

บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเพื่อหาความสัมพันธ์ (descriptive correlation research) ระหว่างความเข้าใจสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด การรับรู้ความต้องการด้านจิตวิญญาณ กับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลมุสลิมในการดูแลด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยมุสลิมที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลมุสลิมซึ่งดูแลผู้ป่วยมุสลิมที่ใส่เครื่องช่วยหายใจในโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 88 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคม ถึงเดือน มิถุนายน พ.ศ. 2548 ผลการวิจัยที่ได้นำเสนอด้วยการบรรยายประกอบตารางดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วยมุสลิม
2. ความเข้าใจสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดของผู้ดูแลมุสลิม
3. การรับรู้ของผู้ดูแลมุสลิมต่อความต้องการด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยมุสลิมที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ
4. การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลมุสลิมในการดูแลด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยมุสลิมที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ
5. ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้าใจสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด การรับรู้ความต้องการด้านจิตวิญญาณ กับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลมุสลิมในการดูแลด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยมุสลิมที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วยมุสลิม

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลมุสลิม

กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 75.0 มีอายุเฉลี่ย 36 ปี (SD = 12.29, พิสัย = 18-75 ปี) มีสถานภาพคู่ร้อยละ 72.7 จบการศึกษาสายสามัญชั้นประถมศึกษาร้อยละ 52.3 และได้รับการศึกษาศาสตราร้อยละ 60.2 มีอาชีพรับจ้างร้อยละ 30.7 และมีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาทมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 60.3 มีความเพียงพอของรายได้ร้อยละ 56.8 ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้ป่วยร้อยละ 61.4 และส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจมาก่อนร้อยละ 94.3 ขณะอยู่บ้านผู้ดูแลมีการละหมาดจำนวน 5 ครั้งต่อวันร้อยละ 88.6 และขณะอยู่โรงพยาบาลผู้ดูแลมีการละหมาดจำนวน 5 ครั้งต่อวันร้อยละ 67.0 (ตาราง 1)

ตาราง 1

จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลมุสลิม ($N = 88$)

ลักษณะของผู้ดูแลมุสลิม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	66	75.0
ชาย	22	25.0
อายุ		
18 – 30 ปี	33	37.5
31 – 40 ปี	25	28.4
41 – 50 ปี	20	22.7
51 – 60 ปี	7	8.0
มากกว่า 60 ปี	3	3.4
($\bar{X} = 36$ ปี, $SD = 12.29$, พิสัย = 18 - 75 ปี)		
สถานภาพสมรส		
โสด	19	21.6
คู่	64	72.7
หย่า/หม้าย	5	5.7
ระดับการศึกษา		
สายสามัญ		
ไม่ได้รับการศึกษา	12	13.6
ประถมศึกษา	46	52.3
มัธยมศึกษา	18	20.5
อนุปริญญา	5	5.7
ปริญญาตรี	7	8.0
สูงกว่าปริญญาตรี	0	0
สายศาสนา		
ไม่ได้รับการศึกษา	35	39.8
ได้รับการศึกษา	53	60.2

ตาราง 1 (ต่อ)

ลักษณะของผู้ดูแลมุสลิม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับตาดึกา	10	18.9
ระดับอิมติคาลัยะฮ์ (ขั้นต้น ปี1-4)	27	50.9
ระดับมุตะวัชชีญะฮ์ (ชั้นกลาง ปี5-7)	7	13.2
ระดับชานาวิยะฮ์ (ชั้นสูง ปี8-10)	5	9.4
อื่นๆ	4	7.6
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	8	9.1
ค้าขาย	21	23.8
รับจ้าง	27	30.7
เกษตรกรรม	18	20.5
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3	3.4
อื่นๆ	11	12.5
รายได้ต่อเดือน (บาท)		
5,000 หรือน้อยกว่า	53	60.3
5,001 – 10,000	29	33.0
10,001 – 15,000	4	4.5
15,001 – 20,000	1	1.1
มากกว่า 20,000	1	1.1
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	50	56.8
ไม่เพียงพอ	38	43.2
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
คู่สมรส	2	2.3
บิดา / มารดา	6	6.8
พี่ / น้อง	11	12.5
บุตร	54	61.4
หลาน	15	17.0

ตาราง 1 (ต่อ)

ลักษณะของผู้ดูแลมุสลิม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ		
ไม่เคย	83	94.3
เคย	5	5.7
การระมัดระวัง (5 ครั้ง/วัน)		
ขณะอยู่บ้าน	78	88.6
ขณะอยู่โรงพยาบาล	60	67.0

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมุสลิม

ผู้ป่วยมุสลิมที่ใส่เครื่องช่วยหายใจมีทั้งเพศหญิงและเพศชาย ซึ่งมีจำนวนใกล้เคียงกัน คือ เป็นเพศหญิงร้อยละ 55.7 และเป็นเพศชายร้อยละ 44.3 ส่วนมากมีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 42.0 มีสถานภาพสมรสร้อยละ 64.8 ใส่เครื่องช่วยหายใจจากสาเหตุการเจ็บป่วยด้วยโรกระบบทางเดินหายใจร้อยละ 50.0 และจากโรกระบบหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 40.9 มีระดับความรู้สึกรู้สึกตัวดีร้อยละ 46.6 รู้สึกตัวเล็กน้อยร้อยละ 28.4 และใช้การสื่อสารด้วยท่าทางร้อยละ 60.2 (ตาราง 2)

ตาราง 2

จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมุสลิม (N = 88)

ลักษณะของผู้ป่วยมุสลิม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	49	55.7
ชาย	39	44.3
อายุ		
18 – 30 ปี	11	12.5
31 – 40 ปี	12	13.6
41 – 50 ปี	10	11.4
51 – 60 ปี	18	20.5
มากกว่า 60 ปี	37	42.0

ตาราง 2 (ต่อ)

ลักษณะของผู้ป่วยมุสลิม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
โสด	10	11.4
คู่	57	64.8
หย่า/หม้าย	21	24.8
สาเหตุที่ทำให้ต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ		
โรกระบบทางเดินหายใจ	44	50.0
โรกระบบหัวใจและหลอดเลือด	36	40.9
บาดเจ็บรุนแรง/ผ่าตัด	6	6.8
โรกระบบประสาท	2	2.3
ระดับความรู้สึกรู้ตัว		
รู้สึกรู้ตัวดี	41	46.6
รู้สึกรู้ตัวเล็กน้อย	25	28.4
ไม่รู้สึกรู้ตัว	22	25.0
การสื่อสาร		
ใช้การสื่อสารด้วยท่าทาง	53	60.2
ไม่สามารถสื่อสารได้	35	39.8

2. ความเข้าใจสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดของผู้ดูแลมุสลิม

ความเข้าใจสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดของผู้ดูแลมุสลิม พบว่า ค่าเฉลี่ยสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.87$, $SD = .53$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า สถานการณ์ทั้ง 3 ด้าน คือ สถานการณ์ด้านร่างกาย ($\bar{X} = 2.67$, $SD = .69$) สถานการณ์ด้านจิตใจ ($\bar{X} = 2.98$, $SD = .53$) และสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อม ($\bar{X} = 2.73$, $SD = .70$) ก่อให้เกิดความเครียดต่อผู้ดูแลในระดับปานกลาง (ตาราง 3)

ตาราง 3

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเข้าใจสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดของผู้ดูแลสติมโดยรวมและรายด้าน (N = 88)

ความเข้าใจสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด	\bar{X}	SD	ระดับความเข้าใจ สถานการณ์
สถานการณ์ด้านร่างกาย	2.67	.69	ปานกลาง
สถานการณ์ด้านจิตใจ	2.98	.53	ปานกลาง
สถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อม	2.73	.70	ปานกลาง
โดยรวม	2.87	.53	ปานกลาง

ความเข้าใจสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดของผู้ดูแลสติมเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดต่อผู้ดูแลสติม มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การกลัวผู้ป่วยจะเสียชีวิต ($\bar{X} = 3.53$, SD = .71) การขาดละหมาดหรือละหมาดไม่ครบ 5 เวลาขณะดูแลผู้ป่วย ($\bar{X} = 3.31$, SD = .90) และผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยอุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์หลายชนิด ($\bar{X} = 3.12$, SD = .78) (ตาราง 4)

ตาราง 4

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเข้าใจสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดของผู้ดูแลสติมจำแนกเป็นรายข้อ เรียงลำดับที่ค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3 อันดับแรก

ความเข้าใจสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด	\bar{X}	SD	ระดับความเข้าใจ สถานการณ์
การกลัวผู้ป่วยจะเสียชีวิต	3.53	.71	สูง
การขาดละหมาดหรือละหมาดไม่ครบ 5 เวลาขณะดูแลผู้ป่วย	3.31	.90	สูง
ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยอุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์หลายชนิด	3.12	.78	สูง

3. การรับรู้ของผู้ดูแลมุสลิมต่อความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมุสลิมที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ

ค่าเฉลี่ยการรับรู้ของผู้ดูแลมุสลิมต่อความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.78$, $SD = .26$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้ของผู้ดูแลมุสลิมต่อความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจอยู่ในระดับสูงทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านความต้องการการมีความหมายและจุดมุ่งหมายในชีวิต ($\bar{X} = 3.70$, $SD = .38$) ด้านความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งนอกเหนือตนเอง ($\bar{X} = 3.81$, $SD = .29$) และด้านการมีความหวัง ($\bar{X} = 3.86$, $SD = .29$) (ตาราง 5)

ตาราง 5

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการรับรู้ของผู้ดูแลมุสลิมต่อความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจจำแนกโดยรวมและรายด้าน ($N = 88$)

การรับรู้ของผู้ดูแลต่อความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย	\bar{X}	SD	ระดับ ความต้องการ
ด้านความต้องการการมีความหมายและจุดมุ่งหมายในชีวิต	3.70	.38	สูง
ด้านความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งนอกเหนือตนเอง	3.81	.29	สูง
ด้านการมีความหวัง	3.86	.29	สูง
โดยรวม	3.78	.26	สูง

การรับรู้ของผู้ดูแลมุสลิมต่อความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมุสลิมที่ใส่เครื่องช่วยหายใจเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ผู้ดูแลมุสลิมมีค่าเฉลี่ยของการรับรู้ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมุสลิมที่ใส่เครื่องช่วยหายใจทุกข้ออยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยของความต้องการด้านจิตวิญญาณมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การคิดว่าผู้ป่วยศรัทธาในพระเจ้าองค์เดียวเท่านั้น ($\bar{X} = 3.93$, $SD = .29$) การคิดว่าผู้ป่วยต้องการมีจิตใจที่เข้มแข็งเพื่อจะต่อสู้กับการเจ็บป่วย ($\bar{X} = 3.89$, $SD = .30$) การคิดว่าผู้ป่วยต้องการได้รับความเมตตาจากองค์อัลลอฮ์เพื่อให้หายจากการเจ็บป่วย ($\bar{X} = 3.88$, $SD = .31$) (ตาราง 6)

ตาราง 6

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการรับรู้ของผู้ดูแลมุสลิมต่อความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมุสลิมที่ใส่เครื่องช่วยหายใจจำแนกเป็นรายชื่อ เรียงลำดับที่ค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3 อันดับแรก

การรับรู้ของผู้ดูแลต่อความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย	\bar{X}	SD	ระดับความต้องการ
ท่านคิดว่าผู้ป่วยศรัทธาในพระเจ้าองค์เดียวเท่านั้น	3.93	.29	สูง
ท่านคิดว่าผู้ป่วยต้องการมีจิตใจที่เข้มแข็งเพื่อจะต่อสู้กับ	3.89	.30	สูง
การเจ็บป่วย			
ท่านคิดว่าผู้ป่วยต้องการได้รับความเมตตาจากองค์อัลลอฮ์ เพื่อให้หายจากการเจ็บป่วย	3.88	.31	สูง

4. การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลมุสลิมในการดูแลด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยมุสลิมที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ

การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลมุสลิมในการดูแลด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยมุสลิมที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ พบว่า ผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยระดับการปฏิบัติโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.72$, $SD = .28$) และผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยระดับการปฏิบัติในระดับสูงทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านความต้องการการมีความหมายและจุดมุ่งหมายในชีวิต ($\bar{X} = 3.69$, $SD = .35$) ด้านความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งนอกเหนือตนเอง ($\bar{X} = 3.74$, $SD = .32$) และด้านการมีความหวัง ($\bar{X} = 3.73$, $SD = .39$) (ตาราง 7)

ตาราง 7

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลมุสลิมในการดูแลด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยมุสลิมที่ใส่เครื่องช่วยหายใจจำแนกโดยรวมและรายด้าน (N = 88)

การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลด้านจิตวิญญาณ	\bar{X}	SD	ระดับการปฏิบัติ
ด้านความต้องการการมีความหมายและจุดมุ่งหมายในชีวิต	3.69	.35	สูง
ด้านความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งนอกเหนือตนเอง	3.74	.32	สูง
ด้านการมีความหวัง	3.73	.39	สูง
โดยรวม	3.72	.28	สูง

การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลมุสลิมในการดูแลด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยมุสลิมที่ใส่เครื่องช่วยหายใจเมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า ผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในการดูแลด้านจิตวิญญาณทุกข้ออยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การขอพรจากองค์อัลลอฮ์เพื่อให้ความหวังจากความเมตตาของพระองค์ให้ผู้ป่วยหายจากการเจ็บป่วย ($\bar{X} = 3.89$, $SD = .30$) การให้กำลังใจผู้ป่วยเพื่อให้ความมอดทนต่อความเจ็บป่วย ($\bar{X} = 3.86$, $SD = .34$) การบอกกล่าวและเปิดโอกาสให้บุคคลที่ผู้ป่วยรักเคารพนับถือมาเยี่ยมผู้ป่วย ($\bar{X} = 3.85$, $SD = .41$) (ตาราง 8)

ตาราง 8

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลมุสลิมในการดูแลด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยมุสลิมที่ใส่เครื่องช่วยหายใจเรียงลำดับที่ค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3 อันดับแรก

การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลด้านจิตวิญญาณ	\bar{X}	SD	ระดับการปฏิบัติ
ท่านขอพรจากองค์อัลลอฮ์เพื่อให้ความหวังจากความเมตตาของพระองค์ให้ผู้ป่วยหายจากการเจ็บป่วย	3.89	.30	สูง
ท่านให้กำลังใจผู้ป่วยเพื่อให้ความมอดทนต่อความเจ็บป่วย	3.86	.34	สูง
ท่านบอกกล่าวและเปิดโอกาสให้บุคคลที่ผู้ป่วยรักเคารพนับถือมาเยี่ยมผู้ป่วย	3.85	.41	สูง

5. ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้าใจสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด การรับรู้ความต้องการด้านจิตวิญญาณ กับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลมุสลิมในการดูแลด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยมุสลิมที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ

จากการศึกษาพบว่า 1) ความเข้าใจสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดของผู้ดูแลมุสลิมไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) กับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลมุสลิมในการดูแลด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยมุสลิมที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ 2) การรับรู้ของผู้ดูแลมุสลิมต่อความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมุสลิมที่ใส่เครื่องช่วยหายใจมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลมุสลิมในการดูแลด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยมุสลิมที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .47$, $p < .01$) (ตาราง 9)

ตาราง 9

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างความเข้าใจสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดของผู้ดูแลสติม การรับรู้ของผู้ดูแลสติมต่อความต้องการด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยสติมที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ กับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลสติมในการดูแลด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยสติมที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ (N = 88)

ตัวแปร	1	2	3
1. ความเข้าใจสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดของผู้ดูแลสติม			
2. การรับรู้ของผู้ดูแลสติมต่อความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยสติมที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ			
3. การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลสติมในการดูแลด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยสติมที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ	.14	.47**	

** p < .01,

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษา ความเข้าใจสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด การรับรู้ความต้องการด้านจิตวิญญาณ กับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลสติมในการดูแลด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยสติมที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ผลการศึกษาได้นำเสนอด้วยการบรรยายประกอบตาราง จากการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วยสติม

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ดูแลสติมเป็นเพศหญิงร้อยละ 75.0 และมีความสัมพันธ์เป็นบุตรของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนิสากร (2545) ที่พบว่า ญาติใกล้ชิดที่มาดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยสามัญส่วนมากเป็นเพศหญิงและเป็นบุตรของผู้ป่วย ทั้งนี้เนื่องมาจากสังคมคาดหวังให้เพศหญิงเป็นผู้ดูแลมากกว่าเพศชาย (จารุวรรณ, 2544) ดังนั้นการรับบทบาทเป็นผู้ดูแลในเพศหญิงจึงง่ายกว่าเพศชาย (วิมลรัตน์, 2537) ซึ่งจากการศึกษาของลีและคณะ (Lee et al., 2000) เกี่ยวกับความต้องการของผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักในฮ่องกง พบว่า ผู้ดูแลเพศหญิงมีความต้องการในการดูแลมากกว่าผู้ดูแลเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของคารา (2545) พบว่า ผู้ดูแลเพศหญิงมีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยสม่ำเสมอและมากกว่าผู้ดูแลเพศชาย และจากการศึกษาของดลมนรจัน (2542) เรื่องบทบาทด้านสังคม เศรษฐกิจ และการเมือง

ของสตรีไทยมุสลิมในจังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่า สตรีมีบทบาทเกี่ยวกับครัวเรือนมากในฐานะที่เป็นภรรยา บุตรี และมารดา โดยบทบาทดังกล่าวสอดคล้องกับบทบาทบัญญัติในศาสนา อิสลาม ที่กล่าวถึงบทบาทของบุตรต่อบิดามารดาไว้อย่างชัดเจน คือ ให้ความเคารพยกย่องดูแลเอาใจใส่ กตัญญู และดูแลปรนนิบัติเมื่อบิดามารดาแก่ชรา (บรรจง, 2543)

ในเรื่องของระดับการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่จบการศึกษาสายสามัญชั้นประถมศึกษา มีจำนวนมากที่สุดร้อยละ 52.3 ได้รับการศึกษาสายศาสนาร้อยละ 60.2 เนื่องจากเมื่อเด็กไทยมุสลิมในภาคใต้จบการศึกษากลับระดับประถมศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการ บิดามารดาจะส่งเสริมให้บุตรได้เล่าเรียนต่อในโรงเรียนที่มีการสอนวิชาศาสนา วิชาสามัญ และวิชาชีพไปพร้อมๆกัน (เจริญ, กิติมา, และ พรพิมล, 2539) และจากผลการศึกษานี้ยังพบว่าผู้ดูแลมีอาชีพรับจ้าง ค้าขาย เกษตรกรรม ร้อยละ 30.7, 23.8 และ 20.5 ตามลำดับ ซึ่งเป็นอาชีพที่อิสระ ทำให้การตัดสินใจหยุดงานอาชีพเพื่อมาดูแลผู้ป่วยเป็นไปได้ง่ายกว่าผู้ที่มีอาชีพที่เป็นลักษณะงานประจำ เช่น รับราชการ หรือทำงานบริษัท อีกทั้งยังเป็นงานที่สามารถให้ผู้อื่นทำแทนได้จึงทำให้มีเวลาดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่พบว่า ผู้ดูแลมีอาชีพรับจ้าง เกษตรกรรม ค้าขาย (กนกรัตน์, 2547; จินตนา, 2540; จอม, 2540)

นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ดูแลมีอายุเฉลี่ย 36 ปี (SD = 12.29, พิสัย = 18-75 ปี) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของขวัญตา, สาลี, ลัทธนา, และ ศิริวรรณ (2546) เรื่องการทบทวนองค์ความรู้งานวิจัยทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลผู้ป่วยระบบประสาทและไขสันหลัง ในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ 2534-2543 พบว่า ผู้ดูแลส่วนมากอยู่ในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งวัยผู้ใหญ่จะมีพัฒนาการและวุฒิภาวะทางอารมณ์ มีภาวะสุขภาพดี และการศึกษาของยามาโมโตะมิตานิ และคณะ (Yamamoto-Mitani et al., 2003) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินการดูแลในด้านบวก พบว่า ผู้ดูแลที่อยู่ในวัยที่ร่างกายมีสุขภาพแข็งแรง จะทำให้ผู้ดูแลมีความพร้อมต่อการดูแล นอกจากนี้แอนเดอร์และเทอร์เนส (Andershed & Ternstedt, 1998) ยังกล่าวว่า ผู้ดูแลที่มีอายุมากอาจทำให้มีอุปสรรคในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย เนื่องจากมีปัญหาเรื่องสุขภาพของตนเองจึงต้องให้บุคคลอื่นมาร่วมดูแลด้วย

และผลการศึกษานี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 60.3 แต่พบว่ามีความเพียงพอของรายได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนงนุช (2540) เรื่องคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและการใช้สติปัญญาของชาวไทยมุสลิมในชุมชนเมือง ศึกษากรณีชุมชนกำแพงบาโงย อำเภอเมือง จังหวัดยะลา ที่พบว่า ครอบครัวชาวไทยมุสลิมที่ศึกษามีรายได้เดือนละ 3,000-5,000 บาท ซึ่งมีจำนวนพอๆกับรายจ่าย และการศึกษาของนุชिरา (2545) เรื่องบทบาทครอบครัวชาวไทยมุสลิมในการดูแลเด็กพิการ ศึกษาเฉพาะกรณีผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลยะลา อ. เมือง จ. ยะลา ได้กล่าวถึงลักษณะของครอบครัวชาวไทยมุสลิมว่า มีความเป็นอยู่เรียบง่าย อาหารบางชนิด

นำมาจากสวนบริเวณบ้าน เช่น ผักที่ใช้ทำแกงจืด และบางครั้งครัวเมื่อว่างจากงานอาชีพหลักก็จะทำงานเสริม เช่น รับจ้างแบกไม้ เลี้ยงวัว เมื่อผลไม้ออกผลผลิตก็จะเก็บออมเงินไว้ใช้เมื่อจำเป็น

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมุสลิม

ผู้ป่วยมุสลิมที่ใส่เครื่องช่วยหายใจที่ศึกษาในครั้งนี้มีจำนวน 88 คน โดยมีทั้งเพศหญิงและเพศชาย ซึ่งมีจำนวนใกล้เคียงกัน คือ เป็นเพศหญิงร้อยละ 55.7 และเป็นเพศชายร้อยละ 44.3 มีอายุมากกว่า 60 ปีร้อยละ 42.0 โดยส่วนมากใส่เครื่องช่วยหายใจจากสาเหตุการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจร้อยละ 50.0 โรคระบบหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 40.9 สอดคล้องกับการศึกษาของวงรัตน์ (2544) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจมีอายุมากกว่า 60 ปีจำนวนมากที่สุดคือ ร้อยละ 51.8 และใส่เครื่องช่วยหายใจจากสาเหตุการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจมากที่สุด ร้อยละ 30.6 รองลงมาจากโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 25.9 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยส่วนมากอยู่ในวัยสูงอายุซึ่งเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและสรีรวิทยาไปในทางที่เสื่อมลง เช่น มีความยืดหยุ่นของเนื้อปอดและหลอดเลือดลดลง จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะมีผลกระทบต่อผู้สูงอายุทำให้เกิดปัญหาหรือสาเหตุของการเจ็บป่วยต่างๆ (วิไลวรรณ, 2545) โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยภาวะโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งมีอาการของโรคที่ค่อยๆ เป็นมากขึ้น เนื่องจากความรุนแรงของการอุดกั้นของหลอดลม จนกระทั่งเกิดอาการหายใจเหนื่อยหอบและภาวะหายใจวาย (วิศิษฐ์, 2546) ที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีระดับความรู้สีกตัวดีร้อยละ 46.6 รู้สีกตัวเล็กลน้อยร้อยละ 28.4 และใช้การสื่อสารด้วยท่าทางร้อยละ 60.2 เนื่องจากผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจไม่สามารถสื่อสารเป็นคำพูดได้ จึงต้องอาศัยการสื่อสารอื่นๆ แทนคำพูด อาจจะใช้วิธีการสื่อสารโดยการสื่อความหมายด้วยการใช้ภาษากาย เช่น ท่าทางต่างๆ (ทิพมาส และ วราภรณ์, 2546) และการสื่อสารด้วยการสัมผัส ซึ่งเป็นการตอบสนองต่อผู้ป่วยทั้งที่ไม่รู้สีกตัวและรู้สีกตัว จะมีผลทำให้ผู้ป่วยรู้สีกสงบ อบอุ่น และมั่นคงทางอารมณ์ (Weiss, 1986 อ้างตาม บุญวดี, 2539)

2. ความเข้าใจสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดของผู้ดูแลมุสลิม

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ค่าเฉลี่ยความเข้าใจสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดของผู้ดูแลมุสลิมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.87$, $SD = .53$) (ตาราง 3) และค่าเฉลี่ยความเข้าใจสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดของผู้ดูแลมุสลิมทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ สถานการณ์ด้านร่างกาย สถานการณ์ด้านจิตใจและสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน โดยสามารถอธิบายได้ว่า การที่ผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณป่วยส่วนมากมีระดับความรู้สีกตัวดี (ร้อยละ 46.6) และ

สามารถใช้การสื่อสารด้วยท่าทางได้ (ร้อยละ 60.2) ซึ่งระดับความรู้สึกลึกซึ้งทำให้บุคคลมีการรับรู้ต่อตนเองและสิ่งแวดล้อม ทราบเวลา รู้จักบุคคลสถานที่ มีการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นต่างๆ และการสื่อสารเป็นการสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นการให้ผู้ดูแลได้เข้าใจและได้รับทราบความต้องการของผู้ป่วย (Christensen & Kockrow, 2003) ดังนั้นแม้จะใส่เครื่องช่วยหายใจแต่ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกลึกซึ้งและมีการตอบสนองที่คิดดังกล่าว จึงทำให้ผู้ดูแลมีความหวังว่าผู้ป่วยจะมีชีวิตรอดพ้นหายสู่สภาพเดิม ซึ่งผู้ดูแลได้ปฏิบัติกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการดูแลด้านจิตวิญญาณ ด้านการต้องการความหวัง ด้วยการขอพรจากองค์อัลลอฮ์เพื่อให้มีความหวังจากความเมตตาของพระองค์ให้ผู้ป่วยหายจากการเจ็บป่วย ($\bar{X} = 3.89$, $SD = .30$) (ตาราง 12) สอดคล้องกับการศึกษาของวงรัตน์ (2544) พบว่า ความต้องการด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต ด้านการมีความหวังและการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการมีความหวังอยู่ในระดับสูง ดังนั้นความหวังจึงเป็นปัจจัยด้านบวกที่มีต่อความรู้สึกของบุคคล ที่จะทำให้บุคคลมีพลังภายในที่เชื่อมั่นว่าจะบรรลุถึงสิ่งที่ดีในอนาคต (Herth, 1990) และความหวังทำให้บุคคลมีกำลังใจ มีความเข้มแข็งทั้งทางร่างกายและจิตใจ เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ยุ่งยาก ที่ก่อให้เกิดความเครียด ความทุกข์ทรมาน และความหวังช่วยให้สามารถแก้ไขสถานการณ์นั้นได้ (Rustoen, 1995)

นอกจากนี้ ลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) กล่าวว่า ความเครียดเกิดจากการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมรอบตัว และการที่บุคคลจะมีความเครียดมากหรือน้อยเพียงใด ขึ้นกับการประเมินตัดสินถึงความสำคัญและความรุนแรงของสถานการณ์นั้นต่อตนเอง คือ ถ้าประเมินตัดสินว่าไม่มีผลต่อตนเองหรือเกิดผลดี ทำให้ไม่ต้องใช้ความพยายามในการจัดการกับสถานการณ์นั้น แต่ถ้าประเมินว่าสิ่งนั้นเป็นสิ่งที่ทำทนายหรือเป็นสิ่งที่คุกคามหรือเป็นอันตราย/สูญเสียก็จะเกิดความเครียดขึ้น และตนจำเป็นต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในการปรับตัว ดังนั้นการที่ผู้ดูแลประเมินว่าสถานการณ์นั้นก่อให้เกิดความเครียดต่อผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องจากผู้ดูแลรับรู้ว่าจะสามารถใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในการปรับตัวได้ ซึ่งแหล่งประโยชน์ของผู้ดูแล คือ การปฏิบัติกิจกรรมด้านศาสนา การที่ผู้ดูแลมีสถานภาพสมรสคู่ การได้รับอนุญาตให้เข้าเยี่ยมและเฝ้าดูแลผู้ป่วย การรับรู้ของผู้ดูแลต่อสุขภาพของตนเองว่ามีสุขภาพดี ดังรายละเอียด คือ

การปฏิบัติกิจกรรมด้านศาสนาของผู้ดูแล ผู้ดูแลมีการละหมาดทั้งขณะอยู่ที่บ้านและขณะดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล คือ ปฏิบัติละหมาด 5 ครั้ง/วัน ขณะอยู่บ้านร้อยละ 88.6 ขณะอยู่โรงพยาบาลร้อยละ 67 โดยที่บทบัญญัติของศาสนา มุสลิมทุกคนต้องดำรงการละหมาดอย่างน้อย 5 ครั้งต่อวันทุกวัน แต่การที่ผู้ดูแลไม่สามารถดำรงการละหมาดได้ครบตามที่กำหนด เนื่องจากเงื่อนไขของการละหมาดข้อหนึ่ง คือ ผู้หญิงต้องไม่มีประจำเดือนและช่วงหลังคลอดหรือเลี้ยงดูบุตร ซึ่งสภาพดังกล่าวจะได้รับการยกเว้นการละหมาด (ฮัมมูคะห์, 2542) การละหมาดเป็นหลักปฏิบัติที่

สำคัญที่สุดของศาสนาอิสลาม (คตมนรจนัน และ แวอุเซ็ง, 2533) เนื่องจากมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อ การแสดงออกถึงความศรัทธาต่อองค์อัลลอฮ์ (บรรจง, 2543) แต่ผลลัพธ์ของการละหมาดก่อให้เกิด ผลดีด้านจิตใจของผู้ปฏิบัติ เนื่องจากการละหมาด ช่วยให้มีสมาธิ ช่วยให้จิตใจสงบ (คำรงค์, 2547; บรรจง, 2543) ส่งผลให้ผ่อนคลายความเครียดด้านจิตใจ (สาหะฮับคูลละห์ และ คณะ, 2532; เสาวนีย์, 2535) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของดารา (2545) พบว่า การประกอบพิธีกรรมทางศาสนา เช่น การละหมาด คือยานานหนึ่งที่จะช่วยรักษาทางด้านจิตใจ และการศึกษาของฮัสซุเน-ฟิลิป (Hassouneh-Phillips, 2003) เกี่ยวกับ แหล่งกำลังใจด้านจิตวิญญาณของสตรีมุสลิมในอเมริกา พบว่า สตรีมุสลิมที่มีประสบการณ์จากการถูกทำร้ายทางร่างกาย ทางเพศ และด้านจิตใจ ส่วนมากใช้ วิธีการเผชิญความเครียดโดยการใช้ความศรัทธาต่อพระเจ้าและกิจกรรมทางศาสนา ซึ่ง ได้แก่ การ ละหมาด การอ่านหรือฟังคัมภีร์อัลกุรอาน การขอพรจากพระเจ้า ที่ช่วยให้สตรีเหล่านั้นมีความ เข้มแข็งและความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณ นอกจากนี้วิธีในการปฏิบัติการละหมาดจะช่วยลด ความเครียดได้เช่นกัน เนื่องจากผู้ปฏิบัติจะต้องเปลี่ยนท่าทาง เป็นการยืน การก้ม การนั่ง ที่มี ลักษณะเหมือนการบริหารร่างกาย ช่วยยืดและผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่ตึงเครียด (Haddad, Kane, Rajacich, Cameron, & Al-Ma'aitah, 2004) ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าการปฏิบัติกิจกรรมด้านศาสนาของ ผู้ดูแลโดยการละหมาด จึงทำให้ผู้ดูแลประเมินความเข้าใจสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดขณะ ดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง

สถานภาพสมรสของผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 72.7 ซึ่งการที่ ผู้ดูแลมีสถานภาพสมรสคู่เป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม อธิบายได้ว่า แรง สนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลคือบุตรและคู่สมรสหรือบุคคลในครอบครัว จากการศึกษาของ (เพ็ญลดา, 2539) พบว่า แหล่งที่มาของแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลคือ คู่สมรส บุตร ญาติ/ บุคคลในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด ดังนั้นการที่ผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนจาก บุตรและคู่สมรส หรือบุคคลในครอบครัวด้วยการได้รับความรัก ความห่วงใย การเห็นถึงความสำคัญของผู้ดูแล และ การที่ผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึกเกี่ยวกับผู้ป่วย รวมทั้งการแบ่งเบาภาระในการดูแลผู้ป่วยในบางเวลา โดยการที่สมาชิกในครอบครัวหมุนเวียนกันเข้ามาดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลมีเวลาพักผ่อน หรือจัดการ กับธุระที่จำเป็นของตน จึงส่งผลให้ผู้ดูแลได้ผ่อนคลายความรู้สึกตึงเครียดจากการดูแลผู้ป่วย (จอม, 2540) ส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยลดลง สอดคล้อง กับการศึกษาของสิริสุดา (2541) เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวกับความเครียดของ ผู้สูงอายุที่กระดุกสะ โปกหัก พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับ ความเครียด ($r = -.76, p < .01$) และการศึกษาของวงรัตน์ (2544) พบว่า ญาติผู้ป่วยวิกฤตมีความทุกข์ ใจและมีความต้องการลดความทุกข์ใจนั้น ด้วยการมีคนที่ไม่ไว้วางใจคอยรับฟังความรู้สึกทุกข์ใจเพื่อ

ลดความตึงเครียดของตนถึงร้อยละ 87.1 และญาติผู้ป่วยวิกฤตยังได้รับการตอบสนองความต้องการความรักความห่วงใยจากบุคคลรอบข้างในระดับสูง คือ ร้อยละ 87.1 ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้ญาติรู้สึกถึงความทุกข์ใจของตนเบาบางลง ด้วยเหตุดังที่กล่าวผู้ดูแลจึงประเมินความเข้าใจสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดขณะดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง

การได้รับอนุญาตให้เข้าเยี่ยมและเฝ้าดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลรับรู้สถานการณ์การถูกจำกัดเวลาของการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยและการถูกจำกัดจำนวนผู้เข้าเยี่ยมผู้ป่วย เป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.56, SD = 1.09$) (ตาราง10) อาจเนื่องจากการที่ผู้ดูแลได้รับการยืดหยุ่นกฎระเบียบการเยี่ยม โดยโรงพยาบาลที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นโรงพยาบาลของรัฐบาลและมีระเบียบว่า หอผู้ป่วยสามัญจะอนุญาตให้ญาติเฝ้าผู้ป่วยได้ 1-2 คน ในสถานการณ์จริงผู้ดูแลสามารถอยู่เฝ้าดูแลผู้ป่วยตลอดเวลาแม้ขณะที่แพทย์พยาบาลปฏิบัติงาน โดยที่เจ้าหน้าที่ไม่ได้เข้มงวดในกฎระเบียบ นอกจากนี้พยาบาลตระหนักและเห็นความสำคัญว่าการเยี่ยมผู้ป่วยก่อให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วยและครอบครัว โดยในส่วนของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าได้รับกำลังใจ ความช่วยเหลือสนับสนุนจากญาติ และในส่วนของผู้ดูแล ผู้ดูแลมีความรู้สึกว่าได้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย การที่พยาบาลซึ่งปฏิบัติงานประจำในพื้นที่ที่มีผู้ป่วยและผู้ดูแลมุสลิมเข้ามาใช้บริการอยู่เสมอ จึงมีความเข้าใจวิถีชีวิตการมาเยี่ยมผู้ป่วยที่ถือเป็นข้อปฏิบัติในการช่วยเหลือแก่เพื่อนมนุษย์ผู้เผชิญกับความเจ็บป่วย ผู้ป่วยมุสลิมจึงมีญาติมาเยี่ยมเป็นจำนวนมากและสม่ำเสมอ (สิวลี, 2544) เมื่อผู้ป่วยมีอาการหนักก็ยืดหยุ่นกฎระเบียบการเยี่ยมด้วยการให้ผู้ดูแลและญาติคนอื่นๆ เข้ามาดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเพิ่มขึ้น เพื่อให้ผู้ดูแลได้ขอพร (ดูอา) จากองค์อัลลอฮ์และอ่านคัมภีร์อัลกุรอานให้ผู้ป่วยฟัง (ดำรงค์, 2547) การที่พยาบาลเห็นความสำคัญการเยี่ยมของญาติสอดคล้องกับการศึกษาของทัศนีย์, นงลักษณ์, สุณี, นุศ, และ บุญทิศา (2544) เรื่องความสัมพันธ์ของความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลในสังกัดสำนักงานแพทย์ พบว่า กิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติด้านจิตวิญญาณและเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติบ่อย คือ การอนุญาตให้บุคคลที่มีความหมายต่อผู้ป่วยเข้าเยี่ยม โดยการยืดหยุ่นกฎระเบียบการเยี่ยม ($\bar{X} = 4.14, SD = 0.84$)

การรับรู้ของผู้ดูแลต่อสุขภาพของตนเองว่ามีสุขภาพดี การที่ผู้ดูแลรู้ว่าตนมีภาวะสุขภาพดีก่อนที่จะรับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย แม้เมื่อเข้าร่วมดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณและการอยู่เฝ้าดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลมีผลกระทบต่อตน แต่ผู้ดูแลก็ประเมินว่าสถานการณ์นี้ก่อให้เกิดความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.63, SD = .69$) (ตาราง10) อธิบายได้ว่า ผู้ที่มีสุขภาพดีมักถูกคาดหวังให้ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลมากกว่าคนอื่นๆ ที่สุขภาพไม่แข็งแรง เนื่องจากสามารถดึงแหล่งประโยชน์หรือพลังงานในการปรับตัวมาได้อย่างเต็มที่ (นงลักษณ์, 2540 อ้างตาม จอม, 2540) นอกจากนี้ พบว่าผู้ดูแลมีอายุเฉลี่ย 36 ปี ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ วัยผู้ใหญ่เป็นวัยที่มีภาวะสุขภาพดี มีวุฒิ

ภาวะทางอารมณ์ ทำให้มีความพร้อมในการดูแล (ขวัญตา และ คณะ, 2546) ดังนั้นการที่ผู้ดูแลรับบทบาทผู้ดูแล และด้วยความรักความผูกพันและความห่วงใยที่มีต่อผู้ป่วย แม้เมื่อผู้ดูแลรู้สึกเจ็บป่วยจากการร่วมดูแลผู้ป่วย แต่ผู้ดูแลก็ประเมินว่าการเจ็บป่วยของตนเองไม่สำคัญเท่ากับการดูแลผู้ป่วย ดังเช่นการศึกษาของสุรรัตน์ (2541) พบว่า การให้การดูแลผู้ป่วยแม้ผู้ดูแลมีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลง แต่ผู้ดูแลมีความต้องการในการดูแลสุขภาพของตนเองในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 2.81 SD = 1.23)

3. การรับรู้ของผู้ดูแลมุสลิมต่อความต้องการด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยมุสลิมที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้ของผู้ดูแลมุสลิมต่อความต้องการด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยมุสลิมที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.78$, $SD = .26$) (ตาราง 5) ทั้งนี้เนื่องจาก การที่ผู้ดูแลนับถือศาสนาอิสลามเช่นเดียวกับผู้ป่วย ซึ่งศาสนาอิสลามมิได้เป็นเพียงศาสนา แต่เป็นวิถีการดำเนินชีวิตตั้งแต่เกิดจนตาย และเป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมประเพณี รวมทั้งเรื่องสุขภาพอนามัย (มานี, 2544) สุขภาพในทรรศนะศาสนาอิสลามนั้น นอกจากกล่าวในมิติทางร่างกาย สังคม จิตใจแล้ว ยังเน้นมิติทางจิตวิญญาณค่อนข้างมากเนื่องจากไทยมุสลิมมีความสัมพันธ์กับพระเจ้าตลอดเวลา และมีการดำเนินชีวิตที่เป็นไปตามบทบัญญัติในคัมภีร์อัลกุรอานซึ่งเป็นโอองการขององค์อัลลอฮ์ และสุนนะฮ์ซึ่งเป็นจริยวัตรหรือแบบปฏิบัติของท่านนบีมุฮัมมัด คือลัทธิที่ได้บัญญัติตั้งแต่เรื่องการดำรงชีวิตประจำวัน กิจการมารยาท กิจวัตรทั่วไป (ดิเรก, 2539; คำรงค์, 2547) ดังนั้นเมื่อเกิดการเจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลความต้องการของผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณจึงเป็นไปตามหลักของศาสนา (คำรงค์, 2547) โดยที่พบว่า ไทยมุสลิมในจังหวัดชายแดนภาคใต้เป็นผู้ที่เคร่งครัดในหลักของศาสนาอิสลามมากกว่าไทยมุสลิมในภูมิภาคอื่นๆของประเทศไทย (จรัญ, กิติมา, และพรพิมล, 2539) ผู้ดูแลและผู้ป่วยมุสลิมจึงมีวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันสอดคล้องกับหลักศาสนา จึงกล่าวได้ว่าอิทธิพลของสังคม และวัฒนธรรมเป็นเครื่องกำหนดการรับรู้ของบุคคลทำให้บุคคลรับรู้ในสิ่งต่างๆแตกต่างกันออกไป (สุชา, 2541) อันส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ผู้ป่วยมีความต้องการด้านจิตวิญญาณในระดับสูง

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 53 คน คือ ร้อยละ 60.2 ได้รับการศึกษาสายศาสนา และกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับการศึกษาสายศาสนามีเพียง 35 คน คือ ร้อยละ 39.8 ซึ่งตามหลักการของศาสนาอิสลามถือว่าเป็นหน้าที่ของมุสลิมทุกคนที่จะต้องศึกษาหาความรู้โดยเฉพาะการเรียนศาสนา ดังวณะของท่านนบีมุฮัมมัด คือลัทธิที่กล่าวว่า “ จงศึกษาหาความรู้ตั้งแต่อยู่ในเปลจนถึงหลุมฝังศพ ” ชาวไทยมุสลิมทุกคนจึงเรียนรู้เกี่ยวกับหลักศาสนาตั้งแต่เยาว์วัย โดยเริ่มศึกษาเกี่ยวกับศาสนาที่บ้านหรือในชุมชน เช่น มัสยิด โดยบิดามารดาหรือผู้นำศาสนาเช่น โต๊ะครู เป็นผู้ให้

คำแนะนำ สั่งสอน ฝึกฝน (ชำเลื่อง, สุภวัฒน์, ม.ร.ว, สมร, คุณหญิง, และ นิสิต, 2531) นอกจากนี้ บิดามารดาต้องเป็นแบบอย่างในการศึกษาและการปฏิบัติแก่บุตรให้มีความศรัทธาและมีแนวทางปฏิบัติในการดำเนินชีวิตตามหลักศาสนาอิสลาม (นิมุ, 2546) และชาวไทยมุสลิมอาจเรียนรู้เกี่ยวกับหลักศาสนาจากสถานศึกษาตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษาจนถึงระดับอุดมศึกษาที่มีการสอนวิชาศาสนา วิชาสามัญ และวิชาชีพไปพร้อมๆกัน (จรัญ, กิติมา, และ พรพิมล, 2539) จะเห็นได้ว่าแม้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 39.77 ที่ไม่ได้รับการศึกษาสายศาสนาจากสถานศึกษา แต่ได้รับการศึกษาด้านศาสนาจากครอบครัวหรือในชุมชน ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้หลักศาสนาอิสลามเช่นกัน กล่าวได้ว่าการเลี้ยงดูอบรมอย่างใกล้ชิดของบิดามารดาเพื่อให้บุตรได้เรียนรู้หลักศาสนาอิสลามตั้งแต่เยาว์วัย ผู้ดูแลสามารถรับรู้ถึงความต้องการด้านจิตวิญญาณของบิดามารดาได้ลึกซึ้ง เนื่องจากการศึกษาจะช่วยให้บุคคลมีสติปัญญาในการพิจารณาสิ่งต่างๆ อย่างมีเหตุผล มีการรับรู้และมีความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมหรือปฏิกริยาของบุคคลอื่น ได้ถูกต้องเหมาะสม และเป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีการรับรู้ที่แตกต่างกัน (วรรณสิทธิ์, 2526 อ้างตามนิสากร, 2545) จึงมีผลทำให้ผู้ดูแลมุสลิมรับรู้ว่าคุณป่วยมีความต้องการด้านจิตวิญญาณในระดับสูง

การที่ผู้ดูแลและผู้ป่วยมุสลิมมีวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันสอดคล้องกับหลักศาสนา รวมทั้งผู้ดูแลเรียนรู้หลักศาสนาอิสลามตั้งแต่เยาว์วัย จึงมีผลทำให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณป่วยมีความต้องการด้านจิตวิญญาณในระดับสูงทั้ง 3 ด้านด้วยเช่นกัน ซึ่งสามารถอภิปรายความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมุสลิมที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ตามองค์ประกอบย่อยดังนี้

ด้านความต้องการการมีความหมายและจุดมุ่งหมายในชีวิต พบว่า ผู้ดูแลมุสลิมมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมุสลิมที่ใส่เครื่องช่วยหายใจอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.70$, $SD = .26$) (ตาราง 5) อธิบายได้ว่า ความต้องการการมีความหมายและจุดมุ่งหมาย เป็นแรงจูงใจขั้นพื้นฐานที่ทำให้บุคคลค้นหาความหมายและเป้าหมายของชีวิตต่อสิ่งที่มีคุณค่า (Frankl, 1988 cited by Meraviglia, 1999) อันจะทำให้ผู้ป่วยสามารถยอมรับสิ่งที่ก่อให้เกิดความทุกข์แก่ตนได้ (Craven & Hirmler, 2003) และยังเป็นแหล่งที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญหรือฟันฝ่าจากภาระเจ็บป่วย (Coyle, 2002) ดังนั้นในด้านความต้องการการมีความหมายและจุดมุ่งหมายในชีวิตของผู้ป่วยมุสลิมที่ใส่เครื่องช่วยหายใจคือความศรัทธาต่อองค์อัลลอฮ์ ซึ่งการรับรู้ของผู้ดูแลต่อความศรัทธาต่อองค์อัลลอฮ์ของผู้ป่วยหมายถึง การที่ผู้ป่วยเชื่อว่าการเจ็บป่วยเป็นพระประสงค์ขององค์อัลลอฮ์ ($\bar{X} = 3.86$, $SD = .48$) ผู้ป่วยให้ความหมายของการเจ็บป่วยว่าเป็นสิ่งที่ทดสอบถึงความอดทนและความเมตตาจากองค์อัลลอฮ์ ($\bar{X} = 3.88$, $SD = .44$) และการมีเป้าหมายในชีวิตของผู้ป่วยคือ การได้กลับไปสู่อัลลอฮ์ ($\bar{X} = 3.87$, $SD = .42$) ทั้งนี้เนื่องจาก องค์อัลลอฮ์เป็นผู้กำหนดวิถีชีวิตของชาวมุสลิมนับตั้งแต่เกิดจนกระทั่งตาย รวมทั้งความเจ็บป่วยเป็นไปตามพระประสงค์ของ

พระองค์ และการเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่ทดสอบถึงความอดทนและความเมตตาจากองค์อัลลอฮ์ โดยที่ การทดสอบเป็นการบ่งบอกถึงความศรัทธาของไทยมุสลิมที่มีต่อองค์อัลลอฮ์ เพื่อให้ไทยมุสลิมได้ ระลึกถึงพระองค์ในยามที่เจ็บป่วย โดยที่ผู้ใดมีความศรัทธาก็มะทำให้ไม่รู้สึกลิ้นหวังต่อแท้ มีความ อดทนในการบำบัดรักษา มีกำลังใจที่จะต่อสู้กับการเจ็บป่วยที่ประสบอยู่ เพื่อจะได้หายจากการ เจ็บป่วยและได้เคารพภักดีต่อพระองค์ต่อไป แต่ถ้าหากการบำบัดรักษานั้นไม่ได้ผล ผู้ป่วยไม่ควรจะ เสียใจหรือผิดหวังเพราะทุกอย่างเกิดจากพระประสงค์ขององค์อัลลอฮ์ (ดาร์จ, 2547) เนื่องจาก พระองค์ทรงกำหนดอายุขัยของทุกคน พระองค์เท่านั้นที่ทรงทราบว่าใครจะตายเมื่อใด ที่ไหน อย่างไร พระองค์ห้ามไม่ให้มนุษย์อยากตาย แต่การตายนั้นเป็นข่าวดีและนำความสบายใจแก่ผู้ ศรัทธา และเป็นการที่ผู้ที่ศรัทธาได้กลับไปสู่พระองค์ (นุรุดดีน, 2540)

ด้านความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งนอกเหนือตนเอง พบว่า ผู้ดูแลมุสลิมมีค่าเฉลี่ย การรับรู้ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมุสลิมที่ใส่เครื่องช่วยหายใจอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.81, SD = .29$) (ตาราง 5) อธิบายได้ว่า ด้านความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งนอกเหนือตนเอง ด้านความต้องการได้รับความรัก เป็นการได้รับความรักจากบุคคลอื่นและพระเจ้า เป็นการ แสดงออกถึงความรักต่อผู้อื่น เป็นการค้นหาสิ่งที่ดีเพื่อผู้อื่น (Highfield & Cason, 1983) ดังนั้นการที่ ผู้ดูแลรับรู้ผู้ป่วยต้องการได้รับการบอกหรือการแสดงจากญาติว่าญาติรัก ห่วงใย และต้องการให้ ช่วยเหลืออย่างจริงจัง ($\bar{X} = 3.81, SD = .41$) เป็นสิ่งที่ส่งเสริมและช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยมี ความรู้สึกที่เข้มแข็งที่จะเผชิญกับอาการเจ็บป่วย (Walton, 1999) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนา (2548) เรื่องการให้ความสำคัญและการรับรู้ต่อการพยาบาลด้านจิตวิญญาณของพยาบาล และผู้สูงอายุมุสลิมพบว่า กิจกรรมการพยาบาลด้านจิตวิญญาณที่ผู้สูงอายุให้ความสำคัญ 1 ใน 5 กิจกรรม คือ การที่พยาบาลบอกหรือแสดงความห่วงใยแก่ผู้สูงอายุมุสลิมโดยการพูดคุยหรือการ สัมผัสอย่างอ่อนโยน นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยเจ็บป่วยภาวะวิกฤตที่ต้องประสบกับเหตุการณ์ที่อาจทำ ให้ต้องสูญเสียชีวิต ความต้องการด้านจิตวิญญาณด้านความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่ง นอกเหนือตนเอง ยังเป็นความต้องการความไว้วางใจจากใครหรือสิ่งใดก็ตามเพื่อช่วยให้ตนเองดีขึ้น ซึ่งอาจจะเป็นบุคคลในครอบครัว พระเจ้า หรือเป็นความไว้วางใจในทีมสุขภาพที่ผู้ป่วยเชื่อว่าการ ดูแลรักษาจะช่วยให้ฟื้นหายจากโรค (Walton, 1999) การไว้วางใจในพระเจ้า คือ การที่ไทยมุสลิม เชื่อว่าองค์อัลลอฮ์ทรงเป็นผู้สร้าง ผู้อภิบาลสากลโลก (สิวลี, 2544) ที่ทรงลิขิตให้ผู้ป่วยหายเจ็บป่วย และพระองค์ไม่อนุญาตให้ปฏิเสธการรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน (คาเวศ อ่างตาม มูรีด, 2542) ผู้ดูแลจึงรับรู้ผู้ป่วยมีความไว้วางใจในพระเจ้าที่จะทำให้ตนหายป่วยโดยผ่านกระบวนการรักษา ของแพทย์และพยาบาล ($\bar{X} = 3.86, SD = .34$)

นอกจากนี้การรับรู้ของผู้ดูแลมุสลิมต่อความต้องการด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยมุสลิมที่ใส่เครื่องช่วยหายใจด้านความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งนอกเหนือตนเอง ยังเป็นความต้องการการให้อภัยจากพระเจ้า โดยที่ผู้ป่วยมุสลิมเชื่อว่า ความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่ใกล้เคียงกับความตายจึงเป็นโอกาสที่ผู้ป่วยได้หันกลับมามองตนเองพิจารณาถึงชีวิตที่ผ่านมา ทำให้มีโอกาซขอภัยต่อผู้อื่น ต่อองค์อัลลอฮ์ โดยที่การให้อภัยเป็นความเมตตาขององค์อัลลอฮ์ที่ทรงนำความบาปไปจากผู้ป่วยเปรียบเสมือนว่าผู้ป่วยได้ซบศิระความผิดที่ผ่านมา (ดาร์จัต, 2547) ดังนั้นผู้ดูแลจึงรับรู้ว่าคุณป่วยต้องการการให้อภัยจากพระเจ้าในการกระทำความผิดที่ผ่านมา ($\bar{X} = 3.81, SD = .49$)

ด้านการมีความหวัง การรับรู้ของผู้ดูแลมุสลิมต่อความต้องการด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยมุสลิมที่ใส่เครื่องช่วยหายใจอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.86, SD = .29$) โดยอธิบายได้ว่า ผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจเป็นการเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตที่คุณคามต่อชีวิต ผู้ป่วยจึงต้องการมีความหวังต่อสิ่งที่จะเกิดว่ามีคุณค่าในทางบวก (Highfield, 1992) นั่นก็คือการที่ผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณป่วยมีความต้องการที่จะหายหรือทุเลาจากอาการเจ็บป่วย ($\bar{X} = 3.86, SD = .45$) ด้วยความมีความหวังในความเมตตาขององค์อัลลอฮ์ที่จะทำให้อาการป่วยหายได้ (อาลิส, 2547) และผู้ป่วยต้องการความหวังจากการได้รับความเมตตาจากองค์อัลลอฮ์เพื่อให้หายจากการเจ็บป่วยในระดับสูง ($\bar{X} = 3.88, SD = .31$) ซึ่งการมีความหวังเป็นสิ่งที่เสริมสร้างกำลังใจให้คุณป่วยต่อสู้กับความเจ็บป่วย (นิตยา, 2541) อันจะทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและเผชิญกับความเจ็บป่วย และหลุดพ้นจากสิ่งที่ไม่ทุกข์ทรมานได้ (Coyle, 2002) ดังเช่นการศึกษาของระวีวรรณ (2545) ที่พบว่า ความหวังเป็นปัจจัยด้านบวกที่ทำให้บุคคลเกิดกำลังใจและความเข้มแข็งในการต่อสู้ชีวิต ดังที่ผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณหวังของผู้ป่วยคือ การต้องการมีจิตใจที่เข้มแข็งเพื่อจะต่อสู้กับการเจ็บป่วย ($\bar{X} = 3.89, SD = .30$)

4. การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลมุสลิมในการดูแลด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยมุสลิมที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ

ผลการศึกษา พบว่า การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลมุสลิมในการดูแลด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยมุสลิมที่ใส่เครื่องช่วยหายใจมีระดับการปฏิบัติโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.72, SD = .28$) (ตาราง 7) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ศาสนาอิสลามเป็นวิถีการดำเนินชีวิตตั้งแต่เกิดจนตาย ตั้งแต่ลืมตาจนหลับตา (มานี, 2544) ไทยมุสลิมจึงมีวิถีชีวิตประจำวันที่ต้องปฏิบัติตามหลักศาสนาพื้นฐานทั้ง 3 ประการคือ หลักศรัทธา หลักปฏิบัติ หลักคุณธรรมและจริยธรรม (สิวลี, 2544) โดยไทยมุสลิมได้ปฏิบัติตามหลักศาสนาพื้นฐานดังกล่าวในวิถีชีวิตประจำวัน ดังเช่น หลักศรัทธา ไทยมุสลิมต้องศรัทธาในพระเจ้าองค์เดียว มุสลิมจึงต้องกล่าวถึงพระนามของพระอัลลอฮ์ทั้งก่อนและหลังกระทำการสิ่งต่างๆ เพื่อให้ได้ใกล้ชิดและได้รับความคุ้มครองจากพระองค์ (เมาลานา, 2545) หรือการแสดงออกถึงความศรัทธาต่อพระองค์อีกประการหนึ่งที่ไทยมุสลิมปฏิบัติอยู่เสมอไม่ว่าขณะประสบกับความสุขหรือ

ความทุกข์ คือ การขอคูอาหรือคำวิงวอน (เชค, 2543) หลักศรัทธาในบรรดาคัมภีร์ มุสลิมจะศรัทธาในคัมภีร์อัลกุรอานซึ่งเป็นข้อตักเตือนให้มุสลิมปฏิบัติในแนวทางที่ถูกต้อง มุสลิมจึงต้องศึกษาและอ่านพระคัมภีร์เสมอๆ (มานี, 2544) หลักปฏิบัติ ในข้อการปฏิบัติตนและการละหมาด การปฏิบัติตนเป็นการกล่าววาจาที่แสดงให้มุสลิมทราบว่ามีวิถีในการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมทุกกิริยาบถอยู่บนหลักของศาสนา และทำให้ไทยมุสลิมรับรู้ได้ว่าเป็นสมาชิกของสังคมมุสลิม (เสาวนีย์, 2535) การละหมาดที่กำหนดให้มุสลิมทุกคนต้องละหมาดวันละ 5 เวลา (ฮัมมุดะฮ์, 2542) หลักคุณธรรมและจริยธรรม ซึ่งเป็นข้อปฏิบัติเพื่อแสดงถึงความเคารพและศรัทธาต่อพระเจ้า เช่น การเยี่ยมผู้ป่วย บทบาทของบุตรต่อบิดามารดา การกล่าวทักทาย (บรรจง, 2543) จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าวิถีชีวิตประจำวันของไทยมุสลิมเป็นการปฏิบัติตามหลักศาสนาอย่างแน่นแฟ้น เมื่อบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วย การดูแลผู้ที่เจ็บป่วยด้านจิตวิญญาณจึงเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลไทยมุสลิมสามารถปฏิบัติได้เช่นเดียวกับที่ปฏิบัติอยู่ในวิถีชีวิตประจำวัน ซึ่งการศึกษาค้นคว้าที่พบว่า ผู้ดูแลไทยมุสลิมได้ปฏิบัติตามหลักศาสนาที่ปฏิบัติอยู่ในวิถีชีวิตประจำวัน ดังเช่น ผู้ดูแลได้กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ระลึกถึงองค์อัลลอฮ์ทุกครั้งที่มีโอกาส ($\bar{X} = 3.84, SD = .36$) ผู้ดูแลได้ขอพร (คูอา) หรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยขอพร (คูอา) จากองค์อัลลอฮ์เพื่อความเจ็บป่วยหายโดยเร็ว ($\bar{X} = 3.76, SD = .52$) ผู้ดูแลอ่านคัมภีร์อัลกุรอานและบทคูอาให้ผู้ป่วยฟัง ($\bar{X} = 3.64, SD = .64$) ด้วยเหตุนี้จึงทำให้การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลมุสลิมในการดูแลด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยมุสลิมที่ใส่เครื่องช่วยหายใจมีระดับการปฏิบัติโดยรวมอยู่ในระดับสูง

นอกจากนี้พบว่าการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลมุสลิมในการดูแลด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยมุสลิมที่ใส่เครื่องช่วยหายใจมีระดับการปฏิบัติทั้ง 3 ด้านอยู่ในระดับสูงเช่นกัน ซึ่งสามารถอภิปรายการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลมุสลิมในการดูแลด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยมุสลิมที่ใส่เครื่องช่วยหายใจตามองค์ประกอบย่อยดังนี้

ด้านการตอบสนองความต้องการการมีความหมายและจุดมุ่งหมายในชีวิต พบว่า ค่าเฉลี่ยรายด้านอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.69, SD = .35$) เนื่องจาก ด้านความต้องการการมีความหมายและจุดมุ่งหมายในชีวิตของผู้ป่วยมุสลิมที่ใส่เครื่องช่วยหายใจคือ ความศรัทธาต่อองค์อัลลอฮ์ (เสาวนีย์, 2535) ซึ่งการกระทำที่แสดงถึงความศรัทธาต่อองค์อัลลอฮ์ คือ การที่ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณโดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ระลึกถึงองค์อัลลอฮ์ทุกครั้งที่มีโอกาส ($\bar{X} = 3.84, SD = .36$) ผู้ดูแลให้กำลังใจผู้ป่วยเพื่อให้มีความอดทนต่อความเจ็บป่วย ($\bar{X} = 3.86, SD = .34$) และผู้ดูแลได้ขอพร (คูอา) หรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยขอพร (คูอา) จากองค์อัลลอฮ์เพื่อความเจ็บป่วยหายโดยเร็ว ($\bar{X} = 3.76, SD = .52$) ทั้งนี้เนื่องจากการแสดงซึ่งความศรัทธาต่อองค์อัลลอฮ์และการกระทำที่ทำให้รู้สึกว่าได้ใกล้ชิดกับพระองค์คือ การรำลึกถึงพระองค์ ซึ่งไม่ว่าไทยมุสลิมจะทำอะไร

ทั้งก่อนและเมื่อเสร็จกิจกรรมนั้นก็จะรำลึกถึงองค์อัลลอฮ์ ด้วยการกล่าวสรรเสริญพระนามพระองค์ (แมลานา, 2545) ส่วนการเจ็บป่วยไทยมุสลิมเชื่อว่า ผู้ป่วยที่อดทนต่อความเจ็บป่วยย่อมได้รับการลดบาปและได้กุศล เนื่องจากความอดทนเป็นส่วนหนึ่งของความศรัทธาต่อองค์อัลลอฮ์ (เสาวนีย์, 2535) ดังนั้นเมื่อเจ็บป่วยสิ่งที่สำคัญซึ่งไทยมุสลิมปฏิบัติคือ การได้ขอพร (ดุอาอ์) จากองค์อัลลอฮ์ เพื่อพระองค์จะได้ทรงยับยั้งสิ่งชั่วร้ายที่มาประสบ ประทานสิ่งที่ดีมาให้ ทำให้ผู้ขอได้บรรลุถึงสิ่งที่ต้องการและกล่าวว่าการขอดุอาอ์เป็นยาที่ดีที่สุดที่ใช้รักษาและช่วยปลดปล่อยให้พ้นจากภัยต่างๆ (เชค, 2543)

ด้านความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งนอกเหนือตนเอง พบว่า ค่าเฉลี่ยรายด้านอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.74$, $SD = .32$) เนื่องจาก ความต้องการด้านความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งนอกเหนือตนเองของผู้ป่วยมุสลิมที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ด้านความต้องการได้รับความรัก เป็นการได้รับความรักจากบุคคลอื่นและพระเจ้า เป็นการแสดงออกถึงความรักต่อผู้อื่น เป็นการค้นหาสิ่งที่ดีเพื่อผู้อื่น (Highfield & Cason, 1983) ด้วยเหตุนี้ผู้ดูแลจึงได้บอกกล่าวและเปิดโอกาสให้บุคคลที่ผู้ป่วยรักเคารพนับถือมาเยี่ยมผู้ป่วย ($\bar{X} = 3.85$, $SD = .41$) รวมทั้งได้สนับสนุนให้บุคคลที่มาเยี่ยมผู้ป่วยได้กล่าวขอพรจากองค์อัลลอฮ์และกล่าวถ้อยคำให้ผู้ป่วยมีความอดทนต่ออาการเจ็บป่วย ($\bar{X} = 3.84$, $SD = .42$) อธิบายได้ว่า การบอกกล่าวบุคคลที่ผู้ป่วยรักเคารพนับถือศรัทธาให้มาเยี่ยมผู้ป่วย นอกจากจะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงการได้รับความรัก ความห่วงใย การได้รับการยอมรับ และความมีคุณค่าของตน (วงรัตน์, 2544) การเยี่ยมผู้ป่วยถือว่าเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานอย่างหนึ่งที่ผู้ป่วยมุสลิมพึงได้รับ (อาซิส, 2547) ดังที่ท่านบรมศาสดามุฮัมมัด คือลฯ ได้กล่าวไว้ดังนี้ “ สิทธิซึ่งมุสลิมมีเหนือพี่น้องของเขามีอยู่ห้าประการคือ เขาควรให้สลามตอบ เขาควรไปเยี่ยมคนป่วย เขาควรไปในงานศพ เขาควรรับเชิญ และควรอวยพรให้คนที่กำลังจาม ” ซึ่งการเยี่ยมผู้ป่วยยังก่อให้เกิดความรู้สึกปลาบปลื้มปีติในใจแก่ผู้ที่เป็นเยี่ยม (มุฮัมมัด, 2544) นอกจากนี้บทบัญญัติของศาสนาอิสลามยังได้กำหนดมารยาทในการเยี่ยมผู้ป่วย โดยเน้นความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย กล่าวคือ ผู้เยี่ยมควรขอพร (ดุอาอ์) ให้แก่ผู้ป่วย ควรพูดให้ความหวังแก่ผู้ป่วย และควรพูดปลอบโยนให้ผู้ป่วยมีความอดทนต่อความเจ็บป่วย (อาซิส, 2547)

ด้านการมีความหวัง พบว่า ค่าเฉลี่ยรายด้านอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.73$, $SD = .39$) อธิบายได้ว่า ความต้องการด้านการมีความหวัง เป็นการมีความรู้สึกต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นว่ามีคุณค่าในทางบวก (Highfield, 1992) อธิบายได้ว่า เมื่อเจ็บป่วยไทยมุสลิมต้องขอพรต่อองค์อัลลอฮ์ เพื่อให้มีความหวังในความเมตตาจากพระองค์ให้หายจากโรคและจะไม่เสียใจหรือผิดหวังหากการบำบัดนั้นไม่ได้ผล เพราะทุกอย่างเกิดจากพระประสงค์ของพระองค์ (ดาร์ก, 2547) ซึ่งนอกจากความหวังในความเมตตาจากองค์อัลลอฮ์แล้ว พระองค์ยังได้ชี้แนะแก่มุสลิมให้เห็นความสำคัญของการรักษาพยาบาล

เมื่อเจ็บป่วยอย่างถูกต้องเหมาะสมและปลอดภัย (สาเหอะอับลอะห์ และ คณะ, 2532) ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ผู้ดูแลมุสลิมได้กล่าวขอพรจากองค์อัลลอฮ์เพื่อให้มีความหวังจากความเมตตาของพระองค์ให้ผู้ป่วยหายจากการเจ็บป่วย ($\bar{X} = 3.89$, $SD = .30$) นอกจากนี้การให้ความหวังเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลหรือญาติควรพูดเพื่อให้กำลังใจผู้ป่วย ผู้ดูแลจึงได้กล่าวคำพูดที่ทำให้ผู้ป่วยหวังว่าจะมีชีวิตอยู่ต่อไป ($\bar{X} = 3.70$, $SD = .62$) เช่น กล่าวว่ “ อินชาอัลลอฮ์ พระองค์คงให้ท่านได้หายจากอาการเจ็บป่วย “ พระองค์คงให้ท่านมีชีวิตยืนยาวและได้กระทำความดีต่อไป ” (อาศิส, 2547) และการที่ผู้ป่วยมุสลิมเชื่อว่าการหายหรือไม่หายจากโรคเกิดจากพระประสงค์ขององค์อัลลอฮ์ ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงในทางที่แย่ง ผู้ดูแลได้กล่าวหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้กล่าวคำ “ ซาฮาอะห์ ” ($\bar{X} = 3.77$, $SD = .60$) ซึ่งมีความหมายว่า ไม่มีพระเจ้าอื่นใดที่ฉันเคารพภักดีนอกจากองค์อัลลอฮ์ การได้กล่าวคำดังกล่าวเป็นความปรารถนาของมุสลิมทุกคนก่อนตาย (คำรงค์, 2547)

5. ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้าใจสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด การรับรู้ความต้องการด้านจิตวิญญาณ กับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลมุสลิมในการดูแลด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยมุสลิมที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความเข้าใจสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด การรับรู้ความต้องการด้านจิตวิญญาณ กับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลมุสลิมในการดูแลด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยมุสลิมที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ พบว่า

5.1 ความเข้าใจสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดของผู้ดูแลมุสลิม ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) กับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลมุสลิมในการดูแลด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยมุสลิมที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ (ตาราง 9) อธิบายได้ว่า ด้วยลักษณะของครอบครัวชาวไทยมุสลิมซึ่งถือว่า ครอบครัวเป็นส่วนสำคัญมากที่เสริมสร้างความผูกพันทางด้านอารมณ์จิตใจ และความสัมพันธ์ที่คงทนถาวรระหว่างสมาชิกในครอบครัว (คุรซิด, 2540) ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวตามบทบัญญัติของศาสนาอิสลามได้กล่าวถึง บทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวไว้อย่างชัดเจน ดังเช่น หน้าที่ของพ่อแม่ต่อลูก ด้วยชาวไทยมุสลิมถือว่าลูกคือของฝากจากพระเจ้า ชีวิตของลูกจึงมีค่าที่จะต้องจัดการดูแลอย่างดีที่สุด ดังนั้นหน้าที่ของพ่อแม่ต่อลูกนอกเหนือไปจากความรักที่มีอยู่โดยสัญชาตญาณแล้ว บทบัญญัติศาสนาอิสลามได้กำหนดหน้าที่ของพ่อแม่ไว้อย่างมากมาย เช่น การอบรมสั่งสอนให้ลูกปฏิบัติตามหลักศาสนา การให้การศึกษา (มานี, 2544) และหน้าที่ของลูกต่อพ่อแม่ บทบัญญัติศาสนาอิสลามได้กำหนดไว้ว่า ลูกต้องให้ความสำคัญต่อพ่อแม่ รองจากการเคารพภักดีต่อองค์อัลลอฮ์ ให้การปฏิบัติดีต่อพ่อแม่ ให้ความรักเคารพอ่อนน้อมและเชื่อฟัง ให้ความกตัญญู ให้การดูแลเมื่อพ่อแม่ถึงวัยชรา (มุฮัมมัด, 2544; อับลอรอซิด, 2542) ดังนั้นจึง

กล่าวได้ว่า การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลมุสลิมในการดูแลด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยมุสลิมที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ เนื่องมาจากความรัก ความกตัญญู ความผูกพันที่เกิดจากความสัมพันธ์ทางสายโลหิต และสัมพันธภาพที่ดีต่อกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล พบว่า สัมพันธภาพที่ดีต่อกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นแรงจูงใจที่สำคัญในการตัดสินใจเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแล (จอม, 2541) และการที่ผู้ดูแลมุสลิมส่วนใหญ่ดำรงบทบาทหน้าที่ของความเป็นบุตรคือร้อยละ 61.4 สอดคล้องกับการศึกษาของ กนกรัตน์ (2547) พบว่า ผู้ดูแลซึ่งเป็นบุตรเข้ามาดูแลผู้ป่วยเนื่องจาก เป็นการ ได้มีโอกาสตอบแทนบุญคุณ และการได้ทำหน้าที่ที่พึงปฏิบัติในฐานะเป็นลูก ซึ่งสรวงทิพย์ (2540) กล่าวว่า บทบาทหน้าที่ที่มีส่วนสำคัญต่อการรับรู้ของบุคคล เนื่องจากการรับรู้ของผู้ดูแลต่อบทบาทหน้าที่จะนำไปสู่การแสดงพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วย

5.2 การรับรู้ของผู้ดูแลมุสลิมต่อความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมุสลิมที่ใส่เครื่องช่วยหายใจมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลมุสลิมในการดูแลด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยมุสลิมที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .47, p < .01$) (ตาราง 9) กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมุสลิมที่ใส่เครื่องช่วยหายใจสูง มีส่วนร่วมในการดูแลด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยมุสลิมที่ใส่เครื่องช่วยหายใจสูง สามารถอธิบายได้ว่า การที่ผู้ดูแลมุสลิมรับรู้ว่ามีมนุษย์ประกอบด้วยกายและจิตวิญญาณ (ยูโตน, 2541) ถ้าองค์ประกอบใดได้รับความกระทบกระเทือนหรือเจ็บป่วยแล้วองค์ประกอบอีกด้านหนึ่งก็จะได้รับผลกระทบด้วย เมื่อร่างกายเจ็บป่วยอาจจะช่วยรักษาโรค ส่วนจิตวิญญาณเจ็บป่วยสิ่งหนึ่งที่จะช่วยรักษา คือ ศาสนาหรือความศรัทธา (นุรุดดิน, 2540) โดยที่ศาสนาเป็นข้อผูกพันระหว่างชีวิตมนุษย์กับความจริงสูงสุดที่มนุษย์เชื่อและศรัทธา และความศรัทธาเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดคุณค่าของชีวิต ทำให้เกิดความเชื่อในตนเองตามมา เพราะตัวเองมีสิ่งที่ยึดมั่นอย่างมั่นคง (สิวลี, 2544) โดยที่วิถีชีวิตของไทยมุสลิมมีความผูกพันกับองค์อัลลอฮ์ และเชื่อว่าผู้ที่ศรัทธาต่อพระองค์อย่างแท้จริงจะทำให้มีพลังหรือกำลังใจในการเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ เชื่อและศรัทธาว่าความเจ็บป่วยการหายป่วยเป็นพระประสงค์ของพระองค์ เป็นเสมือนการทดสอบความศรัทธา ความอดทน (เสาวนีย์, 2535) ดังนั้นเมื่อไทยมุสลิมเจ็บป่วยความต้องการของผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณจึงเป็นไปตามความเชื่อความศรัทธาของศาสนา (คำรงค์, 2547) จึงกล่าวได้ว่า ความต้องการและการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันขึ้นกับวัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยม (Labun, 1988) แต่การที่บุคคลเจ็บป่วยด้วยภาวะวิกฤตทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของตนเองได้ ผู้ดูแลจึงเป็นแหล่งช่วยเหลือด้านจิตวิญญาณที่มีค่าสำหรับผู้ป่วย (O'Brien, 1999) เนื่องจากผู้ดูแลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย มีความคุ้นเคยและรับรู้ความรู้สึกผู้ป่วยได้ดี (วิมลรัตน์, 2537) รวมทั้งการรับรู้ของผู้ดูแลมุสลิมต่อความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมุสลิม

ที่ใส่เครื่องช่วยหายใจโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.78$, $SD = .26$) ผู้ดูแลจึงมีส่วนร่วมตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยตามความเชื่อความศรัทธาของศาสนา ดังที่กล่าวมา อันจะทำให้ผู้ป่วยมีจิตวิญญาณที่เข้มแข็ง เพื่อจะได้มีพลังในการเผชิญกับความเจ็บป่วย

การที่ค่าความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ของผู้ดูแลมุสลิมต่อความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมุสลิม กับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลมุสลิมในการดูแลด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยมุสลิมที่ใส่เครื่องช่วยหายใจอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่าอาจสัมพันธ์กับปัจจัยอื่น ๆ ที่ไม่ได้นำมาศึกษา คือ

ทัศนคติที่ดีต่อการมีส่วนร่วม เมื่อพิจารณาจากข้อมูลที่ให้เพิ่มเติมของผู้ดูแล (ภาคผนวก ค) จากคำถาม ท่านได้ให้การดูแลด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยขณะที่ใส่เครื่องช่วยหายใจเพิ่มเติมอีกในเรื่องใดบ้าง ซึ่งผู้ดูแลกล่าวว่า “อ่านบทพระคัมภีร์ อ่านบทคุรออันให้ผู้ป่วย ต้องการทำอย่างอื่นให้ผู้ป่วยอีก เช่น ทำแผลที่คอ ” จากข้อมูลดังกล่าว อาจกล่าวได้ว่าผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดีต่อการมีส่วนร่วม จึงต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยมุสลิมที่ใส่เครื่องช่วยหายใจกิจกรรมอื่นเพิ่มเติม ซึ่งทัศนคติเป็นสิ่งที่แสดงถึงความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ที่จะเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมา โดยทัศนคติที่ดีหรือทางบวกจะเป็นแรงเสริมให้ผู้ดูแลเกิดพฤติกรรมที่ดีในการช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วย (จุฑารัตน์, 2540) ดังนั้นผู้ดูแลที่มีทัศนคติที่ดีต่อการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีการปฏิบัติในการมีส่วนร่วมมากขึ้น (Laitinen & Isola, 1996) ดังเช่นการศึกษาของจันทรา (2547) พบว่า ทัศนคติของผู้ดูแลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการมีส่วนร่วม ส่งผลให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมาก

การรับรู้ความสามารถตนเองของผู้ดูแล เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณผู้ดูแลไม่ต้องการใช้ความรู้และทักษะที่ยุ่งยากในการดูแล และกิจกรรมการดูแลด้านจิตวิญญาณเป็นกิจกรรมที่ผู้ดูแลได้ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมออยู่ในวิถีชีวิตประจำ เมื่อต้องให้การดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณขณะอยู่โรงพยาบาลผู้ดูแลจึงสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้ดังเช่นที่เคยปฏิบัติ จึงกล่าวได้ว่าการรับรู้ความสามารถตนเองของผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติกิจกรรมที่กำหนดภายใต้สถานการณ์ที่แวดล้อมอยู่ (Bandura, 1997 อ้างตามทัศนีย์, 2544) และผู้ดูแลที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองในระดับสูงจะมีความเชื่อมั่น มีความเพียรพยายามที่จะปฏิบัติกิจกรรม (Mowat & Laschinger, 1994) การรับรู้ความสามารถตนเองของผู้ดูแลอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลด้านจิตวิญญาณ