยละ 84.7 มีความต้องการในระดับมาก แต่มีร้อยละ 55.3 เท่านั้น ที่สามารถปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการในระดับทุกครั้ง ทั้งนี้ด้วยเหตุผลบางประการ อธิบายได้ว่า หออภิบาลเป็นสัญลักษณ์ของการเจ็บป่วยที่อาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต (เกลียวพันธ์และคณะ, 2539) ก่อให้เกิดความวิตกกังวลในความเจ็บป่วยของบุคคลอันเป็นที่รักญาติจึงเกิดความเครียด และทำให้จิตใจมีความกระวนกระวาย ไม่สงบ ซึ่งชอลดา (2536) ได้สรุปสาเหตุของความเครียดของญาติในหออภิบาลไว้ว่า ความเครียดเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุด้วยกัน เช่น จากการขาดความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับเครื่องมือเครื่องใช้หรืออุปกรณ์ต่างๆ การไม่ได้รับข่าวสารที่กระจ่างชัด การคาดการณ์ล่วงหน้าเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ความคับข้องใจในกฎระเบียบของหอผู้ป่วย การสูญเสียทางสังคมและเศรษฐกิจ การอยู่ท่ามกลางความเป็นความตายของผู้ป่วยซึ่งเป็นญาติของตนและของญาติผู้ป่วยอื่นๆ ตลอดจนท่าทีของบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยล้วนเป็นสิ่งสำคัญที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ทั้งสิ้น นอกจากนี้ญาติอาจกลัวว่าจะไม่สามารถดำเนินชีวิตไปสู่จุดมุ่งหมายที่ตนและผู้ป่วยได้วางไว้ จึงทำให้เกิดการสูญเสียอำนาจแห่งตน ทำให้มีการแสดงออกถึงความว่าวุ่น สับสน กลัว หดงำลังใจ ทำให้เกิดความรู้สึกว่าชีวิตไม่มีความหมาย รู้สึกสิ้นหวัง และไม่สามารถควบคุมตนเองได้ (Hoeman, 1996) ซึ่งระดับความเครียดของญาติจะขึ้นอยู่กับลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวและบทบาทที่ต้องพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน (ชอลดา, 2536)

อย่างไรก็ตามพบว่า มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 4.7 ให้ข้อมูลว่ายังไม่มีความต้องการ และร้อยละ 22.4 ยังไม่ได้ปฏิบัติ แสดงว่าญาติยังมีจิตใจที่ไม่สงบ และมีจิตใจวุ่นวายเพราะอยู่ในระยะแรกๆ ซึ่งจากการสอบถามญาติให้ข้อมูลว่า ยังไม่ได้คิดถึงเรื่องนี้เพราะมัวแต่วิตกกังวลเกี่ยวกับผู้ป่วยและรู้สึกใจเป็นทุกข์มาก ซึ่งจากการแบ่งระยะการตอบสนองต่อภาวะวิกฤตของเอ็กเวลอร่าและเมสสิก (Aquilera & Messick, 1982) พบว่ามี 4 ระยะคือ (1) ระยะช็อค (2) ระยะถอยหนี (3) ระยะยอมรับ และ (4) ระยะปรับตัวหรือเริ่มเข้าสู่สภาพเดิม สามารถนำมาอธิบายได้ว่า ญาติอาจยังอยู่ในภาวะช็อคหรือระยะสับสน ซึ่งใน 2 ระยะนี้ญาติจะรับรู้ถึงผลกระทบจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น มีทั้งความรู้สึกโกรธและรู้สึกสิ้นหวัง เกิดความรู้สึกขัดแย้ง ระยะนี้ญาติจะมีความวิตกกังวลสูง อาจต้องใช้เวลาหลายวัน แต่เมื่อญาติสามารถผ่าน 2 ระยะนี้ไปได้ญาติก็จะเข้าสู่ระยะยอมรับ และระยะปรับตัว ญาติจะสามารถแก้ปัญหาและปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ โดยรับรู้ถึงความเครียดใช้กลไกการเผชิญความเครียด นั่นคือการหาวิธีผ่อนคลายความเครียด โดยการทำให้จิตใจสงบ ไม่วุ่นวาย โดยวิธีการต่างๆที่ญาติอาจเคยใช้และได้ผลมาแล้ว ซึ่งจากการศึกษานี้ผู้วิจัยได้สอบถามถึงวิธีการทำจิตใจให้สงบของญาติรายอื่นๆพบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้หลากหลายวิธี ได้แก่ การฟังสิ่งศักดิ์/ขอพรต่ออัลลอฮ์ ขอให้ผู้ป่วยหายหรือมีอาการดีขึ้น การสวดมนต์/ทำนมาซ ปรับความคิดโดยคิดว่าอะไรจะเกิดก็เกิด การปลง หักใจไม่คิด หลีกเลียงจากบุคคลอื่นเพื่อหาสถานที่เงียบๆสงบใจ หรือใช้

การเบี่ยงเบนความสนใจโดยการ คิดในเรื่องที่ทำให้สบายใจ ฟังเพลงหรือทำอะไรก็ได้ให้เพลินๆ ไม่คิดถึงเรื่องผู้ป่วย และโดยการให้เวลาในการดูแลผู้ป่วยให้เต็มที่เท่าที่สามารถทำได้ ซึ่งวิธีการทั้งหมดที่กล่าวมา จัดว่าเป็นการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์

การภาวนาให้ตนเองมีสุขภาพดี ปราศจากโรค ผลการวิจัย พบว่า ญาติมีความต้องการในข้อนี้ในระดับมาก ร้อยละ 84.7 และมีการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการในระดับทุกครั้ง ร้อยละ 85.9 การที่ญาติมีความต้องการในข้อนี้ แสดงว่า ญาติให้ความหมายหรือให้ความสำคัญกับภาวะสุขภาพดี ซึ่งการมีสุขภาพดีในความหมายของนักวิชาการแล้วการมีสุขภาพดี หมายถึงมีสุขภาพที่สมบูรณ์ใน 4 มิติ คือ สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ สำหรับสุขภาพทางจิตวิญญาณของบุคคลจะมีความสำคัญมากกว่าด้านอื่นๆ คือจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพอีก 3 มิติ (ประเวศ, 2543) สำหรับความต้องการในข้อนี้สามารถอธิบายได้ว่าการมาเยี่ยมหรือให้การดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลอาจทำให้ญาติได้พบเห็นถึงอาการป่วย ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่เป็นญาติของตนเองและของคนอื่นๆ และอาจเก็บมาคิดพิจารณาว่าถ้าเกิดกับตนเองแล้วจะเป็นอย่างไร อาจจะมี ความทุกข์ทรมานเช่นกัน ทำให้ญาติอยากหลีกเลี่ยงภาวะเช่นนั้นโดยยึดเอาศาสนาเป็นที่พึ่ง ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นของแสง (2531) ที่กล่าวว่า ในเหตุผลของการนับถือศาสนาหรือรับเอาศาสนาเป็นที่พึ่ง ก็เพื่อตอบสนองความต้องการความสมบูรณ์ของมนุษย์ เนื่องจากมนุษย์รู้ว่าชีวิตของตนเป็นสิ่งไม่สมบูรณ์ เต็มไปด้วยความบกพร่องต่างๆ ต้องแก้ ต้องเจ็บป่วยจากโรคภัยเบียดเบียน และต้องตาย ไม่มีอะไรในโลกนี้ที่จะสามารถตอบสนองความต้องการอันนี้ของมนุษย์ได้นอกจากศาสนา เพราะศาสนามีความสมบูรณ์สำเร็จรูปไว้ตอบสนองความต้องการของมนุษย์ที่เรียกว่า สวรรค์บ้าง นิพพานบ้าง ตามสมมุติบัญญัติของแต่ละศาสนา แต่ก็มีลักษณะเป็นสิ่งประเสริฐ สมบูรณ์ เทียงแท้ แน่นนอน เช่นเดียวกัน ดังนั้นในยามประสบกับภาวะวิกฤตเช่นนี้ ญาติจึงหันหน้าพึ่งสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทางศาสนาโดยการภาวนาขอต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์ขอให้ตนมีสุขภาพดีปราศจากโรคภัยมาเบียดเบียน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนอร์ธเฮาส์ (Northouse, 1989) ที่พบว่า การปฏิบัติตามหลักศาสนาเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยให้บุคคลเผชิญความเครียดจากการเจ็บป่วยได้ดี และนอกจากนี้ในศาสนาพุทธ พบว่า มีบทสวดแผ่เมตตาแก่ตนเอง ซึ่งเป็นการสวดหลังจากการสวดมนต์ประจำวัน เป็นการภาวนาขอให้ตนเองมีความสุข ปราศจากทุกข์ ปราศจากเวร ปราศจากอุปสรรคอันตรายทั้งปวง ปราศจากความทุกข์กายทุกข์ใจ และให้มีมีความสุขกายสุขใจ รักษาตนให้พ้นจากทุกข์ภัยทั้งสิ้น (พระราชสุทธานวมงคล, ม.ป.ป.) และในศาสนาอิสลาม สิ่งที่ชาวมุสลิมจะปฏิบัติสม่ำเสมอก็คือการสวดมนต์ หรือที่เรียกว่า ละหมาด หรือ นมาซ โดยจะต้องทำวันละ 5 เวลา สาระของการละหมาดประการหนึ่ง คือ การแสดงออกถึงความเคารพและกตัญญูในพระอัลลอฮ์ และอีกประการหนึ่งเป็นการร้องขอหรืออ้อนวอนต่อพระอัลลอฮ์ (ฉัตรสุมาลย์, 2537) เนื่องจากมุสลิมเชื่อว่า ชีวิตมนุษย์ ความเป็นความตายเป็นไปตาม

พระประสงค์ของอัลลอฮ์ (สิวลี, 2542) การภาวนาขอให้ตนมีสุขภาพดีนี้ ญาติอาจมีความต้องการมากขึ้นกว่าปกติ อาจเนื่องจาก ญาติสามารถรับรู้ได้ถึงผลกระทบต่อตนเอง ต่อผู้ป่วย และต่อครอบครัว ญาติจะไม่ต้องการให้ตนเองต้องป่วยอีกคน เนื่องจากจะทำให้ครอบครัวประสบปัญหามากขึ้น และก็จะทำให้ตนเองไม่สามารถให้การดูแลแก่ผู้ป่วยวิกฤตได้

การมุ่งมั่น พยายาม ทำให้เป้าหมายชีวิตประสบผลตามความตั้งใจ ผลการศึกษา พบว่า ญาติมีความต้องการในข้อนี้ระดับมาก ร้อยละ 83.5 ระดับน้อย ร้อยละ 16.5 และมีการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการในระดับทุกครั้ง ร้อยละ 69.4 บางครั้งร้อยละ 29.4 ไม่ได้ปฏิบัติร้อยละ 1.2 เมื่อพิจารณาช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่างประกอบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยกลางคนและมีครอบครัวแล้ว ซึ่งผ่านประสบการณ์ต่างๆในชีวิตมามาก รวมทั้งการมีส่วนร่วมในการเป็นผู้นำครอบครัว อาจเคยตั้งเป้าหมายในชีวิตมาแล้วและอาจเคยประสบกับความสำเร็จดังที่ได้ตั้งเป้าหมายไว้ จึงสามารถเข้าใจในความสามารถของตนสามารถที่จะปกป้องถึงความต้องการ การ มุ่งมั่น พยายาม ทำให้เป้าหมายชีวิตประสบผลตามความตั้งใจ ซึ่งเมื่อบุคคลกำหนดเป้าหมายหรือให้ความหมายในสิ่งหนึ่งสิ่งใดบุคคลก็มีความต้องการที่จะบรรลุถึงความสำเร็จในเป้าหมายนั้น โดยบุคคลต้องมีการกระทำ ต้องพยายามทำในสิ่งที่ตนให้ความหมาย นั่นคือ ต้องมีความมุ่งมั่น พยายามทำให้เป้าหมายประสบกับความสำเร็จเพื่อเป็นเหตุผลในการยอมรับและไว้วางใจในตนเอง แสดงออกซึ่งความพึงพอใจในชีวิต และความหวังต่อไปในอนาคต (Craven & Hirnle, 2000) สำหรับในขณะที่มีผู้ป่วยวิกฤตเข้ารับการรักษาในหออภิบาล ญาติอาจต้องการคงเป้าหมายในชีวิตไว้ จึงมีความต้องการที่จะมุ่งมั่นพยายามที่จะทำให้เป้าหมายชีวิตที่วางไว้ประสบผลตามความตั้งใจ

2. ด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งนอกเหนือตน

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการทางด้านจิตวิญญาณและการปฏิบัติ เพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งนอกเหนือตนสูงอยู่ในระดับปานกลาง ในลักษณะที่ต้องการให้ และรับความรักไว้วางใจ และการอภัย โดยไม่มีเงื่อนไข จากบุคคลอื่น สิ่งสูงสุด และ/หรือสิ่งนอกเหนือตนตามความศรัทธา/ความเชื่อของญาติ ซึ่งได้แก่ ผู้ป่วย ผู้ใกล้ชิด บุคคลที่เกี่ยวข้อง พระผู้เป็นเจ้า และสิ่งมีอำนาจนอกเหนือตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับที่ มาสโลว์ (Maslow, 1970 อ้างตาม สุรรัตน์, 2541) กล่าวว่า บุคคลมีความต้องการที่จะได้รับความรักและความเป็นเจ้าของ ต้องการสร้างสัมพันธภาพและเป็นที่ยอมรับจากผู้อื่น ต้องการเพื่อน ต้องการคนรัก โดยมาสโลว์เห็นว่า ความต้องการความรักนั้นต้องมีทั้งลักษณะของการให้ความรักผู้อื่นและการรู้จักรับความรักจากผู้อื่นด้วย การได้รับความรักและการยอมรับจากผู้อื่นจะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ทำให้เกิดความนับถือใน

ตนเอง และมีความเชื่อมั่นในตนเอง เพราะฉะนั้นไม่ว่าจะเป็นตัวญาติเองหรือผู้ป่วยก็ย่อมมีความต้องการสิ่งนี้ จากผลการศึกษานี้ผู้วิจัยจะอภิปรายในแต่ละประเด็น ที่เป็นข้อค้นพบสำคัญ ดังนี้

การให้ความรัก ว่างใจ และให้โอกาสโดยไม่มีเงื่อนไข ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการเกี่ยวกับ การช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายไม่เจ็บปวดทุกข์ทรมาน การบอกหรือแสดงให้ผู้ป่วยรู้ว่าญาติรักห่วงใยเชื้ออาหารและต้องการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างจริงจัง โดยการสนทนา โอบอุ้ม การสัมผัสอย่างอ่อนโยน ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเป็นต้น การบอกหรือแสดงให้ผู้ป่วยทราบว่าผู้ป่วยมีความหมายและมีความสำคัญต่อญาติ การพูดคุยให้กำลังใจ และปลอบใจผู้ป่วยตลอดเวลาแม้ว่าผู้ป่วยจะรู้สึกหรือไม่รู้สึกตัวก็ตาม การบอกข่าวแก่บุคคลที่ผู้ป่วยรัก เคารพ นับถือ ศรัทธา ให้มาเยี่ยมเพื่อให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย การเข้าเยี่ยมผู้ป่วยทันทีเมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวหรือตื่น และการทำตนเป็นที่พึ่งพิงของผู้ป่วย เช่น การมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา ร่วมกับทีมสุขภาพ (ดังตาราง 10) สามารถอธิบายได้ดังนี้ ในบุคคลที่มีความผูกพันกันก็ย่อมที่จะต้องการแสดงออกถึงความรัก ความห่วงใย ความปรารถนาดีที่มีต่อกัน ซึ่งแสง (2531) กล่าวว่า เป็นความต้องการสิ่งที่ดี โดยการกระทำสิ่งดีต่อบุคคล เป็นการทำให้เกิดความสัมพันธ์กัน และเป็น การเกื้อกูลช่วยเหลือกันตามฐานะ โดยเมื่อบุคคลมีการเจ็บป่วยขึ้น ไม่ว่าจะเล็กน้อยหรือรุนแรงย่อมมีผลกระทบต่อสภาพจิตใจของบุคคลนั้น (ถ้าไพวรรณ, 2543) ก่อให้เกิดความไม่สบายของร่างกายและจิตใจ ซึ่งในความไม่สบายนี้จะพบว่า ความปวดต่างๆทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง และสำหรับทางจิตใจก็ต้องการที่จะพึ่งพาผู้อื่นโดยเฉพาะการสนับสนุนทางสังคมโดยเครือญาติ (สมบัติ, ยุพิน, ดวงฤดี, และทิพาพร, 2543) ซึ่งทรรคนะการดูแลของบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลทั่วไปมีทรรคนะที่แตกต่างจากทรรคนะของพยาบาล โดยนักทฤษฎีหลายท่านได้ให้แนวคิดการดูแลว่า การดูแลเป็นธรรมชาติของมนุษย์ในสังคม มนุษย์มีศักยภาพในการดูแลมาแต่กำเนิด การดูแลของบุคคลในครอบครัวจะเป็นไปในลักษณะของความรับผิดชอบของบุคคลในครอบครัว (รุจา, 2541; Hickey, 1993) ซึ่งมีความรักความผูกพันต่อกันโดยไม่มีเงื่อนไข (ศิริอรและสมใจ, 2542) โดยเฉพาะความรักของมารดาต่อบุตร ซึ่งประเวศ (2540) กล่าวว่า ความรักของแม่เป็นความรักบริสุทธิ์ เป็นความรักที่ปราศจากเงื่อนไข เป็นความรักที่อยู่เหนือกาลเวลา แม้ตายไปแล้ววิญญาณของแม่อีกยังตามรักลูกอยู่ตลอดไป แม่กลายเป็นมิติจิตวิญญาณที่อยู่กับลูก ถ้าลูกมีเครื่องรับมิติจิตวิญญาณของแม่ ซึ่งจากการศึกษาพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นมารดาของผู้ป่วยร้อยละ 16.5 มีความต้องการและมีการปฏิบัติในด้านนี้สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานะบทบาทอื่นๆต่อผู้ป่วย เพราะฉะนั้นในญาติและผู้ป่วยที่มีความรักความผูกพันกันมากย่อมมีความต้องการที่จะดูแลกัน และถือเป็นเรื่องของศีลธรรมจริยธรรม ในการดูแลตามทรรคนะของญาติๆจะแสดงพฤติกรรม เช่น การแสดงความเห็นอกเห็นใจ ให้ความสนใจ ห่วงใย เชื้ออาหาร ไม่ละทิ้ง ให้การดูแลด้วยความนุ่มนวล อ่อนโยน พูดคุยให้กำลังใจ อุทิศตน ช่วยเหลือ (ศิริอรและสมใจ, 2542) ซึ่งจาก

การศึกษานี้ พบว่า ญาติมีการรับรู้ถึงความต้องการของผู้ป่วยและมีความต้องการที่จะช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย ไม่เจ็บปวดทุกข์ทรมาน เป็นต้น

การทำตนเป็นที่พึ่งพิงของผู้ป่วย เช่น การมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาร่วมกับทีมสุขภาพ ซึ่งเป็นการแสดงถึงความเป็นเจ้าของในผู้ป่วย ต้องการที่จะพิทักษ์ปกป้อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ดีที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับในหลายๆการศึกษาที่พบว่า ญาติผู้ป่วยวิกฤตมีความต้องการสูงในเรื่องต่อไปนี้ ได้แก่ ให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสนใจดูแลผู้ป่วย ได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุด และมั่นใจว่าผู้ป่วยปลอดภัยขณะญาติไม่อยู่ ต้องการทราบความผิดปกติของผู้ป่วย ต้องการทราบแผนการรักษา เหตุผลของการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ต้องการทราบผลที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและการพยากรณ์โรค ต้องการทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับความคืบหน้าของการรักษา และได้รับโทรศัพท์แจ้งไปที่บ้านเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง ต้องการได้รับคำตอบตามความเป็นจริง ต้องการพูดคุยกับแพทย์และพยาบาลทุกๆวัน ต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยวันละครั้ง โดยได้รับคำอธิบายด้วยถ้อยคำที่เข้าใจง่าย (เกลียวพันธ์และคณะ, 2539; จุฑามาศและคณะ, 2536; จงกลและพรทิพา, 2539; นิภาวรรณและจันทร์พร, 2541; พรทิพย์, 2541; วิมลรัตน์, 2536; สุภารัตน์และคณะ, 2542; อุบลวรรณ, 2541; Daley, 1984; Forrester et al, 1990; Jacono et al, 1990; Kleinpell & Powers, 1992; Lee et al, 2000; Leske, 1986; Lynn-McHale & Bellinger, 1988; Molter, 1979; Norris & Grove, 1986; Rukholm et al, 1991)

นอกจากนี้ญาติผู้ป่วยวิกฤตยังมีความต้องการให้ผู้ที่มีความรักความผูกพันหรือบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมาให้การเยี่ยมเยียนให้กำลังใจผู้ป่วย โดยมีความต้องการบอกข่าวแก่บุคคลที่ผู้ป่วยรักเคารพนับถือศรัทธาให้มาเยี่ยมเพื่อให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงการได้รับความรัก ความห่วงใย การได้รับการยอมรับ และความมีคุณค่าของตน ซึ่งประเวศ (2540) กล่าวว่า ธรรมชาติของจิตใจมนุษย์ จะขาดความรักไม่ได้ ถ้าไม่มีใครรักมนุษย์จะกลายเป็นคนเจ็บป่วย และโดยทั่วไปแล้วบุคคลในสังคมจะให้ความหมายของการมีญาติหรือพวกพ้องมาเยี่ยมมาก ซึ่งถือเป็นธรรมเนียมว่าคนที่มีความปรารถนาดีต่อกันต้องไปเยี่ยมเยียนกันในยามที่เพื่อนหรือญาติเกิดการเจ็บป่วยหรือได้รับความทุกข์ (จำนงค์และคณะ, 2543) บ้างก็ให้ความช่วยเหลือ อำนวยความสะดวก ช่วยค่าใช้จ่ายในการรักษา อย่างน้อยที่สุดก็คือการมาให้กำลังใจซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบุบผา (2536) ที่พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุจะให้ความหมายกับการมีลูก-หลาน คู่สมรส มาเยี่ยมให้กำลังใจให้ความรัก ความห่วงใย เอื้ออาทรต่อกัน และหวังว่าอย่างน้อยว่า ขอให้ได้เห็นหน้า พูดคุย แม้ถึงคราวตาย ก็ขอให้เห็นหน้าก่อนตาย เพราะฉะนั้นญาติจึงมีความต้องการในข้อนี้

นอกจากนี้ในเรื่องการเยี่ยมเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยของตัวญาติเอง ญาติยังต้องการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยทันทีเมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวหรือตื่น อธิบายได้ว่า การเข้าเยี่ยมผู้ป่วยทันทีเมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัว

หรือตื่นนี้เป็นความต้องการที่ญาติจะแสดงให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความห่วงใย เอาใจใส่ ไม่ละทิ้ง เต็มใจที่จะช่วยเหลือ ก่อให้เกิดความอบอุ่นใจแก่ผู้ป่วย

ส่วนการปฏิบัติเพื่อตอบสนองของความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ ในลักษณะของการให้ความรัก ivoว่างใจ และให้โอกาสโดยไม่มีเงื่อนไข โดยญาติส่วนใหญ่จะมีการปฏิบัติในเรื่องต่อไปนี้ ได้แก่ การบอกหรือแสดงให้ผู้ป่วยรู้ว่าญาติรักห่วงใย เชื้ออาหารและต้องการช่วยเหลือเขาอย่างจริงจัง โดยการสนทนา โอบอุ้ม การสัมผัสอย่างอ่อนโยน ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เป็นต้น การบอกหรือแสดงให้ผู้ป่วยทราบว่าผู้ป่วยมีความหมาย และมีความสำคัญต่อญาติ การบอกข่าวแก่บุคคลที่ผู้ป่วยรัก เคารพ นับถือ ศรัทธาให้มาเยี่ยมเพื่อให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย การพูดคุยให้กำลังใจ และปลอบใจผู้ป่วยตลอดเวลาแม้ว่าผู้ป่วยจะรู้สึกหรือไม่รู้สึกตัวก็ตาม เมื่อพิจารณาถึงความต้องการในแต่ละข้อประกอบ อธิบายได้ว่า อาจเนื่องมาจากกิจกรรมเหล่านี้เป็นกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) มีความต้องการในระดับมาก ประกอบกับเป็นกิจกรรมที่สามารถกระทำได้ง่าย เป็นเพียงการใช้ตัวของญาติเองโดยการบอกกล่าว แสดงท่าทีให้ผู้ป่วยรับรู้มั่นใจว่ายังคงได้รับความรักความห่วงใยและญาติยังคงเห็นความสำคัญของผู้ป่วยอยู่เสมอ

การรับความรัก ivoว่างใจ และให้โอกาสโดยไม่มีเงื่อนไข ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการและมีการปฏิบัติเพื่อตอบสนองของความต้องการใน 2 ข้อคือ การระบายความรู้สึกเกี่ยวกับผู้ป่วยกับคนที่ญาติivoว่างใจ และการได้รับความรักความห่วงใยจากบุคคลรอบข้าง สามารถอภิปรายได้ดังนี้ การระบายความรู้สึกเกี่ยวกับผู้ป่วยกับคนที่ญาติivoว่างใจ จากการที่ญาติถึงร้อยละ 96.5 มีความต้องการในระดับมาก และร้อยละ 87.1 มีการปฏิบัติเพื่อตอบสนองของความต้องการ อธิบายได้ว่า เมื่อมีผู้ป่วยวิกฤติต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาล ญาติจะมีความทุกข์ใจร่วมด้วย และญาติก็จะมีความต้องการลดความทุกข์ใจในใจนั้น ซึ่งจากการศึกษาพบว่า การมีคนที่คอยรับฟังความรู้สึกทุกข์ใจนี้ทำให้ญาติได้ระบายความทุกข์ใจเพื่อลดความตึงเครียด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสิริสุดา (2541) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในระดับสูง ($r = -.763, p < .001$) และจากการศึกษาของปรีดาและศิริพร (2543) พบว่า บิดา/มารดาของผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลมีความต้องการการสนับสนุนทางสังคมในระดับมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เนื่องจากการเจ็บป่วยวิกฤตและการเข้ารับการรักษาในหออภิบาลเป็นสิ่งก่อความเครียดของญาติและยังพบว่า บิดา/มารดาของผู้ป่วยเด็กอยากได้รับการสนับสนุนจากแหล่งสนับสนุนทุกแหล่ง คือ คู่สมรส บิดา/มารดา ญาติพี่น้อง เพื่อนๆ แพทย์ และพยาบาล และจากการศึกษาของ แมคฮอฟฟี (McHaffie, 1992) พบว่า บิดา/มารดาของผู้ป่วยเด็กต้องการการสนับสนุนทางอารมณ์จากบิดา/มารดาของตนเองมากที่สุด นอกจากนี้จากการศึกษาของลินซีย์และคณะ (Linsay et al, 1993) พบว่า บิดา/มารดา ต้องการการสนับสนุนจากบิดา/มารดาของเด็กที่ป่วยด้วยโรคที่คล้ายคลึงกัน และเข้ารับการรักษาในหออภิบาลกุมารเวชกรรม

เหมือนกัน และจากการศึกษานี้พบว่า บุคคลที่ญาติเลือกจะระบายความรู้สึกนั้นญาติจะประเมินแล้วว่าเขาน่าจะมีความปรารถนาดีต่อตน พร้อมทั้งจะรับฟัง ให้ข้อคิดหรือข้อเสนอแนะได้ จึงจะมีการระบายความรู้สึกขึ้น แต่หากยังไม่มีคนที่น่าไว้วางใจญาติก็จะไม่กระทำ

การได้รับความรักความห่วงใยจากบุคคลรอบข้าง จากผลการวิจัยพบว่า ร้อยละ 95.3 ของญาติมีความต้องการในระดับมาก และร้อยละ 87.1 ของกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าจะได้รับการตอบสนองความต้องการทุกครั้ง แสดงว่า ญาติมีบุคคลใกล้ชิดที่จะรับฟังความรู้สึก ซึ่งตรงกับข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างที่บอกว่าได้รับกำลังใจจากบุคคลใกล้ชิดร้อยละ 98.8 อธิบายได้ว่า ในยามที่คนอยู่ในภาวะวิกฤต คือ มีผู้ป่วยซึ่งเป็นคนที่ตนรักเข้ารับการรักษาในหออภิบาล บุคคลจะมีความรู้สึกว่าจะมีความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ นั่นคือ ต้องการได้รับความรัก ความห่วงใยจากบุคคลรอบข้างหรือคนสนิท เนื่องจากญาติก็มีสังคมของตนเองมีบุคคลใกล้ชิดรอบๆตัว มีการช่วยเหลือพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน ในคราวที่ตนมีความทุกข์ก็หวังที่จะได้รับการช่วยเหลือบรรเทาทุกข์จากผู้อื่นตอบแทนสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ญาติผู้ป่วยวิกฤตจะให้การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมในการเผชิญความเครียดมากที่สุด (Lamontagne & Pawlak, 1990) การที่คนให้ความรัก ความห่วงใย การช่วยเหลือซึ่งกันและกันนี้เป็นความต้องการพื้นฐานของบุคคลที่ต้องการมีความสัมพันธ์กับผู้อื่น ไม่ต้องการอยู่อย่างโดดเดี่ยวโดยลำพัง และการได้รับความรักความห่วงใยจากบุคคลแม้เพียงคนเดียว บุคคลจะรู้สึกมีความสุข อบอุ่นใจ เพราะฉะนั้นญาติจะมีความรู้สึกนี้กับคนที่ตนรักมากกว่าจากคนอื่น ๆ ซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษาเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดใหญ่ พบว่า บุคคลที่มีสถานะภาพสมรสคู่และอยู่ร่วมกันจะทำให้ได้รับการสนับสนุนที่ดีจากการมีคนคอยห่วงใยมีบุคคลที่มีความหมายมาเยี่ยมให้การดูแล (นันทนา, นฤมล, สุทธิดา, และพิชาณี, 2542) เพราะฉะนั้นญาติจึงต้องการให้คนใกล้ชิดมาแสดงความรัก ความห่วงใยตอบในยามที่ตนมีความทุกข์ ถ้าความต้องการนี้ได้รับการตอบสนองในทางบวก ญาติจะรู้สึกว่าความทุกข์ใจของตนบรรเทาเบาบางลง

ความเชื่อ ความศรัทธาในศาสนา ผลการวิจัย พบว่า การไหว้พระ/ขอพร/อ้อนวอน พระผู้เป็นเจ้าของหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ให้ช่วยคุ้มครองผู้ป่วยให้ไม่เจ็บปวดและทุกข์ทรมาน ญาติมีความต้องการมาก ร้อยละ 90.6 และมีการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทุกครั้ง ร้อยละ 89.4 และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา (เช่น ทำบุญ ใ้บาตร สวดมนต์ ทำสมาธิ ทำนมาช) เพื่อตั้งจิตขอความคุ้มครองให้ผู้ป่วยหายป่วย ญาติมีความต้องการมาก ร้อยละ 80 และมีการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทุกครั้งร้อยละ 60 อธิบายได้ว่า อาจเนื่องจากญาติรับรู้ว่าคุณป่วยมีความปวด ทุกข์ทรมาน จากการเห็นสภาพต่างๆไปของผู้ป่วย เช่น การคา่ท้อหายใจ การถูกดูดเสมหะ การมีแผลผ่าตัด หรือจากการที่ผู้ป่วยบอกหรือแสดงท่าทางให้ญาติทราบ ซึ่งจากการศึกษาของทิจิและคณะ (Tichy et al, 1988 อ้างตาม ปรีดาและศิริพร, 2539) พบว่า บิดามารดาสามารถรับรู้ความ

ปวด ไม่สุขสบายของบุตรที่ป่วยได้จาก การฉีดยา การคา่ท่อหายใจ การผูกยึด ความไม่สามารถรับประทานอาหารหรือดื่มน้ำ การไม่สามารถพูดคุยได้ แต่ญาติไม่สามารถจะช่วยเหลือให้ผู้ป่วยหายจากความปวดได้จึงต้องพึ่งอำนาจสิ่งสูงสุดทางศาสนา โดยการไหว้พระ ขอพร และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา สอดคล้องกับหลายๆการศึกษาที่พบว่า บุคคลจะใช้ศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางจิตใจและเป็นกลวิธีในการเผชิญปัญหาเมื่อประสบภาวะวิกฤตในชีวิต (กนกพร, 2540; บุนผา, 2536; Hasse et al, 1987; Reed, 1986) และมีการศึกษาในผู้ป่วยเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยเรื้อรังมีประสบการณ์มีความต้องการทางจิตวิญญาณสูง และจะใช้วิธีสวดมนต์เพื่อสื่อสารกับพระผู้เป็นเจ้า เพื่อเป็นแหล่งความเชื่อ และความเข้มแข็ง (Narayanasamy, 1995)

สำหรับการปฏิบัติบนพื้นฐานความเชื่อทางศาสนานั้น แสดงว่าญาติที่มีที่พึ่งหรือมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ มีความศรัทธาทางศาสนาจึงสามารถร้องขอความช่วยเหลือจากสิ่งสูงสุดที่ตนเชื่อโดยปราศจากเงื่อนไข

3. ด้านการมีความหวัง

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการ และมีการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการด้านการมีความหวังในระดับสูง [ค่าเฉลี่ย 6.89 (SD = 2.54) และ 6.61 (SD = 2.70) ตามลำดับ จากค่าที่เป็นไปได้ 0-10 คะแนน] อธิบายได้ว่า การมีผู้ป่วยภาวะวิกฤตเข้ารับการรักษาในหออภิบาล ทำให้ญาติได้เห็นการได้รับความไม่สุขสบายต่างๆจากการเจ็บป่วย และรับรู้ได้ถึงภาวะคุกคามในชีวิตของผู้ป่วย ก่อให้เกิดความวิตกกังวลกับความไม่แน่นอนในชีวิต สำหรับในสถานการณ์เช่นนี้จะก่อให้เกิดความเครียด ทำให้ญาติต้องการมีความหวัง ซึ่งจากการศึกษาพบว่าสิ่งที่นำมาก่อนความหวังคือสิ่งร้ายที่ทำให้เครียด การเผชิญกับการสูญเสียหรือมีแนวโน้มที่จะสูญเสียจากการเจ็บป่วย ภาวะคุกคามในชีวิตหรือสถานการณ์ที่ยากลำบาก (Forbes, 1994) ซึ่งเมื่อเกิดความเครียดบุคคลอาจใช้วิธีเผชิญความเครียดได้ใน 2 ลักษณะ คือ การมุ่งแก้ปัญหา และการมุ่งจัดการกับอารมณ์ (Lazarus & folkman, 1984) สำหรับในญาติผู้ป่วยวิกฤตนี้ญาติอาจไม่สามารถที่จะเผชิญปัญหาโดยมุ่งแก้สาเหตุของภาวะวิกฤตให้หายไปในทันทีหรืออาจต้องใช้เวลากับการแก้ปัญหา เพราะฉะนั้นการเผชิญความเครียดญาติอาจต้องการปรับอารมณ์ของตนเพื่อลดหรือบรรเทาความเครียด ความไม่สบายใจ โดยการสร้างความหวัง ซึ่งจากการศึกษา พบว่า การสร้างความหวัง หรือการมีความหวังจะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากความหวังเปรียบเสมือนอำนาจที่แฝงอยู่ในตัวบุคคล ช่วยให้ผู้มีความเข้มแข็งทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (Herth, 1989; McGee, 1984) โดยความหวังจะเป็นแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยให้บุคคลเผชิญกับความเครียดได้ดี และความหวังจะทำให้บุคคลรู้สึกปลอดภัย มีจิตใจที่มั่นคงต่อการเผชิญปัญหาและสามารถปรับตัวให้ดำรงชีวิตอยู่ท่ามกลางความเครียดต่างๆ (Rawlin,

1984) และความหวังยังช่วยเพิ่มความเข้มแข็งในการแก้ปัญหา และประคับประคองให้บุคคลดำเนินอยู่ต่อไปในสถานการณ์ที่ย่างยากได้ (Lazarus & folkman, 1984)

สำหรับในรายข้อ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความต้องการระดับมาก และได้ปฏิบัติ ทุกครั้ง 1 กิจกรรม จาก 5 กิจกรรม คือ การตั้งจิตอธิษฐาน/ภาวนา/ขอพรจากสิ่งสูงสุดที่ญาติเคารพ นับถือ ช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นในเร็ววัน หรือมีทางรักษาให้หายได้ และขอให้ญาติและผู้ป่วย สามารถฟื้นฝ่าอุปสรรคหรือภาวะวิกฤตครั้งนี้ไปได้ด้วยดี อธิบายได้ว่า ญาติต้องการและได้ใช้ ความหวังเพื่อให้มีความเข้มแข็งในจิตใจ เพื่อจะทำให้เผชิญความเครียดในขณะที่มีสถานการณ์ ความไม่แน่นอน และเสี่ยงต่อการสูญเสียชีวิตผู้ป่วย (Rustoen, 1995) และในส่วนของจิตใจคน ในคนที่นับถือศาสนาหรือมีความเชื่อศรัทธาต่อสิ่งสูงสุด ซึ่งในศาสนาพุทธมีสิ่งสูงสุด คือ พระ รัตนตรัย ศาสนาอิสลามมีพระอัลลอฮ์ คนจะหันไปพึ่งสิ่งที่ตนให้ความเคารพเชื่อถือเพื่อให้เกิด ความหวัง สอดคล้องกับการศึกษาของเฮิร์ท (Herth, 1989) ที่พบว่า ระดับความหวังมีความ สัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียด และระดับความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความ เชื่อทางศาสนา โดยญาติมีความเชื่อว่า การยอมรับนับถือ/ศรัทธาในสิ่งสูงสุด สิ่งสูงสุดจะให้ความ ค้ำคอง โดยจะแสดงอภินิหารหรือสามารถดลบันดาลให้สิ่งที่ตนต้องการประสบผลสำเร็จได้ ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้ญาติมีความหวังบนความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ป่วย ซึ่งเลนจ์ (Lange, 1978) กล่าวว่า บุคคลจะใช้ความหวังในการจัดการกับความรู้สึกไม่แน่นอนเพื่อตอบสนองความต้องการที่จะช่วย เหลือผู้ป่วย เมื่อญาติเชื่อมั่นว่าสิ่งสูงสุดจะช่วยผู้ป่วยตามที่ขอไว้ คือช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นใน เร็ววัน และญาติรับรู้ภาวะผู้ป่วยที่ป่วยวิกฤตนี้เป็นภาวะวิกฤตของญาติด้วย จึงต้องการให้สิ่งสูง สุดช่วยตนเองให้พ้นภาวะวิกฤตนี้ไปด้วย เมื่อญาติรับรู้ว่าจะตนเองมีที่พึ่งก็มีความทุกข์ทางใจลดลง

นอกจากนี้ พบว่า กิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ระบุว่ามีความต้องการน้อยและไม่ ได้ปฏิบัติสูง (ดังตาราง 10 และ 14) มี 4 กิจกรรม จาก 50 กิจกรรม ผู้วิจัยอภิปรายเป็นรายข้อ ดังนี้

การแสวงหาสิ่งที่ดีๆซึ่งเป็นสิริมงคลมาให้ผู้ป่วย เพื่อเป็นกำลังใจและสนอง ศรัทธา กลุ่มตัวอย่างไม่มีความต้องการในข้อนี้สูงมากถึง ร้อยละ 89.4 และทำให้ไม่ได้ปฏิบัติ ร้อย ละ 90.6 ซึ่งจากการสัมภาษณ์ถึงเหตุผล พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่มีความต้องการที่จะไปแสวงหา เนื่องจาก สิ่งที่ต้องการเป็นสิ่งที่มืออยู่แล้ว ถ้าต้องการก็สามารถนำมาใช้ได้เลย

การทำพิธีรักษาโดยหมอทางไสยศาสตร์ เช่น การใช้เวทมนต์คาถาขับไล่ผีหรือสิ่ง 'ไม่ดี'ออกจากตัวผู้ป่วย เป็นต้น พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 89.4 ไม่มีความต้องการ และร้อยละ 94.1ไม่ได้ปฏิบัติ โดยญาติให้ข้อมูลว่า เนื่องจากเชื่อว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยป่วยครั้งนี้ไม่ได้เกิดจาก สิ่งมีอำนาจเหนือมนุษย์หรือจากอำนาจลึกลับหรือถูกคุณไสย แต่เชื่อว่า การป่วยครั้งนี้เป็นการป่วย จากมีสาเหตุต่างๆ ไม่ได้ป่วยอย่างผิดปกติ จึงไม่ได้ปฏิบัติ แต่ก็ยังมีญาติร้อยละ 9.4 ที่เชื่อว่าสาเหตุที่ ทำให้ผู้ป่วยป่วยครั้งนี้เกิดจากสิ่งมีอำนาจเหนือมนุษย์หรือจากอำนาจลึกลับหรือถูกคุณไสยทำให้มี

ความต้องการในเรื่องนี้มาก และร้อยละ 5.9 ได้ปฏิบัติหรือจะปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการ โดยจากการศึกษาพบว่าญาติมีความต้องการปฏิบัติตามความเชื่อดังนี้

ญาติรายที่ 2 มีความเชื่อใน 2 เรื่อง คือ เชื่อกเกี่ยวกับอำนาจผีบรรพบุรุษ โดยญาติกล่าวว่า "เชื่อว่าในบ้านมีผีบรรพบุรุษ คือศพพ่อยังไม่ได้เผา กลับไปจะเผาศพพ่อก" และเชื่ออำนาจไสยศาสตร์ และได้ให้หมอทางไสยศาสตร์มาทำพิธีแก้แล้ว โดยกล่าวว่า "เชื่อว่า ถูกของ ให้คนมาเรียกเอาของออกจากตัวแล้ว"

ญาติรายที่ 37 สังเกตอาการของสามีพบว่ามีอาการแปลกจากปกติ คือ หลายครั้งมีอาการชักแล้วหายไปเอง จึงไปให้หมอดู ดูโชคชะตาของผู้ป่วย หมอดูทำนายว่า ถูกคุณไสยและแนะนำให้ทำพิธีแก้ โดยญาติให้ข้อมูลว่า "แฟนเคยมีอาการแปลกๆ ชักแล้วหาย ดูหมอลแล้วบอกว่า ถูกของ ต้องพาไปวัด ไปदान (พิธีทางไสยศาสตร์) แต่เมื่อหายแล้วค่อยไปทำ เพราะต้องให้คนใช้อยู่ในพิธีด้วย"

ญาติรายที่ 15 มีความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุที่บุตรอาการหนักและกลัวว่าบุตรจะไม่รอดชีวิตเนื่องจากอำนาจผี โดยกล่าวว่า "ลูกถูกรถชน ที่รถชนตรงนั้นมีผู้หญิงสาวคนหนึ่งตาย แล้วถูกฝังไว้ใต้สะพาน คือถ้าชนตรงนั้นเขาจะไม่รอด เขาว่าให้ไปขอสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่สะพาน (ผีผู้หญิงสาว) ขอว่าอย่าเอาไป คือถ้าคนถูกรถชนเป็นผู้ชาย ผีจะเอาไป ถ้าเป็นผู้หญิงจะไม่พริบ (ไม่เป็นไร)" และบอกว่า "ต้องการไปจุดธูปเทียนตรงที่รถชน พาข้าวปากหม้อ ปลา มีหัวมีหาง ขอลยาเอาลูกไป ทำกันจัง (มาก) แล้วใจ (ไม่ว่า) เขาแนะนำอะไร" และยังคงมีความเชื่อเกี่ยวกับอำนาจผีอื่นๆอีกโดยบอกว่า "ต้องการทำพิธีขับไล่ผี เขาว่าคนที่ถูกรถชน มักจะมีผีแอบ แม่ทำให้แล้ว"

ญาติรายที่ 40 (อายุ 40 ปี) สามีของผู้ป่วยโรคเบาหวานและมีอาการปวดท้องมีเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร มีความเชื่อว่าสาเหตุของความเจ็บป่วยมาจากไสยศาสตร์ ประกอบกับมีความเชื่อทางโหราศาสตร์คือไปดูดวงแล้วหมอดูบอกว่าผู้ป่วยมีเคราะห์ โดยญาติให้ข้อมูลว่า "ยายของแฟนเป็นหมอไสยศาสตร์ แฟนมาอยู่กับลุง ลุงกับป้าสะใ้แยกทางกัน ป้าจะเอาทรัพย์สินเลยให้ยายของแฟนทำไสยศาสตร์ให้ ทางนี้ (ลุง) ต้องแก้ คิดว่าแฟนอาจโดนด้วย เนื่องจากอยู่ในเคราะห์" และเกิดรู้สึกผิดที่ยายของผู้ป่วยทำไสยศาสตร์ให้ลุงได้รับความเดือดร้อน จึงต้องการขอขมาต่อพระภูมิเจ้าที่โดยญาติบอกว่า "ได้ทำพิธีขอขมาต่อพระภูมิเจ้าที่แล้ว โดยให้หมอมารายเวทย์มนต์ ขอขมาลาโทษ และได้ทำพิธีที่บ้านพรมน้ำมนต์ปีครึ่งความฤแล้ว.....ไปดูหมอลแล้วเขาว่าอาการหนัก"

นอกจากนี้มี ญาติ 1 ราย มีความเชื่อเกี่ยวกับคนตายในหอบภินาล ว่าจะมีอำนาจทำให้อาการผู้ป่วยดีขึ้นซ้ำ โดยญาติกล่าวว่า "เชื่อว่า คนที่ตายแล้วตามเตียง มาแอบ จะเอาน้ำมนต์มาประพรมให้" (ญาติรายที่ 82)

การทำพิธีขอขมาต่อสิ่งมีอำนาจเหนือมนุษย์ เช่น เทวดา พระภูมิเจ้าที่ เจ้าป่า เจ้าเขา บรรพบุรุษ ผู้ล่วงลับไปแล้ว เป็นต้น เพื่อไม่เอาโทษหรือให้โทษต่อผู้ป่วย พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 83.5 ไม่มีความต้องการและร้อยละ 87.1 ไม่ได้ปฏิบัติ โดยญาติบอกว่ามีความเชื่อในเรื่องนี้ บางคนบอกว่าไม่เชื่อแต่ก็ไม่ลบหลู่ แต่เชื่อว่าสาเหตุการเจ็บป่วยไม่ได้เกิดจากการกระทำผิดต่อสิ่งมีอำนาจเหนือมนุษย์ แต่มีญาติร้อยละ 15.3 มีความต้องการมาก และร้อยละ 11.8 ได้ปฏิบัติแล้วตามต้องการ โดยขอยกตัวอย่างญาติ 1 ราย คือ ญาติรายที่ 21 (อายุ 61 ปี) สามีอายุ 66 ปี ถูกรถชน สามีเป็นคนดี สนใจทางธรรม เชื่อเพื่อพ่อแม่ เป็นที่รักและนับถือของเพื่อนบ้านใกล้เคียง ปลูกบ้านมีไต้ถุน และที่ดินตรงนั้นเคยมีต้นไม้ค่อนข้างใหญ่ ได้จ้างคนตัดออกไปแล้วสร้างบ้าน แต่เมื่อสามีป่วยญาติเชื่อว่าสาเหตุหนึ่งของความเจ็บป่วยอาจเกิดจากบ้านปลูกคร่อมต้นไม้ จึงต้องการทำพิธีขอขมาและขุดตอไม้ ออก โดยญาติกล่าวว่า "เชื่อว่าบ้านปลูกคร่อมต้นไม้ ได้ทำพิธีและชาวบ้านมาช่วยขุดตอไม้ ออกหมดแล้ว"

จากความต้องการและการปฏิบัติทางไสยศาสตร์และการขอขมาต่อสิ่งมีอำนาจเหนือมนุษย์ทั้ง 2 ข้อ ที่กล่าวมา สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าความเชื่อมีอิทธิพลต่อการเลือกใช้วิธีการรักษาพยาบาล กล่าวคือ ถ้าเชื่อว่าการเจ็บป่วยเนื่องมาจากอำนาจเหนือธรรมชาติ จะมีแนวโน้มในการรักษาแบบแผนโบราณ ถ้าเชื่อว่าสาเหตุของการเจ็บป่วยเป็นเรื่องที่เป็นไปตามธรรมชาติก็มักจะหันมาใช้การรักษาแผนปัจจุบัน (สันทัดและเจมส์, 2517) และใกล้เคียงกับการศึกษาที่พบว่า มีการเจ็บป่วยหลายอย่างที่ญาติผู้ป่วยเชื่อว่าเกิดจากอำนาจลึกลับก็จะนำผู้ป่วยไปรักษาทางไสยศาสตร์ แต่หากเป็นการเจ็บป่วยที่มีอาการชัดเจนก็จะมีแนวโน้มที่ญาติจะนำผู้ป่วยไปรักษากับแพทย์แผนปัจจุบัน (เบญจาและกฤตยา, 2529)

การให้ผู้ป่วยได้รับการรักษากับแพทย์พื้นบ้านที่ญาติให้ความเชื่อถือ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 89.4 ระบุว่าไม่มีความต้องการและทำให้ไม่ได้ปฏิบัติ ร้อยละ 96.5 โดยให้เหตุผลว่า ไม่มีความต้องการที่จะนำผู้ป่วยไปรับการรักษาที่แพทย์พื้นบ้าน บางคนบอกว่าตนมีความเชื่อในการรักษากับแพทย์แผนปัจจุบันมากกว่า มีญาติ 1 ราย (รายที่ 13) มีความต้องการในข้อนี้มาก คือ ต้องการเอาผู้ป่วยถูกรถชนได้รับบาดเจ็บที่สมองและมีกระดูกเชิงกรานแตก ไปรักษาเกี่ยวกับกระดูกกับหมอพระซึ่งมีความชำนาญเรื่องต่อกระดูก แต่จะพาไปเมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นแล้ว อธิบายได้ว่า เนื่องจากโรคที่ผู้ป่วยเป็นมีอาการรุนแรงจำเป็นต้องรักษากับแพทย์แผนปัจจุบันก่อน สำหรับการรักษากับแพทย์พื้นบ้านจะรักษากันในระยะเวลาที่ไม่ค่อยรุนแรง และเนื่องจากในพื้นที่จังหวัดนครศรีธรรมราชมีหมอกกระดูกมีชื่อเสียงมาก มีผู้ไปรับบริการมากและมีผลการรักษาเป็นที่เชื่อถือของชาวบ้านจึงทำให้ญาติต้องการนำบุตรไปรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจริยาวัตรและคณะ (2540) เกี่ยวกับลักษณะความเจ็บป่วยในระบบบริการการแพทย์แผนไทย พบว่า ผู้ที่มาใช้บริการจากแพทย์อายุรเวท จะมีลักษณะของการเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรง คือ อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ

ข้อต่างๆ และกระดูกมากที่สุด (ร้อยละ 76.5) รองลงมาคืออาการทางระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ ปวดท้อง แสบท้อง แน่น และร้อนในท้อง (ร้อยละ 62.5)

นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมที่ญาติส่วนน้อย (ร้อยละ 15-41.2) ที่มีความต้องการมากแต่ญาติส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 80) ไม่ได้ปฏิบัติสูง (ดังตาราง 14 และ 17) ซึ่งแสดงว่า กิจกรรมนั้นมีความสำคัญสำหรับญาติบางคน แต่ก็ไม่ได้ปฏิบัติ ซึ่งผู้วิจัยอภิปรายในประเด็นสำคัญดังนี้

การนำพระภิกษุหรือผู้นำทางศาสนามาประกอบพิธีทางศาสนาในหออภิบาล ผลการวิจัยพบว่า ญาติร้อยละ 76.5 ไม่มีความต้องการ และญาติส่วนใหญ่ (ร้อยละ 96.5) ไม่ได้ปฏิบัติ โดยให้เหตุผลว่า ไม่ต้องการรบกวนพระสงฆ์ และไม่ได้นับถือศาสนาโดยยึดตัวบุคคลจึงไม่ได้ปฏิบัติ มีญาติร้อยละ 16.5 มีความต้องการในระดับมาก โดยต้องการนิมนต์พระสงฆ์มาเยี่ยม เนื่องจากผู้ป่วยมีความศรัทธาในพระสงฆ์รูปนั้นมากบ้าง ต้องการให้พระสงฆ์มาให้ศีลให้พรบ้าง ประพรมน้ำมนต์บ้าง เพื่อให้ผู้ป่วยได้นึกถึงพระธรรมคำสอนทางศาสนา และทำจิตใจให้สงบได้ แต่ไม่ได้ปฏิบัติโดยให้เหตุผลว่า ไม่กล้านิมนต์พระสงฆ์มาเพราะกลัวว่าเจ้าหน้าที่จะไม่ให้เข้ามาเยี่ยม หรือไม่ให้ทำพิธีตามที่ตนต้องการ และญาติบางคนคิดว่าเกรงใจผู้ป่วยคนอื่นๆ ซึ่งความนึกคิดไม่เหมือนกัน การนำพระมาทำพิธีทำให้ผู้ป่วยอื่นอาจคิดว่าอาการของเขาหนัก ไม่มีทางจะรักษาให้ดีขึ้นได้แล้วจะรู้สึกหม่นหวังหดหูใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ญาติผู้ป่วยวิกฤตมีความต้องการในข้อนี้อยู่ใน 5 ลำดับสุดท้ายโดยให้เหตุผลว่า การมีพระมาเยี่ยม มักหมายถึง ผู้ป่วยมีอาการหนักมากและอาจถึงแก่กรรม ดังนั้นการมีพระมาเยี่ยมทำให้ญาติกลัว (จุฑามาศและคณะ, 2536; เกสียวพันธ์และคณะ, 2539; จงกลและพรทิพา, 2539) สำหรับญาติที่นับถือศาสนาอิสลามมี 6 ราย เมื่อศึกษาข้อมูลโดยละเอียดพบว่า มี 3 รายที่ต้องการปฏิบัติในข้อนี้ แต่ยังไม่ได้ปฏิบัติ เนื่องจากไม่กล้ากระทำกลัวเจ้าหน้าที่คิดว่า ประกอบกับในหออภิบาลขณะนั้นมีผู้ป่วยเป็นมุสลิมอยู่คนเดียว ญาติจึงไม่กล้าทำอะไรแปลกไป แต่หลังจากผู้วิจัยได้แนะนำว่าสามารถกระทำได้ ญาติจึงได้ให้คนที่อ่านกุรอานได้มาอ่านให้ผู้ป่วยฟัง อีก 3 ราย ที่บอกว่าไม่มีความต้องการก็เพราะว่าไม่จำเป็นต้องเชิญโต๊ะอิหม่าม หรือผู้นำทางศาสนา มา เนื่องจากในครอบครัวและญาติ เพื่อนบ้านของตนสามารถอ่านกุรอานได้

การจัดให้มีสิ่งสักการะบูชา วัตถุมงคล หรือสิ่งที่เคารพบูชาที่เชื่อว่ามีศักดิ์สิทธิ์ไว้ใกล้ผู้ป่วยหรือติดตัวผู้ป่วยไว้ตลอดเวลา เพื่อเป็นที่พึ่งทางใจ และรักษาคุ้มครองผู้ป่วย เป็นกิจกรรมที่ญาติส่วนใหญ่ (ร้อยละ 91.8) ไม่ได้ปฏิบัติ เมื่อพิจารณาถึงความต้องการ พบว่าญาติไม่มีความต้องการ ร้อยละ 52.9 โดยญาติให้เหตุผลว่า สิ่งศักดิ์สิทธิ์นั้นระลึกถึงในใจก็ได้ และผู้นับถือศาสนาอิสลามจะไม่มีความต้องการในข้อนี้เนื่องจากในศาสนาอิสลามไม่มีรูปเคารพ ยึดถือแต่อัลลอฮ์องค์เดียวและเชื่อว่าพระองค์อยู่ในทุกหนทุกแห่ง ซึ่งหลักวินัยทางศาสนาอิสลามระบุให้มุสลิมทุกคนกล่าวปฏิญาณว่า "ไม่มีพระเจ้าอื่นใด นอกจากอัลลอฮ์" และถ้ามุสลิมคนใดเคารพ

สิ่งอื่นถือว่าเป็นบาปอย่างร้ายแรง (ครุชิต, 2541; ฉัตรสุมาลย์, 2537; ศรีสมร, 2538; สماعيل นักเรียนเก่าอาหรับประเทศไทย, 2543) ส่วนญาติที่มีความต้องการในข้อนี้ระดับมากมีร้อยละ 41.2 แต่ไม่ได้ปฏิบัติเนื่องจากนึกอยู่ในใจยังไม่ได้กระทำ กล่าวว่สิ่งศักดิ์สิทธิ์ (เช่น พระเครื่อง) จะหาย กล่าวว่เจ้าหน้าที่จะไม่ให้ไว้ที่ตัว ผู้ป่วย โดยคิดว่าเจ้าหน้าที่ไม่มีความศรัทธาหรือมีความเชื่อเหมือนตนเอง

การทำพิธีต่ออายุให้กับผู้ป่วย การทำพิธีสะเดาะเคราะห์ให้ผู้ป่วย และการทำพิธีทรงเจ้าหรือให้หมอดูทำนายโชคชะตาของผู้ป่วย ซึ่งเมื่อพิจารณาถึงความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ กิจกรรมเหล่านี้ญาติไม่มีความต้องการร้อยละ 62 – 65.9 จึงทำให้ไม่มีการปฏิบัติ แต่ก็มีกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 22-29 มีความต้องการในระดับมากแต่ไม่ได้ปฏิบัติ โดยญาติให้เหตุผลว่ยังไม่เวลาไปดูวงให้ผู้ป่วย คิดว่เมื่อได้ไปดูวงแล้วถ้าผู้ป่วยมีเคราะห์จะไปให้หมอดูหรืออาจให้พระที่สามารถทำพิธีสะเดาะเคราะห์ได้ทำให้ แต่การทำพิธีสะเดาะเคราะห์หรือต่ออายุ จะทำเมื่อผู้ป่วยอาการทุเลาลง และกลับบ้านได้ เนื่องจากผู้ป่วยต้องอยู่ในพิธีการด้วย

การนำภาพถ่ายบุคคลหรือครอบครัวหรือสิ่งของที่ผู้ป่วยรักผูกพันและคุ้นเคย หรือของที่ใช้ประจำ มาไว้ใกล้ตัวผู้ป่วย (ร้อยละ 88.2) และการนำบุคคลที่ผู้ป่วย รัก เคารพนับถือ ศรัทธา มาเยี่ยมเพื่อให้งำลังใจแก่ผู้ป่วย (ร้อยละ 84.7) ซึ่งเมื่อพิจารณาถึงความต้องการในกิจกรรมทั้ง 2 กิจกรรมนี้พบว่ กลุ่มตัวอย่างไม่มีความต้องการสูง คือ ร้อยละ 72.9 และ 74.1 ตามลำดับ ซึ่งก็เป็นเหตุให้ไม่มีการปฏิบัติ แต่ก็มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 – 22 ให้ความสำคัญในระดับมากแต่ก็ไม่ได้ปฏิบัติโดยญาติให้เหตุผลว่ ไม่ได้นำภาพถ่ายบุคคลหรือครอบครัว หรือสิ่งของที่ผู้ป่วยรัก ผูกพัน และคุ้นเคยหรือของที่ใช้ประจำมาไว้ใกล้ตัวผู้ป่วย เนื่องจาก ผู้ป่วยยังไม่ค่อยรู้สึกตัวไม่สามารถดูภาพ หรือใช้ของที่นำมาให้ได้ เช่น แวนสายตา และการนำบุคคลที่ผู้ป่วย รัก เคารพนับถือ ศรัทธา มาเยี่ยมเพื่อให้งำลังใจแก่ผู้ป่วย แต่ไม่ได้ปฏิบัติเนื่องจากญาติต้องการนำเด็กเล็กเข้าเยี่ยมแต่ทางหอพยาบาลไม่อนุญาตให้ผู้มีอายุ ต่ำกว่า 12 ปีเข้าเยี่ยม อีกประการหนึ่งญาติต้องการให้ผู้สูงอายุมาเยี่ยมผู้ป่วย แต่ท่านเดินไม่คล่องกลัวมีปัญหาในการเข้าเยี่ยมจึงยังไม่ได้ปฏิบัติ

การขอกุ้ยผู้ป่วยในสิ่งทีญาติทำผิดพลาดหรือบกพร่องและขอโทษกรรม ซึ่งเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบกับข้อมูลความต้องการในข้อนี้ พบว่ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 58.8 ไม่มีความต้องการโดยให้เหตุผลว่ ตนได้กระทำสิ่งที่ดีและถูกต้องมาตลอด ไม่มีความรู้สึกผิดอยู่ในใจ จึงไม่มีความจำเป็นต้องขอกุ้ยผู้ป่วย จึงไม่ได้ปฏิบัติ และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 36.5 มีความต้องการในระดับมากโดยให้เหตุผลว่ ตนเองรู้สึกผิดรู้สึกว่ไม่ได้ให้การดูแลผู้ป่วยดีเท่าที่ควร หรือกระทำผิดต่อผู้ป่วยทำให้ต้องการขอกุ้ยอย่างมาก มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ที่ได้ปฏิบัติแล้วโดยการบอกกล่าวหรือการกระทำ เหลืออีกร้อยละ 16.5 ที่ยังไม่ได้ปฏิบัติ ซึ่งญาติบอกถึงเหตุผลว่ ผู้ป่วยยัง

ไม่รู้สึกรู้ตัว และญาติอีกส่วนหนึ่งบอกว่าจะขออภัยเมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นแล้ว บางส่วนบอกว่าอาจจะต้องขอโทษกรรมเมื่อผู้ป่วยสิ้นชีวิตแล้ว เนื่องจากผู้ป่วยมีที่ทำว่าจะไม่ดีขึ้น

นอกจากนี้ญาติผู้ป่วยวิกฤตที่อยู่ในระยะสุดท้าย/ใกล้ตาย 6 ใน 9 ราย ได้ให้ข้อมูลความต้องการทางด้านจิตวิญญาณเพิ่มเติมดังนี้ คือ มีความต้องการทราบว่าผู้ป่วยจะมีชีวิตรอดหรือไม่ โดยต้องการขอทราบการพยากรณ์โรคจากแพทย์ เพื่อลงความเห็นแน่นอน และญาติจะได้วางแผนขั้นต่อไป คือถ้าทราบว่า ผู้ป่วยไม่มีทางดีขึ้น หมดหวังทางการรักษา ญาติให้ข้อมูลว่าจะนำผู้ป่วยกลับบ้านสำหรับความต้องการของญาติในเรื่องนี้มีประเด็นสำคัญ 2 ประเด็นที่ทางฝ่ายการรักษาและพยาบาลต้องคำนึงเพราะเป็นเรื่องที่กระทบต่อภาวะจิตวิญญาณของผู้ให้บริการด้วย คือ

การบอกความจริงกับญาติในผู้ป่วยใกล้ตาย ซึ่งในทางปฏิบัติพยาบาลมักได้รับคำปรารภอยู่เสมอโดยเฉพาะในหออภิบาลว่าควรหรือไม่ควรบอกความจริงกับญาติผู้ป่วยใกล้ตายซึ่งเป็นประเด็นทางจริยธรรมทางการแพทย์และการพยาบาลในสิทธิ์ที่จะรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับญาติของตน ใครควรเป็นผู้ตัดสินใจในการบอกความจริงนี้ และควรให้อะไรกับผู้ป่วยและญาติบ้างเพื่อให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (death with dignity) ซึ่งนับว่าเป็นประเด็นที่ได้แย้งและไม่อาจสรุปความคิดเป็นมาตรฐานได้ และเมื่อพยาบาลผู้ซึ่งใกล้ชิดผู้ป่วยและญาติถูกถามด้วยคำถามนี้ ทำให้พยาบาลคิดถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้นและเกิดความคับข้องใจ โดยมีพยาบาลบางคนหลีกเลี่ยงที่จะไม่ตอบ และหลายคนไม่แน่ใจว่าจะทำอะไรที่จะไม่เป็นการปิดความรับผิดชอบ (วันทิวา, 2541) เนื่องจากเกรงว่าจะก่อให้เกิดผลเสียและทำให้ผู้ป่วยและญาติเสียกำลังใจ แต่การไม่บอกความจริงกับผู้ป่วยและญาติ จะทำให้ผู้ป่วยและญาติขาดความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วย ไม่สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาและจัดการกับปัญหาของผู้ป่วย (ธนา, 2542)

ในสังคมไทยเดิมรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ พยาบาล กับผู้ป่วยและ/หรือญาติ เป็นแบบบิดาและบุตร (paternalism) ค่อนข้างสูง กล่าวคือ เป็นความสัมพันธ์บนพื้นฐานความเชื่อถือ ยกย่อง เชื่อฟัง เกรงใจ ทำให้ผู้ป่วยและ/หรือญาติเป็นฝ่ายรับข้อมูลจากฝ่ายการรักษาพยาบาลมากกว่าที่จะซักถามหรือเรียกร้องสิทธิ์ (ดุสิต, 2543; วันทิวา, 2541) แต่ในปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตระยะสุดท้ายเป็นเรื่องอยู่ในความสนใจของสื่อมวลชนและประชาชนได้รับทราบข้อมูลข่าวสารมากขึ้นทำให้มีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนแนวคิดจากแนวคิดเดิมมาเป็นแนวคิดซึ่งตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย (patient autonomy) หรือผู้รับบริการเป็นหลัก โดยที่ผู้ป่วยหรือญาติคนที่ได้รับการมอบอำนาจในกรณีที่ผู้ป่วยไม่อยู่ในสภาพที่จะตัดสินใจเป็นผู้เลือกแผนการรักษาโดยทีมแพทย์จะต้องเป็นผู้ให้ข้อมูลและคอยให้คำปรึกษา ซึ่งแนวคิดนี้ให้ความสำคัญอย่างมากกับสิทธิและเสรีภาพส่วนบุคคล (ดุสิต, 2543)

การดูแลผู้ป่วยวิกฤตใกล้ตาย จากการที่ญาติต้องการนำผู้ป่วยกลับบ้าน ไม่ต้องการให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานเพิ่มขึ้นและบางคนไม่ต้องการให้กदनวดหัวใจ เป็นความต้องการของ

ญาติที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยใกล้ตาย ซึ่งจากการศึกษาของ ซิงเกอร์, มาร์ติน, และ เคลเนอร์ (Singer, Martin, & Kelner, 1999) เกี่ยวกับการรับรู้ถึงการดูแลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตจากมุมมองของผู้ป่วยใกล้ตายซึ่งสรุปได้ 5 ข้อ และเห็นสมควรมีการปรับปรุงแก้ไข คือ (1) ได้รับการบรรเทาอาการปวด และอาการทรมานอื่นๆ อย่างเพียงพอ (2) หลีกเลี่ยงการยืดชีวิตที่ไม่เหมาะสม (3) ให้ผู้ป่วยและญาติมีสิทธิรับรู้และเลือกแนวทางการบำบัดในช่วงปลายทางชีวิต (4) แบ่งเบาภาระของญาติผู้ป่วยใกล้ตาย (5) เสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยใกล้ตายกับญาติสนิทมิตรสหาย ซึ่งให้ข้อเสนอแนะว่าควรหลีกเลี่ยงการยืดชีวิตที่ไม่เหมาะสม เพราะจะก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานกับผู้ป่วยและเป็นภาระของญาติมากกว่าอย่างไรก็ตามประเด็นปัญหาทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นประการหนึ่งคือ ใครจะเป็นผู้ยุติวิธีการยืดชีวิต ซึ่งมีผลกระทบด้านจิตวิญญาณทั้งญาติและผู้ให้การดูแล (วิศาล, 2544)

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต พบว่า ไม่มีปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่างโดยรวม และในแต่ละด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่า ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณเป็นความต้องการในส่วนลึกของบุคคล ซึ่งมีความต้องการในเรื่องต่างเหมือนกัน (เช่น ต้องการความสุข ต้องการสิ่งดีๆ ในชีวิต ต้องการทำความดี ต้องการเป็นที่รัก และถูกคนอื่นรัก ต้องการทำตามความเชื่อของตนเอง เป็นต้น) ไม่ว่าญาติจะอยู่ในสถานะใด หรือมีการรับรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยแตกต่างกัน ดังที่แสง (2531) กล่าวว่า มนุษย์ทุกคนต้องการความสุขและแสวงหาความสุข ความสุขเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นหลังจากบุคคลได้รับการตอบสนองตามความต้องการ นั่นคือ เมื่อมนุษย์รู้ว่าตนเองต้องการอะไรและได้ทำหรือได้มาซึ่งสิ่งที่ตนต้องการก็จะเกิดความพึงพอใจ เพราะฉะนั้นญาติก็จะต้องการที่จะทำสิ่งต่างๆ เพื่อให้เกิดผลคือ ความสุขขึ้นกับตนเองและคนที่มีความหมายสำหรับตน คือ ผู้ป่วยวิกฤตนั่นเอง ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาความต้องการทางด้านจิตสังคมของญาติผู้ป่วยวิกฤต ที่พบว่า สถานะบทบาทของญาติต่อผู้ป่วย (จุฑามาศและคณะ, 2536; จงกลและพรทิพา, 2539; นิภาวรรณและจันทร์พร, 2541; พรทิพย์, 2541; วิมลรัตน์, 2536; Bouman, 1984) อายุ การศึกษา (สุภารัตน์และคณะ, 2542; Bouman, 1984) เพศ ฐานะทางเศรษฐกิจ (Bouman, 1984) รายได้ของญาติและจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหออภิบาล (สุภารัตน์และคณะ, 2542) ที่แตกต่างกันไม่ทำให้ญาติมีความต้องการทางด้านจิตสังคมที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการทางด้านจิตวิญญาณกับการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต

ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณโดยรวม ($r = .765$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) หมายถึง ญาติที่มีความต้องการทางด้านจิตวิญญาณจะนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ อธิบายได้ว่า ในสถานการณ์ที่มีผู้ป่วยวิกฤตเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย ซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉินที่ผู้ป่วยและญาติไม่ได้เตรียมตัว ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งองค์รวมของญาติ นั่นคือ กาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งละอ (2534) กล่าวว่า ในการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งเร้าในแต่ละมิตินั้น จะมีการเปลี่ยนแปลงและปรับตัวของคนทั้งคนเสมอ ไม่มีสิ่งเร้าใดที่จะกระตุ้นเฉพาะองค์ประกอบทางกาย ทางจิตใจ และทางสังคมของบุคคลเพียงด้านเดียว ทำให้ญาติมีความต้องการที่จะปรับองค์รวมเข้าสู่สภาพสมดุลใหม่ ซึ่งตามทฤษฎีการปรับตัวของมนุษย์ (man's adaptation) ฮาร์ดี้ (Hardy, 1972 อ้างตาม ละอ, 2534) กล่าวว่า ในช่วงชีวิตของบุคคล ซึ่งหมายถึง "คนทั้งคน" จะปรับตัวเพื่อรักษาดุลยภาพตลอดเวลา ในทุกสภาพการณ์แห่งชีวิต ทั้งในขณะสุขภาพดี และในภาวะที่กำลังเจ็บป่วย ทั้งทางกายและจิตใจ ในการปรับตัวทางจิตสังคม คนมีพฤติกรรมปรับตัวเพื่อจะตอบสนองความต้องการรักษาสมดุลใน 2 ลักษณะ คือ (1) ใช้พฤติกรรมป้องกันตัว (defensive behavior) ซึ่งมุ่งสนองความต้องการของตนเองเป็นสำคัญ และยอมรับความจริงได้น้อย และ (2) พฤติกรรมที่ไม่มุ่งป้องกันตัว (nondefensive behavior) เป็นการปรับตัวโดยใช้สติปัญญาพิจารณาในความเป็นจริง มองเห็นความจริงของปัญหา และแก้ไขตามสภาพเป็นจริง พฤติกรรมทั้ง 2 ลักษณะนี้ ชิสเตอร์รอย (Hardy, 1973 อ้างตาม ละอ, 2534) เรียกว่า กลไกการเผชิญปัญหา (coping mechanism) ทั้งหมดที่กล่าวมาพอสรุปได้ว่า เมื่อญาติได้รับผลกระทบจากมีผู้ป่วยวิกฤต จะทำให้ญาติเกิดความต้องการที่จะปฏิบัติทุกวิถีทางที่จะรักษาสมดุลไม่ว่าทางร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ และสำหรับการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณส่วนใหญ่ ญาติสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ดังนั้นจึงมีความสอดคล้องระหว่างความต้องการกับการปฏิบัติสูง

สำหรับในประเด็น ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ ด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิตที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณโดยรวมได้มากกว่าความต้องการด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งนอกเหนือตน และด้านการมีความหวัง (R^2 change = .390, .165, และ .037 ตามลำดับ) อธิบายได้ว่า เนื่องจากมนุษย์มีความต้องการที่จะพัฒนาขึ้นสู่ความต้องการที่จะเป็นมนุษย์อย่างสมบูรณ์ (ละอ, 2534) และจากลำดับขั้นความต้องการของมนุษย์ 5 ขั้นจากต่ำไปสูงซึ่งขั้นสูง

สุด คือ ความต้องการประจักษ์ในคุณค่าแห่งตน มนุษย์จะยึดหลักการดำรงชีพด้วยความดี แสวงหาสิ่งที่ดี และถูกต้องในการกระทำโดยไม่คำนึงถึงผลตอบแทน เช่น ลาก ยศ ชื่อเสียง สรรเสริญหรืออิทธิพลใดๆ ในสังคม สำหรับความต้องการในด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งนอกเหนือตน และด้านการมีความหวัง จะเป็นความต้องการในลำดับขั้นที่ต่ำกว่าความต้องการประจักษ์ในคุณค่าแห่งตน

และจากการที่กลุ่มตัวอย่างทุกคนนับถือศาสนา ซึ่งสามารถอธิบายในมุมมองทางศาสนา ได้ดังนี้ เป้าหมายสูงสุดของพระพุทธศาสนาอยู่ที่ตัวมนุษย์ การกระทำของมนุษย์เพื่อเป็นหลัก เบื้องต้นแห่งชีวิตที่ประเสริฐ เพื่อความสงบ เพื่อความรู้ยิ่ง เพื่อความรู้แจ้ง และเพื่อนิพพาน (สิวลี, 2542) โดยมีหลักคำสอนให้พุทธศาสนิกชนปฏิบัติธรรม แบ่งออกเป็น 3 ชั้น (พุทธทาส, 2536; พระเทพเวที, 2535) คือ (1) ชั้นเบื้องต้น เป็นการปฏิบัติต่อบุคคลอื่นในสังคม ให้อยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุข เช่น การปฏิบัติต่อทิศทั้ง 6 เป็นต้น (2) ชั้นกลาง คือ การดำรงชีวิตด้วยความยึดมั่นศรัทธาในพระรัตนตรัย รักชาติ ศีล เชื่อในกฎแห่งกรรม ปฏิบัติตามคำสอน และ (3) ชั้นสูง คือ ดำเนินชีวิตด้วยความรู้เท่าทันโลก ไม่ยึดมั่นถือมั่น ทำจิตให้สงบ วางจากความรู้สึกว่ามีตัวตน เป็นตัวเรา เป็นของเรา ซึ่งเป้าหมายของการปฏิบัติธรรม มี 2 ระดับ คือ (1) โลกียธรรม เป็นเป้าหมายของผู้ครองเรือน เพื่อทำจิตใจให้สงบ มั่นคง เข้มแข็ง อดทน กล้าเผชิญกับความทุกข์ต่างๆ ธรรมเกี่ยวกับระดับนี้ เช่น เบญจศีล เบญจธรรม มรณวาสธรรม ทิศหก อิทธิบาทสี่ เป็นต้น (2) โลกุตระธรรม เป็นธรรมขั้นสูง สำหรับผู้ต้องการหลุดพ้นทุกข์ กิเลส ตัณหา ซึ่งจะปฏิบัติอย่างไร ขึ้นอยู่กับผู้ปฏิบัติที่ได้พิจารณาใช้ธรรมะที่เหมาะสมกับตน ซึ่งพระธรรมปิฎก (2538) ได้ให้แนวทางการปฏิบัติแก่ประชาชนทั่วไปว่า ควรปฏิบัติ ทาน ศีล ภาวนา ซึ่ง ทาน หมายถึง การเสียสละ การให้ต่างๆ ศีล เป็นการประพฤติ งดเว้นจากการเบียดเบียนซึ่งกันและกัน และภาวนาคือการฝึกอบรมจิตใจให้สะอาด สงบ ปราศจากกิเลสและความเศร้าหมองทั้งหลาย และจากการที่กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง และอยู่ในวัยกลางคนซึ่งผ่านประสบการณ์ต่างๆมามาก พอจะสรุปได้ว่า ญาติได้รับการตอบสนองความต้องการในลำดับต้นๆมาแล้ว จึงมีความต้องการที่จะพัฒนาทางจิตวิญญาณสู่ความเป็นมนุษย์อย่างสมบูรณ์ นั่นคือ ความต้องการความรู้สึกจากสังคมที่เป็นการยกย่องตัวเองให้ประจักษ์ในคุณค่าความเป็นคนของตนเอง และถ้าได้รับการตอบสนองด้วยดี จะทำให้ญาติเห็นคุณค่าของตัวเองที่มีต่อสังคม เกิดความมั่นใจในการแสวงหาความสุขทางใจอย่างแท้จริง หลุดพ้นจากความต้องการที่คับแคบเฉพาะตัว ด้วยความเห็นแก่ตัวเห็นแก่ได้ กลับมุ่งแต่จะสนองความต้องการให้แก่ผู้อื่นให้มีความรู้สึกได้รับการยอมรับ มีคุณค่า และมีความสำเร็จเช่นเดียวกับตน (ฟาริดา, 2534)

สำหรับในศาสนาอิสลามมีเป้าหมายสูงสุดของชีวิต คือ การมีชีวิตอยู่ด้วยความศรัทธาในพระเจ้าเป็นเจ้า อยู่ในความดี ตายแล้ววิญญาณไปอยู่ในสวรรค์ชั้นนบ (แสง, 2531) โดยคัมภีร์

อัลกุรอานได้พรรณาสภาพชีวิตในสวรรค์ไว้ว่า "แท้จริงผู้มีศรัทธาจะได้ไปอยู่ในสวนอันสุขสำราญ เสวยสุขจากสิ่งที่พระเจ้าประทานให้ เพราะว่า พระผู้เป็นเจ้าของเขาให้รอดพ้นจากความทุกข์ทรมานในนรก" และ "จงกินและดื่มให้สบาย เพราะสิ่งที่ผู้เจ้าได้กระทำแล้วเกิด"

ดังนั้นความต้องการทางด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิตจึงเป็นเป้าหมายสูงสุดของญาติ และมีผลก่อให้เกิดการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณโดยรวมได้สูงสุด

สำหรับในรายชื่อ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการกับการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการในข้อ 17 คือ การเข้าเยี่ยมผู้ป่วยทันทีเมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวหรือตื่น เพียงข้อเดียว (ดังตาราง 17) เมื่อพิจารณาถึงความต้องการในข้อนี้พบว่า ร้อยละ 82.4 ของกลุ่มตัวอย่างมีความต้องการระดับมาก แต่มีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 29.4 ได้เข้าเยี่ยมทุกครั้งตามที่ต้องการ และมีร้อยละ 69.4 ได้เข้าเยี่ยมบางครั้ง ทั้งนี้อธิบายได้ว่า อาจเนื่องจากมีข้อจำกัดในการเยี่ยม ตามระเบียบการเยี่ยมของหอพยาบาลทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่ได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยตามความต้องการ ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าสำหรับญาติที่มีความต้องการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอาจจะรู้สึกว่าได้ช่วยน้อยเกินไป เนื่องจากมีการจำกัดเวลาในการเยี่ยม หรือในบางรายอาจมีความรู้สึกผิดที่ไม่ได้อยู่ให้การดูแลในขณะที่ผู้ป่วยมีความต้องการให้ญาติอยู่ด้วย จึงต้องการอธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าเจ้าหน้าที่ไม่ให้เข้าเยี่ยมหากไม่ถึงเวลา ญาติบางคนต้องขอให้พยาบาลช่วยอธิบายผู้ป่วยด้วย หรืออาจเนื่องจากญาติไม่ได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดีที่สุด เนื่องจากความเข้าใจของญาตินั้นพยาบาลไม่เคยรู้จักกับผู้ป่วยมาก่อน (นิภาวรรณและจันทร์พร, 2541) จากการศึกษาพบว่า การจำกัดเวลาเยี่ยมและจำนวนคนเข้าเยี่ยม ทำให้สมาชิกครอบครัวต้องให้ผู้ป่วยซึ่งเป็นบุคคลอันเป็นที่รักของตนอยู่ในความดูแลของบุคลากรที่มีสุขภาพที่เปรียบเสมือนคนแปลกหน้าสำหรับสมาชิกในครอบครัว (Meijs, 1989 อ้างตาม ธิตติมาและคณะ, 2541) หรือเนื่องจากสภาพแวดล้อมของหอพยาบาลที่ปิดประตูหน้าต่างทำให้ญาติไม่สามารถมองเห็นผู้ป่วยจากภายนอกได้และญาติมักถูกแยกออกจากการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (ธิตติมาและคณะ, 2541) และอาจเนื่องจากในขณะที่ญาติเข้าเยี่ยมตามเวลา พบว่า พยาบาลจะอยู่ที่โต๊ะทำงาน เขียนบันทึกในแฟ้มผู้ป่วย โดยไม่ได้มาดูแลผู้ป่วยที่เตียง เนื่องจาก พยาบาลจะให้การดูแลผู้ป่วยเรียบร้อยแล้วก่อนที่จะเปิดให้ญาติเข้าเยี่ยม ทำให้ญาติไม่ทราบลักษณะการทำงานของพยาบาลที่แท้จริง ซึ่งจากการศึกษาความต้องการของญาติผู้ป่วย วิฤติพบว่า การที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในหอพยาบาลญาติจะมีความวิตกกังวลและมีความเครียด (ชอลดา, 2536) ทำให้ญาติมีความต้องการสูงในเรื่องต่อไปนี้เป็นคือ ต้องการมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดีที่สุดและต้องการมีความรู้สึกได้ว่าเจ้าหน้าที่สนใจดูแลผู้ป่วย (เกลียวพันธ์และคณะ, 2539; จุฑามาศและคณะ, 2536; Norris & Grove, 1986) จากสิ่งที่กล่าวมาจึงเป็นเหตุให้ญาติรู้สึกว่าได้ไม่ได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยตามที่ตนต้องการ

สรุปผลการอภิปราย โดยทั่วไปแล้วจะเห็นได้ว่า ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของ ญาติผู้ป่วยวิกฤตเป็นความต้องการในส่วนลึกๆของญาติ เกี่ยวกับความผูกพันกับบุคคล อาจเกี่ยว กับ ตนเอง ผู้ป่วยวิกฤตหรือคนอื่นๆ ธรรมชาติ และสิ่งมีอำนาจเหนือคน เป็นการค้นหาหรือพบ ความหมายลึกๆในประสบการณ์ของตนเอง เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย การมีชีวิตอยู่และ ความตาย แสดงออกมาในทางที่จะช่วยให้สถานการณ์ทุกอย่างดีขึ้นหรือเป็นไปในทางบวก โดย แสดงออกทางศาสนา พิธีกรรมต่างๆ ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติแต่ละคนอาจ แตกต่างกัน ซึ่งพยาบาลต้องให้ความสำคัญกับทุกๆเรื่อง เพราะญาติแต่ละคนจะให้ความหมายกับ สิ่งที่ต้องการนั้นแตกต่างกัน นับว่าความต้องการทางด้านจิตวิญญาณเป็นความต้องการของปัจเจก บุคคลอย่างแท้จริง ไม่อาจเหมารวมๆได้ นอกจากนี้ผลการวิจัยยังแสดงให้เห็นว่า เมื่อญาติมีความ ต้องการทางด้านจิตวิญญาณ ญาติส่วนใหญ่ก็ได้มีการปฏิบัติเพื่อตอบสนองของความต้องการนั้น สอดคล้องกัน แต่สำหรับบางรายที่ยังไม่ได้ปฏิบัติ อาจเนื่องจากมีข้อจำกัดบางประการจึงต้องคอย เวลาและความพร้อม ดังนั้นพยาบาลควรมีบทบาทในการส่งเสริมให้ญาติมีที่พึ่งทางจิตวิญญาณ อันเข้มแข็ง และอำนวยความสะดวกเพื่อให้ญาติสามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองของ ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณได้ ทั้งนี้เพื่อความสงบสุขทางจิตวิญญาณของญาติและอาจส่งผลถึง ผู้ป่วยวิกฤตด้วย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ การปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ และความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการทางด้านจิตวิญญาณกับการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติสายตรงของผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช คิดจากสัดส่วน ผู้ป่วยวิกฤต 1 คน : ญาติ 1 คน จำนวน 85 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เก็บข้อมูลระหว่าง วันที่ 20 มกราคม – 5 เมษายน 2544

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของญาติและของผู้ป่วยวิกฤตตามการรับรู้ของญาติ และแบบสัมภาษณ์ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณและการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และตรวจสอบความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณและการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณโดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .86 และ .87 ตามลำดับ ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows โดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความเบ้ และหาความสัมพันธ์โดยรวมและรายด้าน โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันและวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน และหาความสัมพันธ์ในรายข้อ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ผลการวิจัย มีดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ โดยรวม ด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต และด้านการมีความหวัง อยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ย 68.05 (SD = 9.7) จากค่าที่เป็นไปได้ 0-100, 23.33 (SD = 3.11) จากค่าที่เป็นไปได้ 0-26, และ 6.89 (SD = 2.54) จากค่าที่เป็นไปได้ 0-10 คะแนน ตามลำดับ สำหรับความต้องการด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งนอกเหนือตน พบว่า มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย 37.82 (SD = 7.15) จากค่าที่เป็นไปได้ 0-64 คะแนน

2. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) มีความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ

รายชื่อในระดับมาก มีทั้งหมด 19 กิจกรรม จาก 50 กิจกรรม คิดเป็นร้อยละ 38 เป็นกิจกรรมในด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต 7 กิจกรรม จาก 13 กิจกรรม คิดเป็นร้อยละ 53.85 กิจกรรมด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งนอกเหนือตน จำนวน 11 กิจกรรม จาก 32 กิจกรรม คิดเป็นร้อยละ 34.37 กิจกรรมด้านการมีความหวัง 1 กิจกรรม จาก 5 กิจกรรม คิดเป็นร้อยละ 20 และกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการมาก 3 อันดับสูงสุด คือ การไม่ทำร้ายหรือเบียดเบียนตนเองและผู้อื่น การช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายไม่เจ็บปวดทรมาน และการระบายความรู้สึกเกี่ยวกับผู้ป่วยกับคนที่ญาติไว้วางใจ

3. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีคะแนนการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ โดยรวม และด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งนอกเหนือตน อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย 58.64 (SD = 9.24) จากค่าที่เป็นไปได้ 0-100 และ 30.40 (SD = 6.32) จากค่าที่เป็นไปได้ 0-64 คะแนน ตามลำดับ และพบว่า การปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต และด้านการมีความหวัง มีคะแนนอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ย 21.62 (SD = 3.46) จากค่าที่เป็นไปได้ 0-26 และ 6.61 (SD = 2.70) จากค่าที่เป็นไปได้ 0-10 คะแนน ตามลำดับ

4. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) มีการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการ ความต้องการ รายชื่อ ในระดับทุกครั้ง มีทั้งหมด 12 กิจกรรม จาก 50 กิจกรรม คิดเป็นร้อยละ 24 เป็นกิจกรรมในด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต 4 กิจกรรม จาก 13 กิจกรรม คิดเป็นร้อยละ 30.77 กิจกรรมด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งแวดล้อมและสิ่งนอกเหนือตน 7 กิจกรรม จาก 32 กิจกรรม คิดเป็นร้อยละ 21.88 กิจกรรมด้านการมีความหวัง 1 กิจกรรม จาก 5 กิจกรรม คิดเป็นร้อยละ 20 และกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างได้ปฏิบัติทุกครั้ง 3 อันดับแรก คือ การไม่ทำร้ายหรือเบียดเบียนตนเองและผู้อื่น การบอกหรือแสดงให้ผู้ป่วยรู้ว่าญาติรักห่วงใยเอาใจ และต้องการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างจริงใจ โดยการสนทนา โอบอุ้ม การสัมผัสอย่างอ่อนโยน ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เป็นต้น การบอกหรือแสดงให้ผู้ป่วยทราบว่าผู้ป่วยมีความหมาย และมีความสำคัญต่อญาติ

5. ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณโดยรวม ($r = .765$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งนอกเหนือตน ด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต และด้านการมีความหวัง ($r = .647, .492,$ และ $.475$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และในการวิเคราะห์รายด้าน พบว่า

5.1 ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ กับการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการ

ทางด้านจิตวิญญาณ ด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต มีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับสูง ($r = .756$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการปฏิบัติเพื่อตอบสนองของความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ โดยรวม ($r = .624$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $.001$ ด้านการมีความหวัง และด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งนอกเหนือตน ($r = .357$ และ $.346$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $.01$

5.2 ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ กับการปฏิบัติเพื่อตอบสนองของความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ ด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งนอกเหนือตน มีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับปานกลาง ($r = .676$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติเพื่อตอบสนองของความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ โดยรวม ในระดับปานกลาง ($r = .588$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

5.3 ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ กับการปฏิบัติเพื่อตอบสนองของความต้องการทางด้านจิตวิญญาณด้านการมีความหวัง มีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับสูง ($r = .917$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และยังพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติเพื่อตอบสนองของความต้องการทางด้านจิตวิญญาณโดยรวม และด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต ในระดับปานกลาง ($r = .528$, และ $.393$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

6. เมื่อวิเคราะห์ตัวทำนายในสมการถดถอย พบว่า ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณทั้ง 3 ด้านสามารถรวมทำนายถึงแนวโน้มการปฏิบัติเพื่อตอบสนองของความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ โดยรวม ได้ร้อยละ 62.7 โดยที่ความต้องการด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิตสามารถทำนายถึงแนวโน้มการปฏิบัติเพื่อตอบสนองของความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ โดยรวม ได้สูงสุดคือ ร้อยละ 39

7. ในความสัมพันธ์รายข้อ พบว่า ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติเพื่อตอบสนองของความต้องการทางด้านจิตวิญญาณในทุกข้อ ($r_s = .249 - .938$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.05 - .001$ ยกเว้นในเรื่องการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยทันทีเมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวหรือตื่น พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน ($r_s = .077$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้ตามความต้องการ

ข้อจำกัดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ และการปฏิบัติเพื่อตอบสนองของความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาล 1 และ 2 ของโรงพยาบาลมหาสารนครศรีธรรมราช ระหว่างวันที่ 20 มกราคม - 5 เมษายน 2544

เท่านั้น เนื่องจากลักษณะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและกลุ่มญาติ ลักษณะในท้องถิ่น สภาพโรงพยาบาล สิ่งแวดล้อมต่างๆ ลักษณะหอภิบาลและการบริการอาจแตกต่างกัน และ ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง อาจมีความเชื่อ ประเพณี และที่พึ่งทางจิตวิญญาณแตกต่างกันซึ่งอาจทำให้ญาติมีความต้องการทางด้านจิตวิญญาณและการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณที่แตกต่างกัน และนอกจากนี้ยังเป็นการศึกษาเฉพาะเจาะจงกับญาติสายตรงซึ่งอาจให้ผลที่ไม่ครอบคลุมไปถึงญาติกลุ่มอื่น รวมทั้งญาติที่ยังไม่พร้อมที่จะให้ข้อมูลได้เนื่องจากวิตกกังวลในอาการผู้ป่วย และญาติของผู้ป่วยวิกฤตที่เพิ่งได้รับการย้ายเข้าหอภิบาลและต่อมาผู้ป่วยย้ายแผนกหรือเสียชีวิต และในการศึกษาความต้องการทางด้านจิตวิญญาณและการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่นับถือศาสนาอิสลามมีจำนวนน้อยไม่สามารถนำไปอ้างอิงได้

ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ในการดูแลญาติผู้ป่วยวิกฤตให้ใช้หลักการพยาบาลแบบองค์รวม เช่นเดียวกับการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ญาติได้รับการตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ ซึ่งมีประเด็นที่พยาบาลต้องคำนึงถึง ดังนี้

1.1 ความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้ป่วยและญาติ ซึ่งมีความหลากหลาย ตามความเชื่อ ด้านศาสนา ความเชื่อที่ถ่ายทอดกันมาหรือวัฒนธรรม

1.2 การใช้เทคนิคการสร้างสัมพันธภาพ ก่อนการประเมินความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ

1.3 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับระเบียบ ข้อปฏิบัติ การเยี่ยม การเฝ้าไข้ การบริการ สิทธิของผู้ป่วย สถานที่ และบุคคล ที่อำนวยความสะดวกต่อการปฏิบัติศาสนกิจหรือพิธีกรรมตามความเชื่ออย่างชัดเจนตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเข้ารับการรักษา

2. ด้านการบริหารการพยาบาล

จากการศึกษา พบว่า ระบบการเยี่ยมใช้ในหอภิบาล เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อสนองตอบความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต เพราะฉะนั้นควรทำการศึกษาทบทวนกฎระเบียบการเยี่ยมไข้ พิจารณาข้อดี ข้อเสีย และสำรวจความคิดเห็น

จากแพทย์ พยาบาล เพื่อหาแนวทางความเป็นไปได้ในการปรับระเบียบการเยี่ยมไข้ และพร้อมกันนี้ ควรเปิดรับฟังความคิดเห็นจากญาติเกี่ยวกับระเบียบการเยี่ยมไข้ด้วย

3. ด้านการวิจัย

3.1 การศึกษาเปรียบเทียบความต้องการและการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการ ในมิติจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤตในหออภิบาลกับญาติผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ เช่น ญาติผู้ป่วยวิกฤตที่ไม่ได้รักษาในหออภิบาล ญาติผู้ป่วยโรคเรื้อรัง/ใกล้ตาย

3.2 การศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับความต้องการและการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤตที่มีความเชื่อในเรื่องต่างๆ เช่น โสยศาสตร์ ไทโรศาสตร์ เป็นต้น

3.3 การศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับความต้องการและการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต ในชาวไทยพุทธ ชาวไทยมุสลิม ชาวไทยเชื้อสายจีน และ/หรือชาวไทยคริสต์ เพื่อดูความแตกต่างทางวัฒนธรรม ความเชื่อ ที่จะมีอิทธิพลต่อการตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของตนเองและของผู้ป่วย

3.4 การศึกษาเชิงปริมาณเพื่อเปรียบเทียบความต้องการ และการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤตโดยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นชาวไทยมุสลิม

3.5 การศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต

บรรณานุกรม

กนกพร สุคำวัง. (2540). แบบจำลองเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

กัลยา วานิชย์บัญชา. (2543). การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูลเวอร์ชัน 7-10 (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ซี เค แอนด์ เอส ไฟต์สตูดิโอ.

กัลยา วานิชย์บัญชา. (2544). การวิเคราะห์สถิติ: สถิติเพื่อการตัดสินใจ (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

กฤษดา ตงศิริ. (2531). ความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2536). แนวคิดเรื่องการเจ็บไข้ได้ป่วย. ใน เสรี พงศ์พิศ (บรรณาธิการ), ภูมิปัญญาชาวบ้านกับการพัฒนาชนบท (เล่ม 2, หน้า 3-36). กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้งกรุ๊ป.

เกลียวพันธ์ ชินเมธีพิทักษ์, ปรีศนา วะสี, และยุพเรศ พญาพรหม. (2539). ความต้องการของญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤต. วารสารกรมการแพทย์, 21(2), 35-41.

ขวัญตา บาลทิพย์, พัชรียา ไชยลังกา, และอาภรณ์ เทื่อประไพศิลป์. (2543). ความต้องการของผู้ป่วยเอดส์ขณะเผชิญกับภาวะใกล้ตาย. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 20(1), 33 - 44.

คุรซิด อหัมมัด. (2541). อิสลาม: ความหมายและคำสอน. (จรัญ มะลูลีม, ผู้แปล). กรุงเทพมหานคร: อิสลามิก อะเคเดมี.

คุณ ไทจันทร์. (2537). ศาสนาเปรียบเทียบ. กรุงเทพมหานคร: โอ.เอส.พริ้นติ้ง เฮาส์.

จรรยาวัตร คมพยัคฆ์ และคณะ. (2540). ลักษณะความเจ็บป่วยในระบบบริการการแพทย์แผนไทย. วารสารพยาบาลศาสตร์, 15(2), 68-74.

จันทนา เตชะคฤห. (2540). ความหวัง ความเข้มแข็งในการมองโลก และความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยโรคลำเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรมศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

จิรวรรณ ลีลาพัฒนาพาณิชย์. (2541). ความหวังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

จุฑามาศ ปัจจะวิสุทธิ, สุภาพร ดั่งแพง, สมพร ศิริเต็มกุล, และวิไลวรรณ เนื่อง ณ สุวรรณ. (2536). ความต้องการของญาติผู้ป่วยในภาวะวิกฤต. ขอนแก่นเวชสาร, 17(2), 33-43.

จงกล ศรีวัฒนา และพรทิพา ศุภราศรี. (2539). ความต้องการของญาติผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 4(1), 53-56.

จำนงค์ อติวัฒนสิทธิ์ และคณะ. (2543). สังคมวิทยา (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

ฉวีวรรณ ธงชัย. (2530). บทบาทของพยาบาลต่อครอบครัวผู้ป่วยในภาวะวิกฤต. พยาบาลสาร, 14(2), 21-32.

ฉัตรสุมาลย์ กบิลสิงห์. (2537). ศาสนาอิสลาม. ใน ภัทรพร สิริกาญจน์ (บรรณาธิการ), ความรู้พื้นฐานทางศาสนา (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 78-96). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ชัดเจน จันทรพัฒน์. (2543). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

ชัชชัย คุ่มพื้พร. (2539). หน่วยที่ 10 ศาสนาคริสต์ในสังคมไทย. ใน สาขาวิชาศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. เอกสารการสอนชุดวิชา: ความเชื่อ และศาสนาในสังคมไทย (หน่วยที่ 8-15, พิมพ์ครั้งที่ 3, หน้า 397-456). กรุงเทพมหานคร: ชวนพิมพ์.

ชูศรี วงศ์รัตนะ. (2541). เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพมหานคร: เทพเนรมิตการพิมพ์.

ชอลดา พันธุ์เสนา. (2536). การพยาบาลจิตสังคมในผู้ป่วยภาวะวิกฤตตามแบบแผนสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พรินติ้งกรุ๊ป.

ณัฐวรรณ รัทวงศ์ประยูร. (2539). ความหมายของความรู้สึกไม่แน่นอนที่มีผลต่อสภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหัวใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

ดิเรก กุลสิริสวัสดิ์. (2539). หน่วยที่ 11 อิสลามในสังคมไทย. ใน สาขาวิชาศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. เอกสารการสอนชุดวิชา: ความเชื่อ และศาสนาในสังคมไทย (หน่วยที่ 8-15, พิมพ์ครั้งที่ 3, หน้า 457-500). กรุงเทพมหานคร: ชวนพิมพ์.

ดุสิต สถาวร. (2543). การดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตระยะสุดท้าย. ใน ดุสิต สถาวร และอดิสร วงษา (บรรณาธิการ), What you should know in critical care (หน้า 267-276). กรุงเทพมหานคร: ภาพพิมพ์.

ดุษฎี เมธกุโร, พระ (บรรณาธิการ). (2534). มรณสติ: พุทธวิธีต้อนรับความตาย. ม.ป.ท.

เดือน คำดี. (2541). ศาสนศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

ดวงใจ นิยม. (2536). การรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยต่อสิ่งเร้าความเครียดของผู้ป่วยในหออภิบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

ทัศนาศู รุวรรณปกรณ์. (2531). ความสัมพันธ์ระหว่างความหวังและการปรับตัวของผู้ป่วยระบบโลหิต. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

ทัศนาศู บุญทอง. (2534). มโนคติของจิตวิญญาณการพยาบาล. ใน อรุณพันธ์ วีระจักร (บรรณาธิการ), การประชุมวิชาการเรื่อง การพยาบาลในมิติจิตวิญญาณ วันที่ 26-27 พฤศจิกายน 2533 (หน้า 21-29). กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.

ทัศนีย์ ทองประทีป. (2543). กิจกรรมการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ. วารสารสภาการพยาบาล, 15(3), 55-64.

ทิพย์ภา เศรษฐ์ชาวลิต. (2541). จิตวิทยาพัฒนาการสำหรับพยาบาล. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

ทิพย์ภา เศรษฐ์ชาวลิต, สุรพันธ์ ปราบกรี, อรวรรณ หนูแก้ว, และเยาวนถ สุวลักษณ์. (2542). พฤติกรรมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเชิงพื้นที่บ้านของประเทศไทย. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 19(2), 23-37.

ธนา นิลชัยโกวิทย์. (2542). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. ใน มาโนช หล่อตระกูล (บรรณาธิการ), จิตเวชศาสตร์รามธิบดี (พิมพ์ครั้งที่ 4, หน้า 321-325). กรุงเทพมหานคร: สวีชาญการพิมพ์.

ธิติมา วทานีย์เวช. (2540). ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตตามการรับรู้ของตนเองและของพยาบาล วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

ธิติมา วทานีย์เวช, วันเพ็ญ เลี่ยมจ้อย, และทิพพาพร ตั้งอำนวย. (2541). ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตตามการรับรู้ของตนเองและของพยาบาล. พยาบาลสาร, 25 (1), 30-40.

นภาพร วงศ์ใหญ่. (2542). ความหวังและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จังหวัดพะเยา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

นันทนา เล็กสวัสดิ์, นฤมล วงศ์มณีโรจน์, สุทธิดา พงษ์พันธ์งาม, และพิชาณี แสยมโนวงศ์. (2542). ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่. รายงานวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

นิภาวรรณ สามารถกิจ และจันทร์พร ยอดยิ่ง. (2541). ความต้องการและการตอบสนองความต้องการที่ได้รับของญาติผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 6(3), 40-56.

บรรจง วาที. (2544). ความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง พฤติกรรมเผชิญความเครียดกับคุณภาพชีวิตของครอบครัวผู้ป่วยเอดส์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

บุบผาชอบใช้. (2536). ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

เบญจฯ ยอดดำเนิน และกฤตยา อาชวนิจกุล. (2529). พฤติกรรมสุขภาพอนามัยของคนไทย. ใน เบญจฯ ยอดดำเนิน, จรรยา เศรษฐบุตร, และกฤตยา อาชวนิจกุล (บรรณาธิการ), ทฤษฎีและการศึกษาทางสังคมวิทยา มนุษย์วิทยาทางการแพทย์ (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 28-46). กรุงเทพมหานคร: โอเดียนสโตร์.

ประคอง กรวรรณสูตร. (2542). สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: ด้านสุทธาการพิมพ์.

ประไพ บุรินทร์พามาศ, มาลี เลิศมาลีวงศ์, และกิตติกร นิลมานัต. (2541). ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีอาการขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล. วารสารวิจัยทางการพยาบาล, 2(1), 76-89.

ประเวศ วะสี. (2540). บนเส้นทางชีวิต: แม่...พลังแห่งความรัก. หมอชาวบ้าน, 19 (220), 16-23.

ประเวศ วะสี. (2543). สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์. หมออนามัย, 9(6), 13-16.

ปราณี เสนีย์. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเหนือตนเอง พฤติกรรมเผชิญความเครียดกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะสุดท้าย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

ปรีดา อุ่นเสียม และศิริพร ชัมภลิจิต. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ของบิดามารดาต่อบุตรที่ป่วยวิกฤตกับความต้องการการสนับสนุนทางสังคม. วารสารพยาบาลศาสตร์ สงขลานครินทร์, 16(1), 1-9.

พรจันทร์ สุวรรณชาติ. (2534). พยาบาลกับการดูแลบุคคล ใน อรพินท์ วีระฉัตร (บรรณาธิการ), การประชุมวิชาการเรื่อง การพยาบาลในมิติจิตวิญญาณ วันที่ 26-27 พฤศจิกายน 2533 (หน้า 8-15). กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.

พรทิพย์ โกศลยวัฒน์. (2541). การศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอุบัติเหตุ 2 โรงพยาบาลศิริราช. วารสารพยาบาลรามธิบดี, 16(4), 54-64.

พวงเพชร ยี่พวัฒน์พันธ์. (2540). ความต้องการและการได้รับการตอบสนองของความ ต้องการของมารดาผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

พัชรียา ไชยลังกา. (2534). การศึกษาเปรียบเทียบแนวความคิดเกี่ยวกับความตายของผู้มีสุขภาพดีและผู้ป่วยเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

พุทธทาส อินทปัญญ. (2536). ผู้ครองเรือน. กรุงเทพมหานคร: ธรรมสภา.

_____. (ม.ป.ป.). ธรรมสำหรับคนเจ็บไข้. กรุงเทพมหานคร: ธรรมสภา.

พุทธทาสภิกขุ. (ม.ป.ป.). คู่มือมนุษย์ (ฉบับย่อ). กรุงเทพมหานคร: เจริญรัฐการพิมพ์.

เพ็ญแข แสงแก้ว. (2541). การวิจัยทางสังคมศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, ศิริพร ชัมภลิจิต, และทัศนีย์ นะแสง. (2539). วิจัยทางการพยาบาล: หลักการและกระบวนการ (พิมพ์ครั้งที่ 2). สงขลา: เทมการพิมพ์.

พระธรรมปิฎก (ประยุทธ์ ปยุตโต). (2538). ปฏิบัติธรรมให้ถูกทาง (พิมพ์ครั้งที่ 30). กรุงเทพมหานคร: สหธรรมิก.

_____. (ป.อ. ปยุตโต). (2542). พุทธธรรม (ฉบับปรับปรุงและขยายความ, พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพมหานคร: มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.

พระเทพเวที (ประยูรย์ ปยุตโต). (2535). ธรรมบัญญัติชีวิต: พุทธจริยธรรมเพื่อชีวิตที่ดีงาม (พิมพ์ครั้งที่ 137). กรุงเทพมหานคร: มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.

_____ (2536). ความรักจากวาทะสนทนาสู่ความเป็นไทย. กรุงเทพมหานคร: มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.

พระราชสุทธินิพนธ์มงคล. (ม.ป.ป.). อานิสงส์ของการสวดพระพุทธรูปของพระราชสุทธินิพนธ์มงคล วัดอัมพวัน จ. สิงห์บุรี และบทสวดมนต์ ถวายพรพระ. กรุงเทพมหานคร: วิริยะพัฒนาโรงพิมพ์.

พาริตา อิบราฮิม. (2534). เรื่องของจิต-วิญญาณกับการพยาบาล. ใน อรพินท์ วีระฉัตร (บรรณาธิการ), การประชุมวิชาการเรื่อง การพยาบาลในมิติจิตวิญญาณ วันที่ 26-27 พฤศจิกายน 2533 (หน้า 16-20). กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.

_____ (2539). ปฏิบัติการประเมินภาวะสุขภาพอนามัย. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์.

_____ (บรรณาธิการ). (2541). นิเทศวิชาชีพ และจริยศาสตร์สำหรับพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์.

ภัทรพร สิริกาญจน์. (2537). ศาสนาคริสต์. ใน ภัทรพร สิริกาญจน์ (บรรณาธิการ), ความรู้พื้นฐานทางศาสนา (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 61-77). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ยุวดี เกตสัมพันธ์. (2539). การดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤตแบบองค์รวม ใน ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช, เอกสารประกอบโครงการฝึกอบรมพยาบาล ไอ.ซี.ยู.: การดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤต (หน้า 3-10). กรุงเทพมหานคร: ศุภวณิชการพิมพ์.

ยุวดี ภาษา และคณะ. (2534). วิจัยทางการพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร: สยามศิลป์การพิมพ์.

รสสุคนธ์ แสงมณี. (2537). การเข้าร่วมชมรมสูงอายุ และแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

รุจา ภูไพบูลย์. (2541). การพยาบาลครอบครัวแนวคิดทฤษฎี และการนำไปใช้ (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: วี เจ พรินต์ติ้ง.

รุจา ภูไพบูลย์ และคณะ. (2543). รายงานวิจัย: ผลกระทบของการมีบุตรป่วยโรคมะเร็งต่อครอบครัว. คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

รุ่งทิพย์ แปงใจ. (2542). การสนับสนุนจากคู่สมรสกับความผาสุกของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

เรณูการ์ ทองคำรอด. (2542). ความหวังของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

ละออ นุตางกูร. (2534). หลักพื้นฐานเพื่อการพยาบาล ชีว-จิต-สังคม. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยรังสิต.

ละเอียด ภัคดีจิตต์. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง กับพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดในผู้ป่วยมะเร็งระหว่างรับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรมศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

วันทิวา วัฒนะโชติ. (2541). การสื่อสารบอกความจริงเกี่ยวกับภาวะใกล้ตาย. วารสารโรงพยาบาลเลิดสิน, 1(2), 80-84.

วิทยา นาควัชระ. (2535). สดชื่นกับงานและชีวิต (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: สถาบันพัฒนาตนเองและนักบริหาร.

วิภาวี คงอินทร์. (2537). การพยาบาลผู้สูงอายุ. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช. (2535). การสำรวจความต้องการของญาติผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. สงขลานครินทร์เวชสาร, 10(4), 313-317.

วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช. (2536). การสำรวจความต้องการของญาติผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. รายงานวิจัย ภาควิชาการพยาบาล ศัลยกรรมศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

วิศาล เขียวพงศ์ศิริ. (8 เมษายน 2544). ถกทางเลือกใหม่ให้ความสุขผู้ป่วยก่อนตาย. เดลินิวส์, หน้า 24.

ศิริวรรณ ศิริบุญ. (2538). ผู้สูงอายุไทยกับศาสนา. วารสารประชากรศาสตร์, 11(9), 17-47.

ศิริอร สิ้นธุ และสมใจ พุทธาพิทักษ์ผล. (2542). การพยาบาลและการดูแล: ความเหมือนที่แตกต่าง. วารสารสภากาพยาบาล, 14(3), 10-23.

ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2534). ลักษณะทางสังคม 4 ประการในผู้สูงอายุไทยและอเมริกัน. พยาบาลสาร, 18(2), 1-13.

ศรีสมร เบ็ญอาหลี. (2538). การพัฒนาคุณภาพชีวิตในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ตามกลยุทธ์ "ศาสนานำการสาธารณสุข". โรงพยาบาลแม่และเด็ก ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 12 จังหวัดยะลา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

สงวนศรี แต่งบุญงาม. (2537). การศึกษาสภาวะทางสังคมของครอบครัวที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิต: ศึกษาเฉพาะกรณี โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.

สมาคมนักเรียนเก่าอาหรับ ประเทศไทย. (2543). พระมหาคัมภีร์อัลกุรอาน พร้อมคำแปลเป็นภาษาไทย. อัลมาดีนะห์ อัลมูเนาวเราะห์ ราชอาณาจักรราชอาณาจักรระเบียบ: ศูนย์กษัตริย์ ฟ้าฮัด เพื่อการพิมพ์อัลกุรอาน.

สมบัติ ไชยวัฒน์, ยุพิน กลิ่นขจร, ดวงฤดี ลาสุขะ, และทิพาพร วงศ์หงษ์กุล. (2543). การสนับสนุนทางสังคมโดยเครือข่าย ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง. พยาบาลสาร, 27(2), 29-41.

สมพร รัตนพันธ์. (2541). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

สันหัต เสริมศรี และเจมส์ ไรลีย์. (2517). รายงานการวิจัย: พฤติกรรมในการใช้บริการทางการแพทย์ สาธารณสุข และการคุมกำเนิดของคนไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

สายพิน เกษมกิจวัฒนา. (2539). ภาวะเหนือตนเอง: แนวคิดด้านจิตวิญญาณ. วารสารพยาบาลศาสตร์, 4(1), 4-7.

สายพิน เกษมกิจวัฒนา และวิมลรัตน์ ภูวราวุฒิมิพานิช. (2539). ภาวะเหนือตนเอง ความมีคุณค่าในตนเอง และสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอดส์. วารสารพยาบาลศาสตร์, 4(1), 54-65.

สายลม ภาณุมาศมณฑล. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับการปรับตัวในผู้ป่วยที่ทราบว่าเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาว. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

สิริสุดา ชาวคำเขต. (2541). การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวกับความเครียดของผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

สิวลี ศิริไธ. (2542). จริยศาสตร์สำหรับพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุภรณ์ ไวยชีตา, ชื่นฤดี คงศักดิ์ตระกูล, และวิมลวัลย์ วโรฬาร. (2542). ความต้องการและการตอบสนองของความต้องการที่ได้รับของครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยไอ.ซี.ยู. โรงพยาบาลรามาริบัติ. วารสารพยาบาลรามาริบัติ, 5(3), 186-200.

สุธีภรณ์ สมคะเนย์. (2542). การศึกษาภาวะสุขภาพจิต และวิธีการเผชิญปัญหาของสตรีวัยกลางคนในชุมชนเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

สุวีรัตน์ ช่วงสวัสดิ์ศักดิ์. (2541). ความต้องการของญาติในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

เสรี พงศ์พิศ. (2539). หน่วยที่ 8 ไสยศาสตร์ในสังคมไทย. ใน สาขาวิชาศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. เอกสารการสอนชุดวิชา: ความเชื่อ และศาสนาในสังคมไทย (หน่วยที่ 8-15, พิมพ์ครั้งที่ 3, หน้า 283-348). กรุงเทพมหานคร: ชวนพิมพ์.

แสง จันทร์งาม. (2531). ศาสนศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.

เสฐียร พันธงชัย. (2542). ศาสนาเปรียบเทียบ. กรุงเทพมหานคร: เอลไล์ การพิมพ์.

อัจฉรา ตันศรีรัตนวงศ์. (2541). การเยียวยาด้านจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่นับถือพุทธศาสนา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

อัจฉราพร สิริบุญวงศ์. (2538). ความไม่ไว้วางใจบุคคลอื่น: แนวคิดในการประยุกต์ใช้เพื่อปฏิบัติการพยาบาล. วารสารพยาบาลศาสตร์, 13(4), 40 – 49.

อมรา พงศาพิชญ์. (2539). หน่วยที่ 7 พุทธศาสนาชาวบ้าน. ใน สาขาวิชาศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. เอกสารการสอนชุดวิชา: ความเชื่อ และศาสนาในสังคมไทย (หน่วยที่ 1-7, พิมพ์ครั้งที่ 3, หน้า 251-281). กรุงเทพมหานคร: ชวนพิมพ์.

อารีย์ บุญบรรณรัตน์. (2538). ความวิตกกังวล ความต้องการ และการตอบสนองความต้องการที่ได้รับของญาติผู้ป่วยหนักในหน่วยบำบัดพิเศษ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

อุดม เพชรสังหาร และคณะ. (2541). ภาวะสุขภาพจิตของผู้ใช้บริการหมอดูในเขตเทศบาลเมืองขอนแก่น. วารสารกรมสุขภาพจิต, 5(2), 57-72.

อุบล นิวัติชัย. (2535). ความหวังและบทบาทของพยาบาล. ใน กัญญา กาญจนนุรานนท์ (บรรณาธิการ), เอกสารการสอนชุดวิชากรณีเลือกสรรการพยาบาลมารดาทารก และจิตเวช หน่วยที่ 8-15 (พิมพ์ครั้งที่ 8, หน้า 1091-1097). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

อุบลวรรณ กิติรัตน์ตระการ. (2541). ความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตจากการบาดเจ็บที่สมองเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

อุไรพร พงศ์พัฒนานุฒิ. (2532). ความต้องการของญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤต. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์. (2543). ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธ์ภาพในครอบครัว ภาวะสุขภาพ การปฏิบัติธรรมกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.

อวยพร ดันยมุขกุล. (2534). การตอบสนองทางด้านจิตวิญญาณโดยใช้กระบวนการพยาบาล ใน อรพินท์ วีระฉัตร (บรรณาธิการ), การประชุมวิชาการเรื่อง การพยาบาลในมิติจิตวิญญาณ วันที่ 26-27 พฤศจิกายน 2533 (หน้า 36-47). กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.

อ่ำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2543). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต: แนวการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ธรรมสาร.

Amenta, M.R. (1986). Nursing of the terminal ill. Boston: Little Browe and company.

Aquilara, D.C., & Messick, J.M. (1982). Crisis intervention: theory and methodology (5th ed.). St. Louis: Mosby.

Arkley, C. (1990). The needs of visitors in intensive care. Nursing, 4(3), 9-12.

Bouman, C.C. (1984). Identifying priority concerns of families of intensive unit patients. Dimensions of Critical Care Nursing, 5, 313-319.

Breu, C., & Dracup, K. (1978). Helping the spouse of critical ill patient. American Journal of Nursing, 28(1), 50-53.

Brooke, V. (1987). The spiritual well-being of the elderly. Geriatric Nursing, (July/August), 194-195.

Brose, C. (1979). Theories of family crisis. In O.P. Hymovich, & M.U. Burnard (Eds.), *Family health care: General perspective volume one* (2nd ed., pp. 75-87). New York: McGraw-Hill.

Brown, P. (1989). The concept of hope: implications for care of the critically ill. *Critical Care Nurse*, 9, 97-105.

Burkhardt, M.A. (1989). Spirituality: an analysis of the concept. *Hollistic Nursing Practice*, 3(3), 69-77.

Carpenito, L. (1993). *Nursing diagnosis: application to clinical practice*. Philadelphia: J.B. Lippincott.

Carson, V.B. (1989). *Spiritual dimensions of nursing practices*. Philadelphia: W.B. Saunders.

Carson, V.B. (1998). Spirituality. In M.L. Julia, & E.K. Patricia (Eds.), *Foundations of nursing practice: a nursing process approach*. Philadelphia: WB Saunders company.

Chandel, J., & Drake, M. (1991). Tabbraer's nursing care: theory and practice (pp. 235-238). Melbourne: Churchill Livingstone.

Clark, S. (1993). Psychological need of critically ill patients. In J.M. Clochesy, C.Breu, S.Cardin, E.B.Rudy, & A.A. Whittaker (Eds.), *Critical care nursing*. Philadelphia: W.B.Saunders.

Colliton, M. (1981). The spiritual dimension of nursing, In I.C.Beland, & J.Y.Passos (Eds.), *Clinical nursing: pathophysiological approach* (pp. 490-496). New York: Macwilliam.

Conrad, N.L. (1985). Spiritual support for the dying. *Nursing Clinics of North America*, 20(2), 415-425.

Craven, R.F. & Hirnle, C.L. (2000). *Fundamentals of nursing: Human health and function* (3rd ed.). Philadelphia: Lippincott.

Daley, L. (1984). The perceived immediate needs of families with relatives in the intensive care setting. *Heart & Lung*, 13(3), 231-237.

Dossy, B.M., Keegan, L., Guzzetta, C.E., & Kolkmeier, L.G. (1995). *Holistic nursing: a handbook for practice* (2nd ed.). Maryland: Aspen Publishers.

Dufault, K., & Martocchio, B.C. (1985). Hope: Its spheres and dimension. *Nursing Clinics of North American*, 20, 379-391.

Dunbar, S.B., & McLain, R.M. (1993). Family care. In M.R. Kinney, D.R. Packa, & S.B. Dunbar (Eds.), *AACN's clinical reference for critical care nursing* (pp. 411-426). St. Louis: Mosby.

Dyson, J., Cobb, M., & Forman, D. (1997). The meaning of spirituality: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 1183 – 1188.

Elkins, D.N. (1995). Psychotherapy and spirituality: toward theory of the soul. *Journal of Humanistic Psychology*, 35(2), 78-96.

Ellerhorst-Ryan, J. M. (1997). Instruments to measure aspects of spirituality. In M. Frank- Stromberg, & S.J. Olsen (Eds.), *Instruments for clinical health-care research* (2nd ed., pp. 202-212.). Boston: Jones and Bartlett Publishers.

Forbes, S.B. (1994). Hope: an essential human and need in the elderly. *Journal of Gerontological*, 20(6), 5-10.

Forrester, D.A., Murphy, P.A., Price, D.M., & Monaghan, J.F. (1990). Critical care family needs: nurse-family member confederate pairs. *Heart & Lung*, 19(6), 655 - 661.

Furukawa, M.M. (1996). Meeting the needs of the dying patient's family. *Critical Care Nurse*, 16(1), 51-57.

Gaglione, K.M. (1984). Assessing and intervening with families of CCU patient. *Nursing Clinics of North America*, 19(3), 427-432.

Gaw-Ens, B. (1994). Information support for families immediately after CABG surgery. *Critical Care Nurse*, 14(2), 41-50.

Granstrom, S.L. (1985). Spiritual care of oncology patients. *Topic in Clinical Nursing*, 7(1), 39 –45.

Hall, B.A. (1994). Way of maintaining hopes in HIV disease. *Research in Nursing and Health*, 17, 283-293.

Hasse, J.F., et al. (1987). Component of courage in chronic ill: a phenomenological study. *Advance Nursing Science*, 9(2), 64-80.

Herth, K. (1989). The relationship between level of hope and level of coping response and other variables in patient with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 16(1), 67-72.

_____. (1990). Fostering hope in terminally ill people. *Journal of Advance Nursing*, 15, 1250-1259.

Hermann, C.P. (2001). Spiritual needs of dying patients: A qualitative study. *Oncology Nursing Forum*, 28(1), 67-72.

Hickey, M. (1993). Psychosocial needs of families. In J.M. Chochoesy, C. Breu, S. Cardin, E.B. Rudy, & A.A. Whittaker (Eds.), *Critical Care Nursing* (pp. 91-101). Philadelphia: W.B. Saunders.

Highfield, M.F. (1992). Spiritual health of oncology patient: Nurse and patient perspectives. *Cancer Nursing*, 15(1), 1-8.

Highfield, M.F., & Carson, V.B. (1983). Spiritual need of patient: Are they recognized, *Cancer Nursing*, 5(5), 187-192.

Hill, L., & Smith, N. (1990). *Self-care nursing: promotion of health*. Norwalk: Appleton & Lange.

Hoeman, S.P. (1996). *Rehabilitation nursing: process and application*. St Louise: Mosby- Year Book.

Holmbery, K.S. (1993). Trust-mistrust. In W.R. Beck, et al. *Mental health psychiatric nursing: a holistic life cycle approach* (3rd ed., pp. 323-342). St.Louis: Mosby-year book.

Hopkins, G.A. (1994). The trauma nurse's role with families in crisis. *Critical Care Nurse*, 14(4), 335-343.

Hudak, C.M., Gallo, B.M., & Morton, P.J. (1998). *Critical care nursing: a holistic approach* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott.

Jacono, J., Hick, G., Antonioni, C., O'Brien, K., & Rasi, M. (1990). Comparison of perceived needs of family members between registered nurse and family members of critically ill patients in intensive care and neonatal intensive care units. *Heart & Lung*, 19 (1), 72-78.

Keegan, L. (1993). Spirituality. In J.M. Black, & E. Matassarín-Jacobs (1993), Luckman and Sorensen 's *medical-surgical nursing: a psychophysiologic approach* (4th ed., pp.89-102). Philadelphia: WB Saunders company.

Kemp, C. (1995). *Terminal illness: a guide to nursing care*. Philadelphia: J.B.Lippincott company.

Kleinpell, R.M. (1991). Needs of families of critically ill patients: a literature review. *Critical Care Nurse*, 11(8), 34-40.

Kleinpell, R.M. & Power, M.J. (1992). Needs of family members of intensive care unit patient. *Applied Nursing Research*, 5(1), 2-8.

Krozek, C. (1991). Helping stressed families on an ICU. *Nursing*, 21(1), 52-55.

Labun, E. (1988). Spiritual care: an element in nursing care planning. *Journal of Advanced Nursing*, 13, 314-320.

Lamontagne, L.L., & Pawlak, R. (1990). Stress and coping of parents of children in pediatric intensive care unit. *Heart & Lung*, 19(4), 416-421.

Lange, S.P. (1978). Hope. In C.E. Carlson, & B. Blackwell (Eds.), *Behavioral concepts and nursing intervention* (2nd ed., pp. 171-190). Philadelphia: J.B. Lippincott Company.

Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing.

Lee, I.M., Chien, W.T., & Mackenzie, A.E. (2000). Needs of families with a relative in a critical care unit in Hong Kong. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 46-54.

Leske, J.S. (1986). Needs of relatives of critical ill patients: a follow-up. *Heart & Lung*, 15(2), 189-193.

Linsay, J.K., et al. (1995). Creative caring in the NICU: parent to parent support. *Neonatal-Network-Journal-of-Neonatal-Nursing*, 12(4), 37-44.

Lopez-Fagin, L. (1995). Critical care family needs inventory: A cognitive research utilization approach. *Critical Care Nurse*, 15(4), 21-26.

Lynn-McHale, D.J., & Bellinger, A. (1988). Need satisfaction levels of family members of critical care patients and accuracy of nurses' perceptions. *Heart & Lung*, 17(4), 447-453.

Mansen, T.J. (1993). The spiritual dimension of individual conceptual development. *Nursing Diagnosis*, 4(4), 140-147.

McGee, R.F. (1984). Hope: A factor influencing crisis resolution. *Advance in Nursing Science*, 6, 34-38.

McGlone, M.E.M. (1990). Healing the Spirit. *Holistic Nursing Practice*, 4(4), 77-78.

McHaffie, H.F. (1992). Social support in the neonatal intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*, 17(3), 279-287.

Millar, B. (1989). Critical Support in Critical care. *Nursing Times*, 85(16), 31-33.

Miller, J.F. (1983). *Coping with chronic illness: overcoming powerlessness*. Philadelphia: FA Davis.

Miller, K.M. & Perry, P. (1990). Relaxation technique and postoperative pain patients undergoing cardiac Surgery. *Heart & Lung*, 19(2), 136-146.

Molter, N.C. (1979). Needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study. *Heart & Lung*, 8(2), 332-339.

Morris, E.H. (1996). A spiritual well being model use with older woman who experience depression. *Issue in Mental Health Nursing*, 17(5), 439-455.

Narayanasamy, A. (1995). Spiritual care of chronically ill patient. *Journal of Clinical Nursing*, 4(6), 379-400.

Norris, L.O., & Grove, S.K. (1986). Investigation of selected psychosocial needs of families' members of critically ill adult patients. *Heart & Lung*, 15(2), 194-199.

Northouse, L.L. (1989). The impact of breast cancer on patient and husbands. *Cancer Nursing*, 12, 276-284.

O'Connor, A.P., Wicker, C.A., & Germino, B.B. (1990). Understanding the cancer patient's search for meaning. *Cancer Nursing*, 13, 167-175.

Patel, C.T.C. (1996). Hope-inspiring strategies of spouse of critical in adults. *Journal of Holistic Nursing*, 14(1), 44-65.

Peterson, E.A. (1985). The physical...The spiritual...Can you meet all of your patients needs? *Journal of Gerontological Nursing*, 11(10), 23 – 27.

Potter, P.A. & Perry, A.G. (1999). *Basic nursing: a critical thinking approach* (4th ed.). St.Louis: Mosby.

Raleigh, E.D. (1992). Sources of hope in chronic illness. *Oncology Nursing Forum*, 19(3), 443-448.

Rankin, S.H. (1989). Family transitions: Expected and unexpected. In C.L. Gilliss, B.L. Highley, B.M. Roberts, & I.M. Martinson (Eds.), *Toward a science of family nursing* (pp. 173-174). Menlo park: Addison-Wesley.

Rawlins, R.P. (1984). Hope-despair. In C.M. Beck (Ed.), *Mental health psychiatric nursing* (pp. 499-535). Missouri: C.V. Mosby company.

Recker, G.T., et al. (1987). Meaning and purpose in life and well being: a life span perspective. *Journal of Gerontology*, 42(1), 44-49.

Reed, P.G. (1986). Religiousness among terminal ill and healthy adult. *Research in Nursing and Health*, 9, 35-41.

_____. (1987). Spirituality and well-being in terminally ill hospitalized adults. *Research in Nursing and Health*, 10, 335-344.

Reed, P.G. (1992). An emerging paradigm for the investigation of spirituality in nursing. *Research in Nursing and Health*, 15, 349-375.

Ross, L.A. (1994). Spiritual aspects of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 439-447.

Rukholm, E., Bailey, P., Coutu-Wakulczyk, G., & Bailey, W.B. (1991). Needs and anxiety levels in relatives of intensive care unit patients. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 920-928.

Rustoen, T. (1995). Hope and quality of life, two central issues for cancer patients: a theoretical analysis. *Cancer Nursing*, 18(5), 355-361.

Shaffer, J.L. (1991). Spiritual distress and critical illness. *Critical Care Nursing*, 11(1), 42-43.

Singer, P.A., Martin, D.K., & Kelner, M. (1999). Quality end-of-life-care. *The Journal of the American Medical Association*, 281(2), 163-168.

Sodestrom, K.E., & Martinson, J.M. (1987). Patient 's spiritual coping strategies: A study of nurse and patient perspectives. *Oncology Nursing Forum*, 14(2), 41-46.

Taylor, P.B. & Ferszt, G.G. (1990). Spiritual healing. *Holistic Nursing Practice*, 4 (4), 32-38.

Walton, J. (1996). Spiritual relationship: a concept analysis. *Journal of Holistic Nursing*, 14(3), 237-250.

Warren, N.A. (1993). Perceived needs of the family member in the critical care waiting room. *Critical Care Nurse Quarterly*, 16(3), 56-62.

Woolley, N. (1990). Crisis theory: A parading of effective intervention with families of critically ill people. *Journal of Advanced Nursing*, 15(12), 1402-1408.

Wright, L.M., & Leahey, M. (1994). *Nursing and families: agimble to family assessment and intervention* (2nd ed.). Philadelphia: F.A. Davis.

Wright, K.B. (1998). Professional, ethical, and legal implications for spiritual care in nursing. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*, 30(1), 81 – 83.

Yates, P. (1993). Toward a reconceptualization of hope for patient with a diagnosis of cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 18(5), 701-706.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.

ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ประกอบด้วย

- ตาราง 18 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ โดยรวมของญาติผู้ป่วยวิกฤต
- ตาราง 19 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ ด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิตของญาติผู้ป่วยวิกฤต
- ตาราง 20 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ ด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งนอกเหนือตนของญาติผู้ป่วยวิกฤต
- ตาราง 21 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ ด้านการมีความหวังของญาติผู้ป่วยวิกฤต
- ตาราง 22 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วยตามการรับรู้ของญาติ กับระดับความต้องการทางด้านจิตวิญญาณโดยรวมของญาติผู้ป่วยวิกฤต

ตาราง 18 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ
โดยรวมของญาติผู้ป่วยวิกฤต

ปัจจัยบางประการ	ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณโดยรวม			χ^2
	ต้องการน้อย จำนวน (ร้อยละ)	ต้องการมาก จำนวน (ร้อยละ)	รวม จำนวน (ร้อยละ)	
เพศ				.845
ชาย	9 (64.3)	5 (35.7)	14 (100.0)	(p=.504) ^b
หญิง	54 (76.1)	17 (23.9)	71 (100.0)	
รวม	63 (74.1)	22 (25.9)	85 (100.0)	
อายุ				1.113
18 - 40 ปี	20 (69.0)	9 (31.0)	29 (100.0)	(p=.573) ^a
41 - 60 ปี	34 (79.1)	9 (20.9)	43 (100.0)	
> 60 ปี	9 (69.2)	4 (30.8)	13 (100.0)	
รวม	63 (74.1)	22 (25.9)	85 (100.0)	
สถานภาพสมรส				.082
โสด	7 (77.8)	2 (22.2)	9 (100.0)	(p=1.000) ^b
คู่	55 (73.3)	20 (26.7)	75 (100.0)	
รวม	62 (73.8)	22 (26.2)	84 (100.0)	
ศาสนา				.286
พุทธ	58 (73.4)	21 (26.6)	79 (100.0)	(p=1.000) ^b
อิสลาม	5 (83.3)	1 (16.7)	6 (100.0)	
รวม	63 (74.1)	22 (25.9)	85 (100.0)	
ระดับการศึกษา				1.892
มัธยมศึกษา และต่ำกว่า	54 (77.1)	16 (22.9)	70 (100.0)	(p=.199) ^b
สูงกว่ามัธยมศึกษา	9 (60.0)	6 (40.0)	15 (100.0)	
รวม	63 (74.1)	22 (29.5)	85 (100.0)	
ความเพียงพอของรายได้				.010
ไม่เพียงพอ	25 (73.5)	9 (26.5)	34 (100.0)	(p=1.000) ^b
เพียงพอ/มีเงินเหลือเก็บ	38 (74.5)	13 (25.5)	51 (100.0)	
รวม	63 (74.1)	22 (25.9)	85 (100.0)	

^a p-value โดยใช้ Chi-Square Test

^b p-value โดยใช้ Fisher's Exact Test

ตาราง 18 (ต่อ)

ปัจจัยบางประการ	ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณโดยรวม			χ^2
	ต้องการน้อย จำนวน (ร้อยละ)	ต้องการมาก จำนวน (ร้อยละ)	รวม จำนวน (ร้อยละ)	
สถานะบทบาทของญาติต่อผู้ป่วย เป็น				2.055 (p=.358) ^a
บิดา/มารดา	11 (68.8)	5 (31.3)	16 (100.0)	
คู่สมรส	23 (67.6)	11 (32.4)	34 (100.0)	
บุตร/ธิดา	24 (82.8)	5 (17.2)	29 (100.0)	
รวม	58 (73.4)	21 (26.6)	79 (100.0)	
ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของ ผู้ป่วย ตามการรับรู้ของญาติ				.918 (p=.408) ^b
รุนแรงปานกลาง	18 (81.8)	4 (18.2)	22 (100.0)	
รุนแรงมาก	45 (71.4)	18 (28.6)	63 (100.0)	
รวม	63 (74.1)	22 (25.9)	85 (100.0)	
การเคยมีประสบการณ์ภาวะ วิกฤตในชีวิต				.853 (p=.432) ^b
ไม่มี	19 (67.9)	9 (32.1)	28 (100.0)	
มี	44 (77.2)	13 (22.8)	57 (100.0)	
รวม	63 (74.1)	22 (25.9)	85 (100.0)	

^a p-value โดยให้ Chi-Square Test

^b p-value โดยให้ Fisher's Exact Test

ตาราง 19 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ
ด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิตของญาติผู้ป่วยวิกฤต

ปัจจัยบางประการ	ด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต			χ^2
	ต้องการน้อย จำนวน (ร้อยละ)	ต้องการมาก จำนวน (ร้อยละ)	รวม จำนวน (ร้อยละ)	
เพศ				.210
ชาย	1 (7.1)	13 (92.9)	14 (100.0)	(p=1.000) ^b
หญิง	8 (11.3)	63 (88.7)	71 (100.0)	
รวม	9 (10.6)	76 (89.4)	85 (100.0)	
อายุ				1.848
18 - 40 ปี	5 (17.2)	24 (82.8)	29 (100.0)	(p=.254) ^b
41 - 60 ปี	3 (7.0)	40 (93.0)	43 (100.0)	
รวม	8 (11.1)	64 (88.9)	72 (100.0)	
สถานภาพสมรส				.002
โสด	1 (11.1)	8 (88.9)	9 (100.0)	(p=.711) ^b
คู่	8 (10.7)	67 (89.3)	75 (100.0)	
รวม	9 (10.7)	75 (89.3)	84 (100.0)	
ศาสนา				.252
พุทธ	8 (10.1)	71 (89.9)	79 (100.0)	(p=.500) ^b
อิสลาม	1 (16.7)	5 (83.3)	6 (100.0)	
รวม	9 (10.6)	76 (89.4)	85 (100.0)	
ระดับการศึกษา				.145
มัธยมศึกษา และต่ำกว่า	7 (10.0)	63 (90.0)	70 (100.0)	(p=.665) ^b
สูงกว่ามัธยมศึกษา	2 (13.3)	13 (86.7)	15 (100.0)	
รวม	9 (10.6)	76 (89.4)	85 (100.0)	
ความเพียงพอของรายได้				.186
ไม่เพียงพอ	3 (8.8)	31 (91.2)	34 (100.0)	(p=.735) ^b
เพียงพอ/มีเงินเหลือเก็บ	6 (11.8)	45 (88.2)	51 (100.0)	
รวม	9 (10.6)	76 (89.4)	85 (100.0)	

^b p-value โดยใช้ Fisher's Exact Test

ตาราง 19 (ต่อ)

ปัจจัยบางประการ	ด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต			χ^2
	ต้องการน้อย	ต้องการมาก	รวม	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
สถานะบทบาทของญาติต่อผู้ป่วย เป็น				.430 (p=.678) ^b
คู่สมรส	4 (11.8)	30 (88.2)	34 (100.0)	
บุตร/ธิดา	2 (6.9)	27 (93.1)	29 (100.0)	
รวม	6 (9.5)	57 (90.5)	63 (100.0)	
ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของ ผู้ป่วย ตามการรับรู้ของญาติ				.291 (p=.690) ^b
รุนแรงปานกลาง	3 (13.6)	19 (86.4)	22 (100.0)	
รุนแรงมาก	9 (9.5)	57 (90.5)	63 (100.0)	
รวม	9 (10.6)	76 (89.4)	85 (100.0)	
การเคยมีประสบการณ์ภาวะ วิกฤตในชีวิต				5.183 (p=.054) ^b
ไม่มี	6 (21.4)	22 (78.6)	28 (100.0)	
มี	3 (5.3)	54 (94.7)	57 (100.0)	
รวม	9 (10.6)	76 (89.4)	85 (100.0)	

^b p-value โดยใช้ Fisher's Exact Test

ตาราง 20 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ
ด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งนอกเหนือตน
ของญาติผู้ป่วยวิกฤต

ปัจจัยบางประการ	ด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งนอกเหนือตน			χ^2
	ต้องการน้อย	ต้องการมาก	รวม	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
เพศ				.242
ชาย	12 (85.7)	2 (14.3)	14 (100.0)	(p=.638) ^b
หญิง	64 (90.1)	7 (9.9)	71 (100.0)	
รวม	76 (89.4)	9 (10.6)	85 (100.0)	
อายุ				.442
18 - 40 ปี	27 (93.1)	2 (6.9)	29 (100.0)	(p=.694) ^b
41 - 60 ปี	38 (88.4)	5 (11.6)	43 (100.0)	
รวม	65 (90.3)	7 (9.7)	72 (100.0)	
สถานภาพสมรส				1.210
โสด	9 (100.0)	-	9 (100.0)	(p=.588) ^b
คู่	66 (88.0)	9 (12.0)	75 (100.0)	
รวม	75 (89.3)	9 (10.7)	84 (100.0)	
ศาสนา				.764
พุทธ	70 (88.6)	9 (11.4)	79 (100.0)	(p=1.000) ^b
อิสลาม	6 (100.0)	-	6 (100.0)	
รวม	76 (89.4)	9 (10.6)	85 (100.0)	
ระดับการศึกษา				1.704
มัธยมศึกษา และต่ำกว่า	64 (91.4)	6 (8.6)	70 (100.0)	(p=.192) ^b
สูงกว่ามัธยมศึกษา	12 (80.0)	3 (20.0)	15 (100.0)	
รวม	76 (89.4)	9 (10.6)	85 (100.0)	
ความเพียงพอของรายได้				.186
ไม่เพียงพอ	31 (91.2)	3 (8.8)	34 (100.0)	(p=.735) ^b
เพียงพอ/มีเงินเหลือเก็บ	45 (88.2)	6 (11.8)	51 (100.0)	
รวม	76 (89.4)	9 (10.6)	85 (100.0)	

^b p-value โดยใช้ Fisher's Exact Test

ตาราง 20 (ต่อ)

ปัจจัยบางประการ	ด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งนอกเหนือตน			χ^2
	ต้องการน้อย	ต้องการมาก	รวม	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
สถานะบทบาทของญาติต่อผู้ป่วย เป็น				.009 (p=1.000) ^b
บิดา/มารดา	13 (81.3)	3 (18.7)	16 (100.0)	
คู่สมรส	28 (82.4)	6 (17.6)	34 (100.0)	
รวม	41 (82.0)	9 (18.0)	50 (100.0)	
ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของ ผู้ป่วย ตามการรับรู้ของญาติ				1.145 (p=.435) ^b
รุนแรงปานกลาง	21 (95.5)	1 (4.5)	22 (100.0)	
รุนแรงมาก	55 (87.3)	8 (12.7)	63 (100.0)	
รวม	76 (89.4)	9 (10.6)	85 (100.0)	
การเคยมีประสบการณ์ภาวะ วิกฤตในชีวิต				.603 (p=.469) ^b
ไม่มี	24 (85.7)	4 (14.3)	28 (100.0)	
มี	52 (91.2)	5 (8.8)	57 (100.0)	
รวม	76 (89.4)	9 (10.6)	85 (100.0)	

^b p-value โดยใช้ Fisher's Exact Test

ตาราง 21 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ
ด้านการมีความหวังของญาติผู้ป่วยวิกฤต

ปัจจัยบางประการ	ด้านการมีความหวัง				χ^2
	ไม่ต้องการ จำนวน (ร้อยละ)	ต้องการน้อย จำนวน (ร้อยละ)	ต้องการมาก จำนวน (ร้อยละ)	รวม จำนวน (ร้อยละ)	
เพศ					3.164
ชาย	2 (14.3)	4 (28.6)	8 (57.1)	14 (100.0)	(p=.206) ^a
หญิง	4 (5.6)	37 (52.1)	30 (42.3)	71 (100.0)	
รวม	6 (7.1)	41 (48.2)	38 (44.7)	85 (100.0)	
อายุ					1.451
18 - 40 ปี	-	16 (64.0)	9 (36.0)	25 (100.0)	(p=.309) ^b
41 - 60 ปี	-	20 (48.8)	21 (51.2)	41 (100.0)	
รวม	-	36 (54.5)	30 (45.5)	66 (100.0)	
สถานภาพสมรส					.964
โสด	-	6 (66.7)	3 (33.3)	9 (100.0)	(p=.482) ^b
คู่	-	34 (49.3)	35 (50.7)	69 (100.0)	
รวม	-	40 (51.3)	38 (48.7)	78 (100.0)	
ศาสนา					3.229
พุทธ	-	40 (54.8)	33 (45.2)	73 (100.0)	(p=.100) ^b
อิสลาม	-	1 (16.7)	5 (83.3)	6 (100.0)	
รวม	-	41 (51.9)	38 (48.1)	79 (100.0)	
ระดับการศึกษา					2.600
มัธยมศึกษา และต่ำกว่า	-	31 (47.7)	34 (52.3)	65 (100.0)	(p=.144) ^b
สูงกว่ามัธยมศึกษา	-	10 (71.4)	4 (28.6)	14 (100.0)	
รวม	-	41 (51.9)	38 (48.1)	79 (100.0)	
ความเพียงพอของรายได้					2.038
ไม่เพียงพอ	-	14 (42.4)	19 (57.6)	33 (100.0)	(p=.177) ^b
เพียงพอ/มีเงินเหลือเก็บ	-	27 (58.7)	19 (41.3)	46 (100.0)	
รวม	-	41 (51.9)	38 (48.1)	79 (100.0)	

^a p-value โดยใช้ Chi-Square Test

^b p-value โดยใช้ Fisher's Exact Test

ตาราง 21 (ต่อ)

ปัจจัยบางประการ	ด้านการมีความหวัง			χ^2
	ต้องการน้อย จำนวน (ร้อยละ)	ต้องการมาก จำนวน (ร้อยละ)	รวม จำนวน (ร้อยละ)	
สถานะบทบาทของญาติต่อผู้ป่วย เป็น				.703 (p=.704) ^a
บิดา/มารดา	9 (56.3)	7 (43.7)	16 (100.0)	
คู่สมรส	16 (53.3)	14 (46.7)	30 (100.0)	
บุตร/ธิดา	12 (44.4)	15 (55.6)	27 (100.0)	
รวม	37 (50.7)	36 (49.3)	73 (100.0)	
ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของ ผู้ป่วย ตามการรับรู้ของญาติ				.704 (p=.447) ^b
รุนแรงปานกลาง	12 (60.0)	8 (40.0)	20 (100.0)	
รุนแรงมาก	29 (49.2)	30 (50.8)	59 (100.0)	
รวม	41 (51.9)	38 (48.1)	79 (100.0)	
การเคยมีประสบการณ์ภาวะ วิกฤตในชีวิต				.059 (p=1.000) ^b
ไม่มี	14 (53.8)	12 (46.2)	26 (100.0)	
มี	27 (50.9)	26 (49.1)	53 (100.0)	
รวม	41 (51.9)	38 (48.1)	79 (100.0)	

^a p-value โดยใช้ Chi-Square Test

^b p-value โดยใช้ Fisher's Exact Test

ตาราง 22 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วยตามการรับรู้ของญาติ
กับระดับความต้องการทางด้านจิตวิญญาณโดยรวมของญาติผู้ป่วยวิกฤต

ปัจจัยบางประการ	ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณโดยรวม			χ^2
	ต้องการน้อย (จำนวน)	ต้องการมาก (จำนวน)	รวม (จำนวน)	
เพศของผู้ป่วย				.277
ชาย	39	15	54	(p=.797) ^b
หญิง	24	7	31	
รวม	63	22	85	
อายุของผู้ป่วย				1.818
41 – 60 ปี	10	6	16	(p=.195) ^b
> 60 ปี	35	9	44	
รวม	57	18	75	
สถานภาพสมรสของผู้ป่วย				1.240
โสด	11	5	16	(p=.538) ^a
คู่	33	13	46	
ม่าย/หย่า/แยก	19	4	23	
รวม	63	22	85	
ความสามารถในการสื่อสาร ของผู้ป่วย				.295
ใช้เสียงพูดได้ตามปกติ	10	4	14	(p=.863) ^a
ใช้การแสดงท่าทาง/การเขียน	35	13	48	
ไม่สามารถสื่อสารได้	18	5	23	
รวม	63	22	85	
ระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย				2.427
รู้สึกตัวดี	35	10	45	(p=.297) ^a
รู้สึกตัวเล็กน้อย	15	9	24	
ไม่รู้สึกตัว	13	3	16	
รวม	63	22	85	

^a p-value โดยใช้ Chi-Square Test

^b p-value โดยใช้ Fisher's Exact Test

ตาราง 22 (ต่อ)

ปัจจัยบางประการ	ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณโดยรวม			χ^2
	ต้องการน้อย (จำนวน)	ต้องการมาก (จำนวน)	รวม (จำนวน)	
การใช้เครื่องช่วยหายใจ				.002
ไม่ใช้	14	5	19	(p=1.000) ^b
ใช้	49	17	66	
รวม	63	22	85	
การเคยได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ				.063
ไม่เคยได้รับ	53	18	71	(p=.750) ^b
เคยได้รับ	10	4	14	
รวม	63	22	85	
การได้รับการผ่าตัด				1.675
ไม่ได้รับ	30	14	44	(p=.224) ^b
ได้รับ	33	8	41	
รวม	63	22	85	
การมาเยี่ยมและ/หรือให้การดูแล ผู้ป่วย				.581
> ร้อยละ50 (แต่ไม่ทุกวัน)	5	3	8	(p=.426) ^b
ทุกวัน	54	18	72	
รวม	59	21	80	
บทบาทของผู้ป่วยในครอบครัว				.000
ผู้นำครอบครัว	23	8	31	(p=1.000) ^b
สมาชิกในครอบครัว	40	14	54	
รวม	63	22	85	
ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ของผู้ป่วย				.918
รุนแรงปานกลาง	18	4	22	(p=.408) ^b
รุนแรงมาก	45	18	63	
รวม	63	22	85	

^b p-value. โดยใช้ Fisher's Exact Test

ตาราง 22 (ต่อ)

ปัจจัยบางประการ	ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณโดยรวม			χ^2
	ต้องการน้อย (จำนวน)	ต้องการมาก (จำนวน)	รวม (จำนวน)	
ลักษณะความเจ็บป่วยของผู้ป่วย				2.022
เจ็บพลัน	29	14	43	(p=.216) ^b
เรื้อรัง	34	8	42	
รวม	63	22	85	
ความคาดหวังเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย				.000
ดีขึ้น	40	14	54	(p=1.000) ^b
ทรุดลง/ไม่แน่ใจ/คงเดิม	23	18	31	
รวม	63	22	85	
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย				1.457
ช่วยเหลือตัวเองได้และได้บ้าง	20	4	24	(p=.435) ^b
ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้	43	18	61	
รวม	63	22	85	
จำนวนครั้งของการเข้าพักรักษาใน ICU				.090
ครั้งแรก	61	21	82	(p=1.000) ^b
> 1 ครั้ง	2	1	3	
รวม	63	22	85	
ระยะเวลาการเข้าพักรักษาในหอผู้ป่วยอื่น ๆ ก่อนเข้า ICU				2.567
0-3 วัน	17	10	27	(p=.277) ^a
4-7 วัน	19	5	24	
> 7 วัน	17	7	34	
รวม	63	22	85	
ระยะเวลาเข้าพักรักษาใน ICU				2.254
1-3 วัน	31	11	42	(p=.324) ^a
4-7 วัน	20	4	24	
> 7 วัน	12	7	19	
รวม	63	22	85	

^a p-value โดยใช้ Chi-Square Test, ^b p-value โดยใช้ Fisher's Exact Test

ภาคผนวก ข.

ความเชื่อต่างๆของญาติผู้ป่วยวิกฤตที่พบจากการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความต้องการทางด้านจิตวิญญาณและการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต โดยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์โดยใช้คำถามปลายปิด ซึ่งในบางข้อคำถามกลุ่มตัวอย่างจะแสดงถึงความคิดเห็นถึงสาเหตุของการเจ็บป่วยตามความเชื่อเพิ่มเติม ดังนี้

ความเชื่อสิ่งนอกเหนือตนเอง

"เชื่อว่าในบ้านมีผีบรรพบุรุษ คือศพพ่อยังไม่ได้เผา กลับไปจะเผาศพพ่อ" (ญาติรายที่ 2)

"เชื่อว่า ถูกของ ให้คนมาเรียกเอาของออกจากตัวแล้ว" (ญาติรายที่ 2)

"แฟนเคยมีอาการแปลกๆ ชักแล้วหาย ดูนมแล้วบอกว่าถูกของ ต้องพาไปวัด ไปदान (พิธีทางไสยศาสตร์) แต่เมื่อหายแล้วค่อยไปทำ เพราะต้องให้คนให้อาหารในพิธีด้วย" (ญาติรายที่ 37)

"ลูกถูกรถชน ที่รถชนตรงนั้นมีผู้หญิงสาวคนหนึ่งตาย แล้วถูกฝังไว้ใต้สะพาน คือถ้าคนตรงนั้นเขาว่าจะไม่รอด เขาว่าให้ไปขอสึงค์ศักดิ์สิทธิ์ที่สะพาน (ผีผู้หญิงสาว) ขอว่าอย่าเอาไป คือถ้าคนถูกชนเป็นผู้ชาย ผีจะเอาไป ถ้าเป็นผู้หญิงจะไม่พริ้ว (ไม่เป็นไร)...ต้องการไปจุดธูปเทียนตรงที่รถชน พาข้าวปากหม้อ ปลายมีหัวมีหาง ขออย่าเอาลูกไป ทำกันจัง (มาก) แล้วใจ (ไม่ว่า) เขาแนะนำอะไร" และ "ต้องการทำพิธีขับไล่ผี เขาว่าคนที่ถูกรถชน มักจะมีผีแอบ แม่ทำให้แล้ว" (ญาติรายที่ 15)

"เชื่อว่า บ้านปลุกคร่อมตอไม้ ชาวบ้านมาช่วยชุดออกหมดแล้ว" (ญาติรายที่ 21)

"เชื่อว่า คือยายของแฟนเป็นหมอไสยศาสตร์ แฟนมาอยู่กับลุง ลุงกับป้าสะกั้แยกทางกัน ป้าจะเอาทรัพย์สินเลยให้ยายของแฟนทำไสยศาสตร์ให้ ทางนี้ (ลุง) ต้องแก้ คิดว่าแฟนอาจโดนด้วย เนื่องจากอยู่ในเคราะห์...ได้ทำพิธีขอขมาต่อพระภูมิเจ้าที่แล้ว โดยให้หมอมาร่ายเวทย์มนต์ ขอขมาลาโทษ ได้ทำพิธีที่บ้านพรมน้ำมนต์ปีครึ่งความญแล้ว.....ไปดูหมอลแล้วเขาว่าอาการหนัก" (ญาติรายที่ 40)

"เชื่อว่า คนที่ตายแล้วตามเตียง มาแอบ จะเอาน้ำมนต์มาประพรมให้" (ญาติรายที่ 82)

"กาด (อริษฐาน) กาดให้พ่อ ถ้าพ่อลื่น ให้ลื่นในข้างขึ้นเดือน 3 อย่าเป็นข้างแรม ข้างขึ้น ลูกหลานจะได้อยู่เย็นเป็นสุข ข้างแรมไม่ดี" (ญาติรายที่ 10)

เชื่อกรรม เชื่อเหตุและผลของการกระทำ

“เชื่อว่า เป็นกรรมจากชาติปางก่อน” (ญาติรายที่ 6)

“ยึดธรรมะ ให้ทาน สร้างความดี ไม่เบียดเบียนคนอื่น ไม่ต้องทำตามพิธีกรรม อาจจะทำบ้างเมื่อเวลาเหมาะ” (ญาติรายที่ 31)

“ป่าเขื่อนมันอยู่ในการกระทำ ทำกรรมดีได้ผลดี ทำกรรมชั่วได้ชั่ว เชื่อบุญกรรม พระรัตนตรัย ใครทำอะไรได้ ไม่เคยเชื่อไสยศาสตร์ เจ็บไข้ก็มาโรงพยาบาล” (ญาติรายที่ 77)

“ทำได้ โดยนึกเชื่อกฎแห่งกรรม การเจ็บป่วยเป็นธรรมชาติ อุบัติเหตุเกิดขึ้นได้เสมอ ถ้าเขาไม่โดนมากเกินไป คงไม่เป็นอะไร...ถ้าหากมีอะไรเกิดขึ้นก็คิดว่ากรรมเก่า ทำใจ ผีภควมมนต์ ไหว้พระ ทำสมาธิ...ยึดทำดีได้ดี...เขาทำความดีมาตลอด ขอให้ความดีช่วยเขา มั่นใจในการทำสิ่งดี เชื่อว่าจะได้รับสิ่งดีตอบ ถ้าเราเป็นคนไม่ดีขอให้พระช่วย เขาคงไม่ช่วยเรา เราปฏิบัติแต่สิ่งที่ดีมา เขาคงช่วยเราบ้าง” (ญาติรายที่ 21)

เชื่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ที่ญาติให้ความศรัทธา

“นับถือ พระไพโรสุริยัน อยู่ที่ บ้านน้ำบ่อ ต. แม่เจ้าอยู่หัว อ. เชียงใหญ่ เคยภาค (อธิษฐาน) มาตลอด ได้ผล จึงยึดมันมาตลอด พระไพโรสุริยันมีคนนับถือมาก ศักดิ์สิทธิ์ ขออะไรก็ได้ อะไรสูญหายบนก็จะคืน ทำเรื่อง พ.ร.บ.(พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ) คิดว่าจะไม่ได้แล้ว...บนพระไพโรสุริยันในใจ บนว่าให้ทำให้สำเร็จ ก็ทำได้เรียบร้อยแล้ว” (ญาติรายที่ 7)

“เคยมีอุบัติเหตุ แต่ตัวเองไม่เจ็บมาก เชื่อเรื่องพระช่วย ในครอบครัวไม่เคยมีอุบัติเหตุ ลูกก็ไม่เคยโดน...ครั้งนี้ไปภาค (อธิษฐาน) หลักเมือง พระบรมธาตุ ไหว้เจ้าที่ เจ้าดำ (อนุสาวรีย์ทหารที่เสียชีวิตสมัยสงครามโลกครั้งที่ 2) พ่อท่านคล้าย ศาลพระภูมิ บนพระธาตุติดทอง” (ญาติรายที่ 59)

“เรื่องบน...บนว่าถ้าพ่อ (ผู้ป่วยซึ่งเป็นสามี) หายจะไปบวชลูก ตัวเองจะถือศีล 8 และปฏิบัติธรรมต่อไป” (ญาติรายที่ 21)

เชื่อในความศักดิ์สิทธิ์ของบิดามารดา

“เชื่อว่า คำพูดพ่อแม่ศักดิ์สิทธิ์ พูดอะไรไปก็จะเป็นไปตามปาก ต้องพูดว่าลูกหาย” (จากที่ผู้วิจัยถามถึงความคาดหวังในอาการของผู้ป่วย) (ญาติรายที่ 20)

ความเชื่อตามหลักศาสนาอิสลาม

จากการสัมภาษณ์เกี่ยวกับการตั้งจิตขออำนาจของบิดามารดาและบรรพบุรุษที่ล่วงลับไปแล้วมาช่วยคุ้มครองผู้ป่วย ญาติที่เป็นมุสลิมตอบว่า ไม่ได้ทำ โดยญาติได้สะท้อนความเชื่อทางศาสนา ดังนี้

“อิสลามทำไม่ได้ เพราะวิญญาณของพ่อแม่ไม่รับรู้ เขาไปไกลแล้ว.....อัลลอฮ์องค์เดียวที่รู้ทุกสิ่ง อัลลอฮ์จะเห็นทุกอย่างในโลกนี้ โลกหน้าจะถาวรยั่งยืนโลกนี้เป็นภาพลวงตาอัลลอฮ์สร้างแล้ว เขาเอาเรากลับไปสอบสวน ว่าได้ทำอะไรไปบ้าง...ถ้าลูกเสีย ลูกจะไปอยู่ได้หรือไม่ ถ้าเด็กไม่บาป อัลลอฮ์จะบอกไปสวรรค์ แล้วลูกจะบอกว่า รอม๊ะ (แม่) คือ พ่อกับแม่ ทำความดีตายไปจะไปพบกับลูก ลูกจะพาขึ้นสวรรค์ได้.....เด็ก 5-6 ปี ยังไม่ทำบาป เนื่องจากไม่รู้เรื่องอะไร ไม่ประสีประสา ...ลูกเคยถามว่าอัลลอฮ์อยู่ไหน บอกว่าในหนังสือเขาบอก” (ญาดิรายที่ 20)

เชื่อบางเรื่องราวศรัทธา

“หมอบอกว่า พ่อไม่พ้นอายุ 81 ปี” (ตอนนี้ผู้ปวยอายุ 81 ปี) (ญาดิรายที่ 11)

“ไปดูดวงกับพระด้วยตนเอง พระบอกโดนเจ้าที่ โดนปลวกหลังบ้าน ผู้ปวยทำอะไรไว้ไม่ถูกต้อง เขามีข้อแลกเปลี่ยน ให้ไปไหว้ขอขมาเสีย ที่นี้ชะตาเขายังไม่ถึงขนาดนั้น ต้องขอขมา เขาถูกเจ้าที่ เขาบอกว่าเขา (เจ้าหน้าที่ในหออภิบาล) คงไม่ให้ทำ ทางหมอบอกคงไม่เชื่อ พิธีต้องมาทำที่ตัวคน (ผู้ปวย) ทำแล้วสบายใจ ช่วยได้ ก็จะช่วยจนถึงที่สุด เขาว่าถ้าแก้ให้ถูกเขาจะหาย เขาบอกว่าถ้าพ้นวันนี้ ไม่เป็นไร (จะรอดชีวิต).....ขอให้เขามีชีวิตอยู่ ได้เป็นพ่อของลูก ลูกกำลังเรียน ลูกเสียกำลังใจ ลูกรักเขามาก...อยากทำพิธีขอขมา เจ้าที่จอมปลวก ที่หลังบ้าน อยากทำพิธีแต่ไม่กล้าเนื่องจากต้องมาทำที่ตัวผู้ปวย กลัวพยาบาลไม่เชื่อ เลยไม่ได้ทำ อยากให้พยาบาลช่วยดูแลผู้ปวยให้ดี ให้พ้นวันนี้ซึ่งเป็นวันเกิด (วันเสาร์) เพราะเชื่อว่าถ้าพ้นไปได้ผู้ปวยจะมีอาการดีขึ้น” (ญาดิรายที่ 14)

“พ่อ (ผู้ปวย: สามียของกลุ่มตัวอย่าง) อยู่ในราหู ราหูเสวยอายุ ได้ให้พระสะเดาะเคราะห์ให้แล้ว.....เชื่อว่าราหูเข้า ตอนมาไม่ได้รับ ก็ไม่เป็นไร แต่เมื่อออกจะให้โทษ ต้องทำพิธี” (ญาดิรายที่ 21)

เชื่อบรมลิต

“คิดว่าเมื่อเขาถึงเวลาก็ไป ไม่ถึงเวลาก็ไม่ไป หมอบอกช่วยจนสุดความสามารถแล้ว” (ญาดิรายที่ 12)

“เป็นคนไม่ค่อยยึดหลักกรรม บางทีก็จำได้ บางทีก็ลืม ไม่โทษอะไร แล้วแต่ดวง เคยดูดวง ช่วงนี้ดวงไม่ค่อยดี ที่ลูกได้เจ็บ (รถชน) จากที่บ้านเลี้ยงหมู ตอนนี้เลิกแล้ว ขายหมู (ที่ตลาด) อย่างเดียว เป็นที่ (ที่ดินตั้งบ้านเรือน) ของแขก (อิสลาม)” (ญาดิรายที่ 15)

“แม่แฟนเขาดูดวง หมอบอกว่า แฟนอายุ 25 ปี เขาจะมาเอา แฟนไม่ใช่ลูกแม่ พ่อแม่จริงจะมาเอาไป แม่จึงทำพิธีต่ออายุ หลังทำได้ 3 วัน จึงถูกยิง” (ญาดิรายที่ 44)

"ไปแล (ดู) เคะระห์ เขาว่า ถูกครุหมอนโนราห์ คือฝ่ายสามี (ผู้ป่วย) เคยเล่นโนราห์เป็นคนดี เครื่อง ไม่เคยเช่นไหว้ เพราะไม่มีเชื้อ (ไม่ได้รับการถ่ายทอดวิชานโนราห์) เขาว่าเป็นเชื้อครุหมอนโนราห์จากฝ่ายญาติ (ตนเอง) " (ญาติรายที่ 73)

เชื่อการแพทย์แผนปัจจุบัน

"ความหวังของลูกๆ อยู่ที่หมอกคนเดียว คิดว่ากำลังใจจากลูกๆอาจมีส่วนช่วยบ้าง แต่โรคของพ่อโรคเบาหวาน จะหายโดยกำลังใจไม่ได้" (ญาติรายที่ 8 คนไทยเชื้อสายจีน)

"คาดว่าอาการจะดีขึ้น เชื่อศรัทธาในหมอมมาก ให้คำแนะนำดี ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีอยู่ใน ไอซียู ปลอดภัย..... เชื่อในความสามารถของหมอ หมอจะช่วยเต็มที่ หมอใจดี" (ญาติรายที่ 21)

ในความเชื่อในสิ่งนอกเหนือความนึกคิดในทางศาสนา (ในข้อ 38-45ในแบบสัมภาษณ์) ญาติบอกว่า "ไม่มีความต้องการ เนื่องจาก เชื่อการแพทย์สมัยใหม่" (ญาติรายที่ 84)

เชื่อการแพทย์พื้นบ้าน

"จะพาไปรักษากับหมอกระดูกที่วัดบางจาก วัดพ่อท่านจบ แต่ให้ทางโรงพยาบาลรักษาให้หายก่อน" (ญาติรายที่ 13)

"หมอน้ำมันต่อกระดูกป่าก็เชื่อ...ถ้าเราไม่หักมาก" (ญาติรายที่ 77)

ความคิดเห็น ความเชื่อ เกี่ยวกับการทำบุญ

"ตักบาตรทุกวัน ปกติไม่ชอบเข้าวัดไม่ว่าจะเป็นวันเกิดตัวเอง วันเกิดแฟน ก็ไม่เข้าวัด จะทำบุญเลี้ยงเด็กมากกว่า คือ พ่อไม่ยึดมั่น พ่อไหว้พระจีนอย่างเดียว เครื่องรางของขลังไม่มี ลูกๆ เลยไม่นึกถึง นอกจากพระจีน ซ้ำปกอง ป้ายชื่อพ่อแม่ พ่อสั่งว่าไม่มีอะไรในชีวิตให้ยึดมั่น ถือมัน ไม่ต้องเอาดอกไม้มาตั้งหน้าโลงศพ" (ญาติรายที่ 8 คนไทยเชื้อสายจีน)

"การทำบุญไม่จำเป็นต้องไปทำที่วัด ทำความดี เชื่อในการทำดี การทำบุญคือ การทำสิ่งที่ดีกับใครก็ได้ ตัวเองไม่ทำทางศาสนา ไม่ยึดพิธีกรรม แต่ไม่ลบหลู่ เชื่อว่ากรรมที่ทำ ไม่ต้องรอชาติหน้า ใครทำอะไรไว้ในชาตินี้ ผลบุญก็จะเกิดในชาตินี้" (ญาติรายที่ 9 คนไทยเชื้อสายจีน)

ภาคผนวก ค.

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

วันที่.....เลขที่แบบสัมภาษณ์ [][]
 หอวิทยาลัย () 1 () 2 เดียงที่.....

แบบสัมภาษณ์เพื่อการวิจัย

เรื่อง

ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ และการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้าน
 จิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต

แบบสัมภาษณ์ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ และการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทาง
 ด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต ประกอบด้วย 2 ส่วนด้วยกัน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของญาติ และของผู้ป่วยวิกฤตตามการรับรู้ของญาติ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ และการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความ
 ต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต และแบบบันทึกความต้องการทางด้านจิตวิญญาณและการ
 ปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณที่ญาติผู้ป่วยวิกฤตมีเพิ่มเติมและข้อเสนอแนะ

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของญาติและผู้ป่วยวิกฤตตามการรับรู้ของญาติ

1.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของญาติ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ลงใน () หรือเติมคำในช่องว่าง

1. เพศ (1) ชาย (2) หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส
 (1) โสด (2) คู่ (3) หม้าย/หย่า/ แยก
4. ศาสนา
 (1) พุทธ
 (2) อิสลาม
 (3) คริสเตียน โปรเตสแตนต์.....
 (4) อื่นๆ โปรดระบุ.....

สำหรับผู้วิจัย

sex []

age [][]

status []

religion []

	สำหรับผู้วิจัย	
5. ระดับการศึกษา	educ []	
(1) ไม่ได้รับการศึกษา		
(2) ประถมศึกษา		
(3) มัธยมศึกษา		
(4) ปวช./ปวส./อนุปริญญา		
(5)ปริญญาตรี		
(6) สูงกว่าปริญญาตรี		
6. อาชีพ	occup []	
(1) ไม่ได้ประกอบอาชีพ/งานบ้าน		
(2) รับจ้าง	(3) เกษตรกร	
(4) ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	(5) รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	
7. ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว	econo []	
(1) ไม่เพียงพอ	(2) เพียงพอ	(3) มีเงินเหลือเก็บ
8. สถานะบทบาทของท่านต่อผู้ป่วย	role []	
(1) บิดา/มารดา		
(2) คู่สมรส		
(3) บุตร/ธิดา (รวมถึงบุตรบุญธรรม)		
(4) พี่/น้องบิดามารดาเดียวกัน		
(5) อื่นๆระบุ.....		
9. ภาวะสุขภาพของท่านในปัจจุบัน	health []	
(1) แข็งแรง		
(2) ไม่แข็งแรง		
10. ท่านได้รับกำลังใจจากผู้ใกล้ชิด	support []	
(1) ได้รับ ระบุ ได้รับมากที่สุดจาก.....		
(2) ไม่ได้รับ		
11. ท่านเคยมีประสบการณ์ภาวะวิกฤตในชีวิต หรือ ประสบการณ์ที่เผชิญกับความทุกข์ ทรมาน และความสะเทือนใจที่สุด	crisis []	
(1) ไม่มี (ข้ามไปตอบในตอนที่ 2)		
(2) มี จำนวน.....ครั้ง	freqcris []	

12. ภาวะวิกฤตที่ท่านเคยเผชิญเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับใคร

(เลือกตอบได้หลายข้อ)

- (1) ตนเอง
- (2) บิดา/มารดา
- (3) คู่สมรส
- (4) บุตร/ธิดา
- (5) พี่/น้อง/ญาติใกล้ชิด/เพื่อนสนิท

13. ภาวะวิกฤตที่ท่านเคยเผชิญเป็นเหตุการณ์ที่มีความรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต

- (1) ไม่มี (ข้ามไปตอบใน ส่วนที่ 2)
- (2) มี

14. ภาวะวิกฤตที่ท่านเคยเผชิญซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่มีความรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต เกิดขึ้นกับใคร

(เลือกตอบได้หลายข้อ)

- (1) บิดา
- (2) มารดา
- (3) คู่สมรส
- (4) บุตร/ธิดา
- (5) พี่/น้อง/ญาติใกล้ชิด/เพื่อนสนิท

สำหรับผู้ป่วย

Whocris1[]

Whocris2[]

whocris3[]

whocris4[]

whocris5[]

death []

whod1[]

whod2[]

whod3[]

whod4[]

whod5[]

1.2 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยวิกฤตตามการรับรู้ของญาติ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หรือเติมคำในช่องว่าง

1. ผู้ป่วยเพศ (1) ชาย (2) หญิง

sexpt []

2. ผู้ป่วยอายุ.....ปี

agept [][]

3. สถานภาพสมรสของผู้ป่วย

statuspt []

- (1) โสด
- (2) คู่
- (3) หม้าย/หย่า/ แยก

4. ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหออภิบาล (หอผู้ป่วยหนัก) ครั้งนี้เป็นครั้งที่.....

frequen []

5. การวินิจฉัยโรคในปัจจุบัน.....

dx []

6. ผู้ป่วยเข้าพักรักษาในหอผู้ป่วยอื่นมาแล้ว.....วัน

ward ad. [][]

7. ผู้ป่วยเข้าพักรักษาในหออภิบาล (หอผู้ป่วยหนัก) มาแล้ว.....วัน

ICU.ad. [][]

	สำหรับผู้วิจัย
8. ความบ่อยที่ท่านได้มาเยี่ยมและ/หรือให้การดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	visit []
(1) มาเยี่ยมน้อยกว่าร้อยละ 50	
(2) มาเยี่ยมร้อยละ 50	
(3) มาเยี่ยมมากกว่าร้อยละ 50	
(4) มาเยี่ยมทุกวัน	
9. บทบาทของผู้ป่วยในครอบครัว	rolept []
(1) ผู้นำครอบครัว	
(2) สมาชิกในครอบครัว	
10. ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ตามการรับรู้ของท่าน	severity []
(1) รุนแรงน้อย	
(2) รุนแรงปานกลาง	
(3) รุนแรงมาก	
11. ตามความเห็นของท่านเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยขณะนี้ ท่านคาดว่าผู้ป่วยมีโอกาสเป็นอย่างไรต่อไป	expect []
(1) อาการดีขึ้น	
(2) อาการทรุดลงเรื่อยๆ	
(3) ไม่แน่ใจ	
(4) อาการคงเดิม (จากการติดตามอาการในแต่ละวัน)	
12. การใช้เครื่องช่วยหายใจ	Ventilat []
(1) ไม่ใช้	
(2) ใช้	
13. การได้รับการผ่าตัด	oper []
(1) ไม่ได้รับ	
(2) ได้รับ.....ครั้ง ผ่าตัดเกี่ยวกับอวัยวะใด.....	
14. การได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ	cpr []
(1) ไม่เคยได้รับ	
(2) เคยได้รับแล้วครั้ง ผลการช่วยชีวิต.....	
15. ความสามารถของผู้ป่วยในการบอกหรือสื่อสารกับท่าน	commun []
(1) ใช้เสียงพูดได้ตามปกติ	
(2) ใช้การแสดงท่าทาง/การเขียน	
(3) ไม่สามารถสื่อสารได้	

16. ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วยตามความเห็นของท่าน

- (1) ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้โดยไม่จำเป็นต้องให้ความช่วยเหลือ
- (2) ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้แต่ต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่นด้วย
- (3) ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้เลย

สำหรับผู้วิจัย

helppt[]

17. ความรู้สึกตัวของผู้ป่วยตามความเห็นของท่าน

- (1) รู้สึกตัวดี
- (2) รู้สึกตัวเล็กน้อย
- (3) ไม่รู้สึกตัว

Consept []

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณและการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ชุดนี้ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับความต้องการทางด้านจิตวิญญาณและการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤตในหออภิบาล ประกอบด้วย ความต้องการ ด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต ด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งนอกเหนือตน และด้านการมีความหวัง ให้ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย วงกลมล้อมรอบตัวเลขในช่องหลังข้อความที่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น ความเชื่อ หรือความต้องการของญาติมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว โดยการเลือกตอบให้ถือเกณฑ์ ดังนี้

ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ

มาก หมายถึง ญาติมีความรู้สึกและให้ความสำคัญกับข้อความนั้นมากและญาติอยากกระทำในระดับสูง หรือมาก

น้อย หมายถึง ญาติมีความรู้สึกและให้ความสำคัญกับข้อความนั้นน้อย และญาติอยากกระทำในระดับต่ำ หรือน้อย

ไม่ต้องการ หมายถึง ญาติมีความรู้สึกว่าข้อความนั้นไม่มีความสำคัญและไม่อยากกระทำในเรื่องนั้น

การปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ

ทุกครั้ง หมายถึง ญาติได้กระทำหรือได้ปฏิบัติ ทุกครั้ง เป็นประจำหรือกระทำเป็นส่วนมาก เมื่อญาติมีความต้องการ

บางครั้ง หมายถึง ญาติได้กระทำหรือได้ปฏิบัติ เป็นบางครั้ง ไม่ประจำหรือกระทำเป็นส่วนน้อย เมื่อญาติมีความต้องการ

ไม่ได้ปฏิบัติ หมายถึง ญาติไม่ได้กระทำหรือไม่ได้ปฏิบัติเนื่องจากไม่มีความต้องการ หรือญาติมีความต้องการจะกระทำหรือปฏิบัติ แต่ญาติยังไม่ได้กระทำหรือยังไม่ได้ปฏิบัติ

ตัวอย่างคำถามบางข้อ

ข้อความ	ความต้องการ			การปฏิบัติ		
	มีความต้องการ		ไม่มี ความ ต้องการ	ปฏิบัติ		ไม่ได้ ปฏิบัติ
	มาก	น้อย		ทุก ครั้ง	บาง ครั้ง	
ด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต						
1. การทำจิตใจให้สงบ ไม่วุ่นวาย	2	1	0	2	1	0
2. การทำให้ชีวิตมีคุณค่า โดยการทำประโยชน์ แก่ตนเอง และบุคคลรอบข้าง	2	1	0	2	1	0
13.	2	1	0	2	1	0
ด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งนอกเหนือตน						
<u>การให้ความรัก ใจกว้าง และการอภัย โดยไม่มีเงื่อนไข</u>						
14. การบอกหรือแสดงให้ผู้ป่วยรู้ว่าท่านรัก ห่วงใย เคื้ออาหารและต้องการช่วยเหลือเขาอย่างจริงจัง โดยการ การสนทนา โอบอุ้ม การสัมผัสอย่าง อ่อนโยน ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เป็นต้น	2	1	0	2	1	0
15. การบอกหรือแสดงให้ผู้ป่วยทราบว่า ผู้ป่วยมี ความ หมาย และมีความสำคัญต่อท่าน	2	1	0	2	1	0
.....	2	1	0	2	1	0
28.	2	1	0	2	1	0
<u>การรับ ความรัก ใจกว้าง และให้อภัย</u>						
29. การระบายความรู้สึกเกี่ยวกับผู้ป่วยกับคนที่ท่านไว้ วางใจ	2	1	0	2	1	0
30. การได้รับความรักความห่วงใยจากบุคคลรอบข้าง	2	1	0	2	1	0
.....	2	1	0	2	1	0
33.	2	1	0	2	1	0
ความเชื่อ ความศรัทธาในศาสนา						
34. การไหว้พระ/ขอพร/อ้อนวอนพระผู้เป็นเจ้า หรือสิ่ง ศักดิ์สิทธิ์ให้ช่วยคุ้มครองผู้ป่วย ให้ไม่เจ็บปวด และทุกข์ทรมาน	2	1	0	2	1	0

ข้อความ	ความต้องการ			การปฏิบัติ		
	มีความต้องการ		ไม่มี ความ ต้องการ	ปฏิบัติ		ไม่ได้ ปฏิบัติ
	มาก	น้อย		ทุก ครั้ง	บาง ครั้ง	
35. การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา (เช่น ทำบุญ ใส่บาตร สวดมนต์ ทำสมาธิ ทำนมาช) เพื่อตั้งจิต ขอความคุ้มครองให้ผู้ป่วยหายป่วย	2	1	0	2	1	0
.....	2	1	0	2	1	1
37. ความเชื่อในสิ่งอื่นที่อยู่นอกเหนือความนึกคิดในทาง ศาสนา	2	1	0	2	1	1
38. การตั้งจิตขออำนาจของบิดา มารดาและบรรพบุรุษ ที่ล่วงลับไปแล้วมาช่วยคุ้มครองผู้ป่วย	2	1	0	2	1	0
39. การปฏิบัติตามความเชื่ออื่นๆ เช่น การบนสิ่งศักดิ์ สิทธิ์ การประพรมน้ำมนต์ศักดิ์สิทธิ์ เป็นต้น เพื่อ ช่วยให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้นหรือหายป่วย	2	1	0	2	1	0
.....	2	1	0	2	1	0
45. ด้านการมีควรมหวัง	2	1	0	2	1	0
46. การอธิษฐานจิต/ไหว้พระที่ห้อยคอหรือที่บ้านเพื่อ ให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นเมื่อมาเยี่ยมผู้ป่วย	2	1	0	2	1	0
47. การตั้งจิตอธิษฐาน/ภาวนา/ขอพรจากสิ่งสูงสุดที่ ท่านเคารพนับถือช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นใน เร็ววัน หรือมีทางรักษาให้หายได้ และขอให้ท่าน และผู้ป่วยสามารถพ้นฝ่าอุปสรรคหรือภาวะวิกฤต ครั้งนี้ไปได้ด้วยดี	2	1	0	2	1	0
.....	2	1	0	2	1	0
.....	2	1	0	2	1	0
50. การอธิษฐาน/ขอพรจากสิ่งสูงสุดที่ท่านเคารพ นับถือช่วยให้ผู้ป่วยและท่านได้พบกัน และมีความ สัมพันธ์เช่นนี้อีกในโลกหน้า/ชาติหน้า หรือไป พบกัน และอยู่ร่วมกันในอาณาจักรของพระ ผู้เป็นเจ้า เมื่อท่านและผู้ป่วยต้องแยกจากกันใน ชาตินี้ (ถ้าผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต)	2	1	0	2	1	0

ส่วนที่ 2 (ต่อ) แบบบันทึกความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ และการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณที่ญาติผู้ป่วยวิกฤตมีเพิ่มเติม และข้อเสนอแนะ

1. ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณและการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณเพิ่มเติม

() ไม่มี

() มี ได้แก่.....

.....

.....

.....

.....

2. ข้อเสนอแนะหรือข้อคิดเห็นอื่นๆ ในภาพรวมจากการสัมภาษณ์ในเรื่องนี้

() ไม่มี

() มี ได้แก่.....

.....

.....

.....

.....

ภาคผนวก ง.

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแบบสัมภาระณ์ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ และการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต

1. รองศาสตราจารย์ฟาริดา อิบราฮิม ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

2. รองศาสตราจารย์สิวลี ศรีไธ ภาควิชามนุษยศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

3. รองศาสตราจารย์ชอลดา พันธุเสนา ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์เพียว เกษตรสมบุญ ภาควิชาการพยาบาลเบื้องต้น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

5. คุณธารทิพย์ วิเศษธาร พยาบาลวิชาชีพ 7 หัวหน้าหอผู้ป่วยหนัก 1 โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช

ภาคผนวก จ.

เอกสารขอความร่วมมือ และพินัยกรรมสิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

สวัสดีค่ะ ดิฉัน นางสาววงรัตน์ ใสสุข เป็นนักศึกษาปริญญาโททางการพยาบาล สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ขณะนี้กำลังศึกษาวิจัยในเรื่อง "ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ และการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต" ในหออภิบาล 1 และ 2 ของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เพื่อนำข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษาครั้งนี้ ไปเป็นแนวทางในการพัฒนาบริการพยาบาล ในการสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยในหออภิบาล ดังนั้นจึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณ 40 นาที โดยดิฉันจะเป็นผู้สัมภาษณ์ด้วยตนเอง

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ทั้งหมดจะถูกนำเสนอในทางวิชาการ โดยปกปิดแหล่งที่มาของข้อมูลอย่างเคร่งครัดจะไม่มีผลกระทบต่อตัวท่าน และบุคคลที่เกี่ยวข้อง แต่จะเป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม ท่านสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการนี้ได้ และการปฏิเสธนี้จะไม่ผลต่อการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วย และท่านพึงได้รับจากโรงพยาบาล

ขอขอบคุณในความร่วมมือ

วงรัตน์ ใสสุข

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ นางสาววงรัตน์ ไสสุข

วัน เดือน ปีเกิด 30 ตุลาคม 2504

วุฒิการศึกษา

วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
ประกาศนียบัตรพยาบาล และ ผดุงครรภ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี	พ.ศ. 2525
ครุศาสตรบัณฑิต (สุขศึกษา)	สถาบันราชภัฏนครศรีธรรมราช	พ.ศ. 2530
ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ และผดุงครรภ์ชั้นสูง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา	พ.ศ. 2532
ประกาศนียบัตรการพยาบาล เฉพาะทาง สาขาโรคหัวใจและทรวงอก	มหาวิทยาลัยมหิดล	พ.ศ. 2536
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	พ.ศ. 2544

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 7
สถานที่ทำงาน	หอผู้ป่วยหนัก 1 โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช อ.เมือง จ. นครศรีธรรมราช 80000