

การประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณ

ของผู้ป่วยวัยรุ่นระยะวิกฤต

Spiritual needs assessment of adolescent

with critically ill

บทความวิชาการ

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ

Journal of Nursing Science & Health

ปีที่ 40 ฉบับที่ 2 (เมษายน-มิถุนายน) 2560

Volume 40 No.2 (April-June) 2017

วัชร พิมสา พย.บ.* ชลิดา ธนัทธีรกุล ปส.ด.** จันทนา ตั้งวรพงศ์ชัย ปส.ด.***

Wacharee Pimsa RN* Chalida Thanatheerakul Ph.D** Jintana Tangvoraphonkchai Ph.D***

บทคัดย่อ

การประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยวัยรุ่นระยะวิกฤต เป็นอีกหนึ่งขั้นตอนที่สำคัญยิ่งของกระบวนการพยาบาล ในการค้นหาข้อมูลสำคัญเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง ดังนั้น การทำความเข้าใจแนวคิดด้านจิตวิญญาณ ตลอดจนความต้องการด้านจิตวิญญาณตามทฤษฎีความผาสุกด้านจิตวิญญาณในขณะเกิดการเจ็บป่วยของโอไบรอันในบทความนี้ จึงเปรียบเสมือนเข็มทิศที่จะช่วยชี้นำความคิดของพยาบาลให้เกิดความไวในการประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณได้อย่างถูกต้อง ครบคลุม และสอดคล้องตามมุมมองของผู้ป่วยวัยรุ่นระยะวิกฤตภายใต้บริบทของสังคมและวัฒนธรรมไทย อันจะนำไปสู่คุณภาพของการพยาบาลแบบองค์รวม ครบมิติพร้อมทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

คำสำคัญ : ความต้องการด้านจิตวิญญาณ ผู้ป่วยวัยรุ่นระยะวิกฤต การประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณ

Abstract

Assessing spiritual needs of critically ill adolescent is the important stage of nursing process for identifying spiritual needs data that leading to the effective nursing diagnosis and care plan to responsive for really spiritual needs of patients. Therefore, understanding the concept of spirituality and spiritual needs under the theory of spiritual well-being in illness by O'Brien (2014) in this article will be like a magnetic compass that leading the thinking of nurses to be sensitive for correct, complete, congruent spiritual needs assessment with perspective of critically ill adolescent under Thai society and culture leading to the most quality of holistic nursing care with physical, mental, social and spiritual.

keywords: spiritual needs, critically ill adolescent, the spiritual needs assessment

*Master degree student, Child Health Nursing Department, KKU

**Assistant Professor, Child Health Nursing Department, FON, KKU

***Associate Professor, Child Health Nursing Department and Deputy Director of Research and Training Center for Enhancing Quality of Life among Working Age People, FON, KKU.

บทนำ

มนุษย์ประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 อย่าง คือ กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ที่จะช่วยให้ชีวิตมีความสุขสมบูรณ์ โดยจิตวิญญาณนับเป็นองค์ประกอบของความเป็นมนุษย์ที่มีพลังและสำคัญที่สุด¹ จิตวิญญาณเกิดมาพร้อมกับมนุษย์ และมีพัฒนาการเหมือนกับพัฒนาการด้านอื่นๆ ของชีวิต สำหรับช่วงชีวิตของวัยรุ่น พัฒนาการด้านจิตวิญญาณเป็นช่วงเปลี่ยนผ่านที่สำคัญ ในการพัฒนาความเชื่อความศรัทธาจากสิ่งที่เคยมีมา ในครอบครัว ชุมชน และสังคม ประกอบกับการแสวงหาคำตอบในสิ่งที่ให้ความหมาย ให้คุณค่า สู่การกำหนดความเชื่อความศรัทธาแห่งตน² โดยพัฒนาการนี้มีความต่อเนื่องเป็นลำดับขึ้นจากช่วงวัยรุ่นตอนต้นจนถึงวัยรุ่นตอนปลาย ทั้งนี้การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า จิตวิญญาณเป็นมิติที่มีความสำคัญในพัฒนาการชีวิตของวัยรุ่น โดยเป็นเสมือนปัจจัยในการป้องกันพฤติกรรมด้านลบต่อสุขภาพ เช่น การใช้สารเสพติด การแสดงพฤติกรรมรุนแรง การขับรถโดยประมาท การมีเพศสัมพันธ์ก่อนเวลาอันควร³ โดยวัยรุ่นที่มีระดับของการรับรู้ด้านจิตวิญญาณที่สูงกว่า นอกจากจะมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพต่ำกว่าวัยรุ่นทั่วไปแล้ว ยังสามารถเผชิญปัญหา ด้านจิตใจ ด้านสังคม การจัดการกับการเจ็บป่วย และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น⁴

การเจ็บป่วยระยะวิกฤตจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย หรือไอซียู นับเป็นภาวะวิกฤตในชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว นอกจากจะส่งผลต่อร่างกาย จิตใจ และสังคมแล้ว ที่สำคัญยังอาจเป็นสาเหตุของการเกิดความทุกข์ทางจิตวิญญาณ เนื่องจากสถานการณ์ยากลำบากนี้ทำให้ผู้ป่วยระยะวิกฤตและครอบครัวมีความต้องการด้านจิตวิญญาณในระดับมากถึงมากที่สุด⁵ และเมื่อคำนึงถึงผู้ป่วยวัยรุ่น อายุ 12 – 18 ปี ซึ่งเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากในทุก ๆ ด้านของพัฒนาการชีวิตช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อจากเด็กสู่ผู้ใหญ่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพัฒนาการด้านจิตใจที่ยังไม่มีความ

มั่นคงทางอารมณ์⁶ เมื่อต้องเผชิญสถานการณ์ภาวะยากลำบากเช่นนี้จึงยากที่จะปรับตัวได้ ดังนั้น ผู้ป่วยเด็กกลุ่มนี้จึงมีความเสี่ยงสูงที่สุดที่จะเกิดความทุกข์ทางจิตวิญญาณ บทความนี้ผู้เขียนจึงต้องการเน้นให้เห็นถึงบทบาทของพยาบาลในฐานะบุคลากรสุขภาพผู้ซึ่งใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด จำเป็นต้องมีความรู้และความไวในการสังเกต สำหรับการประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณ ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลนำสู่การจัดกิจกรรมการพยาบาลที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยวัยรุ่นระยะวิกฤตแต่ละรายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

แนวคิดเกี่ยวกับจิตวิญญาณ

“จิตวิญญาณ” แปลมาจากภาษาอังกฤษคำว่า “Spirituality” และมีรากศัพท์มาจากคำว่า “Spiritus”

ในภาษาลาติน หมายถึง ลมหายใจซึ่งเป็นขุมพลังแห่งชีวิต⁷ และด้วยคุณลักษณะของจิตวิญญาณที่เป็นนามธรรมสูง ซับซ้อน หลากหลายมิติ และมีการเปลี่ยนแปลงได้ จึงไม่อาจชี้ชัดความหมายหรือให้คำจำกัดความที่เป็นสากล ดังนั้นจึงมีความยากลำบากในการทำทำความเข้าใจแนวคิดนี้ และอาจเกิดความสับสนในการสื่อความหมาย แต่อย่างไรก็ตาม นักปราชญ์โดยส่วนใหญ่ระบุว่า จิตวิญญาณเกี่ยวข้องกับความรู้สึกในส่วนลึกของจิตใจกับบางสิ่งที่ยิ่งใหญ่เหนือตน และสิ่งนี้ก่อให้เกิดความหมาย ให้คุณค่า และจุดมุ่งหมายในการดำเนินชีวิต โดยทำหน้าที่เสมือนแกนหลักเชื่อมมิติด้านกาย จิตใจและสังคม ให้มีความหมายและมีความผาสุก จึงเป็นที่พึงหรือสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจ ผลักดันให้บุคคลผ่านพ้นอุปสรรค⁸⁻⁹ ดังนั้น จิตวิญญาณจึงมีความหมายและมีความสำคัญต่อสุขภาพ การเยียวยาและความผาสุก¹⁰ ทั้งนี้การให้ความหมายด้านจิตวิญญาณในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับพัฒนาการด้านสติปัญญา ประสบการณ์ ความเชื่อ ศาสนา ค่านิยม สังคม ประเพณี และวัฒนธรรม

ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะวิกฤต

การเจ็บป่วยระยะวิกฤต เป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรง ชับซ้อน อาการเปลี่ยนแปลงรวดเร็ว มีความไม่แน่นอน และเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิต (life threatening) จึงต้องได้รับการรักษาโดยใช้อุปกรณ์การแพทย์ขั้นสูง และวิธีการที่หลากหลาย จากบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความรู้ ความชำนาญ และมีทักษะขั้นสูง เพื่อดูแลรักษาอาการให้ผ่านพ้นระยะวิกฤตโดยปลอดภัยและไม่มีภาวะแทรกซ้อน¹¹ ซึ่งในบทความนี้ผู้เขียนขอกล่าวถึงผู้ป่วยระยะวิกฤต อายุ 12-18 ปี ซึ่งเจ็บป่วยด้วยโรคเฉียบพลัน และได้เข้ารับการรักษาระยะวิกฤตในหออภิบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม หรือหอผู้ป่วยฟิไอซียู (PICU) ซึ่งนอกจากจะเจ็บปวดทุกข์ทรมานจากหัตถการหรืออาการทางกายจากการเจ็บป่วยแล้ว ผู้ป่วยเหล่านี้ยังถูกแยกจากครอบครัวคนใกล้ชิด อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย เช่น ได้ยินเสียงกรีดร้อง เสียงร้องไห้ เสียงเครื่องมือรวมทั้งได้รับรู้และได้เห็นถึงการสูญเสียที่เกิดขึ้น จึงอาจก่อให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว ไม่ปลอดภัย กลัวตายหรือพิการ¹²⁻¹³ อีกทั้งยังมีความเครียด วิตกกังวลเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างตนเองกับครอบครัวที่ความใกล้ชิดอาจเปลี่ยนไปซึ่งจะกระทบต่อจิตวิญญาณของผู้ป่วย เพราะเมื่อเจ็บป่วยระยะวิกฤตครอบครัวเป็นผู้มีบทบาทสำคัญที่สุดต่อการให้การดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย และยังถ้าการรักษายาวนานและอาการเลวร้ายนอกจากจะส่งผลต่อทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วยแล้ว ที่สำคัญยังอาจเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดความทุกข์ทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะวิกฤต

จากการทบทวนวรรณกรรม สามารถสรุปความต้องการของผู้ป่วยระยะวิกฤตได้เป็น 4 องค์ประกอบ ตามการประยุกต์ใช้แบบสำรวจความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยระยะวิกฤต (The Critical Care Family Needs Inventory [CCFNI]) ของ มอลเตอร์¹⁴ และความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤตตามกรอบแนวคิดของ กากิโอน¹⁵ คือ 1) ความต้องการได้รับ

ความช่วยเหลือทางร่างกาย (physical needs) 2) ความต้องการได้รับทราบข้อมูลข่าวสาร (information needs) 3) ความต้องการได้รับการตอบสนองด้านอารมณ์และสังคม (emotional needs and social support) และ 4) ความต้องการได้รับการตอบสนองด้านจิตวิญญาณ (spiritual needs) ซึ่งในบทความนี้ขออธิบายรายละเอียดเฉพาะความต้องการได้รับการตอบสนองด้านจิตวิญญาณ ดังนี้

ความต้องการได้รับการตอบสนองด้านจิตวิญญาณ มนุษย์ทุกคนมีความต้องการด้านจิตวิญญาณ ความต้องการของผู้ป่วยหรือครอบครัวที่จะได้รับการตอบสนองด้านจิตวิญญาณ เป็นความต้องการที่จะได้รับรู้ หรือรู้สึกถึงความมั่นคงทางจิตใจ จากการมีสิ่งยึดเหนี่ยวให้อบอุ่นใจ และสามารถมาเป็นแนวทางในการเผชิญภาวะเจ็บป่วยวิกฤตที่เป็นอยู่ เช่น การคงไว้ซึ่งการยึดมั่นศรัทธาในศาสนาหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่เคารพนับถือ และการคงไว้ซึ่งความเชื่อความศรัทธาที่มี ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมา ผู้เขียนสรุปความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะวิกฤตและครอบครัวในสังคมไทย ได้แก่ ได้รับรู้ถึงการมีความหมาย และเป้าหมายในชีวิต ได้คงความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น และสิ่งนอกเหนือตนโดยเฉพาะ การได้ใกล้ชิดกับบุคคลหรือสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจที่ต้องการ ได้ทำความเข้าใจและยอมรับธรรมชาติของชีวิต ได้รับสัมผัสที่อบอุ่น ได้รับข้อมูลการรักษา ได้รู้สึกที่สามารถไว้วางใจ ได้รู้สึกมีความหวังซึ่งช่วยสร้างกำลังใจให้ต่อสู้กับโรค และการรักษาได้ประกอบพิธีทางศาสนาหรือพิธีกรรมตามความเชื่อ เช่น การสวดมนต์ไหว้พระ นิมนต์พระมาเยี่ยม การนำวัตถุมงคลหรือสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจมาไว้มาอยู่กับตัว รวมทั้งต้องการได้รับการดูแลรักษาจนหายมีสุขภาพดี^{5,6,16,17} นอกจากนี้ครอบครัวผู้ป่วยยังต้องการได้รับการแจ้งข่าวได้เข้าเยี่ยมหรืออยู่ดูแลใกล้ชิด ได้พูดคุยเกี่ยวกับอาการที่เปลี่ยนแปลง และได้อยู่กับผู้ป่วยจนนาทีสุดท้าย¹⁸ ทั้งนี้การศึกษาของ สุทธภา โพนิจิตต์ และวีระา เสวกพรหม¹⁹ ระบุว่าความต้องการทางด้านจิตวิญญาณมีความ

สัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ

การประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะวิกฤต

ดังกล่าวแล้วว่ามนุษย์ทุกคนมีความต้องการด้านจิตวิญญาณ ไม่ว่าบุคคลนั้นจะแสดงหรือไม่แสดงออกถึงความต้องการด้านจิตวิญญาณของตน และเนื่องด้วยลักษณะของจิตวิญญาณมีความเป็นปัจเจกบุคคล ดังนั้นการประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกมา และพฤติกรรมที่ซ่อนเร้นอยู่ การประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณอาจต้องใช้วิธีการที่หลากหลาย เช่น การพูดคุยเพื่อสอบถามความต้องการ หรือพูดคุยกับบุคคลอื่นที่ผู้ป่วยใกล้ชิด ไม่ว่าจะเป็นคนในครอบครัว หรือคนที่ผู้ป่วยให้ความไว้วางใจ เป็นต้น ตลอดจนการใช้เครื่องมือเพื่อประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย อนันตราช และไสว²⁰ ให้ความหมายการประเมินด้านจิตวิญญาณ ไว้ว่า เป็น “กระบวนการที่บุคคลากรผู้ให้การรักษายาบาลผู้ป่วยสามารถระบุความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษา” ซึ่งการประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณมีความสำคัญเช่นเดียวกับการประเมินสุขภาพของผู้ป่วยด้านอื่น ๆ และมีความสำคัญมากเมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่ามีภาวะวิกฤตที่คุกคามชีวิตซึ่งอาจจะต้องตาย พิการหรือไม่เหมือนเดิม จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้เขียนสามารถสรุปแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูลความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยเป็น 2 วิธี^{7,21} คือ 1) การสังเกต โดยสังเกตจากอารมณ์และพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก สังเกตสิ่งแวดล้อมที่แสดงถึงความเชื่อความศรัทธา และสังเกตการติดต่อสัมพันธ์กับคนในครอบครัวญาติพี่น้อง เพื่อน หรือบุคคลอื่น ๆ เช่น บุคคลที่เกี่ยวข้องกับศาสนา หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ผู้ป่วยและครอบครัวเคารพนับถือหรือบูชา และ 2) การสัมภาษณ์ ซึ่งมีทั้งที่เป็นรูปแบบชัดเจน เช่น มีเครื่องมือที่ใช้ในการสัมภาษณ์

และการสัมภาษณ์ที่ไม่มีแนวทางหรือโครงสร้างชัดเจน อาจเป็นการสนทนาหรือใช้คำถามปลายเปิดให้ผู้ป่วยหรือครอบครัวบอกเล่า

การประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะวิกฤตเป็นเรื่องที่ไม่ง่าย เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านการพัฒนาการตามช่วงวัยซึ่งมีผลต่อการรับรู้และเข้าใจในการสื่อความหมายด้านจิตวิญญาณ ผู้เขียนจึงขอบรรยายถึงการประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะวิกฤต โดยใช้ฐานคิดตามทฤษฎีความผาสุกด้านจิตวิญญาณในขณะเกิดการเจ็บป่วย (spiritual well-being in illness) ของโอไบรอัน¹³ ซึ่งเป็นทฤษฎีการพยาบาลระดับกลางที่กล่าวถึง ความเชื่อของบุคคลในการค้นพบความหมายของจิตวิญญาณจากประสบการณ์ขณะเกิดการเจ็บป่วย โดยเชื่อว่า “มนุษย์ทุกคนมีความเป็นธรรมชาติพอง ๆ กันในตัวเองทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตสังคม และยังมีความเป็นจิตวิญญาณที่ทำให้มนุษย์สามารถที่จะก้าวข้าม และ/หรือสามารถที่จะยอมรับกับสิ่งที่อยู่เหนือธรรมชาติเมื่อมีเหตุการณ์วิกฤตในชีวิต บุคคลเมื่อมีภาวะเจ็บป่วย จะสูญเสียความสามารถ หรือบกพร่องในการทำหน้าที่ทั้งทางร่างกายและทางจิตสังคม ซึ่งส่งผลกระทบต่อจิตวิญญาณ เกิดความหวาดหวั่น ไม่มั่นใจในความเชื่อความศรัทธา หรือสิ่งที่ให้ความหมายให้คุณค่ากับชีวิตที่เคยมีมา จึงมีความต้องการที่จะค้นหาความหมาย โดยมีพยาบาลผู้ซึ่งอยู่ดูแลใกล้ชิดเป็นผู้ช่วยให้ได้ค้นพบความหมาย และเมื่อค้นพบ หรือได้รับการตอบสนองต่อความต้องการด้านจิตวิญญาณ ก็จะทำให้บุคคลมีจุดมุ่งหมาย สามารถยอมรับและเอาชนะอุปสรรคจนเกิดความผาสุกด้านจิตวิญญาณได้แม้ในขณะที่เจ็บป่วย” โอไบรอันได้สร้างและพัฒนาแบบประเมินด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Assessment Scale [SAS]) เพื่อประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รักษายาวนาน ผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยคุกคามชีวิต และผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต โดยใช้วัดโครงสร้างความผาสุกทางจิตวิญญาณ

ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความเชื่อความศรัทธา (personal faith) ซึ่งเป็นการสะท้อนการให้คุณค่าสิ่งที่อยู่เหนือธรรมชาติ และปรัชญาชีวิตของบุคคล 2) ด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาหรือการประกอบพิธีกรรมตามความเชื่อ (religion practice) ซึ่งเน้นการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาหรือการประกอบพิธีกรรมตามความเชื่อเป็นหลัก รวมถึงการเป็นอาสาสมัคร และการทำกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ และ 3) ด้านความอึดอ้อมใจในจิตวิญญาณของบุคคล (spiritual contentment) ซึ่งเป็นความรู้สึกเชื่อมั่นที่รู้ว่ามีชีวิตอยู่ด้วยความเชื่อความศรัทธา พระเจ้า หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ให้ความรักและให้พลังกับชีวิต ผู้เขียนได้นำมาเป็นแนวทางในการสร้างข้อคำถามตามบริบทของสังคมและวัฒนธรรมไทย ร่วมกับการปรับสำนวนภาษาให้เหมาะสมกับวัย ผ่านการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ และนำมาใช้ในการสัมภาษณ์ความรู้สึกนึกคิดตามประสบการณ์ของผู้ป่วยระยะวิกฤต ซึ่งแบบสัมภาษณ์ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะวิกฤต ใช้ประเมินเพื่อให้ทราบถึงความเชื่อความศรัทธาของผู้ป่วยต่อสิ่งที่ผู้ป่วยให้คุณค่าให้ความสำคัญ และให้ความสำคัญที่สุดในชีวิต การได้ปฏิบัติตามความเชื่อความศรัทธาที่ผู้ป่วยมี และความรู้สึกในการรับรู้ต่อสิ่งที่มีความเชื่อและศรัทธาขณะได้รับการรักษาระยะวิกฤต โดยผู้ป่วยจะมีความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ ถ้าได้รับการตอบสนองความต้องการ ซึ่งทำให้เข้าใจ ยอมรับ และพร้อมที่จะอดทนต่อสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น แต่ถ้าไม่ได้รับการตอบสนองก็จะทำให้เกิดความทุกข์ทางจิตวิญญาณ (spiritual distress) ทำให้รู้สึกโดดเดี่ยว ท้อแท้ ขาดศรัทธาและกำลังใจ ซึ่งจะส่งผลต่อการเจ็บป่วยและการฟื้นหาย ดังนั้น การทำความเข้าใจในทฤษฎีนี้จะเป็นฐานความคิดให้พยาบาลมีความไวต่อการสังเกต และเข้าใจถึงจิตวิญญาณและความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะวิกฤตแต่ละราย ทั้งการประเมินข้อมูลพื้นฐานและการประเมินปัจจัยที่ส่งผลต่อความต้องการด้านจิตวิญญาณ

ของผู้ป่วยระยะวิกฤตและครอบครัวก็เป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลไม่ควรละเลยในขณะประเมินด้านจิตวิญญาณ สำหรับรายละเอียดของการประเมินด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะวิกฤต ผู้เขียนอธิบายได้ดังนี้

1. การประเมินความเชื่อความศรัทธาของผู้ป่วย (personal faith)

จากการศึกษาที่ผ่านมา สังคมไทยมองจิตวิญญาณว่า “เป็นสิ่งยึดเหนี่ยวในชีวิต” ซึ่งส่วนใหญ่หมายถึงสิ่งที่อยู่เหนือธรรมชาติหรืออำนาจของสิ่งศักดิ์สิทธิ์ นอกนั้นอาจเป็นศาสนา สมาชิกในครอบครัว และเพื่อน²²⁻²³ โดยสิ่งเหล่านี้มีอิทธิพลในการดำเนินชีวิตเพื่อให้เกิดความสำเร็จตามมุ่งหวัง แต่จากที่กล่าวไปแล้ว จิตวิญญาณเป็นแนวคิดที่เป็นนามธรรมสูง ดังนั้น จึงมีความยากในการทำความเข้าใจและการให้ความหมายสำหรับผู้ป่วยระยะเริ่มต้น ดังกรณีตัวอย่าง ผู้ป่วยระยะวิกฤต อายุ 12 ปี บอกว่า “จิตวิญญาณ หมายถึง วิญญาณ ผี เพราะมีชื่อเหมือนกัน” ขณะที่ผู้ป่วยอายุ 17 ปี บอกว่า “จิตวิญญาณ หมายถึง แรงบันดาลใจที่จะทำให้ไปถึงเป้าหมายในอนาคต” จากกรณีตัวอย่างสะท้อนให้เห็นความแตกต่างระหว่างกลุ่มระยะเริ่มต้น และกลุ่มระยะปลายในการให้ความหมายของจิตวิญญาณ ดังนั้น พยาบาลอาจจะต้องถามหาเพื่อเป็นแนวทางในผู้ป่วยระยะบางราย เช่น “หนูคิดว่าอะไรที่มีความหมาย มีคุณค่า และหนูให้ความสำคัญมากที่สุดในชีวิต” หรือ “อะไรคือจุดมุ่งหมายสูงสุดในชีวิตที่หนูตั้งใจไว้” ร่วมกับการสังเกตและพิจารณาอารมณ์ พฤติกรรม และสิ่งแวดล้อมที่แสดงถึงความเชื่อความศรัทธา ตลอดจนการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นของผู้ป่วย เพื่อช่วยให้เข้าใจในความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยระยะวิกฤตมากขึ้น ผู้เขียนจะขอลำถึงข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจำนวน 5 ราย ซึ่งระบุสิ่งที่มีความเชื่อความศรัทธาที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญจากมากไปหาน้อยตามลำดับ ได้แก่ 1) สมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อน 2) สิ่งที่อยู่เหนือธรรมชาติหรืออำนาจของสิ่งศักดิ์สิทธิ์

และ 3) ศาสนา โดยรายละเอียดพอสังเขปดังนี้

1.1 สมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อน ครอบครัวเป็นสิ่งที่เห็นด้วยที่มีพลังและเป็นการกำลังใจอย่างมากต่อผู้ป่วยวัยระยะวิกฤต เพราะเมื่อถึงภาวะวิกฤตของชีวิตที่ทำให้รู้สึกว่ามีอันตรายและอาจจะตายได้ สิ่งที่มีผู้ป่วยคำนึงถึงและให้ความสำคัญมากที่สุดคือ ครอบครัว²⁴ โดยผู้ป่วยมีความต้องการบิตามารดา หรือคนในครอบครัวโดยเฉพาะญาติผู้ใหญ่ เช่น ปู่ย่าตายายที่เลี้ยงดูผู้ป่วยมา รวมทั้งญาติพี่น้องที่ใกล้ชิดมาอยู่ดูแลให้กำลังใจเสมอ ดังกรณีตัวอย่าง ผู้ป่วยวัยรุ่นหญิงอายุ 13 ปีที่พักรักษาตัวอยู่กับบิดาและมารดา และได้เข้ารักษาในฟิไอเซีย 11 วัน บอกว่า “ตอนนั้นหนูคิดฮอด (คิดถึง) แม่ แม่อยากให้แม่เข้ามาหา มาอยู่หน้า คิดฮอดจนฮ้องไห้ (ร้องไห้) แม่ได้เข้ามาเยี่ยมเป็นเวลาแต่ตอนหลังกะมาอยู่โดน (นาน) ขึ้น พ่อกับแม่เป็นกำลังใจ ยามคิดฮอดเผิ่น (ท่าน) กะฮ่อย (ช่วย) ให้หนูทนได้ถึงว่าสีย่าน (กลัว) ปานใดหนูกะฮ่อยใจแล้วกะมีกำลังใจดีคะ” เช่นเดียวกันวัยรุ่นชายอายุ 17 ปีซึ่งพักรักษาตัวอยู่กับมารดา 2 คน บอกว่า “ตัน (นามสมมติ) คิดถึงหน้าแม่บ๋อยเลยนะขนาดแม่มาเยี่ยมตลอดมาเยี่ยมทุกวัน ปกตินี้ไม่ค่อยอยากจะคุยกับแม่เท่าไรหรอก ทะเลาะกันบ๋อยทะเลาะกันทุกวัน แต่ตันก็ยอมรับนะที่ผ่านพ้นช่วงเวลาที่อยู่ในไอเซียมาได้ก็คงเป็นเพราะแม่กับพี่สาวแล้วก็เพื่อน ๆ มาให้กำลังใจ ก็ทำให้เรารู้สึกว่าเราก็น่าอยู่อยู่นะ เราต้องมีชีวิตอยู่” จากกรณีตัวอย่างที่กล่าวมาแสดงให้เห็นว่าแม้วัยรุ่นจะพัฒนาความเป็นตัวเองเพื่อให้เป็นที่ยอมรับว่าจะสามารถจะดูแลตัวเองได้เหมือนผู้ใหญ่ แต่แท้จริงแล้ววัยรุ่นยังต้องการได้รับความช่วยเหลือและกำลังใจจากคนในครอบครัว ญาติพี่น้องและเพื่อนซึ่งเป็นคนใกล้ชิด โดยเฉพาะช่วงเวลาที่ยากลำบากของชีวิต เช่น ขณะได้รับการรักษาระยะวิกฤตในฟิไอเซีย

1.2 สิ่งที่อยู่เหนือธรรมชาติหรืออำนาจของสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ในวิถีชีวิตไทยสิ่งศักดิ์สิทธิ์มีอิทธิพลและมีความสำคัญอย่างมาก โดยมองเป็นตัวแทนของ

พลังอำนาจเหนือธรรมชาติที่สามารถบันดาลให้เป็นไปหรือให้สำเร็จได้ตั้งปรารถนาโดยคนทั่วไปหรือวิทยาศาสตร์ไม่อาจจะทำได้ สิ่งศักดิ์สิทธิ์จึงอาจเป็นได้ตั้งแต่ภูตผีดวงวิญญาณ เทพเจ้าเหล่าเทวา วัตถุมงคลและเครื่องรางของขลัง เช่น พระห้อยคอ ผ้ายันต์ ตะกรุด ด้ายสายสิญจน์ หรืออาจเป็นศาลเจ้า โบราณสถานหรือโบราณวัตถุ²⁵ ซึ่งเป็นสัญลักษณ์หรือเป็นตัวแทนของสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่คนเคารพบูชา โดยสิ่งเหล่านี้เป็นแหล่งของขวัญกำลังใจที่คนไทยให้ความสำคัญและได้รับการถ่ายทอดความเชื่อต่อ ๆ กันมา สำหรับวัยรุ่น ความเชื่อความศรัทธาส่วนใหญ่จะได้รับการปลูกฝังมาจากบิดามารดา หรือญาติผู้ใหญ่ในครอบครัว ตลอดจนชุมชนที่อาศัยอยู่ เมื่อเจ็บป่วยหนักจนต้องเข้ารับการรักษาในฟิไอเซีย สิ่งศักดิ์สิทธิ์เป็นเสมือนสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจให้ผู้ป่วยวัยระยะวิกฤตมีขวัญกำลังใจ และอดทนต่อสู้ได้กับโรคและการรักษา ดังกรณีตัวอย่าง ผู้ป่วยวัยรุ่นชายอายุ 12 ปีซึ่งใส่พระห้อยคอไว้ตลอดมาหลายปี เมื่อเข้ารับการรักษาในฟิไอเซียก็ขอพยาบาลไม่ให้เอาออก ได้บอกเล่าว่า “พระนี้ยายเราใส่ให้มาแต่น้อย (พูดพร้อมกับเอามือจับสร้อยพระที่ห้อยคออยู่ได้เสื้อขึ้นมาให้ดู) ยายว่าคนไปบูชา (บูชา) เผิ่นหลายคัก ใส่เผิ่นไว้เผิ่นกะสิฮ่อยคุ้มครองได้ เผิ่นอยู่หน้า (อยู่ด้วย) กะเลยบ่ย่าน (ไม่กลัว) บัดยามคิดย่าน (เมื่อรู้สึกกลัว) ยามเจ็บยามปวด (เมื่อเจ็บเมื่อปวด) กะเอามือจับเผิ่น (สร้อยพระ) ไว้ให้ฮ่อยใจครับ ” เช่นเดียวกันผู้ป่วยวัยรุ่นหญิงอายุ 15 ปี บอกว่า “ปกติอยู่ที่บ้านป้าจะพาเซ่นไหว้ยาโมและวิญญาณปืทวดเป็นประจำให้ท่านช่วยดูแลคุ้มครอง ตอนเข้าไอเซียหนูก็อธิษฐานถึงวิญญาณปืทวด หนูมีตะกรุดที่ปืทวดใส่ไว้ให้ตั้งแต่เด็ก ๆ พยาบาลจะเอาออกกะแต่หนูไม่ยอมใส่แล้วหนูรู้สึกดี รู้สึกสบายใจ” แต่ในทางตรงกันข้ามวัยรุ่นบางคนที่ส่วนตัวแล้วไม่เชื่อในอำนาจของสิ่งศักดิ์สิทธิ์ถึงแม้จะพบว่าบิดามารดาหรือญาติผู้ใหญ่ของผู้ป่วยมักจะอธิษฐานบนบานศาลกล่าว หรือนำเอาสิ่งที่เชื่อว่าเป็นสิ่งศักดิ์สิทธิ์มาให้ผู้ป่วยขณะเข้ารับการรักษาในฟิไอเซียอยู่เสมอ ดังกรณีตัวอย่าง ผู้ป่วยวัยรุ่นชาย อายุ 17 ปี บอก

ว่า “จริง ๆ ต้นไม้อะไรมากนะเรื่องสิ่งศักดิ์สิทธิ์เนี่ย ต้นไม้ค่อยเชื่อว่าจะช่วยอะไรได้ ต้นเชื่อในเรื่องการรักษา มีแต่แม่และไปบนไว้และจะพาไปสะเดาะเคราะห์ แม่เชื่อเรื่องพวกนี้มาก” จากกรณีตัวอย่างที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า ความเชื่อในอำนาจของสิ่งศักดิ์สิทธิ์อยู่มากกับวิถีชีวิตของคนไทย และดูเหมือนความสำคัญจะเพิ่มขึ้นมากเมื่อต้องเผชิญกับภัยอันตรายหรือภาวะยากลำบากของชีวิต จึงไม่แปลกที่จะพบเห็นผู้ป่วยวัยร่นในพิธีไสยงูที่อาจจะมึนทั้งตายสายลึงค์ผูกข้อมือ สร้อยพระห้อยคอ รูปพระภิกษุช่อดังติดไว้ข้างเตียง ชันหรือขวดน้ำมันต์ดอกไม้มารูปเทียนของเช่นบูชา หรืออาจพบวัตถุมงคลอื่นๆ เพราะบิดามารดา ญาติพี่น้องต้องการให้ผู้ป่วยหาย โดยเชื่อว่านอกจากการรักษาซึ่งช่วยเติมที่อยู่แล้ว อำนาจของสิ่งศักดิ์สิทธิ์ก็เป็นสิ่งที่ช่วยด้านขวัญกำลังใจให้ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวรู้สึกอุ่นใจ และมั่นใจในการรักษา ดังนั้น จึงมีความสำคัญอย่างมากสำหรับพยาบาลในการประเมินให้ทราบถึงความต้องการตามความเชื่อความศรัทธาของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อจะได้สนับสนุนและเอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองตามความต้องการที่เหมาะสม

1.3 ศาสนา เมืองไทยได้ชื่อว่าเป็นเมืองพุทธเพราะประชากรส่วนใหญ่ นับถือศาสนาพุทธ จิตวิญญาณในทางพุทธศาสนาหมายถึง “จิตชั้นสูง” ซึ่งคือความดี การละความเห็นแก่ตัว การเข้าถึงซึ่งสิ่งสูงสุดคือปัญญาหรือพระนิพพาน²⁶ จึงเป็นเสมือนปัญญาช่วยให้คนหลุดพ้นความทุกข์ และเป็นพลังหรือผลกรรมที่เกิดจากความเชื่อความศรัทธา และการปฏิบัติตามหลักคำสอน^{23,27} ชาวไทยพุทธจึงเชื่อในเรื่องบาปบุญคุณโทษ การทำดีได้ดีและทำชั่วได้ชั่ว ดังกรณีตัวอย่าง ผู้ป่วยวัยร่นหญิงอายุ 13 ปีที่ คุณยายพราสอนให้ผู้ป่วยทำความดีละเว้นความชั่ว ปฏิบัติอยู่ในศีล 5 และยังพาผู้ป่วยสวดมนต์ไหว้พระ ใส่บาตรและเข้าวัดทำบุญเป็นประจำตั้งแต่เด็ก บอกว่า “ยายว่าที่หนูป่วยหนักเกือบสลายนี้ มันเป็นย่อน (เป็นเพราะ) เวรกรรม ตีว่าหนูดวงยังบ่ (ยังไม่) ถึงฆาตกะเลยรอดมาได้ คนดีตกน้ำบ่ไหลตก

โพงไปไหม้ เฮา (เรา) ต้องเฮ็ด (ทำ) บุญเฮ็ดความดีไว้ตลอด ยามเจ็บป่วยสหนักปานใด (หนักปานใด) กะสิไ้รอด” เช่นเดียวกับผู้ป่วยวัยร่นหญิง โรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันและมีภาวะหัวใจหยุดเต้น บอกว่า “หนูป่วยหนักมากจนนึกว่าจะไม่รอดซะแล้ว ดีที่หนูรอดมาได้ แม่บอกเพราะหนูมีบุญเก่าช่วย แม่บอกต้องทำดีไว้จะได้มีบุญตลอด แม่ไปไหว้พระขอพรส่งผลบุญให้หนูทุกเช้าเลยตอนนั้น หนูเองก็สวดมนต์ไหว้พระก่อนนอน และก็อธิษฐานขอพรทุกวัน หนูได้ใส่บาตรและถวายสังฆทานที่ไอ้ชียูด้วยนะ ซึ่งมันดีมากเลยทำแล้วหนูสบายใจได้บุญ” จากกรณีตัวอย่างอาจสรุปได้ว่า การเชื่อในบาปบุญคุณโทษ และผลกรรมของวัยร่น จะเป็นสิ่งที่คอยเตือนสติให้วัยร่นกระทำความดี มีใจเมตตา และกลัวการกระทำบาปหรือสิ่งไม่ดี ซึ่งอิทธิพลเหล่านี้มาจากการอบรมสั่งสอนและพาลูกหลานปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาเป็นประจำของคนในครอบครัว ทำให้วัยร่นเรียนรู้และนำมาประพฤติปฏิบัติเป็นสัจยัตหนึ่งใจ เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาหรือภาวะวิกฤต²⁸⁻²⁹ อย่างไรก็ดี แม้ว่าวัยร่นไทยส่วนใหญ่จะนับถือศาสนาพุทธ แต่ผลการศึกษาพบว่าศรัทธาของวัยร่นส่วนใหญ่ต่อพุทธศาสนายังไม่ลึกซึ้ง การนับถือศาสนาก็เป็นเพียงแต่นับถือตามครอบครัวที่นับถืออยู่ ไม่ได้ศึกษาหลักธรรมคำสอนหรือนำหลักธรรมคำสอนมาปฏิบัติอย่างจริงจัง³⁰ ดังนั้นเมื่อเจ็บป่วยระยะวิกฤตผู้ป่วยวัยร่นส่วนใหญ่จึงไม่ได้ใช้ศาสนาหรือหลักคำสอนของพระศาสดามาเป็นสัจยัตหนึ่งใจเป็นลำดับแรกเหมือนวัยผู้ใหญ่หรือวัยชรา^{5,29} ดังกรณีตัวอย่าง ผู้ป่วยวัยร่นชายรายหนึ่ง บอกว่า “ต้นนับถือพุทธนะแต่ก็ไม่ได้เคร่ง ก็คิดว่ารู้เรื่องนะเพราะเรียนมา แต่ถ้าไม่มีใครพูดถึงก็จะไม่ค่อยนึกถึงเท่าไรจริง ๆ ก็ไม่ได้นับถืออะไรมากมาย ก็มีทำบุญกับตู้บริจาคบ้าง ใส่บาตรไปวัดบ้างถ้าแม่ชวนไป จริง ๆ ที่ไปอยากไปดูดวงไปเสี่ยงเซียมซีที่วัดมากกว่า ไม่รู้สัจยัตคิดว่าศาสนาช่วยอะไรไม่ได้เลยนะตอนนั้น” เป็นต้น

จากที่กล่าวมาข้างต้นการประเมิน

ในส่วนนี้จะทำให้พยาบาลทราบถึงความเชื่อความศรัทธาของผู้ป่วยวัยรุนแรงวิกฤต

2. การประเมินความต้องการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา หรือการประกอบพิธีกรรมตามความเชื่อ (religion practice) มนุษย์เมื่อมีความเชื่อและความศรัทธา การได้แสดงออกตามความเชื่อความศรัทธาที่ตนมีจะก่อให้เกิดความความยึดมั่นศรัทธา เกิดแรงสนับสนุนทางจิตใจและสังคม และจะทำให้เกิดความอึดเฝอใจในจิตวิญญาณ¹³ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เคยปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เคยสวดมนต์ไหว้พระ กราบไหว้บูชาอธิษฐานขอพรสิ่งศักดิ์สิทธิ์ในชีวิตประจำวัน หรือแม้แต่การดูดวงโชคชะตาหรือว่าเสี่ยงทาย เมื่อเจ็บป่วยก็มักจะมีความต้องการที่จะได้ปฏิบัติอย่างที่เคยทำมาซึ่งในผู้ป่วยวัยรุนแรง พฤติกรรมเหล่านี้ ส่วนใหญ่เกิดจากความเชื่อความศรัทธาที่มีมาในครอบครัวและชุมชนที่ได้ปฏิบัติและถ่ายทอดสืบต่อกันมา โดยเชื่อว่าการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาทำแล้วจะได้บุญ ส่วนการปฏิบัติหรือทำพิธีกรรมตามความเชื่อ ล้วนเป็นการกระทำเพื่อสร้างขวัญกำลังใจ และเมื่อเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาระยะวิกฤตในไอซียู ก็มักจะทำควบคู่กันทั้งกิจกรรมด้านศาสนาและพิธีกรรมตามความเชื่อ โดยส่วนใหญ่บิดามารดาหรือบุคคลในครอบครัวจะเป็นคนกระตุนหรือพาปฏิบัติ และมักจะเป็นความต้องการของผู้ป่วยวัยรุนแรงด้วยกัน ดังกรณีตัวอย่าง วัยรุ่นหญิงอายุ 13 ปี ได้บอกว่า “ปกติหนูกะใส่บาตรก่อนสิ (จะ) ไปโรงเรียนล้างมือ (บางวัน) บิได้ใส่ประจำ แต่ตอนอยู่ในไอซียูหนูหละอยากใส่บาตรแสง (มาก) อยากเฮ็ด (ทำ) บุญแต่กะบิได้เฮ็ด แต่หนูกะเชื่อ (เชื่อ) ว่าหนูสิดีขึ้นอยู่ เพราะว่าพ่อกะบยายเผิ่น (ท่าน) ไปบนกับผีตาปู่ไว้ให้หนูเซา พ่อยังไปหาหลวงพ่อยู่วัด เผิ่นว่าหนูสิดีสิเซาอยู่ เผิ่นเอาพระมาให้หนูแขวนคอไว้” แต่ก็พบได้เช่นกันที่วัยรุ่นบางคนจะรู้สึกเฉยๆ หรืออาจไม่เห็นด้วย เพราะยังสงสัยในความเชื่อเหล่านี้ หรือยังไม่ได้เลื่อมใสศรัทธาจึงมองไปตามหลักของวิทยาศาสตร์ จึงไม่มีความต้องการที่จะปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาหรือ

พิธีกรรมใดได้แม้ว่าบิดามารดาหรือครอบครัวต้องการดังกรณีตัวอย่าง ผู้ป่วยวัยรุนแรงชาย อายุ 17 ปี บอกว่า “ต้นมันใจว่าตัวเองจะดีขึ้นเพราะหมอกับพยาบาลดูแลดี เราก็กักผ่อนได้พอ อาการก็ดีขึ้นเรื่อย ๆ ต้นว่าสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรือศาสนาไม่ได้ช่วย แต่แม่ก็สวดมนต์ให้ต้นตลอดนะ แม่เชื่อเรื่องพวกนี้มาก แม่บอกแม่ไปบนไว้และจะพาไปสะเดาะเคราะห์ด้วย ต้นไม่ค่อยเชื่อ ต้นไม่ค่อยเห็นด้วย ต้นเชื่อวิทยาศาสตร์มากกว่า” ดังนั้น การประเมินความต้องการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา หรือการประกอบพิธีกรรมตามความเชื่อของผู้ป่วยวัยรุนแรงวิกฤต จึงควรสังเกตสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมของทั้งผู้ป่วยวัยรุนแรงและครอบครัวร่วมกับการประเมินความต้องการในการทำกิจกรรมดังกล่าว

3. การประเมินความความอึดเฝอใจในจิตวิญญาณของผู้ป่วยวัยรุนแรงวิกฤต (spiritual contentment) เป็นการประเมินการรับรู้เพื่อประมวลความรู้สึกรู้คิดด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยขณะเข้ารับการรักษาในฟิไอซียูโดยการประเมินในส่วนนี้พยาบาลจะสรุปจากสิ่งที่เป็นสิ่งยึดเหนี่ยว หรือความเชื่อความศรัทธาที่เคยมีมา ตลอดจนการได้ปฏิบัติตามความเชื่อความศรัทธาของผู้ป่วยวัยรุนแรงวิกฤตได้รับการตอบสนองตามความต้องการหรือไม่ ถ้าได้รับการตอบสนองที่เพียงพอต่อความต้องการ ผู้ป่วยวัยรุนแรงวิกฤตก็จะมีคามสงบทางจิตวิญญาณ รับรู้และยอมรับได้ในสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้น หรือมีความอึดเฝอใจในจิตวิญญาณ¹³ แต่ถ้าไม่ได้รับการตอบสนองที่เพียงพอก็จะเกิดความหวาดหวั่น กลัว ไม่แน่ใจในสิ่งยึดเหนี่ยวหรือความเชื่อความศรัทธาที่เคยมี ซึ่งภาวะนี้เรียกว่ามีความทุกข์ทางจิตวิญญาณ¹³ ดังกรณีตัวอย่าง ผู้ป่วยวัยรุนแรงชาย ภาวะไข้เฉียบพลันและมีภาวะช็อคเหตุพิษติดเชื้อ ซึ่งรักษาในหอผู้ป่วยฟิไอซียู 6 วัน บอกว่า “หลังจากช็อคก็มีอาการเหนื่อยแล้วเขาก็กส่งเข้าห้องไอซียูเลยเพราะต้องไข้ยาแรงและต้องใส่ท่อให้ออกซิเจน ก็รู้ตัวดีตลอด รู้สึกว่าเราไม่ได้เป็นอะไรมาก เพียงแต่ 2 วันแรกยังทำอะไรมากไม่ได้เพราะเหนื่อยจากช็อคเท่านั้น หลังจากนั้นก็

ดีขึ้นเรื่อย ๆ ต้นว่าอาการคันดีกว่าคนอื่นมาก” จากกรณีตัวอย่างนี้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคในทางที่ดี ประกอบกับผลการรักษาดีจึงทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่ดี ซึ่งแตกต่างกับผู้ป่วยที่รับรู้ความรุนแรงของโรคในทางที่ไม่ดี มีภาวะแทรกซ้อน และต้องใช้เวลารักษายาวนาน ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความต้องการด้านจิตวิญญาณเพิ่มขึ้น ดังกรณีตัวอย่าง ผู้ป่วยหญิงวัยรุ่นโรคปอดอักเสบรุนแรงและมีภาวะการหายใจล้มเหลว ซึ่งรักษาในหอผู้ป่วยฟิไอชียู 11 วัน บอกว่า “ยอมรับว่าย่านหลาย (กลัวมาก) อยู่ค่อนนั้น ยาม (เมื่อ) เจ็บกะเจ็บคัก (มาก) หลายเจ็บจนว่าฮ้อง (ร้อง) ให้ มัน อีต้อตเว้า(พูด)กะบ่ได้เถิง (ทั้ง)กะย่านบ่ได้อาพ้อฮ้อย (ช่วย)หายใจออก ย่านบ่หายย่านตายกะพ้องกัน (ด้วย)เช่นกัน) ตอนนั้นคิดฮอด (คิดถึง)แต่แม่อยากให้แม่ เข้ามาหาผมอยู่หน้า (มาอยู่ด้วย) มาเฝ้าอยู่ใกล้ ๆ หนูอยากเมื่อ (กลับ)บ้าน กะคิดแต่อยากลิเซา (อยากหาย) ไวไวได้กลับบ้าน” ดังนั้น เพื่อให้ผู้ป่วยวัยรุ่นระยะวิกฤตสามารถมีความสุขด้านจิตวิญญาณในขณะที่เกิดการเจ็บป่วยได้ พยาบาลจึงต้องให้ความสำคัญในการประเมินเพื่อให้ทราบถึงความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยวัยรุ่นระยะวิกฤต และจัดกิจกรรมเพื่อสนับสนุนหรือเอื้อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองตามความต้องการด้านจิตวิญญาณที่มี

สรุป

การประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยวัยรุ่นระยะวิกฤตที่นำเสนอในบทความนี้ ผู้เขียนได้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของความต้องการด้านจิตวิญญาณตามมุมมองของผู้ป่วยวัยรุ่นระยะวิกฤต โดยอธิบายถึงการประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยวัยรุ่นระยะวิกฤตตามทฤษฎีความสุขด้านจิตวิญญาณในขณะที่เกิดการเจ็บป่วยของโอไบรอัน ซึ่งอธิบายถึงการค้นพบความหมายของจิตวิญญาณในขณะที่เกิดการเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีจุดมุ่งหมาย ยอมรับและสามารถเอาชนะอุปสรรคจน

เกิดความสุขด้านจิตวิญญาณได้ประกอบด้วย การประเมินจิตวิญญาณหรือความเชื่อความศรัทธา การประเมินความต้องการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาหรือประกอบพิธีกรรมตามความเชื่อความศรัทธา และการประเมินความความอึดเฝ้ามั่นในจิตวิญญาณของผู้ป่วยวัยรุ่นระยะวิกฤต บทความนี้จะเปรียบเทียบเสริมทิศที่จะช่วยชี้นำความคิดของพยาบาลให้เกิดความไวในการประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณได้อย่างถูกต้องครอบคลุม และสอดคล้องตรงตามการรับรู้ของผู้ป่วยวัยรุ่นระยะวิกฤต อันจะนำสู่คุณภาพของการพยาบาลแบบองค์รวม ครบมิติพร้อมทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

References

1. Sangchart B. Spiritual well-being and good death. Journal of nursing science & health 2014; 37(1): 147–56. (in Thai)
2. Fowler JW. Stages of faith: The psychology of human development and the quest for meaning. New York: Harper Collins; 1981.
3. Zhanga KC, Tan C. Exploring the spiritual needs of adolescent girls. Religion & Education 2010; 37(2): 146–61.
4. Good JJ. Integration of spirituality and cognitive-behavioral therapy for the treatment of depression. Psychology Dissertations, Philadelphia College of Osteopathic Medicine; 2010.
5. Buppha P, Sangchart B. Spiritual care in critically ill persons perceived by nurses and patients, Journal of Nursing Science & Health 2012; 35(3): 62–71. (in Thai)
6. Kaewkungwan S. Developmental psychology all of age: volume 2 (teenage –aging). 9th ed. Bangkok: Thammasat University; 2010. (in Thai)

7. Young C, Koopsen C. Spirituality, health, and healing: An integrative approach. 2nd ed. Sudbury (MA): Jones & Bartlett; 2011.
8. Ekwuttiwongsa R, Sangchart B. Experience needed for helping in spiritual practice of sick Buddhist monks: A qualitative study. *Journal of Nursing Science & Health* 2014; 37(3): 56–65. (in Thai)
9. Johnston LB. Critical illness and spiritual faith in older adult: Survival factors/why spirituality matters. Presented at: NACSW Convention 2014 (November, 2014). Annapolis, Maryland; 2014
10. Somkumlung P, Chaiyasit Y, Nilvucharang R, Somsri C. The spiritual dimension of nursing care : Well being in dying of a patient with terminal illness. *Journal of Nursing Science & Health* 2013; 36(2): 140–149. (in Thai)
11. Limumnoilap S. Critical illness and nursing care. In: Limumnoilap S, Tumnong C, editors, *Critical care nursing*. 7thed (2nd revised edition). Khonkaen: Klungnanawittaya; 2013. p. 1–27. (in Thai)
12. Nash P, Darby K, Nash, P. The spiritual care of sick children: Reflections from a pilot participation project. *International Journal of Children's Spirituality* 2013; 18(2): 148–61.
13. O'Brien ME. Spirituality in nursing: Standing on holy ground. 5thed. MA: Jones & Bartlett; 2014.
14. Molter NC. Needs of relatives of critically ill patients: A descriptive study. *Heart Lung* 1979; 8(2): 332–9.
15. Gaglione KM. Assessing and intervention with families of CCU patients. *Nursing Clinic of North America* 1984; 19(9): 427–32.
16. EK wuttiwongsa R, Sangchart B. Sick Buddhist monk's experience in spiritual practice. *Journal of Nursing Science & Health* 2013; 36(3): 72–80. (in Thai)
17. Maneerak S. Nurses' experiences in responding to the spiritual needs of critically ill patients. Master thesis of nursing science (adult programme), Graduate school, Prince of Songkla University; 2002. (in Thai)
18. Losawadkul S, Pungchompoo W. Needs of relative caregiver in critically coronary artery disease. *Nursing Journal* 2006; 33(1): 72–83. (in Thai)
19. Painujit S, Sawakeprom W. Correlation between needs and spiritual practices of caregiver's patient with ventilator. 12th RMJ 2015; 26(1): 87–90. (in Thai)
20. Anandarajah G, Hight E. Spirituality and medical practice: Using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. *Am Fam Physician* 2001; 63(1): 81–9.
21. Tongprateep T. Spirituality: A dimension of nursing. Bangkok: Chulalongkorn University; 2009. (in Thai)
22. Kaewkrachok T, Kong-in W. Spiritual nursing. *Songklanagarind Journal of Nursing* 2007; 27(1): 36–48. (in Thai)
23. Ekwuttiwongsa R, Ngoangam P, Soontharapa W, Wuttisarn P. Life, death and dying: A Buddhist Perspective and application in nursing. *Journal of Nursing Science & Health* 2014; 37(2): 127–34 (in Thai)
24. Kusum W. editor, *Critical care nursing: A holistic approach*. 5th ed. Bangkok: Sahapracha Commercial; 2013. (in Thai)

25. Sumano W. (Tabtam). A study of the value of the beliefs in the Pu-ta worship ceremonies of people Bannongvangsokphra and Bannong-vankhotara, Nongvangsokphra commune, Pol district, Khonkaen province. Master thesis of arts (Buddhist studies), Graduate school, Mahachulalongkornrajavidyalaya University; 2013. (in Thai)
26. Wasi P. The speech: Activity overview for spiritual health in Thailand. In: Srisawat J, editor, The conclusion of Sanjit forum: The knowledge expo for spiritual development. Bangkok: Sodsri – Saritwong Foundation; 2010. (in Thai)
27. Toneatto T. Buddhists. In: Taylor EJ, editor, Religion: A clinical guide for nurse. New York: Springer publishing; 2012. p. 129–36.
28. Roojanavech S, Chatdokmaiprai K, Tantapong U. Spiritual needs related to prevention of pre-marital sex among Thai adolescents. Journal of Public Health Nursing 2015; 29(3): 90–102. (in Thai)
29. Uppanisakorn S, Boonyarat J. Experiences of family members of critically ill patients who received responses to their spiritual needs in a medical intensive care unit. Songklanagarind Journal of Nursing 2013; 33(3): 37–49. (in Thai)
30. Kaewpornsawan T, Kaewpornsawan K, Tungjittiporn T. Factors affecting the mindfulness in Thai adolescents. J Psychiatr Assoc Thailand 2012; 57(4): 403–12. (in Thai)