

บทความวิจัย

ปัจจัยทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมุสลิมที่เป็นโรคเรื้อรัง ระยะกลับเข้าสู่การดำเนินชีวิตปกติตามวิถีการเจ็บป่วยเรื้อรัง Predicting Factors of Spiritual Well-Being in Muslim Patients with Chronic Diseases in the Comeback Stage of Chronic Trajectory Illness Model

นิซูไรดา นิมุ^{1*} กาญจน์สุนภัส บาลทิพย์² อภรณ์ทิพย์ บัวเพชร³
Nisuraida Nimu^{1*} Karnsunaphat Balthip² Apornitip Buapetch³

¹พยาบาลวิชาชีพ ศูนย์บริการสุขภาพปฐมภูมิ
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี จังหวัดปัตตานี

¹Nurse Practitioners, Primary Care Unit,
Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Pattani Campus. Pattani, Thailand.

²รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

²Associate Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand.

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

³Assistant Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand.

*ผู้รับผิดชอบหลัก: nisuraida.n@psu.ac.th

*Corresponding author: nisuraida.n@psu.ac.th

Received 3 July 2019 • Revised 11 November 2020 • Accepted 10 January 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณ และปัจจัยทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมุสลิมที่เป็นโรคเรื้อรังระยะกลับเข้าสู่การดำเนินชีวิตปกติตามวิถีการเจ็บป่วยเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมุสลิมที่เป็นโรคเรื้อรังระยะกลับเข้าสู่การดำเนินชีวิตปกติตามวิถีการเจ็บป่วยเรื้อรัง จำนวน 146 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อมูล 5 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) การรับรู้ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย 3) การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา 4) แรงสนับสนุนทางสังคม และ 5) ความผาสุกทางจิตวิญญาณ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมของความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับสูง ($\bar{X} = 98.82, SD = 15.25$) ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณ พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม และการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา สามารถร่วมกันทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณได้ ร้อยละ 73 (adjusted $R^2 = .73, p < .01$) โดยการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายได้ดีที่สุด ($\beta = -.80, p < .01$) ผลการศึกษานี้ให้แนวทางแก่พยาบาลในการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมุสลิมที่เป็นโรคเรื้อรังระยะกลับเข้าสู่การดำเนินชีวิตปกติตามวิถีการเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตอยู่กับโรคอย่างสงบและมีความสุข โดยการใช้ข้อมูลที่สำคัญและจำเป็นเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง เพื่อให้การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยลดลง รวมทั้งควรมีการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม และการส่งเสริมการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาเพิ่มเติมด้วย

คำสำคัญ: ความผาสุกทางจิตวิญญาณ; ผู้ป่วยมุสลิม; โรคเรื้อรัง; วิถีการเจ็บป่วยเรื้อรัง

Abstract

The purpose of this descriptive research was to explore the level of spiritual well-being and factors influencing spiritual well-being in Muslim patients with chronic diseases in the comeback stage of the chronic trajectory illness model. Participants included 146 Muslim patients with chronic diseases in the comeback stage of the chronic trajectory illness model. The research instruments comprised of five sets were 1) a demographic data form, 2) Perceived Severity of illness Questionnaire, 3) Practice Related to Religious Activities Questionnaire, 4) Social Support Questionnaire and 5) Spiritual Well-Being Questionnaire. Data were analyzed by using descriptive statistics and stepwise multiple regression. The results showed that the overall spiritual well-being of Muslim patients with chronic diseases in the comeback stage of the chronic trajectory illness model was at a high level ($\bar{X} = 98.82$, $SD = 15.25$). Severity of illness, social support, and practice religious activities together accounted for 73% of variance in predicting the spiritual well-being in Muslim patients with chronic diseases in the comeback stage of the chronic trajectory illness model (adjusted $R^2 = .73$, $p < .01$). The best predictor was perceived severity of illness (standardized coefficient, $\beta = -.80$, $p < .01$). The results of this study provide guidelines for nurses to promote spiritual well-being in Muslim patients with chronic diseases in the comeback stage of the chronic trajectory illness model to live with the disease in harmony by providing important and essential information about the illness in order to reduce the perceived severity of illness, promote social support, and practice religious activities.

Key words: chronic disease; Muslim patient; spiritual well-being; trajectory illness model

ความเป็นมาของปัญหา

อุบัติการณ์ของการเจ็บป่วยด้วยภาวะโรคเรื้อรังทั่วโลกและประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยโรคเรื้อรังที่มีผลต่อสุขภาพคนไทยสูงสุด 5 โรค ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคมะเร็ง¹ และจากสถิติโรคเรื้อรัง 3 ปีย้อนหลัง (พ.ศ. 2556 - พ.ศ. 2558) พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 2,335 2,511.4 และ 2,788.4 ต่อประชากรแสนคน อัตราป่วยด้วยโรคหัวใจ 1,738.8 1,807.9 และ 1,892.2 ต่อประชากรแสนคน อัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวาน 964.7, 1,138.9 และ 1,166.5 ต่อประชากรแสนคน อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 516.5, 711.5 และ 757.8 ต่อประชากรแสนคน และอัตราการป่วยด้วยโรคมะเร็งเป็น 410, 608 และ 606 ต่อประชากรแสนคน¹ สถิติโรคเรื้อรังในภาคใต้ตอนล่าง (ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส) พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคเรื้อรังสูงสุด 5 โรค ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และจากสถิติโรคเรื้อรัง 3 ปีย้อนหลัง (พ.ศ. 2556 - พ.ศ. 2558) พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือด 387 480 และ 554 ต่อประชากร

แสนคน อัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 339 536 และ 799 ต่อประชากรแสนคน อัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 248 590 และ 748 ต่อประชากรแสนคน อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน 228 388 และ 447 ต่อประชากรแสนคน อัตราการป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 99 108 และ 112 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ¹ ซึ่งจะเห็นได้ว่าอุบัติการณ์การเกิดโรคเรื้อรังในภาคใต้ตอนล่างมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นเดียวกับในระดับประเทศ

โรคเรื้อรัง สามารถแบ่งตามกรอบแนวคิดวิถีการเจ็บป่วย (trajectory framework) ได้ 9 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะก่อนการเจ็บป่วย 2) ระยะเริ่มเจ็บป่วย 3) ระยะคงที่ 4) ระยะไม่คงที่ 5) ระยะเจ็บป่วยหนัก 6) ระยะวิกฤต 7) ระยะกลับเข้าสู่การดำเนินชีวิตปกติ 8) ระยะอาการเลวลง และ 9) ระยะใกล้ตาย² สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะกลับเข้าสู่การดำเนินชีวิตปกติ เป็นช่วงของการผ่านพ้นช่วงเวลาที่มีความตึงเครียด ผ่านประสบการณ์ที่รุนแรงหรือเกือบเสียชีวิต ส่งผลให้อวัยวะสูญเสียหน้าที่หรือมีความพิการจากพยาธิสภาพ เช่น อัมพาต ที่ส่งผลให้เกิดข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว² ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ และเมื่อโรคมีความรุนแรงขึ้น อาการต่างๆ จะค่อยๆ ทรุดลงและต้องมีชีวิตอยู่กับ

ข้อจำกัด^๒ นอกจากนี้ผู้ป่วยระยะนี้ต้องเผชิญกับสิ่งที่คุกคาม และต้องปรับตัวกับการสูญเสีย เช่น ด้านอาชีพการงาน และด้านสังคม ทำให้ต้องเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัว ต้องออกจากงาน ทำให้สูญเสียรายได้ ต้องพึ่งพาอาศัยบุคคลอื่น และเป็นภาระต่อบุคคลอื่นเป็นระยะเวลายาวนาน ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการพยาบาล ค่าเดินทาง และค่าตรวจรักษา^{๒,๓-๕} ผู้ป่วยในระยะนี้อาจเกิดความกลัวที่จะกลับมาเป็นซ้ำ เกิดการสูญเสียความมีคุณค่าในตนเองและภาพลักษณ์ เกิดความผิดหวัง ความเครียด ความรู้สึกซึมเศร้า ความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต เกิดความทุกข์ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และมีผลต่อความหมายของการมีชีวิต และความผาสุกในชีวิต เป็นสาเหตุให้เกิดความวิตกกังวลและภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ^{๓,๔,๖} การดูแลด้านจิตวิญญาณจึงมีความสำคัญสำหรับผู้ป่วย โดยการดูแลด้านจิตวิญญาณ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกเป็นสุขสงบได้เมื่อยามเจ็บป่วย ตระหนักถึงความต้องการตอบสนองด้านจิตวิญญาณที่มักเกิดขึ้นมากกว่าผู้ป่วยอื่นๆ โดยทั่วไป^{๔-๘}

จิตวิญญาณเป็นแกนหลักของชีวิตในการประสานการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ สังคม เป็นสิ่งยึดเหนี่ยวของจิตใจ จิตวิญญาณช่วยส่งเสริมให้เกิดความเข้มแข็งในตนเอง สามารถเผชิญหน้ากับสภาวะต่างๆ ช่วยให้ค้นพบความหมายของชีวิต การเจ็บป่วย และความตาย^๕ เกิดการรับรู้ถึงความผาสุกมิติด้านจิตวิญญาณ โดยความผาสุกด้านจิตวิญญาณจะขึ้นอยู่กับวัฒนธรรม วิถีชีวิต ความเชื่อ ความศรัทธา ปรัชญาในการดำเนินชีวิต และการนับถือศาสนา^{๙,๑๐} ความเชื่อทางศาสนาถือเป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อแนวคิดทัศนคติและการดำเนินชีวิตของบุคคล ก่อให้เกิดกำลังใจที่เข้มแข็ง และลดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย^๑

บริบทชาวมุสลิมมีการดำเนินชีวิตตามวิถีทางศาสนา และมีพระผู้เป็นเจ้าเป็นสิ่งยึดเหนี่ยว^{๑,๑๐} ซึ่งจะส่งผลต่อสุขภาวะด้านจิตวิญญาณที่แตกต่างกัน ดังนั้นวิถีชีวิตประจำวันของผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามดำเนินไปตามหลักคำสอนของศาสนาแม้ว่าจะมีความเจ็บป่วย โดยเชื่อว่าการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตตามหลักศาสนาอิสลาม ถือเป็นความประสงค์ของพระเจ้า เป็นสิ่งที่พระเจ้าประทานมาให้เพื่อเป็นบททดสอบความศรัทธาของพระเจ้า^{๑๐,๑๑} จากหลักคำสอนของศาสนา คุณค่า ความเชื่อ วิธีการดำรงชีวิต ส่งผลให้ผู้ป่วยเรื้อรังมุสลิมมีความแตกต่างจากศาสนาอื่นๆ โดยเฉพาะเมื่อบุคคลมีความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ไม่เพียงแต่เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่จำเป็นต้องได้รับการดูแล

รักษาต่อเนื่องไปตลอดชีวิต^{๑๒} ซึ่งบุคคลเหล่านี้ย่อมต้องการการพยาบาลแบบครบวงจรรวมทั้งที่ครอบคลุมมิติจิตวิญญาณ ดังนั้นทีมสุขภาพจำเป็นต้องให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่มีลักษณะเฉพาะทางวัฒนธรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วย ได้แก่ ความศรัทธาทางศาสนา วัฒนธรรมและความเชื่อในการดำรงชีวิตอยู่ แนวปฏิบัติทางศาสนา ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย การเผชิญกับเหตุการณ์วิกฤตในชีวิต การสนับสนุนทางสังคม อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ ศาสนา สัมพันธภาพในครอบครัว ระยะเวลาการเจ็บป่วยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา^{๑๓,๑๔} สำหรับในประเทศไทยส่วนใหญ่จะศึกษาในผู้ป่วยที่นับถือศาสนาพุทธ เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยผู้สูงอายุ^{๑๕} ผู้ป่วยมะเร็ง^{๑๖} และผู้ป่วยระยะสุดท้าย^{๑๗} โดยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วย ได้แก่ การปฏิบัติธรรม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ความรุนแรงของโรค แรงสนับสนุนทางสังคม และการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา^{๑๕,๑๘} โดยมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ($r = 0.33-0.67$) อย่างไรก็ตามการศึกษาในบริบทมุสลิมของไทยยังมีน้อย ปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมุสลิมในต่างประเทศที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม จะเป็นการศึกษาในผู้ป่วยมุสลิมที่เป็นโรคมะเร็ง^{๑๑,๑๙-๒๑} และผู้ป่วยจิตเวช^{๒๒} โดยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณที่อยู่ในระดับปานกลางถึงสูง ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม^{๑๑,๑๗-๑๙} มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางถึงระดับสูง ($r = 0.33-0.86$) การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา^{๑๙,๒๒,๒๓} ($r = 0.25-0.61$) และการรับรู้ความรุนแรงของโรค^{๒๐,๒๑,๒๔}

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณ และปัจจัยที่สามารถทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่อยู่ในระยะกลับเข้าสู่การดำเนินชีวิตปกติในพื้นที่ ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งมีประชากรที่เป็นมุสลิม ร้อยละ ๘๒.๑๖^{๒๕} และมีบริบททางสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ ตลอดจนขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรมที่แตกต่างจากบริบทอื่น เช่น การอาศัยอยู่กันเป็นครอบครัวใหญ่ การใช้ภาษามลายู เป็นต้น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจน สอดคล้องกับความเชื่อ ความศรัทธาทางศาสนา

ชนบทรรมนิยมประเพณีและวัฒนธรรมภายใต้บริบทของศาสนาอิสลาม โดยปัจจัยที่นำมาศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา และแรงสนับสนุนทางสังคม ผลที่ได้จากการวิจัยจะช่วยให้พยาบาลทราบปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณ ตระหนักถึงความสำคัญและแสวงหาแนวทางส่งเสริมให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคเรื้อรังมุสลิมที่อยู่ในระยะกลับเข้าสู่การดำเนินชีวิตปกติ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความสามารถในการปรับตัวเพื่อเผชิญกับความเจ็บป่วย สามารถใช้ชีวิตภายใต้ข้อจำกัด และมีชีวิตอยู่กับโรคอย่างสงบและมีความสุข

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่ออธิบายระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมุสลิมที่เป็นโรคเรื้อรังระยะกลับเข้าสู่การดำเนินชีวิตปกติตามวิถีการเจ็บป่วยเรื้อรัง
2. เพื่ออธิบายอำนาจการทำนายของการรับรู้ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา และแรงสนับสนุนทางสังคม ที่มีผลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมุสลิมที่เป็นโรคเรื้อรังระยะกลับเข้าสู่การดำเนินชีวิตปกติตามวิถีการเจ็บป่วยเรื้อรัง

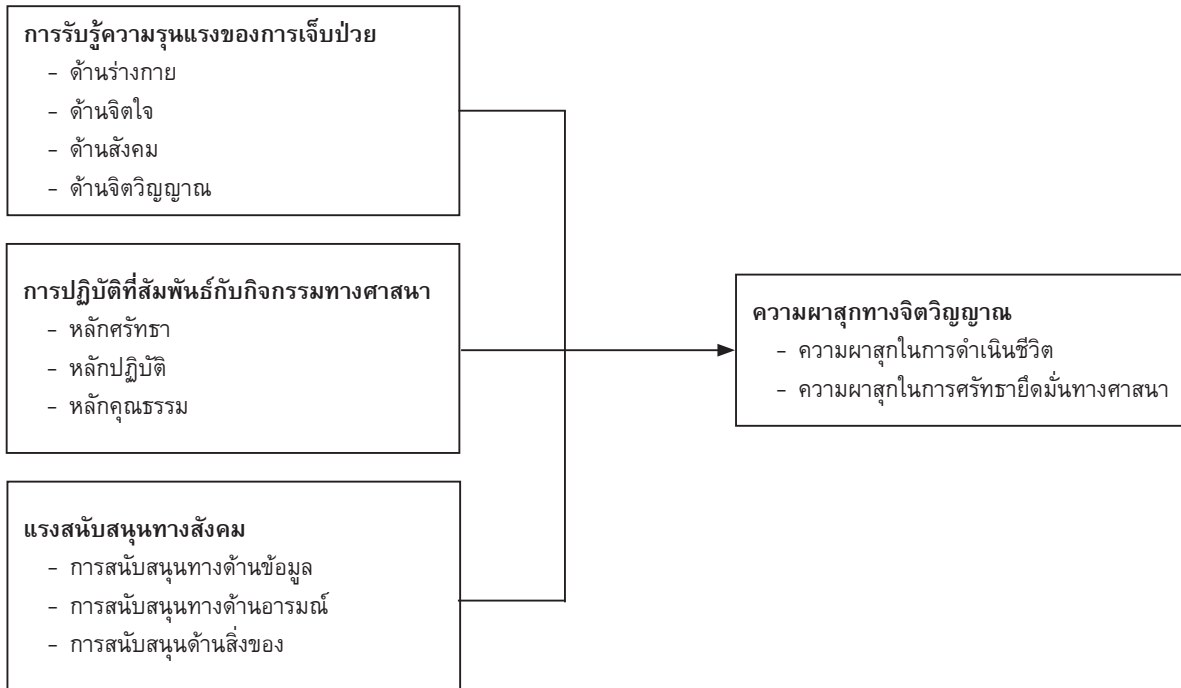
รูปแบบการศึกษา

สมมติฐาน

การรับรู้ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา และแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมุสลิมที่เป็นโรคเรื้อรังระยะกลับเข้าสู่การดำเนินชีวิตปกติตามวิถีการเจ็บป่วยเรื้อรังได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วย โดยมีปัจจัยสำคัญดังนี้ แรงสนับสนุนทางสังคม^{11,17-19} การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา^{9,22,23} การรับรู้ความรุนแรงของโรค^{20,21,24} และความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมุสลิมที่เป็นโรคเรื้อรังระยะกลับเข้าสู่การดำเนินชีวิตปกติตามวิถีการเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณของ Palouzian and Ellision²⁶ ที่ได้กล่าวถึงความหมายของความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณว่าเป็นความรู้สึกภายในจิตใจของบุคคลที่แสดงถึงภาวะสงบเป็นสุข มีความเข้มแข็งในจิตใจ ยอมรับความจริง มีเป้าหมายในชีวิต มีความหวัง ยอมรับ และพึงพอใจในสิ่งที่เป็นอย่างของตนเอง ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ความผาสุกในการดำเนินชีวิต และความผาสุกในการศรัทธายึดมั่นทางศาสนา ร่วมกับแนวคิดหลักศาสนาอิสลาม ประกอบด้วยหลักพื้นฐาน 3 ประการ คือ (1) ความเชื่อและความศรัทธา (2) การปฏิบัติตามหลักศาสนา และ (3) หลักคุณธรรม ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมุสลิมที่เป็นโรคเรื้อรัง ระยะกลับเข้าสู่การดำเนินชีวิตปกติตามวิธีการเจ็บป่วยเรื้อรัง

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (predictive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยมุสลิมที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่อยู่ในระยะกลับเข้าสู่การดำเนินชีวิตปกติตามวิธีการเจ็บป่วยเรื้อรัง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมุสลิมที่เป็นโรคเรื้อรังระยะกลับเข้าสู่การดำเนินชีวิตปกติตามวิธีการเจ็บป่วยเรื้อรัง เตรียมจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หรือผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายใน 14 วัน ในภาคใต้ตอนล่าง 3 จังหวัด ได้แก่ ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส โดยทำการศึกษาในโรงพยาบาลประจำจังหวัดระดับระดับตติยภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลปัตตานี โรงพยาบาลศูนย์ยะลา และโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ทำการศึกษาช่วงเดือนมกราคม - พฤษภาคม 2561 คำนวณด้วยสูตรของ Cohen²⁷ กำหนดระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ 95% (a = .05) กำหนดอำนาจการทดสอบ (power) ที่ .80 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 109 ราย เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล ผู้วิจัยจึงเลือกเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจำนวนรวม 150 ราย

เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและเพียงพอ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยมุสลิมวัยผู้ใหญ่ อายุ 20-60 ปี ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและอยู่ในระยะกลับเข้าสู่การดำเนินชีวิตปกติเตรียมจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หรือผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายใน 14 วัน ในภาคใต้ตอนล่าง 3 จังหวัด ได้แก่ ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส
2. เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังใน 5 กลุ่มโรค คือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคหลอดเลือดสมอง
3. เป็นผู้ป่วยที่ผ่านช่วงภาวะวิกฤตอย่างใดอย่างหนึ่ง จำแนกตามระบบอวัยวะ ดังนี้
 - 3.1 ระบบหลอดเลือดและหัวใจ คือ 1) เคยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 2) เคยมีภาวะหัวใจล้มเหลว 3) เคยมีความดันโลหิตสูงวิกฤต เป็นภาวะความดันโลหิตสูงอย่างเฉียบพลัน โดยมีความดันไดแอสโตลิกสูงมากกว่า 130 มม.ปรอท เป็นเวลานาน²⁸ หรือ 4) เคยมี Functional class 3 คือ มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ ชัดเจน โดยถ้ามีกิจกรรมซึ่งน้อยกว่ากิจกรรมตามปกติ เช่น

อาบน้ำ แต่งตัว จะมีอาการอ่อนเพลีย ใจสั่น หายใจลำบาก หรือเจ็บแน่นหน้าอกได้ แต่จะดีขึ้นเมื่อได้พัก หรือ Functional class 4 คือ ไม่สามารถทำกิจกรรม และมีอาการเหนื่อยแม้แต่อยู่เฉยหรือขณะพัก²⁹

3.2 ระบบหายใจ คือ 1) เคยมีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน หรือ 2) เคยมีอาการหายใจถูกกดอย่างเฉียบพลันในผู้ใหญ่ (Adult Respiratory Distress Syndrome, ARDS)

3.3 ระบบทางเดินปัสสาวะ คือ เคยมีภาวะไตวายเฉียบพลัน (Acute renal failure) หรือมีการลดลงของอัตราการกรองของไตปานกลาง คือ น้อยกว่า 60 มล.ต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวกาย 1.73 ตร.ม. หรือมีระดับความรุนแรงที่ระยะที่ 3 ขึ้นไป²⁸

3.4 ระบบประสาท คือ 1) เคยมีภาวะความดันในสมองสูง หรือ 2) เคยมีภาวะอัมพาต

3.5 ระบบต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึม คือ 1) เคยมีภาวะกรดจากเบาหวาน (Diabetic ketoacidosis) หรือ 2) เคยมีภาวะไม่รู้สึกตัวจากเบาหวาน (Hyperosmolar hyperglycemic nonketotic coma)²⁸

4. ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ผลรวมคะแนนอยู่ในช่วง 5-11 คะแนน (ระดับการพึ่งพาในระดับปานกลางถึงรุนแรง)

5. มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารได้ทั้งภาษาไทยและภาษายาวี

6. ยินดีเข้าร่วมในการทำวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยมีอาการกำเริบรุนแรงขึ้นและอยู่ในช่วงภาวะวิกฤต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย แบบสอบถามทั้งหมด 7 ส่วน โดยในการเก็บข้อมูลผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะอ่านให้ฟังและให้กลุ่มตัวอย่างตอบ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. แบบประเมินระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) ของ Jitapunkul³⁰ โดยกำหนดคะแนน อยู่ในช่วง 5-11 คะแนน (ระดับการพึ่งพาในระดับปานกลางถึงรุนแรง) ตามเกณฑ์คัดเข้าศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง

2. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย จำนวน 16 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสายสามัญ ระดับการศึกษาสายศาสนา อาชีพก่อนการเจ็บป่วย รายได้ การประกอบอาชีพปัจจุบัน แหล่งที่มาของรายได้

ความเพียงพอของรายได้ การอยู่อาศัย โรคประจำตัว ระยะเวลาของการเจ็บป่วย ประวัติการรับการรักษาในโรงพยาบาลการวินิจฉัยโรค และการเข้าร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาต่อสัปดาห์

3. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ผู้ดูแลหลัก ผู้ช่วยในการดูแล การพักอาศัย โรคประจำตัว และประสบการณ์การดูแล

4. แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยขออนุญาตดัดแปลงมาจากแบบวัดของ Noipiang³¹ ร่วมกับทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและดัดแปลงให้เหมาะสมกับสังคมและวัฒนธรรมในบริบทของชาวมุสลิม จำนวน 18 ข้อ ซึ่งเมื่อผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ผู้วิจัยได้มีการปรับข้อคำถามให้มีความชัดเจนและสอดคล้องตามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองใช้เพื่อหาค่าความสอดคล้องของเครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .83 และเมื่อพิจารณาจากค่า Corrected Item Total Correlation ที่มีค่าน้อยกว่า .30 พบว่า มี 3 ข้อ ผู้วิจัยจึงได้มีการปรับลดข้อคำถามเหลือ 15 ข้อ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .86 ลักษณะการตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าที่เลือกตอบได้ 5 ระดับ คะแนนรวมมาก หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับมาก นำคะแนนที่ได้มาแบ่งเป็นระดับโดยใช้เกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้ การรับรู้ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยอยู่ในระดับต่ำ 15-34 คะแนน ระดับปานกลาง 35-54 คะแนน และระดับสูง 55-75 คะแนน

5. แบบประเมินการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องโดยใช้แนวคิดหลักศาสนาอิสลาม จำนวน 15 ข้อ เมื่อผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ผู้วิจัยได้มีการปรับข้อคำถามให้มีความชัดเจนและสอดคล้องตามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ แยกข้อคำถามออกเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อ 1-11 ลักษณะการตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าที่เลือกตอบได้ 4 ระดับ คะแนนรวมมาก หมายถึง มีการปฏิบัติสัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาอยู่ในระดับมาก ส่วนที่ 2 ข้อ 12-15 ลักษณะการตอบเป็นแบบเลือกตอบตามความคิดในการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา โดยมีตัวเลือก ได้แก่ เพิ่มขึ้น เท่าเดิม

ลดลง และไม่ปฏิบัติ และนำไปทดลองใช้เพื่อหาค่าความสอดคล้องของเครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .88 ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบให้เลือกตอบ จำนวน 15 ข้อ โดยข้อ 1-11 ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ พิจารณาให้คะแนน ดังนี้ 1 หมายถึง ไม่มีการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาในข้อนั้นเลย 2 หมายถึง มีการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาในข้อนั้น 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ 3 หมายถึง มีการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาในข้อนั้น 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ และ 4 หมายถึง มีการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาในข้อนั้น > 4 ครั้ง/สัปดาห์ ส่วนข้อ 12-15 ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ พิจารณาให้คะแนน ดังนี้ 1 หมายถึง ไม่มีการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาในข้อนั้นเลย 2 หมายถึง มีการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาในข้อนั้นลดลง 3 หมายถึง มีการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาเท่าเดิม และ 4 หมายถึง มีการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาเพิ่มขึ้น

เกณฑ์การให้คะแนนสำหรับข้อคำถาม คำนวณจากข้อคำถาม 11 ข้อใน ส่วนที่ 1 กำหนดให้ 1 มีค่าเท่ากับ 1 คะแนน 2 มีค่าเท่ากับ 2 คะแนน 3 มีค่าเท่ากับ 3 คะแนน และ 4 มีค่าเท่ากับ 4 คะแนน คะแนนรวมของแบบวัดการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา อยู่ในช่วง 11-44 คะแนน จากข้อคำถาม 11 ข้อในส่วนแรก คะแนนรวมมาก หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติสัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาอยู่ในระดับสูง นำคะแนนที่ได้มาแบ่งเป็นระดับ โดยใช้เกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้ มีการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาอยู่ในระดับต่ำ 11-22 คะแนน ระดับปานกลาง 23-33 คะแนน และระดับสูง 34-44 คะแนน ส่วนข้อคำถามอีก 4 ข้อ ในส่วนที่ 2 คือ ข้อที่ 12-15 คิดค่าเป็นร้อยละ เพื่ออธิบายและเป็นข้อมูลสนับสนุนการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาของผู้ป่วยมุสลิมที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่อยู่ในระยะกลับเข้าสู่การดำเนินชีวิตปกติตามวิถีการเจ็บป่วยเรื้อรัง

6. แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม ประเมินด้วยแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer et al. แปลและดัดแปลงโดย Hanucharumkul³² โดยผู้วิจัยขออนุญาตมาใช้ในการศึกษาคั้งนี้ เมื่อผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ผู้วิจัยได้มีการปรับข้อคำถาม โดยเพิ่มข้อคำถามอีก 2 ข้อตามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ในด้านข้อมูลข่าวสารและด้านอารมณ์ ให้แยก

ระหว่างสมาชิกในครอบครัว และบุคลากรทางสาธารณสุข เพื่อให้สามารถทราบความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง และนำไปทดลองใช้เพื่อหาค่าความสอดคล้องของเครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .94 ซึ่งมีจำนวนคำถามทั้งหมด 9 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าที่เลือกตอบได้ 5 ระดับ คะแนนรวมมาก หมายถึง การได้รับสนับสนุนจากสังคมมาก นำคะแนนที่ได้มาแบ่งเป็นระดับโดยใช้เกณฑ์การแปลผลคะแนน ได้ดังนี้ มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ 9-20 คะแนน ระดับปานกลาง 21-32 คะแนน และระดับสูง 33-45 คะแนน

7. แบบสอบถามความผาสุกทางจิตวิญญาณ เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยขออนุญาตดัดแปลงมาจากแบบสอบถามแบบประเมินความผาสุกด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยภาวะวิกฤตของ Kongjun³ โดยใช้กรอบแนวคิดของ Palouzin and Ellision²⁶ ซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณ 2 ด้าน ดังนี้ (1) ความผาสุกในการดำเนินชีวิต มีคำถามทั้งหมด 10 ข้อ และ (2) ความผาสุกด้านความศรัทธา ร่วมกับทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและดัดแปลงให้เหมาะสมกับสังคมและวัฒนธรรมในบริบทของชาวมุสลิม มีคำถามทั้งหมด 16 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนรวมมาก หมายถึง ความผาสุกทางจิตวิญญาณมาก นำคะแนนที่ได้มาแบ่งเป็นระดับโดยใช้เกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้ มีความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับต่ำ คะแนน 26-60 คะแนน ระดับปานกลาง คะแนน 61-95 คะแนน และระดับสูง คะแนน 96-130 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม ได้แก่ แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย แบบประเมินการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน คือ อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 2 ท่าน และอาจารย์ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านแนวคิดศาสนาอิสลาม จำนวน 1 ท่าน โดยได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity Index: CVI) เท่ากับ .83 .80 .86 และ .92 ตามลำดับ

2. ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้ง 4 ชุด ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย แบบประเมินการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณ เทียบกับ .86 .88 .94 และ .96 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นเตรียมการ ผู้วิจัยทำหน้าที่ขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย จากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ พร้อมแนบหนังสือจริยธรรมการวิจัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจังหวัดปัตตานี โรงพยาบาลยะลา และโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และขอจริยธรรมการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ทำการศึกษาสำรวจ โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 30 ราย เพื่อทดลองการใช้และปรับปรุงแนวคำถามก่อนที่จะนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลจริง ร่วมกับเตรียมผู้ช่วยวิจัยในการเก็บข้อมูลวิจัย จำนวน 1 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ ติ๊กอายุรกรรม โรงพยาบาลยะลา โดยดำเนินการ ดังนี้ 1) ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย 2) อธิบายนิยามศัพท์ และข้อคำถามในแต่ละข้อ และ 3) ให้ผู้ช่วยวิจัยสาธิตย้อนกลับในการถามคำถามและอธิบายในแต่ละข้อ ขั้นตอนต่อไป คือ ขั้นตอนการเก็บผู้วิจัยดำเนินการในการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้ 1) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนด 2) สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถยอมรับและปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ส่งผลกระทบใดๆ และข้อมูลที่ได้จะปกปิดเป็นความลับ และ 3) ขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยตอบแบบสอบถามโดยใช้เวลา 40 นาทีหลังการตอบแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยตรวจสอบคำตอบให้สมบูรณ์ แล้วจึงนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์โดยวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปด้วยสถิติพรรณนา คือ ร้อยละ แจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุ (multiple regression analysis) โดยใช้วิธี stepwise ทั้งนี้ได้มีการทดสอบตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ³³ ดังนี้ 1) มีการแจกแจงข้อมูลตัวแปรเป็นโค้งปกติ จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 150 คน มีการตรวจสอบ normality ของตัวแปร พบว่า มีการกระจายของข้อมูลไม่เป็นปกติ ผู้วิจัยจึงตัด outliers ออก และได้ทำการตรวจสอบ normality ของตัวแปร (N = 146) โดยผลจากการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของข้อมูล ด้วย skewness kurtosis พบว่า เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น 2) ตัวแปรในการทำนายจะต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (Multicollinearity) โดยมีความสัมพันธ์กันเองของตัวแปรไม่สูงกว่า .70³³ ซึ่งเมื่อทดสอบ พบว่า ไม่มีตัวแปรอิสระคู่ใดมีความสัมพันธ์กันสูงเกิน .70 ($r = .27-.36, p < .01$) 3) พิจารณาค่า VIF (variance inflation factor) ของการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม และการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมศาสนา ซึ่งมีค่าปกติไม่เกิน 10 สำหรับการศึกษารั้งนี้ได้ 1.22, 1.15 และ 1.08 ตามลำดับ และ 4) ค่า tolerance ของการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม และการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมศาสนา ซึ่งมีค่าปกติเท่ากับ 0-1 โดยหากมีค่าเข้าใกล้ 0 มาก หมายความว่า ระดับความสัมพันธ์ของตัวแปรยิ่งสูง สำหรับการศึกษารั้งนี้ มีค่าเท่ากับ .82, .87 และ .93 ตามลำดับ รวมทั้งค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรต้นและตัวแปรตาม ซึ่งต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (autocorrelation) จึงสรุปได้ว่า เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำตัวแปรทุกตัวมาวิเคราะห์ในสมการถดถอยพหุแบบขั้นตอน

จริยธรรมในการวิจัย

การศึกษารั้งนี้ ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างทุกราย เพื่อให้เกิดผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างน้อยที่สุด ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีอาการกำเริบ ผู้วิจัยจะพักการเก็บข้อมูลและรอจนกว่าสามารถให้ข้อมูลได้ หรือถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่สามารถให้ข้อมูลต่อได้ จะคัดออกตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการประเมินจริยธรรมทางการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (เลขที่ให้การรับรอง NREC 2017-NSt001 วันที่ 17 ธันวาคม 2559) และจัดทำเอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างแนบกับแบบสอบถาม พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยในการตอบรับหรือปฏิเสธ

การเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งขึ้นอยู่กับความสมัครใจ หากผู้เข้าร่วมการวิจัยต้องการขอหยุดการเข้าร่วมการวิจัย ก็สามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ และผู้เข้าร่วมการวิจัยจะลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนการเก็บข้อมูล

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 146 คน เป็นเพศชาย 92 คน (ร้อยละ 63) มีอายุเฉลี่ย 53.58 ปี อยู่ในช่วงอายุ 51-60 ปี 94 คน (ร้อยละ 64.40) รองลงมาอยู่ในช่วง 41-50 ปี 44 คน (ร้อยละ 30.10) สถานภาพคู่ 101 คน (ร้อยละ 69.20) ระดับการศึกษาสายสามัญ ระดับประถมศึกษา 57 คน (ร้อยละ 39) รองลงมา คือ ระดับปริญญาตรี 37 คน (ร้อยละ 25.30) ระดับการศึกษาสายศาสนา ระดับอิมดาติยะห์ 48 คน (ร้อยละ 32.90) รองลงมา คือ มุตะวัชชีฎาะฮ์ 45 คน (ร้อยละ 30.80) ก่อนการเจ็บป่วยประกอบอาชีพค้าขาย 46 คน (ร้อยละ 31.50) รองลงมา คือ เกษตรกรรม 39 คน (ร้อยละ 26.70) ก่อนเจ็บป่วยมีรายได้ต่อเดือน อยู่ในช่วง 10,001-15,000 บาท 54 คน (ร้อยละ 37) ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ 99 คน (ร้อยละ 67.80) และแหล่งที่มาของรายได้ในปัจจุบัน ได้รับจากบุตรหลาน 59 คน (ร้อยละ 40.40) ก่อนการเจ็บป่วยมีรายได้เพียงพอและมีเงินเหลือเก็บ 103 คน (ร้อยละ 70.50) ในขณะเจ็บป่วยมีรายได้เพียงพอ แต่ไม่มีเงินเหลือเก็บ 71 คน (ร้อยละ 48.60) ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว 138 คน (ร้อยละ 94.50) มีโรคประจำตัว 142 คน (ร้อยละ 97.30) มีโรคความดันโลหิตเป็นโรคประจำตัว 95 คน (ร้อยละ 65.10) ระยะเวลาของการเจ็บป่วยในครั้งนี้ เฉลี่ย 30.36 วัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่เคยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล 126 คน (ร้อยละ 86.30) และมีการปฏิบัติอะมัลอิบาตะฮมากกว่าเดิมเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเจ็บป่วย 123 คน (ร้อยละ 84.20)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลผู้ดูแลผู้ป่วย

ผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 146 คน เป็นเพศหญิง 91 คน (ร้อยละ 62.30) เป็นเพศชาย 55 คน (ร้อยละ 37.70) มีอายุเฉลี่ย 44 ปี อยู่ในช่วงอายุ 41-60 ปี 64 คน (ร้อยละ 43.80) ส่วนใหญ่สถานภาพคู่ 114 คน (ร้อยละ 78.10) ศึกษาในระดับปริญญาตรี 74 คน (ร้อยละ 50.70) ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย 40 คน (ร้อยละ 27.40) รองลงมา คือ ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ 36 คน (ร้อยละ 24.70) มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นคู่สมรส 75 คน (ร้อยละ 51.40) รองลงมาเป็นบุตร 48 คน (ร้อยละ 32.90) การให้การดูแลผู้ป่วย เฉลี่ย 10.11 ชั่วโมง/วัน โดยมีผู้อื่นคอยช่วยเหลือในการดูแล 121 คน (ร้อยละ 82.90) มีผู้ช่วยในการดูแล 1 คน จำนวน 68 คน (ร้อยละ 46.60) ผู้ดูแลไม่มีโรคประจำตัว 79 คน (ร้อยละ 54.10) ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยและทำงานบ้าน 81 คน (ร้อยละ 55.50) มีรายได้มากกว่า 20,000 บาท (ร้อยละ 54.10) พักอาศัยในบ้านเดียวกับผู้ป่วย 137 คน (ร้อยละ 93.80) และไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยรายอื่น 131 คน (ร้อยละ 89.70)

ส่วนที่ 3 ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมุสลิมที่เป็นโรคเรื้อรังระยะกลับเข้าสู่การดำเนินชีวิตปกติตามวิถีการเจ็บป่วยเรื้อรัง

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมของความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับสูง ($\bar{X} = 98.82, SD = 15.25$) และเมื่อวิเคราะห์ความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นรายด้าน พบว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณด้านความผาสุกในการดำเนินชีวิตมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 33.16, SD = 6.94$) ส่วนความผาสุกทางจิตวิญญาณด้านความศรัทธามีคะแนนอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 65.66, SD = 8.89$) (ตาราง 1)

ตาราง 1 ค่าคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณโดยรวมและรายด้าน (N = 146)

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ	ค่าคะแนน		Mean	SD	ระดับ
	ต่ำสุด-สูงสุด	กลุ่มตัวอย่าง			
ความผาสุกในด้านการดำเนินชีวิต	10-50	18-45	33.16	6.94	ปานกลาง
ความผาสุกในด้านการศรัทธายึดมั่นทางศาสนา	16-80	44-80	65.66	8.89	สูง
ความผาสุกทางจิตวิญญาณโดยรวม	26-130	62-125	98.82	15.25	สูง

ส่วนที่ 4 การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมุสลิมที่เป็นโรคเรื้อรัง ระยะกลับเข้าสู่การดำเนินชีวิตปกติตามวิธีการเจ็บป่วยเรื้อรัง

พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีระดับคะแนนอยู่ในช่วง 38-69 คะแนน โดยค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนการรับรู้

ความรุนแรงของการเจ็บป่วยเท่ากับ 50.80 คะแนน (SD = 7.81) การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา เท่ากับ 40.84 คะแนน (SD = 3.26) และแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา เท่ากับ 39.69 คะแนน (SD = 2.63) (ตาราง 2)

ตาราง 2 ค่าคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา และแรงสนับสนุนทางสังคม (N = 146)

ตัวแปร	ค่าคะแนน		Mean	SD	ระดับ
	ต่ำสุด-สูงสุด	กลุ่มตัวอย่าง			
การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย	15-75	38-69	50.80	7.81	ปานกลาง
การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา	11-44	32-44	40.84	3.26	สูง
แรงสนับสนุนทางสังคม	9-45	33-45	39.69	2.63	สูง

ส่วนที่ 5 ปัจจัยทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมุสลิมที่เป็นโรคเรื้อรัง ระยะกลับเข้าสู่การดำเนินชีวิตปกติตามวิธีการเจ็บป่วยเรื้อรัง

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอนพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม และการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา สามารถร่วมกันพยากรณ์ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมุสลิมที่เป็นโรคเรื้อรังระยะกลับเข้าสู่การดำเนินชีวิตปกติตามวิธีการเจ็บป่วยเรื้อรังได้ร้อยละ 73 (adjusted R² = .73, p < .01) โดยพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการ

เจ็บป่วยเป็นตัวแปรที่สามารถอธิบายความแปรปรวนความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมุสลิมที่เป็นโรคเรื้อรังระยะกลับเข้าสู่การดำเนินชีวิตปกติตามวิธีการเจ็บป่วยเรื้อรังได้ดีที่สุด ($\beta = -.80, p < .01$) (ตาราง 3) สามารถเขียนสมการถดถอยได้ดังนี้

$$\text{ความผาสุกทางจิตวิญญาณ} = \text{ค่าคงที่} + b_1 (\text{การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย}) + b_2 (\text{แรงสนับสนุนทางสังคม}) + b_3 (\text{การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา}) = 176.69 - 1.62 (X_1) + .81 (X_2) + .80 (X_3)$$

ตาราง 3 ค่าสัมประสิทธิ์ของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise) ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา และแรงสนับสนุนทางสังคม กับความผาสุกทางจิตวิญญาณ (N = 146)

ตัวแปรที่ศึกษา	ความผาสุกทางจิตวิญญาณ			
	Beta	b	t	P-Value
การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย	-.80	-1.62	-16.81	.000
แรงสนับสนุนทางสังคม	.18	.81	3.81	.000
การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา	.14	.80	3.06	.003
Constant = 176.69, R = .86, R ² = .73, R ² adj = .73, F = 130.25, p < .01				

การอภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมุสลิมที่เป็นโรคเรื้อรังระยะกลับเข้าสู่การดำเนินชีวิตปกติตามวิถีการเจ็บป่วยเรื้อรัง สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ดังนี้

ระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมุสลิมที่เป็นโรคเรื้อรังระยะกลับเข้าสู่การดำเนินชีวิตปกติตามวิถีการเจ็บป่วยเรื้อรัง

ผลการศึกษาค้นคว้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมของความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับสูง ($\bar{X} = 98.82$, $SD = 15.25$) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง มีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี (ร้อยละ 64.40) ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่จึงมีส่วนเกี่ยวข้องกับความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับตนเอง การรับรู้และการแปลความหมาย การเข้าใจความหมายของชีวิต เมื่ออายุมากขึ้นจะพึ่งพาศาสนาเพื่อสร้างความหมายในชีวิตและความหวัง¹⁴ ประกอบกับการศึกษาค้นคว้าพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพคู่ ร้อยละ 69.20 ซึ่งผู้ป่วยที่สมรสและครองชีวิตคู่มีกำลังใจ สามารถเผชิญปัญหาได้ดี มีการพึ่งพาซึ่งกันและกัน แม้ว่าจะมีการเจ็บป่วย ผู้ป่วยก็จะรู้สึกอบอุ่น รู้สึกไว้วางใจ ไม่โดดเดี่ยว และมีกำลังใจในการดำเนินชีวิต จึงส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ¹⁵ นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างยังสำเร็จการศึกษาสายศาสนาระดับอิมตาดียะห์ ร้อยละ 32.90 รองลงมา คือ มุตะวัชชีฎะฮ์ ร้อยละ 30.80 ซึ่งเป็นการศึกษาขั้นสูงในศาสนาอิสลามโดยมุ่งเน้นให้ผู้เรียนศรัทธาต่ออัลลอฮ์ ด้วยความบริสุทธิ์ใจและนำศาสนามาเป็นวิถีแห่งการดำเนินชีวิต มีการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาเมื่ออยู่ในระยะการเจ็บป่วย แสดงถึงการมีสิ่งยึดเหนี่ยวในชีวิต นำไปสู่การเข้าใจความจริงของชีวิต มีชีวิตแบบธรรมชาติเรียบง่าย และรู้จักปล่อยวาง ทำให้รู้สึกสงบและมีความสุขทางจิตวิญญาณ¹⁶ ซึ่งผู้ที่มีการศึกษาทางศาสนา มักยอมสามารถใช้สถานการณ์หรือประสบการณ์ในชีวิตมาเป็นแนวคิดในการใช้ชีวิตที่ดีกว่าผู้ที่มีศึกษาน้อย¹⁷ ด้วยเหตุผลเหล่านี้ จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมุสลิมที่เป็นโรคเรื้อรังระยะกลับเข้าสู่การดำเนินชีวิตปกติตามวิถีการเจ็บป่วยเรื้อรังมีระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับสูง

อำนาจการทำนายของการรับรู้ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา และแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมุสลิมที่เป็นโรคเรื้อรังระยะกลับเข้าสู่การดำเนินชีวิตปกติตามวิถีการเจ็บป่วยเรื้อรัง

ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมุสลิมที่เป็นโรคเรื้อรังระยะกลับเข้าสู่การดำเนินชีวิตปกติตามวิถีการเจ็บป่วยเรื้อรังได้มากที่สุดคือ ร้อยละ 69 ($\text{adjusted } R^2 = .69$) และมีความแปรผันในทางตรงกันข้ามกัน หมายความว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมากขึ้น ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมุสลิมที่เป็นโรคเรื้อรังระยะกลับเข้าสู่การดำเนินชีวิตปกติตามวิถีการเจ็บป่วยเรื้อรังลดลง ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างหลายรายต้องประสบกับช่วงเวลาที่คุณภาพชีวิตหรือเกือบเสียชีวิต โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประวัติเคยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ร้อยละ 86.30 และรับรู้ว่าการเจ็บป่วยในครั้งนี้มีความรุนแรงมากกว่าเดิม ร้อยละ 47.30 รับรู้ว่าต้องประสบกับความยากลำบากในการดำเนินชีวิตในระดับมากที่สุด ร้อยละ 61.60 รับรู้ว่าเป็นภาระของผู้อื่นในระดับมากถึงร้อยละ 70.50 ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น และส่งผลกระทบต่อความเพียงพอของรายได้ ร้อยละ 60.30 นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงสูง คือ มีคะแนนระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 9-11 คะแนน ร้อยละ 52.70 ส่งผลให้เกิดความกลัวในการดำเนินชีวิต และไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ¹⁸ ซึ่งสอดคล้องกับคุณลักษณะของผู้ป่วยมุสลิมที่เป็นโรคเรื้อรังระยะกลับเข้าสู่การดำเนินชีวิตปกติตามวิถีการเจ็บป่วยเรื้อรัง นิยามผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะกลับเข้าสู่การดำเนินชีวิตปกติตามวิถีการเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นช่วงผ่านประสบการณ์ที่รุนแรงหรือเกือบเสียชีวิต ส่งผลให้อวัยวะสูญเสียหน้าที่หรือมีความพิการจากพยาธิสภาพ¹⁹ มีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิต เป็นภาระต่อบุคคลอื่นเป็นระยะเวลายาวนาน ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ สังคม ส่งผลกระทบต่อเป้าหมายและความหวัง และความผาสุกในชีวิต^{7,9,17,22} ผลการศึกษาดังกล่าว สามารถอธิบายด้วยแนวคิดทฤษฎีของ O' Brien¹³ ที่มาจากแนวคิดการดูแลมนุษย์แบบองค์รวม และเกี่ยวข้องกับความผาสุกด้านจิตวิญญาณ ที่ว่าความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับความผาสุกด้านจิตวิญญาณ

และสอดคล้องกับการศึกษาของ Noipiang³¹ ที่พบว่า ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่พบว่าสามารถร่วมกันทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมุสลิมที่เป็นโรครื้อรังระยะกลับเข้าสู่การดำเนินชีวิตปกติตามวิธีการเจ็บป่วยเรื้อรังได้ร้อยละ 71 โดยแรงสนับสนุนทางสังคม เช่น สามี ภรรยา บุตรหลาน และญาติ ที่เป็นสมาชิกในครอบครัว รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ เช่น พยาบาล แพทย์ และทีมสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจสามารถต่อสู้กับความเจ็บป่วย จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีแรงสนับสนุนอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 39.69, SD = 2.63$) ทั้งนี้เพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ และคู่สมรสเป็นบุคคลหนึ่งที่มีผลต่อความผาสุกของผู้ป่วยเนื่องจากมีความผูกพัน เมื่อคู่ชีวิตเจ็บป่วยย่อมจะต้องคอยเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน คอยให้ความช่วยเหลือซึ่งจะช่วยให้ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว¹⁹ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับบริบทของชาวมุสลิมใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ที่ได้รับการปลูกฝัง เกี่ยวกับการอาศัยอยู่ด้วยกันเป็นเครือญาติ การดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยถือเป็นสิ่งที่จะต้องปฏิบัติ ทำให้ได้รับการช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจากสมาชิกในครอบครัวสามารถปรับทุกข์หรือระบายความซับซ้อนใจเกี่ยวกับปัญหาต่างๆ รวมถึงการได้รับการปลอบใจ การให้กำลังใจจากสมาชิกในครอบครัวเป็นอย่างดี และได้รับการช่วยเหลือด้านการเงินหรือความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีของ O' Brien¹³ ที่กล่าวถึง ปัจจัยหลักของความผาสุกด้านจิตวิญญาณ คือ แรงสนับสนุนทางสังคม จากญาติ พี่น้อง เพื่อนหรือผู้ดูแล เมื่อผู้ป่วยได้รับกำลังใจในสภาวะที่ผู้ป่วยกำลังประสบอยู่ ผู้ป่วยจะไม่รู้สึกว่าถูกทอดทิ้ง และนำไปสู่ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีกำลังใจในการดำเนินชีวิต และมีความพึงพอใจในชีวิต^{17-18,23,31}

การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่พบว่า สามารถร่วมกันทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมุสลิมที่เป็นโรครื้อรังระยะกลับเข้าสู่การดำเนินชีวิตปกติตามวิธีการเจ็บป่วยเรื้อรัง ได้ร้อยละ 73 จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติที่

สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 40.84, SD = 3.26$) โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติอะมัลอิบาดะฮ์มากกว่าเดิมเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเจ็บป่วย ร้อยละ 84.20 ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยโรครื้อรังระยะกลับเข้าสู่การดำเนินชีวิตปกติ ได้รับความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย ดังนั้นการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา เช่น การปฏิบัติตามความเชื่อ การสวดภาวนา การทำสมาธิตามความศรัทธา ช่วยให้ผู้ป่วยมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ มีหนทางในระคับประคองจิตใจ และมีที่พึ่งพาทางด้านจิตวิญญาณ ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยมีความสงบแห่งจิตใจ และเข้าใจสัจธรรมของชีวิตยิ่งขึ้น³⁴ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีของ O' Brien¹³ ที่กล่าวว่า ปัจจัยหลักของความผาสุกด้านจิตวิญญาณ คือ การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เมื่อผู้ป่วยได้มีโอกาสปฏิบัติกิจกรรมที่สัมพันธ์กับศาสนา มองชีวิตและความตายเป็นสัจธรรม ซึ่งนำไปสู่ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และสอดคล้องกับการศึกษาที่ว่า การปฏิบัติธรรม เป็นปัจจัยร่วมทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรครื้อรัง¹⁵

ดังนั้นสามารถสรุปได้ว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมุสลิมที่เป็นโรครื้อรังระยะกลับเข้าสู่การดำเนินชีวิตปกติตามวิธีการเจ็บป่วยเรื้อรัง คือ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา และแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งผลที่ได้ทำให้พยาบาลทราบปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณ ตระหนักถึงความสำคัญและแสวงหาแนวทางส่งเสริมให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรครื้อรังมุสลิมที่อยู่ในระยะกลับเข้าสู่การดำเนินชีวิตปกติ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความปรับตัวเพื่อเผชิญกับความเจ็บป่วย และมีชีวิตอยู่กับโรคอย่างสงบและมีความสุข โดยเฉพาะชาวไทยมุสลิมที่ยึดหลักคำสอนของศาสนาอิสลาม นับถือพระเจ้า (อัลลอฮ) และจากหลักคำสอนของศาสนา คุณค่า ความเชื่อ วิธีการดำรงชีวิต ส่งผลให้ผู้ป่วยโรครื้อรังมุสลิมมีความผาสุกทางจิตวิญญาณแตกต่างจากศาสนาอื่นๆ โดยเฉพาะเมื่อบุคคลมีความเจ็บป่วยด้วยโรครื้อรังไม่เพียงแต่เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้แต่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่องไปตลอดชีวิต ซึ่งบุคคลเหล่านี้ย่อมต้องการการพยาบาลแบบครบวงจรรวมทั้งครอบคลุมมิติจิตวิญญาณ ดังนั้นทีมสุขภาพจำเป็นต้องให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่มีลักษณะเฉพาะทางวัฒนธรรมภายใต้บริบทของศาสนาอิสลาม

ข้อจำกัดของการศึกษา

1. กลุ่มตัวอย่างในวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยมุสลิมที่เป็นโรคเรื้อรังระยะกลับเข้าสู่การดำเนินชีวิตปกติตามวิถีการเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งเป็นระยะหนึ่งตามวิถีการเจ็บป่วยเรื้อรัง แต่ไม่มีคำจำกัดความของระยะนี้ที่ชัดเจน ซึ่งเป็นระยะที่เกิดหลังระยะวิกฤติ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ใช้คำจำกัดความของระยะวิกฤติ และเป็นผู้ป่วยที่ผ่านระยะวิกฤติและมีอาการคงที่ อยู่ในช่วงที่มีการเตรียมจำหน่ายหรือจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลใน 14 วัน

2. ผู้วิจัยไม่ได้ศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีผลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณ เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล คือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสายสามัญ ระดับการศึกษาสายศาสนา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ สถานะบทบาทของผู้ป่วย การอยู่อาศัย โรคประจำตัว ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค และการเข้าร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาต่อสัปดาห์ เป็นต้น จึงอาจทำให้การทำนายปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมุสลิมที่เป็นโรคเรื้อรังระยะกลับเข้าสู่การดำเนินชีวิตปกติตามวิถีการเจ็บป่วยเรื้อรังยังไม่ครอบคลุมปัจจัยสำคัญอื่นๆ ที่อาจมีผลต่อความผาสุกโดยภาพรวมของผู้ป่วย

3. การเก็บข้อมูลวิจัย ผู้วิจัยไม่ได้ระบุชัดเจนว่าเป็นการประเมินช่วงเวลาไหน (time point) ซึ่งปัจจัยด้านระยะเวลาที่ผ่านช่วงภาวะวิกฤติของแต่ละโรคอาจจะมีอิทธิพลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ดังนั้นการวิจัยครั้งต่อไปควรระบุกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง คือ เป็นกลุ่มที่ผ่านช่วงภาวะวิกฤติอย่างใดอย่างหนึ่งโดยจำแนกตามระบบ และระบุช่วงเวลาของการประเมินที่ชัดเจน

สรุป

ผลการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมุสลิมที่เป็นโรคเรื้อรังระยะกลับเข้าสู่การดำเนินชีวิตปกติตามวิถีการเจ็บป่วยเรื้อรัง คือ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา และแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งผลที่ได้ทำให้พยาบาลทราบปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณ ตระหนักถึงความสำคัญและแสวงหาแนวทางส่งเสริมให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคเรื้อรังมุสลิมที่อยู่ในระยะกลับเข้าสู่การดำเนินชีวิตปกติ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความสามารถปรับตัวเพื่อเผชิญกับความเจ็บป่วยมีชีวิตอยู่กับโรคอย่างสงบและมีความสุข

โดยเฉพาะชาวไทยมุสลิมที่ยึดหลักคำสอนของศาสนาอิสลาม นับถือพระเจ้า (อัลลอฮ์) และจากหลักคำสอนของศาสนา คุณค่า ความเชื่อ วิถีการดำรงชีวิต ส่งผลให้ผู้ป่วยเรื้อรังมุสลิมมีความผาสุกทางจิตวิญญาณแตกต่างจากศาสนาอื่นๆ โดยเฉพาะเมื่อบุคคลมีความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังไม่เพียงแต่เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่องไปตลอดชีวิต ซึ่งบุคคลเหล่านี้ย่อมต้องการการพยาบาลแบบครบองค์รวมที่ครอบคลุมมิติจิตวิญญาณ ดังนั้นทีมสุขภาพจำเป็นต้องให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่มีลักษณะเฉพาะทางวัฒนธรรมภายใต้บริบทของศาสนาอิสลาม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำผลการศึกษานี้ไปพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังมุสลิมที่อยู่ในระยะกลับเข้าสู่การดำเนินชีวิตปกติตามวิถีการเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยมุ่งเน้นการลดความรุนแรงของการเจ็บป่วย การส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม และการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา

2. ควรศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีอิทธิพลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังมุสลิมที่อยู่ในระยะกลับเข้าสู่การดำเนินชีวิตปกติตามวิถีการเจ็บป่วยเรื้อรัง นอกเหนือจากตัวแปรที่ใช้ศึกษาในครั้งนี้ เช่น ระยะเวลาของการเจ็บป่วย เป็นต้น

3. ควรศึกษาวิจัยผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่อยู่ในระยะกลับเข้าสู่การดำเนินชีวิตปกติตามวิถีการเจ็บป่วยเรื้อรังที่นับถือศาสนาอื่น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจน สอดคล้องกับความเชื่อ ความศรัทธาทางศาสนา ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมภายใต้บริบทของศาสนา

การมีส่วนร่วมในการเขียนบทความ

ผู้เขียนทั้ง 3 ท่านมีส่วนร่วมในทุกกระบวนการของการดำเนินการวิจัย และการเขียนบทความวิชาการฉบับนี้ โดยได้รับการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

การมีผลประโยชน์ทับซ้อน

ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน

แหล่งทุนสนับสนุน

งานวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนอุดหนุนงานวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

กิตติกรรมประกาศ

บทความวิชาการฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดีผู้เขียนขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และพยาบาลประจำการโรงพยาบาลปัตตานี โรงพยาบาลยะลา และโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ที่ให้ความร่วมมือ อำนวยความสะดวกในการใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล สุดท้ายขอขอบพระคุณผู้ป่วยมุสลิมที่เป็นโรคเรื้อรังระยะกลับเข้าสู่การดำเนินชีวิตปกติตามวิถีการเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- Bureau of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Annual report 2016. Bangkok: WVO Officer of Printing Mill. 2016. Thai.
- Corbin JM. The Corbin and Strauss chronic illness trajectory model: An update. *Sch Inq Nurs Pract.* 1998; 12(1): 33-41.
- Kongjun K. Spiritual well-being and spiritual need in critically ill patients [dissertation]. [Khon Kaen]: Khon Kaen University; 2011. 118 p. Thai.
- Balthip, Q. Petchruschatachart, P. Spiritual care for patients living with chronic health condition in the community. Songkhla: P.C. prospect, 2016. Thai.
- McCorkle R, Lazenby JM. Chronic illness and end of life care. In L. H. Pellico (Ed.), *Focus on adult health: Medical-surgical nursing.* Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins. 2013.
- Baldacchino D, Torskenaes K, Kalfoss M, et al. Spiritual coping in rehabilitation—a comparative study: Part1. *BJN.* 2013; 22(4): 228-32. doi: <https://doi.org/10.12968/bjon.2013.22.4.228>.
- Boonyarat J, Uppanisakorn S. Spiritual care for critically ill patients and families in ICU: Nursing experiences. *Princess of Naradhiwas University J.* 2012; 4(1): 1-12. Thai.
- Promkeawngam S, Namwong A. The spiritual well-being of community-dwelling Thai older people with chronic illness. *JNHC.* 2017; 35(3): 204-13. Thai.
- Baljani E, Khashabi J, Amanpour E, et al. Relationship between spiritual well-being, religion, and hope among patients with cancer. *Hayat [Internet].* 2011 [cited 2019 May 19]; 17 (3): 27-37. Available from <http://hayat.tums.ac.ir/article-1-52-en.html>.
- Japakiya I. Patient handbook and Islamic principles management. Yala: Islam University, 2010. Thai.
- Abu-Raiya H, Hamama L, Fokra F. Contribution of religious coping and social support to the subjective well-being of Israeli Muslim parents of children with cancer: A Preliminary Study. *Health & Social Work.* 2015; 40(3): 209-16. doi.org/10.1093/hsw/hlv031.
- Katesar K, Suwan P, Chanthamolee S, et al. Development of the integration of health promotion with Islamic principles model for the prevention of chronic diseases in Thai Muslims. *EAU J.* 2018; 12(1): 245-57.
- O'Brien ME. *Spirituality in nursing: Standing on holy ground.* Jones and Bartlet Publishers: London. 2014: 75-86.
- Sadrollahi A, Khalili Z. Spiritual well-being and associated factors among the elderly population in Kashan. *JGN.* [Internet]. 2015 [cited 2019 May 18]; 1 (2): 94-104. Available from: <http://jgn.medilam.ac.ir/article-1-80-en.html>.
- Mongkhonittiwet N, Yammisi W. Factors predicting spiritual well-being among the elderly with chronic illness in Maeyeang municipality,

- Mueang district, Chiang Rai province. Thai Library Integrated System [Internet]. 2017 [cited 2017 Dec 10]. Available from: https://tdc.thailis.or.th/tdc/dccheck.php?Int_code=103&RecId=2552&obj_id=21874&showmenu=no.
16. Rujipairoch P. Relationships between spiritual well-being, social support, and perceived severity of illness to psychological self care behavior in breast cancer patients [dissertation]. [Bangkok]: Mahidol University; 2007. 116 p. Thai.
 17. Soleimani MA, Sharif SP, Yaghoobzadeh A, et al. Exploring the relationship between spiritual well-being and death anxiety in survivors of acute myocardial infarction: Moderating role of sex, marital status and social support. *J Relig Health*. 2018; 57(2): 683-703. doi: 10.1007/s10943-017-0554-2.
 18. Jafari N, Farajzadegan Z, Loghmani A, et al. Spiritual well-being and quality of life of Iranian adults with type 2 diabetes. *ECAM*. 2014; 12(4): 1-8. doi: 10.1155/2014/619028.
 19. Mahdian Z, Ghaffari M. The mediating role of psychological resilience, and social support on the relationship between spiritual well-being and hope in cancer patients. *JFMH* [Internet]. 2016 [cited 2019 May 18]; 18(3): 130-138. Available from: http://jfmh.mums.ac.ir/?_action=showPDF&sc=1&article=6873&_ob=4fe351fa98c8e23aab10273317b045d5&fileName=full_text.pdf.
 20. Rabow MW, Knish SJ. Spiritual well-being among outpatients with cancer receiving concurrent oncologic and palliative care. *SCC*. 2015; 23(4): 919-23. doi: 10.1007/s00520-014-2428-4.
 21. Bekelman DB, Rumsfeld JS, Havranek EP, et al. Symptom burden, depression, and spiritual well-being: A comparison of heart failure and advanced cancer patients. *J Gen Intern Med*. 2009; 24(5): 592-98. doi: 10.1007/s11606-009-0931-y.
 22. AmjadEmail F, Bokharey Z. Comparison of spiritual well-being and coping strategies of patients with generalized anxiety disorder and with minor general medical conditions. *J Relig Health*. 2015; 54(2): 524-39. doi.org/10.1007/s10943-014-9834-2.
 23. Narimani M, Ilbeigy ghale nei R, Rostami M. Role of religious attitudes, spiritual well-being and social support in predicting the life satisfaction in mothers of mental retardation children. *Islam and Health J*. 2014; 1(3): 41-9.
 24. Steffen PR, Soto M. Spirituality and severity of menopausal symptoms in a sample of religious women. *J Relig Health*. 2011; 50(3): 721-29. doi: 10.1007/s10943-009-9271-9.
 25. Puti S. Relationship between health beliefs and accessibility to health services for non-communicable diseases among the five southern border provinces, Thailand. *songklanakarin j sci technol*. 2018; 38(4): 114-27.
 26. Palouzian RF, Ellison CW. Loneliness spiritual well-being and quality of life. In L. A. Peplan, & p. Perlman (Eds.), *Loneliness: a sourcebook of current theory, research and therapy*. 1982. New York: Wiley Interscience.
 27. Cohen J. *Statistical power analysis for behavioral sciences*. 2 nd ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum, 1988.
 28. Limumnoilap S. *Nursing practicum in critically ill adult patient*. Khon Kaen; Klungnana Vittaya publishing. 2013.
 29. Riley R. The key roles for the nurse in acute heart failure management. *Card Fail Rev*. 2015; 1(2): 123-27. doi: 10.15420/cfr.2015.1.2.123.
 30. Jitapunkul S. Disability: A problem of the elderly. *Chula Med J*. 1994; 38(2): 67-75.

31. Noipiang T. Perceived severity of illness social support and spiritual well-being among breast cancer patients [dissertation]. [Chiang Mai]: Chiang Mai University; 2002. 102 p. Thai.
32. Hanucharunkul, S. Social support, self care, and quality of life in cancer patients receiving radiotherapy in Thailand. Doctoral Dissertation College of Nursing Wayne State University. Hoeman, 1996.
33. Srisatidnarakul B. The methodology in nursing research. Bangkok: Chulalongkorn university publishing, 2010.
34. Balthip Q, Petchruschatachart U, Piriyakontorn S, Boddy J. Achieving peace and harmony in life: Thai Buddhists living with HIV/AIDS. *Int J Nurs Pract.* 2013; 19(Suppl 2): 7-14. doi: 10.1111/ijn.12039.