

## บทที่ 2

### วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาความเข้าใจสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด การรับรู้ความต้องการด้านจิตวิญญาณ กับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลมุสลิมในการดูแลด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยมุสลิมที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมในหัวข้อ ต่อไปนี้

1. แนวคิดการรับรู้
2. สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดต่อผู้ดูแลมุสลิม
3. ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมุสลิมที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ
4. การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลมุสลิมในการดูแลด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยมุสลิมที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ
5. ปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลมุสลิมในการดูแลด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยมุสลิมที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ

#### 1. แนวคิดการรับรู้

##### ความหมายการรับรู้

การรับรู้ (perception) เป็นกระบวนการที่บุคคลแปลความหมายของข้อมูลตามช่วงเวลาหรือสถานการณ์ในขณะนั้น ที่เกิดจากการรับสัมผัสโดยผ่านอวัยวะรับสัมผัส คือ การเห็น การได้ยิน การสัมผัส การรับรส และการรับกลิ่น (Stuart & Laraia, 2001) แล้วแสดงออกถึงความคิด ความรู้สึก ความรู้ (Merriam - Webster, 1996) ความจำ การเรียนรู้ การตัดสินใจ และการแสดงพฤติกรรม โดยอาจอาศัยประสบการณ์เดิม ความรู้เดิม ซึ่งการรับรู้ที่ถูกต้องตรงตามเป็นจริง จะสามารถทำให้ผู้รับรู้ประพฤติกฎปฏิบัติได้ถูกต้องตรงความเป็นจริง และสอดคล้องกับเหตุผล (กานดา, 2543; กันยา, 2544; สุชา, 2541)

##### ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของผู้ดูแลมุสลิม

การที่บุคคลจะแปลความหมายจากการรับสัมผัส และมีปฏิกิริยาโต้ตอบต่อสิ่งแวดล้อมภายนอกได้ดีมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ คือ

1. สมรรถภาพของอวัยวะรับสัมผัส หากอวัยวะรับสัมผัสต่างๆบกพร่องหรือขาดสิ่งใดสิ่งหนึ่งไป เช่น หู ตา จมูก ลิ้น ผิวหนัง ก็จะทำให้การรับรู้ขาดความสมบูรณ์ไปได้ (สุชา, 2541) และถ้าบุคคลได้รับการสัมผัสหลายทางก็จะทำให้การรับรู้มีคุณภาพดีขึ้น เช่น เห็นภาพและได้ยินเสียงในเวลาเดียวกันทำให้แปลความหมายของสิ่งเร้าได้ถูกต้องขึ้น (กันยา, 2544)

2. เพศ เพศแสดงถึงความแตกต่างทางชีวภาพของบุคคล ซึ่งมีผลต่อการแสดงพฤติกรรม และเพศยังมีผลต่อสติปัญญา และการรับรู้ของบุคคล โดยมีแนวโน้มว่าเพศชายมีความสามารถในการเรียนรู้สูงกว่าเพศหญิง ทั้งนี้เนื่องจากความแตกต่างทางโครงสร้างของสมอง ที่มีผลทำให้สติปัญญา และความรู้สึกลึกซึ้งแตกต่างกัน ประกอบกับเพศชายมีบทบาทในสังคม และมีโอกาสศึกษามากกว่าเพศหญิง (Schaffer, 1981 อ้างตาม ชีรนนท์, 2543)

3. อายุ อายุมีผลต่อการรับรู้ เนื่องจากอายุมีผลต่อการพัฒนาการ และประสบการณ์ต่างๆในอดีต บุคคลที่มีอายุแตกต่างกันจะมีความสามารถในการเรียนรู้แตกต่างกัน ผู้ที่มีอายุมากกว่าจะมีวุฒิภาวะมากกว่า และมีประสบการณ์เกี่ยวกับสิ่งต่างๆมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า นอกจากนี้อายุยังมีผลต่อการมองปัญหา การใช้เหตุผล การตัดสินใจ และการเกิดพฤติกรรม (Palank, 1991)

4. บทบาทหน้าที่ เป็นการแสดงออกหรือพฤติกรรมที่บุคคลประพฤติปฏิบัติตามหน้าที่ของสถานภาพที่ตนดำรงอยู่ และตามความคาดหวังของสังคมหรือบุคคล การรับรู้ในบทบาทจะมีทั้งการรับรู้ในความต้องการของผู้อื่น และการรับรู้ในบทบาทของตนเอง ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคล (สรวงทิพย์, 2540)

ตามบทบัญญัติของศาสนาอิสลามได้กำหนดบทบาทหน้าที่ของมุสลิมต่อบุคคลในสังคมไว้ อย่างชัดเจน อย่างเช่น บทบาทหน้าที่ของบุคคลต่อครอบครัว กล่าวคือ หน้าที่ของลูกต่อพ่อแม่ ต้องให้ความสำคัญของพ่อแม่รองจากการเคารพภักดีต่อองค์อัลลอฮ์ ให้การปฏิบัติดีต่อพ่อแม่ ให้ความรักเคารพอ่อนน้อมและเชื่อฟัง ให้การดูแลเมื่อถึงวัยชรา หรือเมื่อพ่อแม่ได้สิ้นชีวิตก็ควรปฏิบัติต่อไปด้วยการให้ทาน ละหมาดเพื่อท่านบ่อยๆ ผู้ที่ปฏิบัติได้เช่นนี้จะได้ไปสู่สวนสวรรค์ (มุฮัมมัด, 2544; อับดุลรอซิด, 2542) ดังคำกล่าวที่ว่า “ และเราได้สั่งให้มนุษย์ดีต่อบิดามารดาของเขา มารดาของเขาได้อุ้มครรภ์เขาด้วยความเหนื่อยยาก ครั้งแล้วครั้งเล่า... ” (ลูกมาน 31:14 อ้างตาม มุฮัมมัด, 2544) และได้กำหนดหน้าที่ของพ่อแม่ต่อลูก ศาสนาอิสลามถือว่าลูกคือของฝากจากองค์อัลลอฮ์ ดังนั้นชีวิตของลูกจึงมีค่าที่จะต้องจัดการการดูแลอย่างดีที่สุด (มานี, 2544) ส่วนหน้าที่ของสามีภรรยา โดยหน้าที่หลักของภรรยาเป็นเรื่องในครอบครัว การอบรมเลี้ยงดูบุตร และรับผิดชอบต่อสามี ส่วนหน้าที่ของสามีเป็นผู้หาเลี้ยงชีพ รับผิดชอบต่อครอบครัวและเลี้ยงดูภรรยา (คุรซีด, 2540) ดังคำกล่าว “ บุรุษคือผู้คุ้มกันและทำนุบำรุงสตรี เพราะว่าองค์อัลลอฮ์ทรงประทาน (กำลังกาย) ให้ฝ่ายหนึ่ง มากกว่าอีกฝ่ายหนึ่ง พวกเขาค้าจูนพวกนางไว้ จากรายได้ของพวกเขา...” (อันนิซา 4:34

อ้างตาม มุฮัมมัด, 2544)

5. ระดับการศึกษา การศึกษาจะช่วยให้บุคคลมีสติปัญญาในการพิจารณาสิ่งต่างๆ อย่างมีเหตุผล มีการรับรู้และมีความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมหรือปฏิกริยาของบุคคลอื่น ได้ถูกต้องเหมาะสม และเป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีการรับรู้ที่แตกต่างกัน (วรรณสิทธิ์, 2526 อ้างตามนิสากร, 2545) นอกจากนี้ผู้ที่มีการศึกษาสูงมีโอกาสดูได้เรียนรู้ ค้นหาข้อมูลเพื่อเพิ่มความรู้เกี่ยวกับสิ่งที่ตนเองสนใจ ได้ดีกว่า จึงทำให้ผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่ามีการรับรู้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาดำ (ชิรนนท์, 2543)

ตามหลักการของศาสนาอิสลามถือว่าเป็นหน้าที่ของมุสลิมทุกคนที่จะต้องศึกษาหาความรู้ โดยเฉพาะการเรียนศาสนา ดังวณะของท่านนบีมุฮัมมัดคือลขที่กล่าวว่า “ จงศึกษาหาความรู้ตั้งแต่อยู่ในเปลจนถึงหลุมฝังศพ ” ดังนั้นไทยมุสลิมทุกคนจึงต้องเรียนรู้หลักการเบื้องต้นหรือที่มาของศาสนาเป็นอย่างน้อย (ฟิรฎูฮ์ยน์) และถือว่าเป็นหน้าที่ของบิดามารดาที่ต้องให้ความรู้และให้การศึกษากับบุตรตั้งแต่เยาว์วัย ซึ่งผ่านกระบวนการศึกษา 2 วิธี คือ

1. กระบวนการให้การศึกษที่บ้าน คือ บิดามารดาเป็นผู้ให้คำแนะนำ สั่งสอน ฝึกฝน เป็นแบบอย่างในการศึกษา และการปฏิบัติแก่บุตรให้มีความศรัทธาและมีแนวทางปฏิบัติในการดำเนินชีวิตตามหลักศาสนาอิสลาม (นิมู, 2546) โดยบิดามารดาจะต้องสอนวิธีปฏิบัติตนต่างๆตามหลักศาสนาตั้งแต่บุตรวัยเด็ก เริ่มจากการห่ก่ลอมด้วยบทห่ก่ลอมซึ่งมีถ้อยคำเกี่ยวกับพระเจ้าหรือศาสนา เมื่อบุตรเจริญเติบโตขึ้นบิดามารดาจะต้องสอนจรรยา มารยาทต่างๆ เช่น สอนจรรยา มารยาทในการรับประทานอาหาร ด้วยการให้ออกพระนามของพระเจ้าเป็นเจ้าก่อนนำอาหารเข้าปาก ให้กล่าวขอบคุณพระองค์เมื่อรับประทานอาหารอิ่มแล้ว และเมื่อบุตรถึงวัยที่จะศึกษาเล่าเรียนได้ บิดามารดาจะต้องให้บุตรหัดอ่านภาษาอาหรับและคัมภีร์อัลกุรอาน ซึ่งการเรียนการหัดอ่านคัมภีร์อัลกุรอานเป็นเรื่องที่สำคัญที่สุดของไทยมุสลิม เพราะจะทำให้สามารถนำความรู้ที่นำไปใช้ในการประกอบศาสนกิจประจำวัน เช่น การละหมาด (ซำเลื่อง, สุภวัฒน์, ม.ร.ว. สมร, คุณหญิง และ นิสิต, 2531)

2. กระบวนการให้การศึกษานอกสถานศึกษา คือ การให้การศึกษานอกบั้งคับระดับประถมศึกษา ระดับโรงเรียนราษฎร์สอนศาสนา และระดับอุดมศึกษา โดยเมื่อเด็กไทยมุสลิมเข้าศึกษาภาคบังคับระดับประถมศึกษา บิดามารดาก็ยังส่งเสริมให้เรียนศาสนาและการอ่านคัมภีร์อัลกุรอานควบคู่ไปด้วย การเรียนจะเป็นลักษณะเรียนที่บ้านโดยจัดหาครูมาสอน เรียนที่มัสยิดหรือในภาคพิเศษของโรงเรียนธรรมดา การเรียนในระดับโรงเรียนราษฎร์สอนศาสนาอิสลาม จะมีการสอนทั้งวิชาศาสนา วิชาสามัญ และวิชาชีพไปพร้อมๆกัน ส่วนการศึกษาระดับอุดมศึกษาชาวไทยมุสลิมในภาคใต้นิยมส่งบุตรหลานไปศึกษาต่อในวิทยาลัย และมหาวิทยาลัยในต่างประเทศที่เป็นประเทศที่นับถือศาสนาอิสลาม หรือมีมุสลิมอยู่พอสมควร ทั้งนี้เพื่อให้บุตรหลานได้มีความรู้เกี่ยวกับ

ศาสนาอิสลามสูงขึ้นไป และได้ยู่ท่ามกลางมุสลิมเพื่อดูซับความนึกคิดจิตใจแบบมุสลิมไว้ในตน (จรัญ, กิติมา และ พรพิมล, 2539)

6. ความต้องการและความสนใจ มีความสำคัญไม่น้อยต่อการตีความหมายจากการรับสัมผัส ถ้าบุคคลมีความต้องการและสนใจต่อสิ่งใดก็必将มีความตั้งใจแน่วแน่ มีความสังเกตพิจารณาต่อสิ่งนั้นอย่างละเอียดถี่ถ้วน ซึ่งก่อให้เกิดการตีความหมายอย่างถูกต้อง (สุชา, 2541) บุคคลที่มีความต้องการแตกต่างกัน ถ้ามีการรับสัมผัสด้วยสิ่งเร้าเดียวกันก็อาจเกิดการรับรู้ต่างกันได้ (กันยา, 2544)

7. ประสบการณ์เดิม อันได้แก่ ความคิด ความรู้ และการกระทำในอดีต ประสบการณ์เดิมเหล่านี้ต้องมีปริมาณมากพอ และเป็นความรู้ที่ถูกต้อง ชัดเจนแน่นอน จึงจะช่วยแปลความหมายได้ถูกต้อง (กานดา, 2543) ซึ่งประสบการณ์เดิมของแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างกัน ตามระดับการเรียนรู้ วัย อาชีพ ฐานะ การเลี้ยงดู ความแตกต่างกันนี้ย่อมมีผลทำให้การรับรู้ของบุคคลแตกต่างกันด้วย (วิภาพร, ม.ป.ป) นอกจากนี้การมีประสบการณ์มากทำให้บุคคลรับรู้สิ่งต่างๆที่ตนเองประสบได้ง่ายกว่าบุคคลที่มีประสบการณ์น้อยหรือไม่มีประสบการณ์เลย (Molzhan & Northcott, 1989)

8. สภาพทางอารมณ์ สภาพอารมณ์ที่ต่างกันของบุคคลขณะรับสัมผัสจากสิ่งเร้าย่อมแปลความหมายสิ่งเร้าที่ต่างกัน (วิภาพร, ม.ป.ป) โดยถ้าจิตใจแจ่มใส ปลอดโปร่ง ก็ย่อมทำให้สติปัญญาดี ช่วยให้แปลความหมายสิ่งเร้าที่นั้นได้ดี ในทางตรงกันข้ามหากมีอาการเหนื่อยอ่อน ขุ่นมัว ไม่ผ่อนคลาย ย่อมส่งผลกระทบต่อสติปัญญา ทำให้เกิดการเผลอเข้าใจทางความคิด ความเข้าใจ และแปลความหมายสิ่งเร้าที่นั้นได้ไม่ดี (กานดา, 2543)

9. การให้คุณค่า บุคคลแต่ละคนจะมีระดับของการเห็นคุณค่าในสิ่งต่างๆแตกต่างกัน การให้คุณค่าต่อสิ่งที่รับรู้มีผลให้เกิดความแตกต่างในการรับรู้ เพราะถ้าบุคคลเห็นว่าสิ่งนั้นมีคุณค่าหรือสำคัญก็จะเพิ่มความสนใจ และความใส่ใจต่อการรับรู้ (วิภาพร, ม.ป.ป) นอกจากนี้การให้คุณค่าต่อสิ่งที่จะรับรู้มีผลให้บุคคลรับรู้ต่อสิ่งนั้นได้เร็วขึ้น (Berger & Williams, 1992)

10. ลักษณะนิสัย บางคนมีลักษณะนิสัยชอบสมาคมกับบุคคลต่างๆ ชอบอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีเสียงดังหรือมีแสงสว่างจ้า ในขณะที่บางคนจะชอบอยู่เงียบๆตามลำพัง ไม่ชอบเสียงดัง ลักษณะนิสัยที่ต่างกันนี้ทำให้บุคคลมีการรับรู้ที่ต่างกัน (Craven & Hirmler, 2003)

11. อิทธิพลของสังคม สภาพความเป็นอยู่ของวัฒนธรรมและสังคมทำให้บุคคลรับรู้ในสิ่งต่างๆแตกต่างกันออกไป จึงกล่าวได้ว่าวัฒนธรรมและสังคมเป็นเครื่องกำหนดการรับรู้ของบุคคล (สุชา, 2541)

12. การเรียนรู้ การเรียนรู้มีความจำเป็นสำหรับบุคคล เนื่องจากพฤติกรรมของบุคคลส่วนมากเกิดจากการเรียนรู้ ด้วยการติดต่อกับสื่อสารกับคนอื่นๆ รวมทั้งจากประสบการณ์และ

สภาพแวดล้อมที่บุคคลเติบโตมา (กนกรัตน์, 2540) นอกจากนี้การเรียนรู้ยังเป็นสิ่งที่ช่วยพัฒนาการรับรู้ให้กว้างขวางขึ้น การเรียนรู้และการรับรู้มักควบคู่กันไป เมื่อมีการเรียนรู้มากขึ้นก็จะขยายขอบเขตของการรับรู้ให้กว้างขวางยิ่งขึ้น (ศิริเพิ่ม, 2533 อ้างตาม นิสากร, 2545)

จะเห็นได้ว่าการรับรู้เป็นการแสดงออกถึงความรู้สึกรู้สึกนึกคิด ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องต่างๆ ที่เกิดขึ้นของแต่ละบุคคล ที่เกิดจากการตีความหมายหรือแปลการรับสัมผัสของร่างกายกับสิ่งเร้าหรือสิ่งแวดล้อม ดังนั้นการวัดการรับรู้จึงต้องวัดจากสิ่งที่บุคคลแสดงออก อันได้แก่ความรู้สึกรู้สึกนึกคิด ความรู้ ความเข้าใจ โดยอาศัยปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้เข้ามาเกี่ยวข้อง เช่นเดียวกับผู้ดูแลมุสลิมที่มีส่วนร่วมในการดูแลด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยมุสลิมที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ในขณะที่ดูแลผู้ป่วย ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีส่วนสำคัญต่อความเข้าใจสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดต่อผู้ดูแลมุสลิม

## 2. สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดต่อผู้ดูแลมุสลิม

การเจ็บป่วยที่ต้องพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจเป็นภาวะวิกฤตสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล (ทิพมาส และ วราภรณ์, 2546) ผู้ดูแลซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัวผู้ป่วยที่ใกล้ชิดและรับรู้ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย รวมทั้งเป็นผู้ที่รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยภาวะวิกฤตของผู้ป่วย ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะวิกฤตต่อผู้ดูแลได้ (รุจา, 2541; Bucher & Melander, 1999) และอาจส่งผลให้เกิดการรบกวนภาวะสมดุลของร่างกาย จึงทำให้ผู้ดูแลใช้กลไกในการเผชิญภาวะวิกฤตในการแก้ไขปัญหา แต่เมื่อไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้จะทำให้เกิดภาวะเครียด ซึ่งลาซารัส และ โฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ให้ความหมายของภาวะเครียดว่าเกิดจากการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมรอบตัว ซึ่งสิ่งแวดล้อมรอบตัวก็คือสถานการณ์ โดยบุคคลจะประเมินตัดสินต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นว่าสถานการณ์นั้นก่อให้เกิดความเครียดในลักษณะใดลักษณะหนึ่งใน 3 ลักษณะ คือ 1) รับรู้ว่าเป็นอันตรายหรือสูญเสีย (harm or loss) หมายถึงการที่บุคคลประเมินว่าสถานการณ์นั้นเกิดความเสียหายขึ้นกับตนแล้ว เช่น การสูญเสียบุคคลที่รัก 2) รับรู้ว่าคุณภาพต่อชีวิต (threat or anticipate threat) หมายถึง การที่บุคคลประเมินว่าสถานการณ์นั้นอันตราย สูญเสีย และ คุณภาพต่อชีวิต ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต 3) รับรู้ว่าสถานการณ์นั้นเป็นสิ่งที่ท้าทาย (challenge) หมายถึงการที่บุคคลประเมินว่าสถานการณ์นั้นอาจจะเป็นอันตรายแต่สามารถควบคุมได้

จากการมีส่วนร่วมในการดูแลด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยมุสลิมที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ผู้ดูแลอาจประสบกับสถานการณ์ด้านต่างๆ ที่อาจก่อให้เกิดความเครียดต่อผู้ดูแล วิจิตร (2544) ได้จำแนกสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดของผู้ดูแล เป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อม ดังรายละเอียด คือ

1. สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดด้านร่างกาย หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายซึ่งผู้ดูแลประสบจากการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ที่อาจทำให้ผู้ดูแลมีภาวะสุขภาพทรุดโทรม จากสาเหตุดังนี้ คือ

1.1 การนอนหลับพักผ่อนได้ไม่เพียงพอ การนอนหลับพักผ่อนเป็นกิจกรรมขั้นพื้นฐานที่มีความจำเป็นต่อการมีสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ แต่การที่ผู้ดูแลต้องให้การดูแลผู้ป่วยตลอดทั้งกลางวันและกลางคืนอาจทำให้ไม่มีเวลานอนหลับพักผ่อนได้ไม่เพียงพอ ดังเช่น การศึกษาของ กนกรัตน์ (2547) ซึ่งได้ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ พบว่า ผู้ดูแลส่วนมากพักผ่อนได้ไม่เพียงพอ นอกจากนี้มีปัจจัยอื่นที่ทำให้ผู้ดูแลนอนหลับพักผ่อนได้ไม่เพียงพอ กล่าวคือ การที่ผู้ดูแลต้องอยู่ในสภาพแวดล้อมและบรรยากาศของโรงพยาบาลที่ไม่คุ้นเคย เช่น ความแออัดคับแคบของหอผู้ป่วย การอยู่ร่วมกันของญาติทั้งเพศชายและเพศหญิงทำให้ขาดความเป็นส่วนตัว พบว่าการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมใหม่จะทำให้มีผลต่อการนอนหลับได้น้อยลง (Craven & Hirmler, 2003; White, 2001) และการที่หอผู้ป่วยต้องเปิดปิดไฟบ่อยครั้งหรือตลอดเวลาเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วย รวมทั้งเสียงต่างๆ ในหอผู้ป่วย เช่น เสียงโทรศัพท์ เสียงเตือนของเครื่องช่วยหายใจ เสียงเตือนของอุปกรณ์ต่างๆ เสียงพูดคุยของเจ้าหน้าที่ เสียงนาฬิกา เสียงของหล่นกระทบพื้น เสียงเปิดปิดประตู เสียงกรนของผู้ป่วยและญาติ พบว่าแสงไฟและเสียงดังกล่าวจะเป็นสิ่งที่รบกวนการนอนหลับ (Richards & Bairnsfather, 1988; Southwell & Wistow, 1995; White, 2001) สอดคล้องกับการศึกษาของทอर्फ, บู้คแมน, และอแรนด์ (Topf, Bookman & Arand, 1996) เกี่ยวกับเสียงในหอผู้ป่วยหนักที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการนอนหลับ จากอาสาสมัครจำนวน 30 คน พบว่า เสียงในหอผู้ป่วยหนักซึ่งเป็นเสียงดังที่เกิดจากเครื่องมือทางการแพทย์ เสียงโทรศัพท์ เสียงพูดคุยของเจ้าหน้าที่ เสียงกรนของผู้ป่วย จะรบกวนการนอนหลับในด้านระยะเวลาเริ่มต้นของการนอนหลับนานขึ้น เวลาการนอนหลับน้อยลง ตื่นบ่อยขึ้น และคุณภาพการนอนหลับไม่ดี

นอกจากนี้การนอนหลับไม่เพียงพอของผู้ดูแล อาจมีสาเหตุจากความเครียดและความวิตกกังวลต่ออาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย จึงทำให้ผู้ดูแลมีลักษณะการนอนหลับที่ไม่ดี คือ หลับได้ยาก หลับไม่ต่อเนื่อง ปริมาณและคุณภาพการนอนหลับต่ำ (Potter & Perry, 2003; White, 2001) ซึ่งการที่ผู้ดูแลมีการนอนหลับพักผ่อนได้ไม่เพียงพอ ก่อให้เกิดอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมลดลง (Craven & Hirmler, 2003) และพบว่าผู้ที่นอนหลับไม่เพียงพอมีปฏิกิริยาต่อสถานการณ์ความเครียดมากกว่าผู้ที่นอนหลับได้เพียงพอ (Munson, 2000)

1.2 การมีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลง กล่าวคือ เมื่อมีบุคคลในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย เป็นหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวที่ต้องรับหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย ไม่ว่าจะด้วยเหตุผลใดก็ตาม ผู้ดูแลจะดูแลผู้ป่วยด้วยพื้นฐานของความรักความผูกพัน ความห่วงใย ความเอื้ออาทร ทำให้ผู้ดูแล ทุ่มเวลาแต่ละวันในการดูแลผู้ป่วยจนเป็นเหตุให้มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงได้ (นันทพร, 2545) ซึ่งภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงอาจมีสาเหตุต่างๆที่ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดอาการผิดปกติที่ไม่รุนแรง จนกระทั่งเจ็บป่วยไม่สบายต้องรับประทานยา ดังเช่น การศึกษาของกนกรัตน์ (2547) พบว่า ผู้ดูแลมีอาการปวดหลังเนื่องจากการต้องนอนกับพื้น ปวดเมื่อยตามตัวเพราะไม่ได้ออกกำลังกาย และการที่ต้องอยู่ในหอผู้ป่วยที่สภาพแออัด รวมทั้งการพักผ่อนได้ไม่เพียงพอ ผู้ดูแลบางรายมีอาการ ไข้ จาม น้ำมูกไหล ต้องรับประทานยาลดน้ำมูกและยาลดไข้ และการศึกษาเชิงปฏิบัติการของโพทะยา (Potaya, 2001 อ้างตาม กนกรัตน์, 2547) เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของญาติ ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ พบว่า ผู้ดูแลส่วนหนึ่งมีภาวะสุขภาพแย่งลงหลังเข้ามาให้การดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้อาร์ดีเนียน (Artinian, 1991 อ้างตาม ธิติมา, 2540) กล่าวว่า ขณะที่ต้องเผชิญกับ สถานการณ์วิกฤต สมาชิกในครอบครัวจะมีความกังวลและห่วงใยผู้ป่วยจนอาจทำให้สมาชิกใน ครอบครัวผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพอ่อนแอและเกิดความเจ็บป่วย ซึ่งการมีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงจึง อาจเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดต่อผู้ดูแลได้

2. สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดด้านจิตใจ หมายถึง ผลกระทบต่อด้านจิตใจของผู้ดูแล ซึ่งผู้ดูแลประสบจากการมีส่วนร่วมในการดูแลด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ จากสาเหตุดังนี้ คือ

2.1 การกลัวสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การสูญเสียเป็นสภาพการณ์ที่บุคคลต้องแยกจากกัน เป็นเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นทันทีทันใดโดยไม่รู้ตัวล่วงหน้าหรือไม่สามารถคาดการณ์ได้ว่าจะเกิด เป็นสิ่งที่บุคคลไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ เป็นสิ่งที่อยู่เหนือความคาดหมาย อาจเป็นการสูญเสียที่ถาวร และความรู้สึกต่อการสูญเสียขึ้นอยู่กับสิ่งที่บุคคลให้คุณค่าและให้ความสำคัญ (Linton & Maebius, 2003; Potter & Perry, 2003; Robinson & Mckenna, 1998) ดังการศึกษาของกนกรัตน์ (2547) พบว่าการที่ผู้ดูแลรับรู้เกี่ยวกับสภาพอาการของผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจว่าเป็นผู้ป่วยหนัก เนื่องจากไม่สามารถหายใจเองได้ และการที่ได้เห็นการเปลี่ยนแปลงของอาการอยู่ตลอดเวลา โดยเฉพาะในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการแย่ง ทำให้ผู้ดูแลวิตกกังวล ไม่สบายใจ เครียดเพราะความเป็นห่วงกลัวว่าผู้ป่วยจะได้รับอันตรายถึงชีวิต เช่นเดียวกับการศึกษาของจอม (2540) เรื่องความรู้สึกของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ญาติรู้สึกเป็นห่วงและกลัวผู้ป่วยจะเสียชีวิต ดังนั้นความรู้สึกที่กลัวสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักจึงเป็นภาวะวิกฤตที่ก่อให้เกิดความกลัว หรือวิตก

กังวลในระดับสูง (สิระยา, 2540; Bucher & Melander, 1999) และก่อให้เกิดความเครียดในชีวิตได้ (กรรณิการ์, 2546)

2.2 การได้รับข้อมูลข่าวสารไม่เพียงพอ ไม่ชัดเจน ข้อมูลข่าวสารนอกจากเป็นความต้องการที่สำคัญของผู้ป่วยแล้วยังเป็นความต้องการที่สำคัญของครอบครัวผู้ป่วยในภาวะวิกฤต (Guliano, Guliano, Bloniasz, Quirk, & Wood, 2000) ข้อมูลที่ผู้ดูแลต้องการทราบส่วนมากจะเกี่ยวข้องกับเรื่อง เหตุผลการใช้เครื่องมือกับผู้ป่วย ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วย และสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย รวมทั้งกฎระเบียบต่างๆ (Benner, Hooper-Kyriakidis, & Stannard, 1999; Bucher & Melander, 1999) โดยที่ผู้ดูแลคาดหวังว่าพยาบาลเป็นแหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ดีที่สุด แต่มักจะพบว่าผู้ดูแลได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผู้ป่วยไม่เพียงพอ ไม่ชัดเจน เนื่องจากผู้ดูแลเห็นว่าพยาบาลมีงานมาก ไม่มีเวลาพูดคุยอธิบายถึงข้อมูลการเจ็บป่วย ปัญหาและความก้าวหน้าของการรักษาพยาบาล รวมทั้งการให้ความรู้และข้อมูลการดูแลผู้ป่วยอย่างเพียงพอ (ทัศนยา, 2544; Laitinen, 1993) ดังเช่น การศึกษาของกนกรัตน์ (2547) พบว่าด้านข้อมูลข่าวสารผู้ดูแลไม่ค่อยได้รับคำอธิบายและคำอธิบายที่ได้รับก็ไม่ค่อยชัดเจน โดยเฉพาะคำอธิบายเกี่ยวกับอาการผู้ป่วยและวิธีปฏิบัติกิจกรรมการดูแล และการศึกษานันทพร (2545) เรื่อง ประสบการณ์การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน พบว่า การที่ผู้ดูแลได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผู้ป่วย รวมทั้งความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ไม่ดีพอ จะทำให้ผู้ดูแลกระทำการดูแลผู้ป่วยด้วยความไม่มั่นใจ กลัว ไม่กล้าทำ ซึ่งพบว่าทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด นอกจากนี้การได้รับข้อมูลข่าวสารไม่เพียงพอ ไม่ชัดเจน อาจเนื่องจากบางเวลาผู้ดูแลอาจถูกจำกัดเวลาในการดูแลผู้ป่วย เช่น ในขณะที่แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการของผู้ป่วยหรือขณะที่พยาบาลให้การพยาบาลผู้ป่วย จึงทำให้ขาดโอกาสที่จะได้รับข้อมูลที่สำคัญของผู้ป่วย (ชิตินา, 2540; Bucher & Melander, 1999) สอดคล้องกับการศึกษาของเดวี (Davies, 2000) เกี่ยวกับการรับรู้ของผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นฟูของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยและผู้ดูแลจำนวน 60 คน พบว่าการที่ผู้ดูแลได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยไม่เพียงพอเนื่องจากการจำกัดเวลาในการเยี่ยมผู้ป่วยจึงทำให้ไม่มีโอกาสที่จะพบแพทย์และทีมสุขภาพอื่นเพื่อซักถามอาการผู้ป่วย

นอกจากนี้ความไม่เข้าใจด้านภาษาระหว่างพยาบาลและผู้ดูแลอาจส่งผลให้ผู้ดูแลได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ ไม่ชัดเจน ดังการศึกษาของอโซเลย์และคณะ (Azoulay et al, 2001) เรื่องความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ในโรงพยาบาลประเทศฝรั่งเศส โดยศึกษาครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 920 ราย และในจำนวนดังกล่าวมี 120 ราย ที่ไม่ใช่บุคคลสัญชาติฝรั่งเศส ซึ่งไม่สามารถพูดภาษาฝรั่งเศสได้ 28 คน จากการศึกษาพบว่า การที่ญาติได้รับข้อมูลข่าวสารได้ไม่เพียงพอเนื่องจากความแตกต่างของวัฒนธรรม การรับรู้ และภาษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนอร์ตัน, ทิลเดน,



ทอลดี, เนลสัน, และ เอ็กแมน (Norton, Tilden, Tolle, Nelson & Eggman, 2003) เกี่ยวกับการให้ข้อมูลและความรู้สึกขัดแย้งต่อการยุติการช่วยฟื้นคืนชีพ จากญาติผู้ป่วยจำนวน 20 ราย พบว่า การที่ญาติได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยที่รุนแรงของผู้ป่วยไม่ชัดเจนจากแพทย์และพยาบาล เนื่องจากญาติไม่เข้าใจการใช้ภาษาเกี่ยวกับเรื่องที่แพทย์และพยาบาลอธิบาย ทำให้ญาติมีความยากลำบากที่จะตัดสินใจเรื่องเกี่ยวกับผู้ป่วย ญาติไม่มีเวลาที่จะปรึกษาในเรื่องเกี่ยวกับการที่จะให้ช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยต่อหรือไม่ ญาติไม่ได้ใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วยและไม่ได้กล่าวคำสั่งลาผู้ป่วยก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต นอกจากนี้การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผู้ป่วยไม่เพียงพอ ไม่ชัดเจน อาจเกิดจากการที่ผู้ดูแลไม่กล้าต่อรองซักถามเมื่อไม่เข้าใจเรื่องเกี่ยวกับผู้ป่วย เนื่องจากรู้สึกเกรงใจแพทย์และพยาบาลหรือถ้าถามมากก็เกรงว่าจะไม่ถูกใจและถูกตำหนิ จึงทำให้ผู้ดูแลเกิดความไม่กระจ่างในเรื่องที่สงสัย (นันทพร, 2545)

ดังนั้นการได้รับข้อมูลข่าวสารไม่เพียงพอ ไม่ชัดเจน จึงส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกว่าการสถานการณ์นั้นมีความยุ่งยาก (Bouley, Hofe, & Blatt, 1994) ผู้ดูแลเกิดความกลัวผู้ป่วยอาจจะมีการฟื้นคืนสภาพลำช้า (Wiles, Pain, Buckland, & McLellan, 1998) ผู้ดูแลจึงเกิดความคาดหวังต่อเหตุการณ์เกินจริง และก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ดูแลตามมา (นิภาวรรณ และ จันทร์พร, 2541) สอดคล้องกับการศึกษาของลี, จีน, และ แมคเคนซี (Lee, Chien, & Mackenzie, 2000) เกี่ยวกับความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในประเทศฮ่องกง พบว่า สมาชิกของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยไม่เพียงพอ ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความวิตกกังวลสูง

2.3 การไม่ได้ประกอบพิธีกรรมทางศาสนา การละหมาดเป็นหลักปฏิบัติและเป็นรากฐานที่สำคัญของศาสนาอิสลาม (ฮัมมุดะฮ์, 2542) การละหมาดเป็นหน้าที่ที่มุสลิมไม่อาจจะเว้นได้ไม่ว่าในกรณีใดก็ตาม การละทิ้งละหมาดเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงการปฏิเสธของอัลลอฮ์ ส่งผลให้ความเคร่งครัดในศาสนาหายไป (บรรจง, 2543) และเป็นการปฏิเสธคุณความดี ความรุ่งเรือง (ฮัมมุดะฮ์, 2542) ดังนั้นการขาดการละหมาดจึงอาจเป็นสถานการณ์หนึ่งที่เกิดความเครียดต่อผู้ดูแล

2.4 การจำกัดเวลาและจำนวนผู้เข้าเยี่ยมผู้ป่วย การเยี่ยมทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ได้รับกำลังใจ ความช่วยเหลือ และแรงสนับสนุนจากญาติ และการเยี่ยมยังเป็นความต้องการของญาติเพื่อจะได้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยในระยะวิกฤต แต่นโยบายของโรงพยาบาลที่ต้องมีการจำกัดจำนวนผู้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยและระยะเวลาในการเยี่ยมเนื่องจากต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อน และพยาบาลจะได้ให้การดูแลผู้ป่วย (Clarke, 1994; Bucher & Melander, 1999) การเยี่ยมผู้ป่วยตามทฤษฎีศาสนาอิสลามได้กล่าวไว้ว่า การให้ความช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ผู้เผชิญกับความเจ็บป่วยถือ

เป็นหน้าที่สำคัญประการหนึ่งและเป็นข้อปฏิบัติที่มุสลิมต้องไปเยี่ยมญาติมิตรที่เจ็บป่วย ผู้ป่วยที่เป็นมุสลิมจึงอาจมีญาติมาเยี่ยมเป็นจำนวนมากและสม่ำเสมอ (สิวลี, 2544) ดังนั้นสาเหตุความเครียดของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในภาวะวิกฤตสาเหตุหนึ่ง พบว่าอาจเกิดจากความซับซ้อนใจในกฎระเบียบของหอผู้ป่วย (นวลอนงค์, 2537)

2.5 การตัดสินใจในการรักษาแทนผู้ป่วย การตัดสินใจเป็นกระบวนการในการเลือกกิจกรรมที่ดีที่สุดเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ ผู้ที่ตัดสินใจจะต้องมีอิสระ คือ มีอำนาจในการตัดสินใจ ไม่มีความกดดัน ไม่ถูกบังคับ และต้องกระทำด้วยความสมัครใจ ด้วยความรู้ที่รับผิชอบในบทบาทจริงๆ การตัดสินใจอาจอยู่บนพื้นฐานของค่านิยม ความเชื่อ (ฟารีดา, 2541) สำหรับครอบครัวไทยมุสลิม บุคคลที่มีอำนาจในการตัดสินใจ เป็นบิดา มารดา สามี หรือบุคคลอื่นที่มีอำนาจในการตัดสินใจ ด้วยลักษณะของครอบครัวไทยมุสลิม บุตรต้องอยู่ภายใต้การดูแลของบิดา มารดา ภรรยาต้องอยู่ภายใต้การดูแลของสามี สามีหรือหัวหน้าครอบครัวจึงมีบทบาทและอำนาจในการตัดสินใจ (เสาวนีย์, 2535) การเจ็บป่วยด้วยภาวะวิกฤตและด้วยอาการของโรคหรือการใส่อุปกรณ์ต่างๆในการรักษา เช่น การใส่เครื่องช่วยหายใจ ที่ทำให้ความทรงจำลดลงหรือสูญเสีย อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดการสูญเสียการตัดสินใจที่ดี การตัดสินใจจึงขึ้นอยู่กับญาติหรือผู้ดูแลซึ่งเข้าใจความปรารถนาความต้องการและความมีคุณค่าของตัวผู้ป่วยดีที่สุด (วิจิตรา, 2544; Day, 2000) ดังนั้นการตัดสินใจเมื่อผู้ป่วยมีภาวะวิกฤต ที่อาจอยู่ระหว่างความเป็นความตายของผู้ป่วย เป็นสถานการณ์ที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความลำบากใจ เนื่องจากทุกคนไม่ต้องการให้เกิดการเลือกที่ผิดพลาดสำหรับคนที่ตนรัก (Day, 2000) ส่งผลให้เกิดความขัดแย้งในตนเองที่จะเลือกสิ่งใดสิ่งหนึ่ง จึงอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดต่อสถานการณ์นี้

2.6 การเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มบทบาทจากเดิม กล่าวคือ เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งเจ็บป่วยและรับการรักษาในโรงพยาบาล ย่อมส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างหน้าที่และบทบาทของสมาชิกของครอบครัว ทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องรับบทบาทในครอบครัวแทนผู้ป่วย (Craven & Hirnle, 2003 ; Potter & Perry, 2003) นอกจากการเปลี่ยนแปลงหน้าที่และบทบาทแล้วยังทำให้การดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัวเปลี่ยนแปลง (Kurki, Paunonen, & Lehti, 1997) คือ การทำหน้าที่ตามบทบาทที่ควรรับผิดชอบต่อตนเองลดลง เนื่องจากผู้ดูแลต้องรับภาระเพิ่มขึ้นจากการที่ต้องดูแลผู้ป่วย (ยุพาพิน, 2540) ผู้ดูแลจึงไม่สามารถจัดแบ่งเวลาในการทำหน้าที่หลายๆอย่างในขณะเดียวกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวก่อให้เกิดความเครียด (นวลอนงค์, 2537; Davis, Cowley, & Ryland, 1996) และความวิตกกังวลขึ้นได้ (Potter & Perry, 2003) และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่อวันที่ยาวนานก็อาจทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดในบทบาทผู้ดูแลได้เช่นกัน (สายพิน, 2536; Buge, Alexander, & Hagen, 1999) ดังนั้น

การเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มบทบาทจากเดิมเพื่อมาดูแลผู้ป่วยจึงอาจเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ดูแลได้

2.7 การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ กล่าวคือ เมื่อมีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยอย่างเฉียบพลันสมาชิกในครอบครัวไม่มีโอกาสในการวางแผนรองรับค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น และการที่ต้องรับบทบาทเป็นผู้ดูแลทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ อาจทำให้ไม่มีรายได้หรือรายได้ลดลง (Davis, Cowley, & Ryland, 1996) ทั้งนี้จากการศึกษาของสุนิศา (2544) เรื่องความต้องการในภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของสมาชิกในครอบครัว พบว่าการเจ็บป่วยที่เฉียบพลันของผู้ป่วยทำให้มีผลกระทบด้านการเงินของครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของกนกรัตน์ (2547) พบว่า การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลมีภาวะบีบคั้นทางเศรษฐกิจ เนื่องจากการเข้ามาดูแลผู้ป่วยเกือบตลอดเวลาในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ดูแลต้องหยุดงานอาชีพที่ทำอยู่ในขณะที่ค่าใช้จ่ายมีมากขึ้น บางรายต้องใช้จ่ายเงินที่เก็บออมไว้จนหมด จนกระทั่งบางรายไม่มีเงินพอใช้จ่ายและต้องกู้ยืม และพบว่าครอบครัวที่มีรายได้ต่ำการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวยิ่งทำให้เกิดภาวะเครียดแก่ครอบครัวมากขึ้น (นันทพร, 2545) ดังเช่น จากการศึกษาของวรรณทนา (2540) เกี่ยวกับความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดของครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ พบว่า เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดของครอบครัวเหตุการณ์หนึ่งคือ การขาดรายได้และการต้องใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในการดูแลผู้ป่วย จะเห็นได้ว่าปัญหาด้านเศรษฐกิจเป็นปัญหาใหญ่ที่มีผลกระทบต่อครอบครัวและเป็นสาเหตุให้เกิดความเครียดต่อผู้ดูแลได้อย่างต่อเนื่อง (Craven & Hirnle, 2003; Davis, Cowley, & Ryland, 1996)

2.8 การเห็นผู้ป่วยอื่นที่เป็นโรคเหมือนกับผู้ป่วยมีอาการรุนแรงหรือเสียชีวิต โดยลักษณะของหอผู้ป่วยสามัญจะเป็นหอเปิด และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมและเฝ้าดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา ทำให้ผู้ดูแลสามารถมองเห็นสภาพการเปลี่ยนแปลงการเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ในหอผู้ป่วยสามัญยังมีผู้ป่วยกลุ่มอื่นอีกที่อาจมีสภาพการเจ็บป่วยและได้รับการรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจเช่นเดียวกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผู้ป่วยเหล่านั้นอาการทรุดลง และผู้ดูแลได้มองเห็นการช่วยเหลือผู้ป่วยอื่นเมื่ออยู่ในภาวะวิกฤตของทีมสุขภาพ แต่เมื่อแพทย์พยาบาลไม่สามารถช่วยชีวิตไว้ได้ ทำให้ผู้ดูแลนำมาเปรียบเทียบกับญาติของตนจึงก่อให้เกิดความรู้สึกตกใจกลัวขึ้นได้ ซึ่งซ้อลัดดา (2536) กล่าวว่า การอยู่ท่ามกลางความเป็นความตายของผู้ป่วยซึ่งเป็นญาติของตนและของญาติผู้ป่วยอื่นเป็นสาเหตุของความเครียดของญาติได้

3. สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดด้านสิ่งแวดล้อม หมายถึง สภาพแวดล้อมรอบๆตัวที่ผู้ดูแลประสบจากการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ที่อาจก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ดูแล ได้แก่

3.1 เครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย ผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจนับได้ว่าเป็นผู้ป่วยที่มีอาการหนัก จึงมีความจำเป็นต้องใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์หลายชนิด เช่น เครื่องมือในการช่วยชีวิต เครื่องดูดเสมหะ เครื่องติดตามตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เครื่องให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เป็นต้น ทำให้ญาติบางคนไม่กล้าที่จะดูแลตัวผู้ป่วยหรือเครื่องมือเหล่านั้นด้วยกลัวว่าจะเกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วย (ปราณี, 2543) และเครื่องมือเหล่านั้นยังก่อให้เกิดความรู้สึกกลัวและวิตกกังวลต่อผู้ดูแล (สมพันธ์, 2541; Kinney, Dunbar, Brunn, Molter, & Vitello, 1998)

3.2 เสียงดังในหอผู้ป่วย เสียงดังที่มาจากสภาพแวดล้อมของหอผู้ป่วยสามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภท (Baker, 1992 อ้างตาม ขวัญเรือน, 2544) คือ 1) เสียงดังจากเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ (ambient stressors) ได้แก่ เสียงสัญญาณเตือน เสียงโทรศัพท์ เสียงลากรถอุปกรณ์ เสียงการใช้ห้องน้ำ 2) เสียงที่เกิดจากบุคคลเป็นผู้กระทำ (social stressors) ได้แก่ เสียงการสนทนาทั้งภายในและภายนอกหอผู้ป่วย การพูดคุยระหว่างผู้ป่วยกับญาติ แพทย์หรือพยาบาล ซึ่งคลาร์ค (Clark, 1996) กล่าวว่าผลกระทบจากเสียงก่อให้เกิดภาวะเครียด และรบกวนการรับรู้ได้ ดังเช่นการศึกษาของเวสบอล (Westball, 1994) เกี่ยวกับระดับเสียงในหน่วยผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีผลต่อความวิตกกังวล โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ชายที่มีสุขภาพแข็งแรง พบว่า ระดับเสียงในหน่วยผู้ป่วยโรคหัวใจที่เกิดจากเสียงอุปกรณ์และเครื่องมือที่ใช้กับผู้ป่วย เสียงเปิดปิดประตู เสียงหัวเราะและพูดคุยของเจ้าหน้าที่ ทำให้เพิ่มความวิตกกังวล

3.3 ลักษณะของหอผู้ป่วยสามัญ โดยลักษณะของหอผู้ป่วยสามัญจะเป็นหอเปิดและมีสภาพแออัด ไม่มีที่พักของญาติเป็นส่วน ดังเช่นการศึกษาของนิสากร (2545) เรื่องการปฏิบัติของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ ตามการรับรู้ของพยาบาลและญาติ ซึ่งศึกษาผู้ป่วยในหอผู้ป่วยสามัญที่อนุญาตให้ญาติเฝ้าได้ตลอด พบว่าญาติส่วนมาก ร้อยละ 80 มีปัญหาในเรื่องที่พักของญาติไม่เพียงพอ โดยญาติต้องการให้มีที่พักทั้งในหอผู้ป่วยและ/หรือในโรงพยาบาลให้เป็นสัดส่วน และจากการที่มีญาติของผู้ป่วยเตียงอื่นเข้ามาเยี่ยมผู้ป่วยทำให้สภาพแวดล้อมยิ่งแออัดไปด้วยกลุ่มคน (Berger & Williams, 1992) หอผู้ป่วยสามัญนอกจากความแออัดด้วยกลุ่มคนแล้ว ยังมีเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่นำมาไว้ข้างเตียงผู้ป่วยวิกฤตก็ยิ่งส่งเสริมให้มีพื้นที่ระหว่างเตียงลดน้อยลง เกิดช่องว่างระหว่างบุคคลมีน้อยหรือมีจำกัด ทำให้ผู้ดูแลอาจมีความรู้สึกไม่สะดวกสบาย รู้สึกวิตกกังวล และรู้สึกเครียดได้ (Hudak et al., 1998) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของขวัญเรือน (2544) เรื่องสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดในผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาลในหน่วยวิกฤตศัลยกรรม พบว่า การที่บุคคลรับรู้ว่าการขาดความเป็นส่วนตัวก่อให้เกิดความไม่สุขสบายจึงอาจก่อให้เกิดภาวะเครียดได้

3.4 การมีกลิ่นเหม็นรบกวน การอยู่ในหอผู้ป่วยจะถูกรบกวนจากกลิ่นเหม็นของสิ่งขับหลั่งหรือของเหลวที่ระบายออกมาจากร่างกายผู้ป่วย กลิ่นของสารเคมีที่ใช้ในการทำความสะอาด เครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ นอกจากนี้ยังมีกลิ่นของดอกไม้เย็บมใช้ กลิ่นอาหารของโรงพยาบาล (Lindberg et al., 1998 อ้างตามขวัญเรือน, 2544) ซึ่งการมีกลิ่นเหม็นรบกวนดังกล่าวอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดภาวะเครียดได้

3.5 สถานที่สำหรับการทำละหมาดไม่สะดวก ดังที่กล่าวแล้วว่าการละหมาดเป็นหน้าที่ที่มุสลิมไม่อาจจะเว้นได้ไม่ว่ากรณีใดก็ตาม (บรรจง, 2543) มุสลิมทุกคนต้องดำรงการละหมาดอย่างน้อยห้าครั้งเป็นประจำทุกวัน ตามเวลาที่กำหนดไว้ ก่อนที่จะละหมาดทุกครั้ง ผู้ที่จะทำละหมาดต้องชำระร่างกายบางส่วนที่มักจะกระทบกับสิ่งสกปรก ฝุ่นละอองหมอกควัน และสถานที่สำหรับใช้ทำละหมาดต้องสะอาดปราศจากความสกปรก (มุฮัมมัดฮ์, 2542) ด้วยลักษณะของหอผู้ป่วยสามัญที่แออัดไปด้วยผู้ป่วยและญาติ เตียงผู้ป่วย อุปกรณ์ทางการแพทย์ จึงทำให้สถานที่คับแคบไม่มีสถานที่สำหรับญาติโดยเฉพาะ ดังนั้นอาจทำให้สถานที่สำหรับการทำละหมาดไม่สะดวก แม้ในบางโรงพยาบาลจะจัดสถานที่สำหรับให้ผู้ดูแลทำละหมาดโดยเฉพาะแต่ผู้ดูแลอาจไม่สะดวกที่จะไปได้นี้เนื่องจากไม่ต้องการละทิ้งผู้ป่วย

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าสถานการณ์ที่ผู้ดูแลมุสลิมประสบก่อให้เกิดความเครียดหรือไม่ ผู้ดูแลจะต้องประเมินและตัดสินใจว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นก่อให้เกิดความเครียด โดยอาศัยการรับรู้เป็นสิ่งที่สำคัญต่อการประเมินสถานการณ์ เนื่องจากการรับรู้เป็นกระบวนการที่บุคคลแปลความหมายของข้อมูลที่เกิดจากการรับสัมผัสโดยผ่านอวัยวะรับสัมผัสทั้งห้า (Stuart & Laraia, 2001) แล้วแสดงออกถึงความคิด ความรู้สึก (Merriam - Webster, 1996)

### 3. ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมุสลิมที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ

#### ความหมายจิตวิญญาณ

จากการทบทวนวรรณกรรม สามารถสรุปความหมายจิตวิญญาณได้ดังนี้ จิตวิญญาณเป็นความรู้สึกส่วนลึกของบุคคล (ทัศนีย์, 2545ข; Highfield & Carson, 1983) ทำให้บุคคลสัมผัสได้ถึง ความงดงาม ความดี ความมีคุณค่า ความมีศักดิ์ศรี ความเมตตา ความมีน้ำใจ ความเอื้ออาทร (ทัศนีย์, 2545ข) เป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลได้กำหนดความหมายและเป้าหมายของชีวิต (Burhardt, 1989; Delaune & Ladner, 2002; Highfield, 1992) เป็นความสัมพันธ์ของบุคคลต่อผู้อื่น พระเจ้า และสิ่งนอกเหนือตนเอง (Coyle, 2002; Highfield, 1992; Meraviglia, 1999; Nussbaum, 2003) จึงเป็นสิ่งที่สะท้อนถึงความเชื่อความศรัทธาในพระเจ้า ส่งผลให้บุคคลมีที่พึ่งทางใจ (ทัศนีย์, 2545ข; Craven &

Hirle, 2003; Coyle, 2002; Meraviglia, 1999) เป็นสิ่งที่จะทำให้มีกำลังใจที่จะเผชิญกับสิ่งต่างๆ (ทัศนีย์, 2545ข; Craven & Hirle, 2003; Coyle, 2002) ส่วนความหมายจิตวิญญาณด้านที่เกี่ยวข้องกับศาสนา เฮอร์ไอท (Heriot, 1992) กล่าวว่า ศาสนาเป็นเพียงส่วนหนึ่งของจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นความเชื่อที่อยู่ภายนอกตัวบุคคล นอกจากนี้ลาบัน (Labun, 1988) ได้กล่าวว่า การให้ความหมายจิตวิญญาณในแต่ละบุคคลแตกต่างกัน อาจขึ้นกับปัจจัยบางอย่าง เช่น การเลี้ยงดูในครอบครัว ค่านิยม ปรัชญาในการดำเนินชีวิต วัฒนธรรม ความเชื่อ และการนับถือศาสนา

ส่วนศาสนาอิสลามกล่าวถึง ความหมายจิตวิญญาณว่า จิตวิญญาณ (รูฮานียะฮฺ) เป็นมวลสารชนิดหนึ่งที่โปร่งใส มองไม่เห็นรูปร่าง ประกอบด้วยรัศมีที่หมุนเวียนอยู่ในร่างกายเหมือนกับน้ำที่วนเวียนอยู่ในหลอดเลือด จิตวิญญาณมิได้เกิดขึ้นตามธรรมชาติแต่เป็นสิ่งที่องค์อัลลอฮฺทรงสร้างขึ้น โดยพระองค์ทรงสร้างมนุษย์คนแรกขึ้นจากดินด้วยการผ่านขั้นตอนต่างๆ หลังจากนั้นทรงสร้างเผ่าพันธุ์มนุษย์จากเชื้ออสุจิ แล้วนำมาอยู่ในครรภ์ในสภาพเป็นน้ำอสุจิเป็นเวลา 40 วัน หลังจากนั้นจะเปลี่ยนสภาพเป็นก้อนเลือดในเวลา 40 วัน ต่อจากนั้นจะเปลี่ยนสภาพเป็นก้อนเนื้อในเวลาอีก 40 วัน แล้วองค์อัลลอฮฺก็เป่าวิญญาณเข้าไปในร่างกายนั้นเพื่อให้มนุษย์มีรูปร่างที่สมบูรณ์ อิสลามจึงถือว่าร่างกายและจิตวิญญาณมีความสำคัญเท่าเทียมกัน (ยูโลน, 2541) แต่ร่างกายและจิตวิญญาณมีความแตกต่างกัน กล่าวคือ ส่วนที่เป็นร่างกายมีความต้องการปัจจัยสี่ในการยังชีพ และจะตายเมื่อถึงกำหนดแต่จะฟื้นขึ้นอีกเป็นวาระสุดท้ายในวันปรโลก ส่วนที่เป็นจิตวิญญาณมีความต้องการความรู้ ความศรัทธา แนวทางแห่งการปฏิบัติในการดำรงชีวิตทั้งในโลกปัจจุบันและโลกหลังความตาย คือ โลกสุสานและปรโลก ซึ่งจิตวิญญาณจะเป็นส่วนที่ไม่ตายและไม่สลาย (นุรุดดิน, 2540) จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าจิตวิญญาณของมุสลิมมีความสัมพันธ์กับพระเจ้าตั้งแต่เกิดจนกระทั่งตาย จิตวิญญาณของชาวมุสลิมจึงเป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกับศาสนาค่อนข้างมาก

เมื่อร่างกายประกอบด้วยสองส่วน ได้แก่ ส่วนร่างกายซึ่งต้องการสิ่งยังชีพเพื่อคงความดำรงชีวิต และส่วนของจิตวิญญาณซึ่งมีความต้องการสิ่งที่จะช่วยให้คงความสมดุลของร่างกายและจิตวิญญาณไว้ และความหมายของจิตวิญญาณคือส่วนที่เกี่ยวข้องกับศาสนาและไม่เกี่ยวข้องกับศาสนา ดังที่ทัศนีย์ (2543) กล่าวว่า บุคคลทุกคนไม่ว่าจะนับถือศาสนาใดหรือคนที่ไม่มีศาสนาก็ตามย่อมมีความต้องการด้านจิตวิญญาณ

#### *องค์ประกอบความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมุสลิมที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ*

ผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจเป็นการเจ็บป่วยในภาวะวิกฤต ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบด้านร่างกาย ด้านจิตสังคม และด้านจิตวิญญาณของบุคคล (O'Brien, 1999) การเกิดผลกระทบด้านจิตวิญญาณ อันเนื่องมาจากความกลัว โดยเฉพาะการกลัวความตาย การกลัวความสูญเสีย จึงทำให้

ผู้ป่วยมีความต้องการสิ่งที่จะช่วยเป็นแรงผลักดันหรือแรงจูงใจ เพื่อให้มีชีวิตรอดและคงความสมดุลของชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ (Hudak et al., 1998) ซึ่งความต้องการด้านจิตวิญญาณจะเป็นกำลังใจ หรือการต่อรองอื่นๆ อาจเป็นพระเจ้า หรือสิ่งที้นอกเหนือจากอำนาจการคลั่งอำนาจของมนุษย์ธรรมดาจะกระทำได้ (Labun, 1988) ความต้องการด้านจิตวิญญาณของบุคคลจะแสดงออกเมื่อบุคคลเผชิญกับภาวะเครียดทางด้านจิตใจ ความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย (Narayanasamy, Clissett, Parumal, Thompson, Annasamy, & Edge, 2004) และยิ่งแสดงออกอย่างชัดเจนเมื่อเกิดภาวะวิกฤตในชีวิตหรืออยู่ในภาวะใกล้ตาย (O'Brien, 1999) ซึ่งความต้องการด้านจิตวิญญาณของบุคคลอาจจะเป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกับศาสนาหรือไม่ก็ได้ (Highfield, 1992) และ Labun (1988) กล่าวว่า ความต้องการด้านจิตวิญญาณของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันขึ้นกับวัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยม ภูมิภาวะ และประสบการณ์ชีวิต ซึ่งมีผู้ให้ความหมายความต้องการด้านจิตวิญญาณไว้เหมือนและแตกต่างกัน ดังนี้

ไฮฟิลด์และคาร์สัน (Highfield & Carson, 1992 อ้างตาม บุษผา, 2546) ได้กล่าวว่า มนุษย์มีความต้องการด้านจิตวิญญาณ 4 ด้าน ประกอบด้วย คือ 1) ความต้องการการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต และพฤติกรรมที่เหมาะสมที่แสดงออก โดยการดำเนินชีวิตด้วยการยึดถือค่านิยมแห่งตน แสดงออกถึงความต้องการมีส่วนร่วมในกิจกรรมศาสนา 2) ความต้องการได้รับความรัก พฤติกรรมที่แสดงออก คือ แสดงออกถึงความรู้สึกที่ว่าตนได้รับความเมตตาและการให้อภัยจากผู้อื่น และพระผู้เป็นเจ้า 3) ความต้องการที่จะแสดงความรักต่อผู้อื่น พฤติกรรมที่แสดงออก คือ แสดงความรักต่อผู้อื่น 4) ความต้องการความหวังและสร้างสรรค์ พฤติกรรมที่แสดงออก คือ ตั้งเป้าหมายในชีวิตที่แสดงออกพอเหมาะพอควร มีความเป็นไปได้ เช่น เป้าหมายด้านสุขภาพ ให้ความสำคัญความเป็นบุคคลมากกว่ารูปร่างหน้าตา

ไฮฟิลด์ (Highfield, 1992) ได้แบ่งความต้องการด้านจิตวิญญาณ ออกเป็น 3 ด้าน คือ 1) ความต้องการการมีความหมายและจุดมุ่งหมายในชีวิต เป็นการค้นหาความหมายและเป้าหมายในชีวิตเพื่อยอมรับในตนเอง และบุคคลอื่น 2) ความต้องการการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งนอกเหนือตนเอง ศาสนา ซึ่งเป็นความศรัทธา ความไว้วางใจ และการให้อภัยโดยไม่มีเงื่อนไข 3) ความต้องการความหวัง ซึ่งเป็นความต้องการที่ให้ตนเองได้พบสิ่งที่ดี

ตันยี (Tanyi, 2000) ได้กล่าวถึงความต้องการด้านจิตวิญญาณว่า เป็นการที่บุคคลได้รวมเอาความต้องการด้านจิตวิญญาณที่เกิดขึ้นไว้ด้วยกัน คือ ความไว้วางใจ การให้อภัย ความรัก ความสัมพันธ์ที่ดี ความเชื่อ ความหวัง การมีความหมาย และเป้าหมายของชีวิตและคุณความดี

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดความต้องการด้านจิตวิญญาณของไฮฟิลด์ (Highfield, 1992) มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาเพื่อให้ครอบคลุมความต้องการด้านจิตวิญญาณ

ของผู้ป่วยมุสลิมที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ไฮฟิลด์ (Highfield,1992) ได้แบ่งความต้องการด้านจิตวิญญาณ ออกเป็น 3 ด้าน คือ 1) ความต้องการการมีความหมายและจุดมุ่งหมายในชีวิต 2) ความต้องการการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งนอกเหนือตนเอง ศาสนา 3) ความต้องการความหวัง ดังมีรายละเอียดในแต่ละด้าน ดังนี้

1. ความต้องการการมีความหมายและจุดมุ่งหมายในชีวิต (the need of meaning and purpose in life) เป็นการที่บุคคลค้นหาความหมายและเป้าหมายในชีวิตเพื่อการยอมรับในตนเอง รวมทั้งความไว้วางใจในตนเอง และบุคคลอื่น (Highfield,1992) เป็นพื้นฐานของแรงจูงใจ ที่ทำให้บุคคลค้นหาความหมายและเป้าหมายของชีวิตต่อสิ่งที่มีคุณค่าของบุคคลและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (Frankl, 1988 cited by Meraviglia, 1999) เป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลแสดงออกถึงความรู้สึกต่อสิ่งที่ผ่านมาในอดีตว่ามีคุณค่า (Highfield & Cason,1983) เป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลเกิดความพึงพอใจในชีวิต สามารถดำเนินชีวิตตามคุณค่าและตามเป้าหมายที่ตนตั้งไว้ (Craven & Hirmler, 2003) และเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลมีความสุข (Ross,1994) นอกจากนี้ความต้องการการมีความหมายและจุดมุ่งหมายในชีวิต ยังเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลยอมรับสิ่งที่ก่อให้เกิดความทุกข์แก่ตนได้ (Craven & Hirmler, 2003) เป็นสิ่งที่สนับสนุนให้สามารถเผชิญหรือฟันฝ่าจากการเจ็บป่วย (Coyle, 2002)

ศาสนาอิสลามได้กล่าวถึงความต้องการการมีความหมายและจุดมุ่งหมายในชีวิต เป็นการยอมรับในตนเองที่มีความผูกพันต่อพระเจ้า คือ มุสลิมต้องมีความเชื่อมั่นและศรัทธาต่อองค์อัลลอฮ์ เนื่องจากมนุษย์และสิ่งสร้างทั้งหมดอยู่ใต้ก็เพราะเจตนาของพระองค์ต้องการให้อยู่เท่านั้น ทุกสิ่งทุกอย่างมาจากพระองค์และกลับไปหาพระองค์ ดังนั้นความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับองค์อัลลอฮ์เป็นความสัมพันธ์ในแบบของนายกับบ่าว เพราะมนุษย์เป็นหนึ่งองค์อัลลอฮ์ในความมีอยู่ของเขา (คุรซีด, 2541; Rassool, 2004) โดยองค์อัลลอฮ์ได้กำหนดเกี่ยวกับการเกิดการตายของมุสลิมไว้อย่างชัดเจนว่า มุสลิมเกิดมาเพื่ออะไร ตายแล้วจะไปไหน ด้วยการแบ่งชีวิตของมุสลิมออกเป็น 5 ช่วง (นุรุดดีน, 2540) คือ

1. ช่วงกำเนิดวิญญาณ (รูฮ์) วิญญาณของมนุษย์ในช่วงกำเนิดครั้งแรกต่างให้คำมั่นสัญญาและปฏิญาณตนยอมรับในความมีอยู่และเอกภาพขององค์อัลลอฮ์ และจะกตัญญูปฏิบัติตามคำสั่งสอนของพระองค์ วิญญาณของมนุษย์เริ่มมีเมื่อใด มีมาอย่างไรและอยู่ที่ไหน เป็นอำนาจและความรอบรู้ขององค์อัลลอฮ์องค์เดียวเท่านั้น พระองค์ได้ทรงให้มนุษย์สืบเผ่าพันธุ์จากเชื้อสุจิตินเป็นรูปร่างที่สมบูรณ์แล้วพระองค์ทรงเป่าวิญญาณลงไปในร่างกายนั้น

2. ช่วงชีวิตในครรภ์มารดา เมื่อองค์อัลลอฮ์ทรงให้มนุษย์กำเนิดจากดินและเชื้อสุจิตินอยู่ที่พักอันมั่นคง (มดลูก) แล้วสุจิตินก็กลายเป็นก้อนเลือดและก้อนเนื้อ แล้วพระองค์ทรงทำให้ก้อนเนื้อกลายเป็นกระดูก เนื้อหุ้มกระดูก และทรงเป่าวิญญาณให้กำเนิดในอีกรูปร่างหนึ่ง กำเนิดมนุษย์



ในช่วงนี้ อยู่ในช่วงเวลาประมาณ 8-9 เดือน ก็จะหมดวาระโดยคลอดออกมาสู่โลกภายนอกซึ่งเป็นการเริ่มต้นชีวิตใหม่ท่ามกลางสภาพแวดล้อมใหม่ในโลกปัจจุบัน

3. ช่วงชีวิตในโลกปัจจุบัน ช่วงชีวิตในโลกปัจจุบันมีไม่แน่นอน บางคนอายุสั้น บางคนอายุยืน แต่ส่วนมากจะอยู่ระหว่าง 60-70 ปี ช่วงกำเนิดในโลกที่หนึ่งและสอง มนุษย์ต้องรับสภาพตามกำหนดขององค์อัลลอฮ์ แต่ในโลกปัจจุบันมนุษย์เริ่มรู้ตัวเองและบรรลุนิติภาวะทางศาสนา ทุกคนต้องเชื่อฟังและปฏิบัติตามข้อกำหนดที่องค์อัลลอฮ์ทรงวางไว้ หน้าที่หลักของมนุษย์คือความยำเกรงและศรัทธาในองค์อัลลอฮ์ ชีวิตของมนุษย์ในโลกปัจจุบันเป็นเพียงช่วงหนึ่งของการดำรงชีวิตก่อนชีวิตในโลกอนาคตอีกสองโลก ซึ่งเป็นโลกแห่งการรับผลกรรมที่มนุษย์ได้กระทำในโลกปัจจุบัน ศาสนาอิสลามจึงย้ำเตือนให้มนุษย์ประกอบแต่ความดี ตามที่องค์อัลลอฮ์ได้ทรงชี้แนะทางชีวิตไว้ในอัลกุรอานและสุนนะฮ์ของท่านนบีมุฮัมมัด คือละ

4. ช่วงชีวิตในสุสาน (บَرْซَخ) โลกที่สี่เริ่มตั้งแต่วันตายจนถึงวันที่ถูกฟื้นคืนชีพมาใหม่ในวันอวสาน (กิยามะฮ์) การตายจากโลกนี้เป็นการสิ้นสุดของร่างกายส่วนที่เป็นรูปธรรม ร่างกายของมนุษย์เน่าเปื่อยกลายเป็นดินอีกวาระหนึ่ง แต่วิญญาณของมนุษย์ไม่ตายไม่สลายและคงอยู่ต่อไป ในโลกสุสานมนุษย์ก็ต้องรับผลกรรมจากการกระทำ รับผลตอบแทนความดีด้วยความสุขสบายและผลตอบแทนความชั่วด้วยความทุกข์ทรมาน

5. ช่วงชีวิตในปรโลก (อาคิเราะฮ์) ชีวิตในโลกนี้เป็นวาระสุดท้ายของมนุษย์ โดยเริ่มด้วยการสิ้นสุดของชีวิตในโลกปัจจุบันและโลกสุสาน ชีวิตที่ตายจะถูกให้ฟื้นขึ้นมาใหม่ โดยที่องค์อัลลอฮ์จะเป็นผู้คลบนร่างกายกับวิญญาณขึ้นมาใหม่อีกวาระหนึ่ง หลังจากนั้นมนุษย์จะถูกสอบสวน และรับผลตอบแทนจากสิ่งที่ปฏิบัติในโลกปัจจุบัน สถานที่รองรับสำหรับเป็นที่อาศัยของมนุษย์ในโลกสุดท้ายคือสวรรค์และนรก สวรรค์เป็นสถานที่ที่เต็มไปด้วยความผาสุกอันยิ่งใหญ่สำหรับตอบแทนผู้ที่เคารพภักดี ศรัทธา ยำเกรงต่อองค์อัลลอฮ์ ส่วนนรกเป็นแดนโทษที่เต็มไปด้วยความทุกข์ทรมานอันปวดร้าวอย่างที่สุดสำหรับผู้ปฏิบัติเส่อต่อองค์อัลลอฮ์

จากการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการด้านจิตวิญญาณ ด้านความต้องการการมีความหมาย และจุดมุ่งหมายในชีวิต บุคคลจะมีความต้องการในด้านนี้ทั้งส่วนที่เกี่ยวกับศาสนาและไม่เกี่ยวกับศาสนา ดังเช่น การศึกษาของบุนพา (2536) เรื่องความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง จากจำนวนผู้ป่วย 75 ราย พบว่า ความต้องการด้านจิตวิญญาณในด้านสิ่งที่ให้ความหมายแก่ชีวิตและสิ่งที่เป็นจุดมุ่งหมายสูงสุดของชีวิต คือ 1) ศาสนาและการปฏิบัติตามความเชื่อของศาสนา 2) ลูกหลานและคู่สมรส ด้วยการที่ได้มีชีวิตอยู่ให้ยาวนานที่สุดเพื่อดูความเจริญเติบโตและความสำเร็จของลูกหลานไปเรื่อยๆ 3) การหายจากโรคและการมีสุขภาพดี 4) การตายอย่างสงบ และการศึกษาของรอส (Ross, 1997) ได้ศึกษาการรับรู้ความต้องการและการให้การ

ดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุ จำนวน 10 ราย พบว่าการมีความหมายและจุดมุ่งหมายในชีวิต คือ 1) การมีสุขภาพที่ดีขึ้น 2) ครอบครัวและเพื่อน 3) การได้ใช้ความรู้สึภายในเพื่อค้นหาความหมายของชีวิต ส่วนการศึกษาของวงรัตน์ (2544) ด้านความต้องการการมีความหมายและจุดมุ่งหมายในชีวิต ซึ่งได้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 92.2 และนับถือศาสนาอิสลามร้อยละ 7.1 กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญเกี่ยวกับกิจกรรมในด้านนี้ คือ 1) เป็นการไม่ทำร้ายหรือเบียดเบียนผู้อื่น 2) การทำความเข้าใจและยอมรับธรรมชาติของชีวิตที่ต้องมีการเกิด การแก่ การเจ็บ การตาย และความไม่แน่นอน 3) การมีความพึงพอใจในชีวิตและการทำใจยอมรับความเป็นอยู่ในปัจจุบัน 4) การดำเนินชีวิตตามแนวทางที่เลือก 5) การทำจิตใจให้สงบไม่วุ่นวาย 6) การภาวนาให้ตนเองมีสุขภาพดีไม่ปราศจากโรค

2. ความต้องการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งนอกเหนือตนเอง ศาสนา (the need for relationships with others and/or a supreme other) ซึ่งลักษณะความต้องการด้านนี้ประกอบด้วย ความต้องการให้และรับความรัก ความไว้วางใจ การให้อภัย และความสัมพันธ์กับสิ่งนอกเหนือตนเอง ความศรัทธาในพระเจ้าหรือศาสนา ดังมีรายละเอียด คือ

2.1 ความต้องการให้ความรักและรับความรัก (the need to give and receive love) เป็นการได้รับความรักจากบุคคลอื่นและพระเจ้า เป็นการแสดงออกถึงความรักต่อผู้อื่น เป็นการค้นหาสิ่งที่ดีเพื่อผู้อื่น (Highfield & Cason, 1983) การที่บุคคลได้รับความรักจากคนที่รัก เช่น ครอบครัว เพื่อน เป็นสิ่งที่ส่งเสริมและช่วยสนับสนุนให้บุคคลนั้นมีความรู้สึกที่เข้มแข็ง มีความหวังที่จะเผชิญกับอาการเจ็บป่วย (Walton, 1999) ส่วนบุคคลที่ไม่ได้รับความรักอาจก่อให้เกิดความเครียดทางจิตวิญญาณได้ โดยพบว่าในผู้ป่วยระยะสุดท้ายการถูกทอดทิ้งให้ตายตามลำพังหรือขาดบุคคลอันเป็นที่รัก ทำให้เกิดความเครียดทางจิตวิญญาณ (นิตยา, 2541)

ศาสนาอิสลามได้กล่าวเกี่ยวกับด้านของความรักว่า ให้รักองค์อัลลอฮ์และศาสนทูตของพระองค์มากกว่าสิ่งอื่นใดทั้งหมด การรักเพื่อนพ้องดังการรักตนเองก็เพื่อองค์อัลลอฮ์ (ฮัมมุดะฮ์, 2542) การรักเพื่อนพ้องของพี่น้องร่วมศาสนาเป็นลักษณะที่เด่นชัดของชาวมุสลิม เป็นความรักที่ไม่ได้ต้องการผลประโยชน์ เป็นความรักที่ดิงาม สูงส่ง บริสุทธิ์และคงทนถาวร (มุอัมมัด, 2544) ซึ่งความรักต่อองค์อัลลอฮ์แสดงด้วยความยำเกรง ความนอบน้อมยอมปฏิบัติตนตามบทบัญญัติของพระองค์ ส่วนความรักต่อเพื่อนมนุษย์ แสดงด้วยการเชิญชวนให้กระทำความดี กระทำในสิ่งที่องค์อัลลอฮ์ทรงใช้ และตักเตือนไม่ให้กระทำความชั่วคือละเว้นในสิ่งที่พระองค์ทรงห้าม ซึ่งการตักเตือนเป็นการเน้นให้ปฏิบัติให้อยู่ในแนวทางที่ถูกต้องในโลกของศุลาอันเป็นโลกแห่งการทดลอง การทดสอบความศรัทธาของแต่ละคน ทั้งนี้เพื่อองค์อัลลอฮ์จะทรงตอบแทนผลการกระทำของแต่ละคนในปรโลกอันเป็นนิรันดร์ (เสาวนีย์, 2535)

จากการศึกษาของภัทรพร (2543) เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยในการได้รับเครื่องช่วยหายใจ ได้กล่าวถึงการได้รับความรักว่าเป็นความต้องการเอาใจใส่และกำลังใจจากคนใกล้ชิด ซึ่งคนใกล้ชิดตามความหมายของผู้ให้ข้อมูล หมายถึง พ่อ แม่ พี่ น้อง ลูก สามี เพื่อนสนิท และการศึกษาของธารทิพย์ (2541) ที่พบว่า ความต้องการของผู้ป่วยขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจ ด้านจิตวิญญาณที่เกี่ยวกับการได้รับความรักว่าเป็นกิจกรรมเกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว กล่าวคือ การเข้าเยี่ยม การได้รับความรัก ความห่วงใย ความเอื้ออาทร กำลังใจจากครอบครัว และการได้นำของที่รักหรือมีคุณค่าทางจิตใจไว้ใกล้ๆตัว

2.2 ความต้องการความไว้วางใจ (the need for trust) ในผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่ต้องประสบกับเหตุการณ์ที่อาจทำให้ต้องสูญเสียชีวิต ความรู้สึกของผู้ป่วยในขณะนั้นอาจแสดงออกมา 2 ลักษณะ คือ ความกลัวหรือความรู้สึกสงบ ผู้ป่วยที่รู้สึกกลัวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตน ความต้องการของผู้ป่วยขณะนั้นคือ ต้องการใครหรือสิ่งใดก็ตามที่ผู้ป่วยไว้วางใจเพื่อช่วยให้ตนเองดีขึ้น ซึ่งอาจจะเป็นบุคคลในครอบครัว พระเจ้า หรือเป็นความไว้วางใจในทีมสุขภาพที่ผู้ป่วยเชื่อว่าการดูแลรักษาจะช่วยให้พ้นภัยจากโรค (Walton, 1999) และความไว้วางใจในบุคคลอื่นหรือพระเจ้าจะเกิดขึ้นเมื่อสถานการณ์นั้นบุคคลไม่สามารถควบคุมตนเองได้ (Highfield & Cason, 1983)

ศาสนาอิสลามได้กล่าวถึงความไว้วางใจว่าเป็นการไว้วางใจต่อองค์อัลลอฮ์ เนื่องจากชีวิตของมุสลิมจะได้รับการคุ้มครองดูแลจากพระเจ้าตั้งแต่เกิดจนกระทั่งตาย และพระองค์เท่านั้นที่จะทำให้ความทุกข์ทรมานหายไป (Rassool, 2004) พระองค์ทรงทำให้ผู้ป่วยหายเจ็บป่วย โดยผ่านกระบวนการบำบัดรักษา โดยวิธีการรักษานั้นต้องไม่ขัดกับหลักศาสนา เช่น การใช้สุราหรือยาออกเหล้า (ดำรงค์, 2547) ถ้าหากผลสำเร็จนั้นเป็นที่น่าพอใจมุสลิมก็ต้องไม่คิดว่าเป็นผลจากการกระทำของตนเองหรือผู้อื่น แต่ความสำเร็จนั้นเกิดขึ้นเพราะความโปรดปรานและความเมตตาขององค์อัลลอฮ์ (อัลลามะฮ์, 2546) และมุสลิมจะต้องไม่เสียใจหรือผิดหวังหากการบำบัดรักษานั้นไม่ได้ผลเนื่องจากทุกอย่างเกิดจากพระประสงค์ของพระองค์ เพราะพระองค์อาจจะให้อะไรมากกว่าการหายจากโรคแก่บ่าวของพระองค์ (ดำรงค์, 2547)

2.3 ความต้องการการให้อภัย (the need for forgiveness) เป็นการทำบุคคลยอมรับความผิดพลาดของตนเองและผู้อื่นได้ สามารถมองการเจ็บป่วยตามที่เป็นจริง และมองว่าพระเจ้าเป็นผู้ที่ยอมรับการให้อภัย (Craven & Hirmler, 2003; Highfield & Cason, 1983)

ด้านความต้องการการให้อภัยศาสนาอิสลามได้กล่าวว่า การให้อภัยเป็นคุณลักษณะหนึ่งขององค์อัลลอฮ์ (เสาวนีย์, 2535) โดยที่การให้อภัยเป็นความเมตตาขององค์อัลลอฮ์ที่ทรงนำความบาปไปจากผู้ป่วย เปรียบเสมือนว่าผู้ป่วยได้ซัดใช้ความผิดที่ผ่านมาองค์อัลลอฮ์จะอภัยให้ และมองว่าความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่ใกล้เคียงกับความตายจึงเป็นโอกาสที่ผู้ป่วยได้หันกลับมามองตนเอง

พิจารณาถึงชีวิตที่ผ่านมา ทำให้มีโอกาสขออภัยต่อผู้อื่น ต่อองค์อัลลอฮ์ในความผิดที่ผ่านมา (คำรงค์ , 2547) ดังท่านนบีมุฮัมมัด ก็อละฯ ได้กล่าวไว้ว่า “ โรคภัยไข้เจ็บมันนำความบาปไปจากลูกหลานอาดัม อย่างเช่น ช่างตีเหล็กเป่าหลอมเหล็กให้ละลายโดยให้สิ่งสกปรกออกไป ฉะนั้นใครก็ตามที่พระองค์อัลลอฮ์ได้ทรงตอบแทนให้ผู้เจ็บป่วยด้วยการให้อภัยแก่เขา ” (มุสลิม อ้างตาม เสาวนีย์, 2535)

2.4 ความสัมพันธ์กับสิ่งนอกเหนือตนเอง ความศรัทธาในพระเจ้าหรือศาสนา (the need for relationships with a supreme other)

ศาสนาเป็นข้อผูกพันระหว่างชีวิตมนุษย์กับความจริงสูงสุดที่มนุษย์เชื่อและศรัทธา (สิวลี, 2544) และความศรัทธาเป็นการยอมรับในความเชื่อของบุคคลที่มีต่อบุคคลหรือต่อสิ่งต่างๆ ซึ่งอาจจะเป็นสิ่งที่ไม่สามารถพิสูจน์ได้ อาจเป็นสิ่งที่เกี่ยวกับด้านจิตวิญญาณ รวมทั้งเป็นแนวทางในการดำรงชีวิตของบุคคล (Kozier, Erb, Berman, & Burke, 2000) ความเชื่อของบุคคลจะมีผลต่อพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออก เช่น ความเชื่อเกี่ยวกับชีวิตหลังความตาย โดยบุคคลที่รับรู้ถึงความตาย เป็นสิ่งที่คุกคามจะมีความรู้สึกวิตกกังวลและกลัว ตรงกันข้ามกับบุคคลที่เชื่อว่าความตายเป็นสิ่งที่สวยงาม ได้พบกับบุคคลอันเป็นที่รัก ก็จะมีชีวิตในระยะสุดท้ายหรือตายอย่างสงบ (นิตยา, 2541)

ความสัมพันธ์กับสิ่งนอกเหนือตนเอง เป็นลักษณะพิเศษของจิตวิญญาณ เป็นส่วนของพลังอำนาจที่เหนือตนเองซึ่งจะทำให้บุคคลมีความหวัง เช่น ความหวังให้รอดชีวิตหรือหายจากความรุนแรงของโรค และความสัมพันธ์กับสิ่งนอกเหนือตนเองอาจจะเป็นพลังอำนาจที่อยู่ภายในตนเอง อันเป็นแหล่งของพลังอำนาจที่อยู่ในส่วนลึกๆของบุคคล และเป็นพลังอำนาจที่บุคคลสามารถสร้างเพิ่มเติมขึ้นมาได้ ทำให้บุคคลมีความเป็นตัวตนของตนเอง ช่วยให้เกิดการสร้าง ความหมายของการมีความสัมพันธ์กับผู้อื่น พระเจ้า อันจะก่อให้เกิดความศรัทธาและความไว้วางใจในพระเจ้า (Coyle, 2002)

ด้านความศรัทธาในพระเจ้าและศาสนาสำหรับผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามกล่าวว่า ความศรัทธาเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับมุสลิมทุกคน ความศรัทธาเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดคุณค่าของชีวิตทำให้ความเชื่อในตนเองตามมา เพราะตัวเองมีสิ่งที่ยึดมั่นอย่างมั่นคง ถ้ามุสลิมขาดความศรัทธาก็จะทอดอ้อยในการต่อสู้ชีวิต (สิวลี, 2544) ความศรัทธาของศาสนาอิสลามมีทั้งหมด 6 ประการ ซึ่งมุสลิมต้องยึดมั่น จะละเว้นข้อใดมิได้อย่างเด็ดขาด (มานี, 2544) หลักศรัทธาทั้ง 6 ประการ มีดังนี้

1. ศรัทธาในพระเจ้าเป็นเจ้า การศรัทธาในพระเจ้าเป็นหัวใจของการเป็นมุสลิม มุสลิมต้องศรัทธาว่าองค์อัลลอฮ์เป็นพระเจ้าองค์เดียวเท่านั้น ไม่ตั้งสิ่งอื่นใดเป็นภาคี และมุสลิมต้องศรัทธาในคุณลักษณะของพระองค์ เช่น ทรงเป็นผู้มีอำนาจ ผู้ทรงสร้างสรรพสิ่งทั้งมวล ไม่มีผู้ใดหรือสิ่งใดเสมอหรือเท่าเทียมพระองค์ (มานี, 2544) หากชาวมุสลิมคนใดเข้าถึงหลักศรัทธาในพระเจ้า

เป็นเจ้าของอย่างแท้จริง จะเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลนั้นละเว้นความชั่ว กระทำแต่ความดี มีพลัง หรือ กำลังใจในการเผชิญเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น (เสาวนีย์, 2535)

2. ศรัทธาในบรรดาอภิปรัชญาขององค์อัลลอฮ์ คือ ศรัทธาว่าอภิปรัชญาเป็นบ่าวที่ซื่อสัตย์ ขององค์อัลลอฮ์ อภิปรัชญาทำหน้าที่เป็นสื่อกลางระหว่างองค์อัลลอฮ์กับศาสดาทั้งหลายของ พระองค์เพื่อให้ศาสดาทั้งหลายเข้าถึงพระองค์ นอกจากนี้มีอภิปรัชญาทำหน้าที่บันทึกความดีความ ชั่วของมนุษย์ มีหน้าที่ลงโทษผู้กระทำความชั่ว (มานี, 2544) ซึ่งการศรัทธาในบรรดาอภิปรัชญา จะทำให้มนุษย์ทำแต่ความดี ละเว้นความชั่ว เพราะแต่ละคนจะมีอภิปรัชญาคอยบันทึกความดีความชั่ว อยู่ตลอดเวลา (เสาวนีย์, 2535)

3. ศรัทธาในคัมภีร์ทั้งหลายขององค์อัลลอฮ์ หน้าที่ของมุสลิมทุกคนต้องศรัทธาใน คัมภีร์ต่างๆที่องค์อัลลอฮ์ประทานมา รวมทั้งให้เชื่อและปฏิบัติตามคัมภีร์อัลกุรอานที่ประทานแก่ ท่านนบีมุฮัมมัด คือลัทธิศาสดาท่านสุดท้าย (มานี, 2544) คัมภีร์อัลกุรอานเป็นวาระขององค์อัลลอฮ์ที่ ประทานมา เพื่อให้มนุษย์ไว้เป็นคู่มือในการดำเนินชีวิตในทุกๆด้านที่เกี่ยวข้องกับชีวิต และสำหรับ มุสลิมบทบัญญัติและคำสอนต่างๆที่มีอยู่ในคัมภีร์อัลกุรอานคือกฎหมายที่มุสลิมจะต้องปฏิบัติตาม (เมอลานา, 2543) ซึ่งอัลกุรอานได้กล่าวถึงความสัมพันธ์ของมุสลิมต่อสิ่งต่างๆ 3 ประการ (สารานุกรมวัฒนธรรมภาคใต้ เล่ม18, 2542) คือ 1) ความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับพระเจ้า โดยให้ มีความศรัทธาในองค์อัลลอฮ์เพียงองค์เดียว 2) ความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับมนุษย์ เพื่อให้มนุษย์ ได้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข 3) ความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม โดย กล่าวถึงสิ่งต่างๆที่องค์อัลลอฮ์ได้สร้างขึ้น เช่น มนุษย์ ดินฟ้าอากาศ มุสลิมควรจะปฏิบัติด้วยการ อ่านคัมภีร์อัลกุรอานบ่อยๆ พยายามหาความเข้าใจในความหมายอันดีงาม อันจะทำให้ดวงวิญญาณ สะอาดและบริสุทธิ์ สติปัญญาเพิ่มขึ้น มีความศรัทธาและมีความรู้สึกรับผิดชอบ (มุฮัมมัด, 2544)

4. ศรัทธาในบรรดาศาสดา (รَسُول) ทั้งหลายขององค์อัลลอฮ์ คือ มุสลิมทุกคนต้อง ขอมรับนับถือ ให้เกียรติ และยกย่องศาสดาทั้งหลายที่มาก่อนท่านนบีมุฮัมมัดคือลัทธิ ท่านนบีมุฮัมมัด คือลัทธิเป็นศาสดาท่านสุดท้ายผู้รับภารกิจจากศาสดาก่อนๆ ที่มาชักชวนให้มนุษย์รู้จักพระเจ้า (มานี, 2544) รวมทั้งให้ยอมรับกฎหมายที่ท่านศาสดามอบ ปฏิบัติตามแบบแผนแห่งพฤติกรรมที่ ท่านสอน (คุรซีด, 2541)

5. การศรัทธาในวันปรโลกหรือวันแห่งการฟื้นคืนชีพ (วันกิยามะฮ) คือ ศรัทธาว่าโลกนี้ (โลกคุนยา) เป็นสถานที่แห่งการทดสอบและมนุษย์ต้องถูกตัดสินในการทดสอบ พร้อมทั้งสามารถ บอกเรื่องราวที่ได้กระทำไป เพราะวันหนึ่งโลกที่เราอยู่ซึ่งเป็นวัตถุธาตุย่อมมีการแตกสลาย เมื่อโลก ดับสิ้นทุกสิ่งในโลกก็ต้องดับสิ้นด้วย ยกเว้นผู้ที่องค์อัลลอฮ์ทรงประสงค์ แล้วองค์อัลลอฮ์จะทำให้

ทุกคนฟื้นคืนชีพมารับผลของการกระทำขณะที่อยู่ในโลกนี้สำหรับการกระทำที่ดีและการกระทำที่ชั่วร้าย (กุรซิด, 2541; มานี, 2544)

6. ศรัทธาต่อกฎกำหนดศกาวการณ์ ซึ่งองค์อัลลอฮ์ได้กำหนดไว้ อันได้แก่ จักรวาล โลก และมนุษย์ แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ กฎที่ตายตัวและกฎที่ไม่ตายตัว กฎที่ตายตัวเมื่อประสบกับผู้ใดแล้วหลีกเลี่ยงไม่ได้ ทุกอย่างเป็นไปตามพระประสงค์ เช่น ซาติพันธุ์ การแปรปรวนของดินฟ้าอากาศ ส่วนกฎที่ไม่ตายตัวจะดำเนินไปตามความสัมพันธ์ระหว่างเหตุและผล โดยมนุษย์ใช้สติปัญญาที่พระเจ้าประทานมาเลือกปฏิบัติตามข้อห้ามข้อให้ปฏิบัติต่างๆ (เสาวนีย์, 2535)

3. ความต้องการความหวัง (the need of hope) ความหวังเป็นสิ่งที่คาดการณ์ว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต อันทำให้มีบุคคลรู้สึกต่อสิ่งนั้นมีคุณค่าในทางบวก (Highfield, 1992) เป็นสิ่งที่จะช่วยให้นักบุคคลสามารถปรับตัวและเผชิญกับความเจ็บป่วย ทำให้ชีวิตหลุดพ้นจากสิ่งที่ทุกข์ทรมาน (Coyle, 2002) ทำให้บุคคลไม่รู้สึกละอายใจ (DeLaune & Ladner, 2002) ส่งผลให้บุคคลได้บรรลุถึงเป้าหมายที่วางไว้ (Highfield & Cason, 1983) ในภาวะวิกฤตของชีวิตการมีความหวังจะช่วยให้บุคคลสามารถที่จะเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยที่ความหวังเป็นสิ่งที่เสริมสร้างกำลังใจให้ต่อสู้ (นิตยา, 2541) ส่วนผู้ป่วยที่เข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิต มีความต้องการความหวังที่จะจากไปอย่างสงบสุขไม่ทุกข์ทรมาน (Coyle, 2002) และบุคคลยังต้องการมีความหวังของชีวิตหลังความตาย (Highfield & Cason, 1983)

ส่วนหลักของศาสนาอิสลามได้กล่าวถึงความต้องการความหวังว่า มุสลิมไม่ควรสิ้นหวังในความเมตตาขององค์อัลลอฮ์ เมื่อพระองค์ทรงอำนาจที่จะขจัดโรคร้ายพระองค์ย่อมสามารถให้อาการป่วยหายได้ การให้ความหวังนั้นจะเป็นการสร้างขวัญกำลังใจให้กับผู้ป่วยที่จะยอมรับสภาพความเจ็บป่วยด้วยจิตใจที่สงบ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ย่อท้อและสิ้นหวังในความเมตตาขององค์อัลลอฮ์ (อาคิส, 2547) และความหวังเกี่ยวกับความตายโดยมุสลิมเชื่อว่า 1) พระผู้เป็นเจ้าทรงให้มนุษย์เกิด และพระองค์คือจุดหมายของทุกสิ่งทุกอย่าง 2) พระผู้เป็นเจ้าเป็นผู้ทรงกำหนดอายุขัยของมนุษย์ 3) อายุขัยของมนุษย์ปัจจุบัน มนุษย์ทุกคนตั้งแต่ท่านนบีมุฮัมมัด คือละเป็นต้นมา หรือที่เป็นประชาชาติของท่านส่วนมากจะมีอายุขัยอยู่ระหว่าง 60-70 ปี หรืออาจจะมากหรือน้อยกว่านี้ 4) มนุษย์ไม่สามารถรู้ได้ว่าเมื่อใดเขาจะตาย เรื่องนี้อยู่ในความรอบรู้ของอัลลอฮ์เท่านั้น 5) มนุษย์ทุกคนต้องรำลึกถึงความตายให้มาก 6) ห้ามไม่ให้มนุษย์อยากตาย ถ้าจำเป็นจริงๆเมื่อมีความทุกข์มากให้วิงวอนหรือขอพรต่อองค์อัลลอฮ์ 7) ความตายเป็นข่าวดีและความสบายใจสำหรับผู้ศรัทธา แต่เป็นสิ่งที่น่ากลัวสำหรับผู้ไม่ศรัทธา (นุรุดดี, 2540)

การศึกษาของ เสาวลักษณ์ (2545) จากการให้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 รายกลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลว่าผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยหนักมีความหวัง 2 ลักษณะ คือ 1) หวังที่จะหาย

2) หวังที่จะจากไปอย่างสงบสุข ความหวังที่จะหาย ทำให้ผู้ป่วยหวังที่จะได้กลับบ้าน ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ส่วนความหวังที่จะจากไปอย่างสงบสุข พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการระยะสุดท้าย ในรายที่มีญาติมาสวนมนต์ให้จะสงบไม่ทุรนทุราย ซึ่งความหวังเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยใช้เผชิญต่อโรค ปัญหาอุปสรรคต่างๆ ถ้าบุคคลมีความหวังในตนเองจะทำให้สามารถดำเนินชีวิต และต่อสู้กับปัญหาได้ และการศึกษาของ ระวีวรรณ (2545) เรื่องความผาสุทางจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จากจำนวนผู้ให้ข้อมูล 9 ราย พบว่า ความหวังเป็นปัจจัยด้านบวกที่ทำให้บุคคลเกิดกำลังใจ และมีความเข้มแข็งในการต่อสู้ชีวิต การศึกษาของ โลฮ์นีและเซเวริสสัน (Lohne & Severisson, 2004) เกี่ยวกับความหวังของผู้ป่วยบาดเจ็บที่กระดูกสันหลังในระยะ 1 เดือน จากผู้ป่วยจำนวน 10 ราย พบว่าความหวังทำให้นึกถึงอดีตที่ผ่านมาและสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต กล่าวคือ การมีความหวังเพื่อที่จะให้ตนเองมีสุขภาพและมีความสุขเช่นก่อนที่จะได้รับบาดเจ็บ ความหวังช่วยให้มีเป้าหมายของชีวิต มองโลกในแง่ดี มีความเข้มแข็ง มีความปรารถนา มีความฝัน ซึ่งสิ่งดังกล่าวเป็นพลังที่จะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะฟื้นฟูร่างกาย

#### 4. การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลมุสลิมในการดูแลด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยมุสลิมที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ

##### ความหมายการมีส่วนร่วมในการดูแลด้านจิตวิญญาณ

การมีส่วนร่วม (Participation) ตามรากศัพท์มาจากภาษาละตินคือ Participare มีความหมายว่า การเข้าไปมีส่วนร่วมดูแล โดยการร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่างที่เกี่ยวข้องกับบุคคลอื่น (Sinclair, 1993 cited by Cahill, 1998)

ดังนั้นการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลมุสลิมในการดูแลด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยมุสลิมที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ หมายถึง การที่ผู้ดูแลมุสลิมมีส่วนร่วมในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยมุสลิมที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ โดยมีส่วนร่วมในการตอบสนองความต้องการ ด้านการมีความหมายและจุดมุ่งหมายในชีวิต ด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งนอกเหนือตนเอง ด้านความต้องการความหวัง

##### การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลมุสลิมในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยมุสลิมที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ

การตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยวิกฤต เป็นการปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้มแข็งทางจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยได้สามารถเผชิญกับสภาวะการเจ็บป่วยด้านร่างกายในภาวะวิกฤตได้ สามารถฟื้นหายได้โดยเร็ว (Peterson & Potter, 1997 cited by O'Brien, 1999; Ross,

1994) แต่การที่บุคคลเจ็บป่วยด้วยภาวะวิกฤตทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของตนเองได้ ต้องอาศัยบุคคลอื่นช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการนั้น บุคคลซึ่งอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยนอกจากแพทย์และพยาบาลแล้วก็คือญาติหรือผู้ดูแล เนื่องจากผู้ดูแลเป็นบุคคลที่ผู้ป่วยรู้สึกคุ้นเคย อบอุ่น และมั่นใจที่จะอยู่ใกล้ เป็นผู้ที่รับรู้ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย ผู้ดูแลจึงเป็นแหล่งช่วยเหลือด้านจิตวิญญาณที่มีค่าสำหรับผู้ป่วย (O'Brien, 1999) ดังนั้น การช่วยเหลือด้านจิตวิญญาณของผู้ดูแล โดยการที่ผู้ดูแลเข้าไปมีส่วนร่วมปฏิบัติกิจกรรมการดูแลด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วย มีรายละเอียดดังนี้

1. การตอบสนองความต้องการการมีความหมายและจุดมุ่งหมายในชีวิต หมายถึง การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รำลึกถึงองค์อัลลอฮ์ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความอดทน การส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ขอพร (ดุอาอ์) การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย ดังรายละเอียด คือ

1.1 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รำลึกถึงองค์อัลลอฮ์ การรำลึกถึงองค์อัลลอฮ์โดยการกล่าวพระนามของพระองค์ ซึ่งมุสลิมจะต้องปฏิบัติเมื่อจะเริ่มดำเนินการกระทำทุกอย่าง ถ้าหากการกล่าวพระนามของพระองค์ทำอย่างมีจิตสำนึกและจริงใจจะก่อให้เกิดผลดี 3 ประการ กล่าวคือ 1) จะช่วยปกป้องให้พ้นจากความชั่วร้าย เพราะพระนามองค์อัลลอฮ์จะกระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติพิจารณาว่า ควรจะเอาพระนามของพระองค์ไปควบคุมกับการทำผิดหรือเจตนาที่ไม่ดีหรือไม่ 2) การเอ่ยพระนามขององค์อัลลอฮ์ จะสร้างทัศนคติที่ถูกต้องให้เกิดขึ้นในความคิดของผู้ปฏิบัติอันจะนำไปสู่ทางที่ถูกต้อง 3) ผู้ปฏิบัติจะได้รับการช่วยเหลือจากองค์อัลลอฮ์ และจะได้รับการคุ้มครองให้พ้นจากสิ่งชั่วร้าย (แมลานา, 2545) และการรำลึกถึงองค์อัลลอฮ์เมื่อเจ็บป่วยยังเป็นการมอบหมายตนต่อพระองค์ คือ การมอบหมายอำนาจการหายป่วยมาจากองค์อัลลอฮ์เพียงผู้เดียว ดังความว่า “ โอ้อัลลอฮ์ พระผู้อภิบาลแห่งมนุษยชาติ ขอพระองค์ทรงโปรดทำให้โรคร้ายไข้เจ็บหายไป พระองค์คือ ผู้บำบัดรักษา เช่นนั้นขอพระองค์ทรงโปรดบำบัดความเจ็บไข้นี้ด้วยเถิด ซึ่งไม่มีการบำบัดรักษาใดนอกจากการรักษาของพระองค์เท่านั้น และการบำบัดรักษาของพระองค์นั้นไม่ทำให้การเจ็บป่วยหลงเหลืออยู่เลย ” (บุคอรี, ดาวูด และ มาญูฮ์ อ้างตาม มุรฺิด, 2542) ดังนั้นสิ่งที่จำเป็นลำดับแรกก่อนการรักษากับแพทย์แผนปัจจุบันเมื่อเกิดการเจ็บป่วยก็คือ การรำลึกถึงองค์อัลลอฮ์ด้วยการขอพรต่อพระองค์ (มุรฺิด, 2542)

1.2 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความอดทนและยอมรับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ความอดทนเป็นคุณธรรมที่สำคัญที่สุดของมุสลิม ตามทฤษฎีของศาสนาอิสลาม ความอดทนไม่ใช่ความสิ้นหวังอันเนื่องมาจากไม่สามารถที่จะกระทำได้ แต่ความอดทนเป็นความเข้มแข็ง เด็ดเดี่ยว กล่าวหาญ เชื้อมั่น (อัลลามะฮ์, 2546) ความอดทนเป็นการทดสอบจากองค์อัลลอฮ์ถึงความศรัทธาต่อพระองค์



ผู้ที่อดทนต่อความเจ็บป่วยย่อมได้รับการตอบแทนจากองค์อัลลอฮ์ทั้งในโลกปัจจุบันและโลกหน้า หากผู้ป่วยตระหนักในความอดทนจะสามารถต่อสู้กับความทุกข์ทรมานจากโรคร้ายไข้เจ็บ (เสาวนีย์, 2535) และจะทำให้ผู้ป่วยยอมรับในความเจ็บป่วยที่องค์อัลลอฮ์ประทานมาให้ (สาเหอะอัคดุลเกาะห์ และ คณะ, 2533)

1.3 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ขอพร (ดุอาอฺ) การขอพร (ดุอาอฺ) เป็นคำกล่าวบน้อมต่อองค์อัลลอฮ์ เพื่อพระองค์จะได้ทรงยับยั้งสิ่งชั่วร้ายที่จะมาประสบ ประทานสิ่งที่ดีมาให้ ทำให้ผู้ขอได้บรรลุถึงสิ่งที่ต้องการ และกล่าวว่าการขอดุอาอฺเป็นยาที่ดีที่สุดที่ใช้รักษาและช่วยปิดเป่าให้พ้นจากภัยพิบัติ การรับคำขอดุอาอฺของพระองค์ขึ้นกับความยำเกรงและการศรัทธาที่มีต่อพระองค์ ซึ่งตามหลักศรัทธาที่ถูกต้องนั้นมนุษย์ต้องพอใจในการตัดสินใจของพระองค์ จึงกล่าวได้ว่าการรับคำขอดุอาอฺนั้นขึ้นอยู่กับพระประสงค์ขององค์อัลลอฮ์ พระองค์จึงให้ความหวังในการตอบรับ (เชค, 2543) ในกรณีที่ความเจ็บป่วยไม่อาจบำบัดได้ เป้าหมายสูงสุดของมุสลิมสำหรับชีวิตในโลกนี้ คือ การได้ตายในอิสลาม การได้ตายในอิสลาม หมายถึง ก่อนที่วิญญาณจะออกจากร่างกายหรือก่อนสิ้นชีวิตมุสลิมผู้นั้นควรได้กล่าวถ้อยคำ “ กาลิมะห์ชาฮาดะห์ ” ซึ่งมีความหมายว่าไม่มีพระเจ้าอื่นใดที่ฉันเคารพสักคือนอกจากองค์อัลลอฮ์ ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงในทางที่แย่ง ผู้ดูแลควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้กล่าวคำดังกล่าว หรือผู้ดูแลอาจกระซิบข้างหูผู้ป่วยเบา ๆ พร้อมทั้งอ่านคัมภีร์อัลกุรอานด้วยเสียงที่นุ่มนวลให้ผู้ป่วยฟัง เพื่อให้ผู้ป่วยมีจิตใจสงบและได้รำลึกถึงองค์อัลลอฮ์ (คารังค์, 2547)

1.4 การให้ข้อมูล การให้ข้อมูลควรเป็นข้อมูลที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยคาดการณ์ถึงเหตุการณ์ที่จะเผชิญได้ สามารถปรับตัวเมื่อพบกับเหตุการณ์ต่างๆ ลดความสับสนไม่แน่ใจ ความตื่นตระหนกจะลดน้อยลง ช่วยให้เกิดความเข้าใจมากขึ้น (ชอลดา, 2536) นอกจากการให้ข้อมูลแล้วการที่ผู้ดูแลได้ร่วมสนทนาเรื่องศาสนาและความเชื่อจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยได้ค้นหาความหมายของการเจ็บป่วยและการมีชีวิตอยู่ ซึ่งจะช่วยให้เผชิญกับการเจ็บป่วยและให้ความร่วมมือในการรักษาได้ดียิ่งขึ้น (ทัศนีย์, 2545ก)

2. การตอบสนองความต้องการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งนอกเหนือตนเอง ศาสนา คือ การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณที่เกี่ยวข้องกับช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรมศาสนา ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัวและคนอื่นๆ การช่วยเหลือโดยการใช้เทคนิคการสื่อสาร การช่วยเหลือโดยการกระตุ้นประสาทการรับรู้ ดังมีรายละเอียด คือ

2.1 การช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เช่น การสวดมนต์ การอ่านหนังสือที่เกี่ยวกับศาสนา เป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยลดความรู้สึกลิดก้างวล (Cason, 1989) ช่วยให้ผู้ป่วย

รู้สึกว่าได้ใกล้ชิดสิ่งยึดเหนี่ยว รู้สึกมีที่พึ่ง รู้สึกสุขสงบ และอาจทำให้สามารถควบคุมหรือเอาชนะต่อสิ่งที่คุกคามบางอย่างได้ (ซ้อลดา, 2536)

การช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ละหมาด การละหมาดถือเป็นการปฏิบัติศาสนกิจหลักของศาสนาอิสลาม เพื่อความจงรักภักดี และการติดต่อกับสัมพันธ์ด้านร่างกายจิตใจและจิตวิญญาณต่อองค์อัลลอฮ์ การละหมาดต้องปฏิบัติวันละ 5 เวลา คือ เวลาย่ำรุ่ง เวลากลางวัน เวลาเย็น เวลาพลบค่ำ และเวลากลางคืน และให้ปฏิบัติในทันทีที่ถึงเวลา การละหมาดไม่สามารถยกเว้นได้แม้เจ็บป่วย ฉะนั้นการกระตุ้นหรือสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ละหมาด จะช่วยเพิ่มความเข้มแข็งทางจิตใจและจิตวิญญาณ ลดความสิ้นหวังและท้อแท้ ช่วยให้จิตใจสงบ ทำให้มีสมาธิ (ดาร์รงค์, 2547; บรรจง, 2543) และผ่อนคลายความเครียดด้านจิตใจ (สาเหอะอับดุลเกาะห์ และ คณะ, 2532; เสาวนีย์, 2535) นอกจากนี้การละหมาดผู้ปฏิบัติจะต้องเปลี่ยนท่าทาง เป็นการยืน การก้ม การนั่ง ที่มีลักษณะเหมือนการบริหารร่างกาย ช่วยยืดและผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่ตึงเครียด (Haddad, Kane, Rajacich, Cameron, & Al-Ma'aitah, 2004)

2.2 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัวและคนอื่นๆ เนื่องจากแหล่งกำลังใจที่สำคัญของผู้ป่วยมุสลิมคือครอบครัว ด้วยลักษณะของครอบครัวมุสลิมเป็นครอบครัวที่มีความผูกพันทางด้านอารมณ์และจิตใจ ความรัก ความสงสาร ความเห็นอกเห็นใจ และความอบอุ่นใจ (คุรซิด, 2541) และได้กล่าวถึงหน้าที่ของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยว่า ผู้ดูแลต้องมีความอดทนในการดูแลผู้ป่วย แม้ปรากฏคำสอนของศาสดาที่กล่าวถึงความอดทนของผู้ป่วยต่อการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจะได้รับบุญกุศลอย่างใหญ่หลวง ญาติผู้ดูแลก็ได้รับผลบุญในการอดทนดูแลผู้ป่วยไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากันแม้แต่น้อยหากแต่ได้รับผลบุญมากกว่าด้วยซ้ำ ด้วยเหตุนี้ผู้ดูแลไม่ควรปล่อยปละละเลยหรือทอดทิ้งไม่ดูแลใจใส่ผู้ป่วย เพราะสิ่งที่กระทบจิตใจผู้ป่วยอย่างรุนแรงคือความรู้สึกว่าตนไร้ค่าจากการถูกทอดทิ้งจากญาติ (อาซิส, 2547)

2.3 การช่วยเหลือโดยการใช้เทคนิคการสื่อสาร หมายถึง การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ทักษะการติดต่อสื่อสาร ด้วยวิธีการพูดหรือการสื่อสารด้วยวิธีอื่นๆ การตั้งใจฟังของผู้ดูแล

2.3.1 การใช้ทักษะการติดต่อสื่อสาร การสื่อสารเป็นการสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การสื่อสารระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยควรจะเป็นลักษณะแบบ 2 ทาง เนื่องจากการให้ผู้ดูแลได้รับทราบความต้องการของผู้ป่วยและผู้ป่วยได้รับคำอธิบายหรือข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการย้อนกลับ อันส่งผลให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องซึ่งกันและกัน (Christensen & Kockrow, 2003) การสื่อสารมี 2 รูปแบบ คือ การสื่อสารที่ใช้คำพูดและการสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูด ผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจมีความยากลำบากในการติดต่อสื่อสาร อาจทำให้ไม่ได้รับการตอบสนองตอบ

ความต้องการ ก่อให้เกิดความซับซ้อนใจ หงุดหงิดเครียดเป็นอย่างมาก ดังนั้นผู้ดูแลควรทำความเข้าใจการสื่อสารของผู้ป่วยโดยการ 1) หาวิธีการสื่อสารอื่นแทนคำพูด เช่น การเขียน ใช้ภาพสื่อสาร หรือการใช้ท่าทาง 2) ยอมรับการสื่อสารของผู้ป่วยด้วยความอดทนไม่รีบเร่ง 3) ให้ความสนใจต่อสิ่งที่ผู้ป่วยบอก 4) ใช้คำพูดซ้ำๆ ในการสื่อสารกับผู้ป่วย และประสานสายตากับผู้ป่วยขณะพูด (ทิพมาส และ วราภรณ์, 2546) จากการศึกษาของภัทรพร (2543) พบว่า การสื่อสารของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจใช้มากที่สุดคือ การใช้ท่าทางหรือภาษาใบ้ และการสื่อสารที่ผู้ป่วยสื่อออกมา ถ้ามีความคลาดเคลื่อนหรือผิดพลาดในการรับ ก็จะนำมาซึ่งความรู้สึกรู้สึกอึดอัดแก่ผู้ป่วยเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุพัตรา (2536) ที่พบว่า ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยระหว่างการได้รับเครื่องช่วยหายใจ เกิดจากการที่ผู้ป่วยสื่อสารกับผู้อื่นได้ยาก

2.3.2 การฟังเป็นทั้งศิลปะและทักษะของการเรียนรู้ที่จะทำให้ผู้ฟังได้เปิดหู เปิดตา และเปิดใจ (Carson, 1989) การฟังที่ดีควรมีลักษณะของการร่วมรับรู้ความรู้สึกและมีความไวของความรู้สึกที่ได้รับรู้เรื่องราวหรือคำถามที่เกี่ยวข้องกับจิตวิญญาณของผู้ป่วย (Craven & Himle, 2003) และการฟังยังเป็นการประเมินลักษณะของการพูดหรือการแสดงออกของผู้ป่วยที่บ่งบอกถึงความวิตกกังวล ความกลัว ความโกรธ ความรู้สึกเสียใจ (O'Brien, 1999) การตั้งใจฟัง การสะท้อนคำพูดและความคิดของผู้ป่วย การรับฟังด้วยท่าทีที่ยอมรับ ยังเป็นการยอมรับความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น (ทัศนีย์, 2543)

2.4 การช่วยเหลือโดยการกระตุ้นประสาทการรับรู้ คือ การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลโดยการสัมผัส การเปิดโอกาสให้บุคคลที่มีความหมายแก่ผู้ป่วยเข้าเยี่ยม การฟังเทปทขอพรหรือคำปฏิญาณ การช่วยเหลือโดยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดังรายละเอียด คือ

2.4.1 การสัมผัส (Touch) ทำให้สื่อถึงความอบอุ่น ความห่วงใยเอื้ออาทร ความปลอดภัยและมั่นใจ เป็นวิธีการที่สามารถนำมาช่วยเหลือประคับประคองสภาพจิตอารมณ์ของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี การสัมผัสมีความหมายมากกว่าการสื่อสารด้วยคำพูด (Hudak, et al., 1998) การสัมผัสช่วยให้ผู้ที่สัมผัสและผู้ที่ถูกสัมผัสสามารถสร้างความสัมพันธ์ได้ในระยะเวลาอันสั้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านสรีรวิทยาและอารมณ์ สามารถใช้ในเหตุการณ์ที่ไม่สามารถใช้การพูดได้เลย หรือหากพูดอย่างเดียวไม่สามารถสื่อสารได้ดี ผู้ที่สัมผัสควรสังเกตการตอบสนองการสัมผัสในด้านบวกของผู้ป่วย เช่น จากการแสดงออกทางสีหน้า แววตา การยิ้ม ความสงบสุข การผ่อนคลายของผู้ป่วย และการตอบสนองต่อการสัมผัสยังขึ้นกับ เพศ อายุ บุคลิกภาพ และสถานการณ์ในขณะนั้นด้วย นอกจากนั้นการสัมผัสควรคำนึงถึง องค์ประกอบในด้านสังคม วัฒนธรรม ค่านิยม และเจตคติของผู้ป่วยที่มีต่อการสัมผัส ความเป็นเฉพาะรายของผู้ป่วย การสัมผัสต้องมีความรัก ความเมตตาเป็นพื้นฐาน เจตนามุ่งที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย (บุญวาทิ, 2539; Christensen & Kockrow,

2003) ส่วนการตอบสนองต่อผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวหรือบุคคลที่กำลังเผชิญภาวะอันตราย การสัมผัสที่นุ่มนวล มั่นคง จงใจ จะมีผลต่อการทำงานของระบบต่างๆของร่างกายในทางบวก รวมทั้งทำให้บุคคลเหล่านั้นรู้สึกสงบ อบอุ่น และมั่นคงทางอารมณ์ (Weiss, 1986 อ้างตาม บุญวดี, 2539) ดังนั้นผู้ป่วยที่รู้สึกตัวหรือไม่รู้สึกตัวก็ยังคงต้องการสัมผัส เพราะผู้ป่วยคิดว่าแม้ร่างกายจะตายแล้ว แต่จิตวิญญาณยังมีชีวิตอยู่และรับรู้ได้ดี (Nussbaum, 2003)

ส่วนศาสนาอิสลามกล่าวว่าการสัมผัสโดยใช้มือวางบนตัวของผู้ป่วยหรือตรงบริเวณที่เจ็บป่วย และขอพรด้วยถ้อยคำจากข้อความของคัมภีร์อัลกุรอานหรือวจนะของท่านศาสดา จะเป็นการเสริมสร้างกำลังใจที่ดี (อาซิส, 2547) ซึ่งวิธีการนี้ท่านศาสดาเองเคยปฏิบัติเมื่อไปเยี่ยมผู้ป่วย ดังคำกล่าว “ ท่านศาสดา มักจะไปเยี่ยมญาติที่ป่วยบางคนของท่าน และเอามือขวาของท่านลูบตัวพวกเขาพลางพูดว่า โอ้อัลลอฮฺ เจ้าแห่งมนุษยชาติ ขอทรงขจัดความทุกข์ด้วยเถิด ขอจงรักษาโรคให้เถิด เพราะพระองค์คือผู้ทรงรักษา ไม่มีการรักษาใด นอกจากการรักษาของพระองค์ เป็นการรักษาที่ไม่ทิ้งร่องรอยของความเจ็บป่วยไว้เลย ” (มุฮัมมัด, 2544)

จากการศึกษาของเสวตลักษณ์ (2545) ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า การสัมผัสด้วยความนุ่มนวลด้วยความอบอุ่น สัมผัสด้วยสายตาและรอยยิ้ม เป็นการถ่ายทอดความรู้สึกทางใจ อันแสดงถึงการถ่ายทอดความรู้สึกเอื้ออาทร ห่วงใย อบอุ่นใจ เป็นการส่งความปรารถนาให้ผู้ป่วยหายเร็วๆ และการศึกษาของภัทรพร (2543) ซึ่งผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า การดูแลขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจสิ่งที่ส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลมีกำลังใจในการต่อสู้กับโรคร้ายที่กำลังประสบ การดูแลลักษณะหนึ่งคือ การสัมผัสที่อบอุ่นพร้อมคำพูดที่คอยปลอบใจ แม้ผู้ป่วยจะรู้สึกตัวหรือไม่รู้สึกตัวก็ตาม

2.4.2 การเปิดโอกาสให้บุคคลที่มีความหมายแก่ผู้ป่วยเข้าเยี่ยม ความต้องการของบุคคลด้านจิตวิญญาณด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น คือการได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน ผู้นำทางศาสนา การเปิดโอกาสให้บุคคลดังกล่าวได้เยี่ยมผู้ป่วยย่อมมีความหมายสำหรับผู้ป่วย (Highfield, 1992) และการศึกษาของวงรัตน์ (2544) พบว่า การปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณกิจกรรมหนึ่งของญาติ คือ การบอกข่าวแก่บุคคลที่ผู้ป่วยรักเคารพนับถือศรัทธาให้มาเยี่ยมเพื่อให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย

ในการเยี่ยมผู้ป่วย มุสลิมถือว่าการให้การช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์หรือผู้เผชิญความเจ็บป่วยถือเป็นหน้าที่สำคัญประการหนึ่งของมนุษย์ที่จะต้องปฏิบัติ (สิวลี, 2544) และท่านบรมศาสดามุฮัมมัดคืออลฯ ทรงส่งเสริมการเยี่ยมเยียนผู้ป่วยและถือว่าเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานอย่างหนึ่งที่ผู้ป่วยพึงได้รับ (อาซิส, 2547) ดังคำกล่าวที่ท่านบรมศาสดามุฮัมมัดคืออลฯ ได้กล่าวไว้ดังนี้ “ สิทธิซึ่งมุสลิมมีเหนือพี่น้องของเขามีอยู่ห้าประการคือ เขาควรให้สละมตอบ เขาควรไปเยี่ยมคนป่วย เขาควรไปในงานศพ เขาควรรับเชิญ และควรอวยพรให้คนที่กำลังจาม ” ซึ่งการเยี่ยมผู้ป่วยก่อให้เกิด

ผลทางบวกแก่ผู้ป่วยและครอบครัว นอกจากนี้การเยี่ยมผู้ป่วยยังทำให้ผู้ที่ไปเยี่ยมรู้สึกปลอบปล้ำมจิตใจ (มุฮัมมัด, 2544) บทบัญญัติศาสนาอิสลามได้กำหนดมารยาทในการเยี่ยมผู้ป่วยไว้ คือ 1) ไม่ควรยืนตรงประตูขณะขออนุญาตเข้าห้องผู้ป่วย 2) ควรเคาะประตูเพียงเบาๆ 3) ไม่ควรแนะนำตนเองแบบกำกวม 4) ไม่ควรเยี่ยมผู้ป่วยในช่วงเวลาที่ไม่เหมาะสม เช่น ช่วงผลัดเปลี่ยนเสื้อผ้า 5) ควรใช้เวลาเยี่ยมแต่น้อย ยกเว้นบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วยหรือผู้ป่วยต้องการให้อยู่นานๆ 6) หากมีเพศตรงข้ามซึ่งเป็นบุคคลภายนอกอยู่ในห้องด้วย ผู้เยี่ยมพึงหุบตาลงต่ำ 7) ควรถามอาการผู้ป่วยแต่น้อย และแสดงความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย 8) ควรขอพร (ดุอาอฺ) ให้แก่ผู้ป่วย 9) ควรพูดให้ความหวังแก่ผู้ป่วย 10) ควรพูดลอบโยนให้ผู้ป่วยมีความอดทน และสิ่งที่ควรปฏิบัติในการเยี่ยมผู้ป่วยนอกจากมารยาทในการเยี่ยมผู้ป่วย ผู้เยี่ยมควรปฏิบัติ ด้วยการชักชวนให้ผู้ป่วยคิดและปฏิบัติในสิ่งที่ดี ให้ละเว้นหรือเลิกปฏิบัติสิ่งที่ไม่ดี เพราะมุสลิมมีหน้าที่ตักเตือนระหว่างกันและทุกคนต้องน้อมรับการตักเตือนให้กระทำความดี เช่น หากผู้ป่วยละเลยการละหมาด ก็เตือนให้ตระหนักถึงความสำคัญของการละหมาด (อาซิส, 2547) นอกจากนี้บทบัญญัติศาสนาอิสลามเน้นถึงความสำคัญของผู้มาเยี่ยมในการกล่าวขอพร (ดุอาอฺ) ให้แก่ผู้ป่วย ดังเช่น กล่าวว่ “ อัซฮ์ลุ้กุ้ลลอฮ์ อัฎมิ้ ร็อบบั้ล อีร์ซึ้ล อัฎมิ้ อีน ยัซฟีก ” โดยมีความหมายว่า ข้าพเจ้าขอต่อพระองค์อัลลอฮ์ ผู้ทรงยิ่งใหญ่ ผู้ทรงอภิบาล บัลลังก์อันยิ่งใหญ่ ขอพระองค์ทรงได้บำบัดโรคร้ายของท่านด้วยเถิด (อะบูดาูด, อัตติรมิซีย์ อ้างตาม ฆะอาฟิรอมิรี, ม.ป.ป.) “ และอัล-บุดอริ, อ้างตาม มุฮัมมัด (2544) ได้กล่าวว่า การขอพร (ดุอาอฺ) ของผู้มาเยี่ยมผู้ป่วยมีความหมายว่า “ อย่าวิตกไปเลย (มันเป็น) การชำระล้างให้บริสุทธิ์ อินชาอัลลอฮ์ (หากองค์อัลลอฮ์ทรงประสงค์) ”

2.4.3 การเปิดเทปบทขอพรหรือคำปฏิญาณซึ่งมีข้อความในคัมภีร์อัลกุรอานหรือวจนะของท่านศาสดาจะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ตนเองได้ปฏิบัติกิจกรรมด้านศาสนาเช่นเดียวกับอยู่ที่บ้านหรือมัสยิด ได้อยู่ใกล้และได้รับความเมตตาจากองค์อัลลอฮ์ อันจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความไว้วางใจต่อพระองค์ที่จะทำให้ผู้ป่วยหายจากอาการเจ็บป่วย (Hassouneh-Phillips, 2003)

2.4.4 การช่วยเหลือโดยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แม้การให้การดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจต้องอาศัยผู้ที่มีความรู้และทักษะ (Hudak et al., 1998) แต่ในการให้ญาติได้มีส่วนร่วมการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับกิจวัตรในชีวิตประจำวันง่ายๆ ซึ่งญาติสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้โดยไม่ก่อให้เกิดอันตราย เช่น การเช็ดตัว การบีบนวด การช่วยพลิกตะแคงตัว จะช่วยส่งเสริมความหมายและความมีคุณค่าของผู้ป่วย จากการที่มีบุคคลในครอบครัวคอยดูแล (ทัศนีย์, 2543)

3. การตอบสนองความต้องการการมีความหวัง หมายถึง การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณที่เกี่ยวข้องกับการค้นหาแหล่งประโยชน์ที่เป็นความหวังให้แก่

ผู้ป่วย เช่น การมีความรู้สึกต่อผู้อื่นและสิ่งต่างๆในด้านบวก รวมทั้งการรอคอยสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต (Delaune & Ladner, 2002)

ศาสนาอิสลามได้กล่าวเรื่องของการให้ความหวังว่า การหายจากโรคขึ้นอยู่กับพระประสงค์ขององค์อัลลอฮ์ มุสลิมที่เจ็บป่วยจึงต้องวิงวอนขอพรต่อพระองค์ เพื่อให้มีความหวังในความเมตตาจากพระองค์ (คาร์รงค์, 2547) และการให้ความหวังเป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติสำหรับญาติมิตรหรือคนรอบข้างผู้ป่วย เช่น ไม่นำเรื่องผู้ป่วยที่เสียชีวิตไปแล้วมากล่าวให้ผู้ป่วยได้ฟัง แต่ควรนำเรื่องที่ผู้ป่วยเจ็บป่วยนานๆ แล้วหายปกติมากล่าวให้ฟังเพื่อเป็นกำลังใจ และให้ความหวังแก่ผู้ป่วยที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป จริงๆแล้วการให้ความหวังแก่ผู้ป่วยไม่ได้ไปขัดขวางการกำหนดสถานะขององค์อัลลอฮ์แต่อย่างใด นอกจากนี้ผู้ดูแลควรกล่าวคำพูดที่ทำให้ผู้ป่วยหวังว่าจะมีชีวิตต่อไป ดังเช่น กล่าวว่ “ อินชาอัลลอฮ์ พระองค์คงให้ท่านได้หายจากอาการเจ็บป่วย ” “ พระองค์คงให้ท่านมีชีวิตยืนยาว และได้กระทำความดีต่อไป ” (อาซิส, 2547)

จากการศึกษาของเสาวลักษณ์ (2545) พบว่า การสร้างความหวังให้กับผู้ป่วย คือ 1) การเสริมแรงทางบวก โดยพยายามที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอยากมีชีวิตอยู่ต่อไป มีกำลังใจในการต่อสู้กับความเจ็บป่วย ไม่รู้สึกท้อแท้ หหมดหวังกับการเจ็บป่วย การเสริมแรงทางบวกโดยบอกความก้าวหน้าของอาการปัจจุบันของโรคและกล่าวชมเมื่อผู้ป่วยสามารถทำได้ในสิ่งที่พยาบาลให้ทำ 2) การจุดพลังมาจากตัว เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความหวังโดยใช้พลังที่มีอยู่ในตัวพยายามที่จะต่อสู้กับความเจ็บป่วย โดยบอกเน้นย้ำทำได้ด้วยตัวเอง การสนับสนุนจากครอบครัว การคอยดูแลเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยมีพลังในการต่อสู้กับโรคได้ 3) การกระตุ้นให้นึกถึงเป้าหมายของชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของธารทิพย์ (2541) พบว่า กิจกรรมที่ตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณที่เกี่ยวข้องกับความหวังของผู้ป่วยขณะใส่เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างต้องการในระดับมาก ร้อยละ 70 ขึ้นไป มี 3 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่สร้างความมั่นใจในความปลอดภัย และเสริมสร้างกำลังใจ อันเป็นกิจกรรมเกี่ยวกับการเปิดโอกาสหรือสนับสนุนให้ลูกหลาน คู่สมรส หรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแล รวมทั้งการให้ผู้ป่วยได้พบบุคคลดังกล่าวก่อนและหลังได้รับการรักษาพยาบาลที่เป็นอันตรายต่อชีวิต และการกล่าวชมเชย ให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมายที่วางไว้

##### 5. ปัจจัยอื่นๆที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลมุสลิมในการดูแลด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยมุสลิมที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ

ปัจจัยอื่นๆที่มีอิทธิพลต่อผู้ดูแลมุสลิมเพื่อจะตัดสินใจในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย หรือทำให้การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลมีประสิทธิภาพ คือ

## 1. ปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

1.1 เพศ เพศที่ต่างกันจะมีความเชื่อ เจตคติ และค่านิยมที่ต่างกัน กล่าวคือ ผู้ดูแลเพศหญิงจะถูกอบรมเลี้ยงดู ปลูกฝังให้เป็นผู้ดูแลงานบ้านและดูแลสมาชิกในบ้าน การเข้ารับบทบาทผู้ดูแลจะสามารถปรับตัวได้ง่าย (จารุวรรณ, 2544) ดังรายงานการศึกษาหลายฉบับที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนมากเป็นเพศหญิง (กำไล, 2545; จินตนา, 2540; ประเทือง, 2541; สุรรัตน์, 2541)

1.2 อายุ จากการศึกษาของชูชื่น (2541) พบว่า ผู้ดูแลที่มีอายุน้อยกว่ามีการปรับตัวในการรับภาระเป็นผู้ดูแลได้ดีกว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อยกว่า เนื่องจากผู้ดูแลที่มีอายุน้อยกว่ามีประสบการณ์ชีวิตที่มากช่วยให้สามารถทนต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด และสามารถตัดสินใจได้ดีกว่า นอกจากนี้แอนเดอร์และเทอร์เนส (Andershed & Ternstedt, 1998) ยังกล่าวว่าผู้ดูแลที่มีอายุมากอาจทำให้มีอุปสรรคในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย เนื่องจากมีปัญหาเรื่องสุขภาพของตนเอง

1.3 สถานภาพสมรส ในชนบทธรรมเนียมประเพณีไทย เมื่อบิดามารดาเกิดการเจ็บป่วยเป็นหน้าที่ของบุตรที่จะต้องให้การดูแลเป็นการตอบแทนบุญคุณ และถ้าคู่สมรสเจ็บป่วยเป็นหน้าที่ของภรรยาหรือสามีที่จะต้องให้การดูแลปรนนิบัติ (จินตนา, 2540) หากสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันทำให้มีความรักความผูกพันและเอื้ออาทร จะทำให้ผู้ดูแลมีความมุ่งมั่นและเต็มใจที่จะให้การดูแล (จารุวรรณ, 2544)

1.4 การศึกษา พบว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงมักจะตระหนักถึงปัญหาและมีความเข้าใจ มีการใช้เหตุผลและสามารถเลือกวิธีการแก้ปัญหาได้ดี (จารุวรรณ, 2544) และบุคคลที่มีการศึกษาสูงสามารถรับรู้และทำความเข้าใจในสิ่งที่ต้องเรียนรู้ ต้องการข้อมูลที่เป็นประโยชน์ และสิ่งที่ควรปฏิบัติ ตลอดจนการหาแหล่งประโยชน์ต่างๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาน้อย (Muhlenkamp & Sayles, 1986 อ้างตาม สุรรัตน์, 2541)

1.5 รายได้หรือฐานะทางเศรษฐกิจ ความแตกต่างของรายได้มีผลต่อความสนใจในการดูแลผู้ป่วย ถ้าผู้ดูแลมีรายได้สูงทำให้มีความสนใจที่จะดูแลผู้ป่วยเนื่องจากไม่ต้องพะวงกับปัญหาเศรษฐกิจ (Norbeck, 1981 อ้างตาม สุรรัตน์, 2541) สามารถจัดหาหรืออำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วย วิธีการดูแลผู้ป่วย ในขณะที่ผู้ดูแลที่มีปัญหาค่าใช้จ่ายจะทำให้เกิดอุปสรรคต่อการดูแล (จารุวรรณ, 2544) ดังเช่นการศึกษาของลิ (Li, 2005) เกี่ยวกับความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล จำนวน 10 คน พบว่า ปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าเป็นอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยเนื่องจากผู้ดูแลวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะด้านเศรษฐกิจที่จะต้องใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย

1.6 ทัศนคติของผู้ดูแลต่อการมีส่วนร่วม จากการศึกษาของชูชื่น (2541) พบว่า ผู้ดูแลให้ความหมายในการดูแลผู้ป่วยว่าเป็นสิ่งที่มีคุณค่า และจินตนา (2540) กล่าวว่า เมื่อบิดามารดาเกิดการ

เจ็บป่วย เป็นหน้าที่ของบุตรที่จะต้องให้การดูแลเป็นการตอบแทนบุญคุณ และถ้าคู่สมรสเจ็บป่วย เป็นหน้าที่ของภรรยาหรือสามีที่จะต้องให้การดูแลปรนนิบัติ

1.7 ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ผู้ดูแลควรมีสุขภาพแข็งแรงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (ยูพาพิน, 2540) เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์การดูแลได้ดี ดังเช่น การศึกษาของชนัญชิตา, อัจฉรา, และ กนกพร (2548) เรื่องพฤติกรรมการดูแลและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ พบว่า ผู้ดูแลส่วนมากไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 67.78) จึงทำให้สามารถแสดงพฤติกรรมในการดูแลอยู่ในระดับมาก

1.8 ความหวังของผู้ดูแล ความหวังเป็นปัจจัยด้านบวกที่มีต่อความรู้สึกของบุคคล ที่จะทำให้นุคคลมีพลังภายในที่เชื่อมั่นว่าจะบรรลุถึงสิ่งที่ดีในอนาคต (Herth, 1990) ความหวังจึงเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้ดูแลมีการปฏิบัติอย่างมีเป้าหมายและต่อเนื่อง เพราะความหวังก่อให้เกิดพลังและกำลังใจ (จารุวรรณ, 2544) ดังเช่นการศึกษาของนันทพร (2545) พบว่า ผู้ดูแลที่มีความหวังว่าผู้ป่วยสามารถกลับมาเป็นปกติได้ดั้งเดิมหรือสามารถกลับมาใช้ชีวิตประจำวันที่ดีขึ้นกว่าปัจจุบัน มีความสนใจและเอาใจใส่ในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากมีเป้าหมายในการดูแล

1.9 การรับรู้ความสามารถตนเอง (self-efficacy) เป็นความคาดหมายของบุคคลในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติกิจกรรมที่กำหนดภายใต้สถานการณ์ที่แวดล้อมอยู่ (Bandura, 1997 อ้างตามทัศนีย์, 2544) ซึ่งพบว่าผู้ดูแลที่มีการรับรู้ในสมรรถนะในตนเองในระดับสูง จะมีความเชื่อมั่น มีความเพียรพยายามที่จะปฏิบัติกิจกรรม และมีความเข้มแข็งในการที่จะเผชิญกับความเครียด และสถานการณ์หรือเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นได้ดี (Mowat & Laschinger, 1994)

2. สัมพันธภาพในครอบครัว การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยก่อให้เกิดความรัก ความผูกพัน ความใกล้ชิดสนิทสนม ภายใต้พื้นฐานสัมพันธภาพที่ดีต่อกันก่อนการเจ็บป่วย พบว่าเป็นแรงจูงใจที่สำคัญในการตัดสินใจเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแล (จอม, 2541) สอดคล้องกับการศึกษาของชนัญชิตา, อัจฉรา, และ กนกพร (2548) พบว่า ผู้ดูแลและผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีและใกล้ชิดกันทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการดูแลอยู่ในระดับมาก และจากการศึกษาของคิม (Kim, 2001) ซึ่งศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของการดูแลระหว่างบุตรสาวและบุตรสะใภ้ พบว่าการดูแลผู้ป่วยไม่มีความแตกต่างกันเนื่องจากการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล

3. ลักษณะของความเจ็บป่วย การเจ็บป่วยระยะวิกฤตหรือรุนแรงก่อให้เกิดผลกระทบต่อความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยและญาติ โดยอาจจะพบจากการแสดงออกถึงความต้องการด้านจิตวิญญาณอย่างชัดเจน เช่น ความหวาดหวั่นต่อสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปหรือต่อการรักษา ความกลัวอาจจะเป็นความกลัวตาย ความวิตกกังวลอาจจะเป็นวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายหรืออาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย (มัญชุกา, 2545) ซึ่งจากผลกระทบของการเจ็บป่วยจึงเป็นแรงผลักดันให้เกิด



การปฏิบัติของผู้ดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ ดังเช่น การศึกษาของวงรัตน์ (2544) ที่พบว่า ญาติผู้ป่วยวิกฤตปฏิบัติกิจกรรมในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ หลากๆกิจกรรมในระดับมาก

4. ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม โดยศาสนาอิสลามมีการบัญญัติเกี่ยวกับการดูแลผู้เจ็บป่วยว่าเป็นหน้าที่ของญาติมิตรหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง (อาซิส, 2547) กล่าวคือ ให้นุศรมีหน้าที่ที่จะต้องปฏิบัติต่อบิดามารดาของตนด้วยความกตัญญู โดยการปฏิบัติต่อบิดามารดาทั้งการพูดและการกระทำ เพื่อให้บิดามารดามีความสุขอยู่เสมอ (บรรจง, 2543) ดังนั้นเมื่อมีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การตัดสินใจของสมาชิกในครอบครัวมุสลิมต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลอาจเป็นผลมาจากความรัก ความผูกพัน และบทบัญญัติของศาสนา

### สรุปวรรณกรรม

การเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตก่อให้เกิดผลกระทบด้านจิตวิญญาณ จึงทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการด้านจิตวิญญาณ และความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยเป็นความรู้สึกที่ต้องการปัจจัยหลักในการดำรงชีวิตด้านความต้องการการมีความหมายและจุดมุ่งหมายในชีวิต ความต้องการการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งนอกเหนือตนเอง ศาสนา ความต้องการความหวัง และในภาวะเจ็บป่วยพบว่าผู้ดูแลเป็นแหล่งช่วยเหลือด้านจิตวิญญาณที่มีค่าสำหรับผู้ป่วย จึงกล่าวได้ว่าผู้ดูแลเป็นบุคคลที่สำคัญที่สุดในการมีส่วนร่วมดูแลด้านจิตวิญญาณผู้ป่วย แต่ขณะดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลมีการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมรอบตัวหรือสถานการณ์ต่างๆ ซึ่งผู้ดูแลอาจประเมินตัดสินใจว่าสถานการณ์นั้นก่อให้เกิดความเครียดแก่ตนเอง ซึ่งสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดต่อผู้ดูแลประกอบด้วย สถานการณ์ด้านร่างกาย สถานการณ์ด้านจิตใจ และสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อม และการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเป็นการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยทั้ง 3 ด้าน คือ การตอบสนองความต้องการการมีความหมายและจุดมุ่งหมายในชีวิต การตอบสนองความต้องการการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งนอกเหนือตนเอง ศาสนา การตอบสนองความต้องการความหวัง ซึ่งการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลอาจเกิดจากความเข้าใจสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด และการรับรู้ของผู้ดูแลต่อความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย โดยเฉพาะความแตกต่างของวัฒนธรรมและสังคมจะทำให้บุคคลมีการรับรู้ที่ต่างกัน จึงอาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ดูแล ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาความเข้าใจสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด การรับรู้ความต้องการด้านจิตวิญญาณ กับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลมุสลิมในการดูแลด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยมุสลิมที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ