

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ

พัชรีย์ พรหมสิงห์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

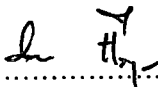
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

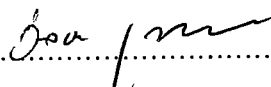
มกราคม 2559

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

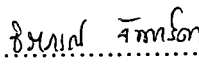
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ พัชรีย์ พรหมสิงห์ ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

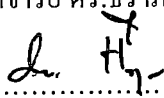
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

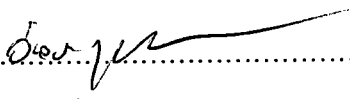

..... อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภาวนา กิริติยุดวงศ์)

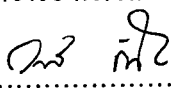

..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิมลภา คุณทรงเกียรติ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



..... ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สิราภรณ์ จันทร์ตา)


..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภาวนา กิริติยุดวงศ์)


..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิมลภา คุณทรงเกียรติ)


..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารี กังใจ)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ของมหาวิทยาลัยบูรพา


..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรีย์ ไชยมงคล)

วันที่ 15 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2559

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดีจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ภาวนา กิริติคุณวงศ์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วัลภา คุณทรงเกียรติ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม และผศ.ดร. ชีราภรณ์ จันทร์ดา ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่กรุณาให้ คำปรึกษาแนะนำแนวทางที่ถูกต้อง ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความละเอียดถี่ถ้วน เป็นกำลังใจ และเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาให้ ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอ กราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าหอ ผู้ป่วยใน พยาบาลวิชาชีพทุกท่าน ตลอดจนเจ้าหน้าที่ทุกท่านในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดชลบุรี ที่ให้ความร่วมมือ อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล และให้ข้อมูลต่าง ๆ เป็นอย่างดี สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ให้สำเร็จด้วยดี ซึ่งทุกข้อมูลที่ได้รับนั้นเป็นประโยชน์ และไม่อาจประเมิน ค่าได้

ขอขอบพระคุณทุก ๆ คนในครอบครัว ตลอดจนเพื่อน ๆ ที่ให้กำลังใจ และให้ความ ช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ แก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี ทำให้ผู้วิจัยรู้สึกอุ่นใจ มีแรงใจช่วยสร้างพลังใจใน การทำวิทยานิพนธ์ตลอดมา

สุดท้ายขอขอบคุณตนเองที่มีจิตใจเข้มแข็ง อดทน รับผิดชอบ และไม่ท้อถอย แม้จะต้อง เผชิญกับปัญหา และอุปสรรคต่าง ๆ ทำให้ผู้วิจัยสามารถผ่านพ้นปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ไปได้ ด้วยดี จนสำเร็จการศึกษาครั้งนี้

คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูคุณเวทิตา แด่บุพการี บุรพจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน ที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มี การศึกษาและประสบความสำเร็จมาจนทุกวันนี้

พัชรีย์ พรหมสิงห์

53921463: สาขาวิชา: การพยาบาลผู้ใหญ่; พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คำสำคัญ: การดูแลด้านจิตวิญญาณ/ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย/ พยาบาลวิชาชีพ

พัชรีย์ พรหมสิงห์: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ (FACTORS ASSOCIATED WITH SPIRITUAL CARE FOR TERMINALLY ILL PATIENTS OF PROFESSIONAL NURSES) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: ภาวนา กิริติยวงศ์, ปร.ด., วัลภา คุณทรงเกียรติ, พย.ด., จำนวน 120 หน้า. ปี พ.ศ. 2559.

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณ การรับรู้ความสามารถในการดูแลด้านจิตวิญญาณ และความเชื่อเรื่องศาสนา กับ การดูแลด้านจิตวิญญาณ ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดชลบุรี จำนวน 112 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และทำการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณ การรับรู้ความสามารถการดูแลด้านจิตวิญญาณ ความเชื่อเรื่องศาสนา และการดูแลด้านจิตวิญญาณ ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติเชิงบรรยาย และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเฉลี่ย 6.61 ปี ($SD = 5.11$) เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ร้อยละ 33.90 ไม่เคยได้รับการอบรมร้อยละ 66.10 และได้รับการอบรม 1 วัน มากที่สุดร้อยละ 47.37 คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณ การรับรู้ความสามารถการดูแลด้านจิตวิญญาณ ความเชื่อเรื่องศาสนา และการดูแลด้านจิตวิญญาณ ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ความเชื่อเรื่องศาสนาของพยาบาลวิชาชีพ การรับรู้ความสามารถการดูแลด้านจิตวิญญาณ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$ ($r = .55, .54$ ตามลำดับ) และความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ ($r = .23$) ส่วนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายพบว่าไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการดูแลด้านจิตวิญญาณ ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ

จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลวิชาชีพควรหมั่นศึกษาหาความรู้ ฝึกทักษะการดูแลด้านจิตวิญญาณ เข้าร่วมปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และญาติ รวมทั้งพยาบาลวิชาชีพควรได้รับการอบรมเฉพาะทางระยะสั้นเกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณ ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง

539121463: MAJOR: ADULT NURSING; M.N.S. (ADULT NURSING)

KEYWORDS: SPIRITUAL CARE/ TERMINALLY ILL PATIENTS/ PROFESSIONAL

PACHCHAREE PROMSING: FACTORS ASSOCIATED WITH SPIRITUAL CARE FOR TERMINALLY ILL PATIENTS OF PROFESSIONAL NURSES. ADVISORY COMMITTEE: PAWANA KEERATIYUTANAWONG, Ph.D., WANLAPA KUNSONGKEIT, Ph.D., 120 P. 2016.

The purpose of this descriptive study was to examine the relationship among end of life care's experience of nurses, spiritual care knowledge, spiritual care ability and religion belief and spiritual care for terminally ill patients of professional nurses. The subjects of 112 professional nurses worked in community hospitals, Chonburi. Personal data Questionnaire spiritual care knowledge, spiritual care ability, religious beliefs and spiritual care for terminally ill patients of professional nurses. Were used for data collection. Descriptive statistics and Pearson's correlation coefficient were used for data analysis.

The results showed that the experienced in care of terminally ill patients average 6.61 years (SD = 5.11) have been trained on how to care for terminally ill patients 33.90 % has never trained 66.10 % have been trained one day most 47.37 %. The average score of spiritual care knowledge, spiritual care ability, religion belief and spiritual care to terminally ill patients were at a moderate level. religious beliefs of nurses, spiritual care ability have a positive relationship with the spiritual care in palliative nurses professional moderate statistically significant at $p < .01$ ($r = .55, .54$ respectively) and spiritual care knowledge has a positive correlation with low statistical significance at $p < .05$ ($r = .23$). end of life care's experience of nurses no statistically significant relationship with the spiritual care for terminally ill patients of professional nurses.

Research has suggested that. Nurses should keep learning, practice of spiritual care, attend religious practice and applied in the care of terminally ill patients and their relatives. Including nurses should be trained only way short on spiritual care in palliative adequately and continuously.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพ.....	ฌ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	5
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	6
กรอบแนวคิดของการวิจัย.....	6
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	9
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย.....	11
พยาบาลกับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย.....	24
แนวคิดความสามารถทางการพยาบาลในทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม.....	33
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลด้านจิตวิญญาณ ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของ พยาบาลวิชาชีพ.....	34
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	38
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	38
สถานที่ในการเก็บข้อมูล.....	39
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	40
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย.....	42
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	43
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	43

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	44
4 ผลการวิจัย.....	45
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	45
5 สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	55
สรุปผลการวิจัย.....	56
อภิปรายผลการวิจัย.....	56
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	64
บรรณานุกรม.....	67
ภาคผนวก.....	75
ภาคผนวก ก.....	76
ภาคผนวก ข.....	88
ภาคผนวก ค.....	95
ภาคผนวก ง.....	104
ภาคผนวก จ.....	106
ภาคผนวก ฉ.....	116
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	120

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	46
2 คะแนนที่เป็นไปได้ คะแนนที่เป็นจริง คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความรู้เกี่ยวกับการดูแลจิตวิญญาณ ความเชื่อเรื่องศาสนา ของกลุ่มตัวอย่าง.....	49
3 คะแนนที่เป็นไปได้ คะแนนที่เป็นจริง คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ ค่าเฉลี่ยร้อยละของการรับรู้ความสามารถในการดูแลด้านจิตวิญญาณของ กลุ่มตัวอย่าง.....	50
4 คะแนนที่เป็นไปได้ คะแนนที่เป็นจริง คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ ค่าเฉลี่ย ร้อยละของการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของกลุ่มตัวอย่าง.....	51
5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เลือกสรรกับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะ สุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ.....	53

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	9
2	รูปแบบการบูรณาการการดูแลผู้ป่วยระดับประคอง.....	15

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ที่ป่วยด้วยโรคร้ายแรงหรือมีภาวะอื่นที่คุกคามต่อชีวิต มีการลุกลามของโรคไปอย่างมาก การทำงานของอวัยวะสำคัญ ๆ ของร่างกายหลายระบบผิดปกติ และแพทย์ลงความเห็นว่าการของโรคเกินกว่าจะรักษาให้หายขาดได้ ซึ่งอาการของผู้ป่วยจะทรุดลงเรื่อย ๆ และเสียชีวิตในที่สุด การดูแลเน้นให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย มีความสุขสงบทางจิตใจ ได้อยู่ใกล้บุคคลอันเป็นที่รัก หลุดพ้นจากความเครียด ความวิตกกังวล และความเจ็บป่วยเพื่อออกไปอย่างสงบ (วนิดา รัตนานนท์, 2550; สถาพร ลีลานันทกิจ, 2551; กรมการแพทย์, 2557)

ในปัจจุบันวิวัฒนาการทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางการแพทย์มีความเจริญก้าวหน้าในการรักษามากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการรักษาด้วยเครื่องมือที่ทันสมัย ช่วยให้ผู้ป่วยมีอายุยืนยาวขึ้น จากข้อมูลของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข พบว่า แนวโน้มของประชากรที่มีการเจ็บป่วยและต้องการการดูแลในระยะประคับประคอง เช่น โรคมะเร็งและโรคเอดส์ โดยพบอัตราป่วยด้วยโรคมะเร็งจาก 468.3 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2548 เป็น 759.8 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2555 ซึ่งโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประเทศไทยและพบว่า มีแนวโน้มสูงขึ้น 8 เท่า จาก 12.6 ในปี พ.ศ. 2510 เป็น 43.8 ในปี พ.ศ. 2540 และ 98.5 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2555 ซึ่งในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2542-พ.ศ. 2552) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองเพิ่มขึ้นร้อยละ 11 (แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาศูนย์ประเมินภาวะโรคและสุขภาพประชากรไทย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2555; Cancer control, knowledge into action World Health Organization, 2007)

เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคเอดส์ มีผู้ป่วยสะสมมาตั้งแต่เริ่มมีการระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทย จนถึงปัจจุบัน มีจำนวน 984,000 ราย มีจำนวนผู้ติดเชื้อเสียชีวิตแล้ว 289,000 ราย ผู้ที่ยังมีชีวิตอยู่ในปัจจุบัน จำนวน 695,000 ราย มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์รายใหม่ในปี พ.ศ. 2557 จำนวน 29,000 ราย จากแนวโน้มของจำนวนผู้ป่วยดังกล่าวที่เพิ่มขึ้น สะท้อนถึงความต้องการการดูแลในระยะประคับประคองและระยะสุดท้ายเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นการเตรียมความพร้อมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะสุดท้าย เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญ

การดำเนินโรคเข้าสู่ระยะสุดท้ายของผู้ป่วยดังกล่าว ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยลดลง จากภาวะแทรกซ้อนทั้งจากตัวโรค และภาวะจิตใจที่หดหู่ สิ้นหวังและทำใจไม่ได้ว่าตนเองเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์

สังคม และจิตวิญญาณ ผู้ป่วยต้องเผชิญกับปัญหาที่ซับซ้อนเนื่องจากระบบสำคัญ ๆ ในร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ทรุดลง การทำงานของอวัยวะในระบบต่าง ๆ ไม่เป็นไปตามปกติ ความรู้สึกและความทรงจำของผู้ป่วยค่อย ๆ ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ ฐิติพร จตุรพิพัฒน์ และกิตติพัทธ์ เอี่ยมรอด (2551) ที่ศึกษากรณีผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต้องอยู่ในสภาพที่ทุกข์ทรมานจากอาการหายใจเหนื่อยหอบ อาการปวดท้องตลอดเวลา รับประทานอาหารไม่ได้ ผู้ป่วยรู้สึกกลัวหายใจไม่ออก กลัวความตาย และที่สำคัญที่สุด ทศนีย์ ทองประทีป (2548) กล่าวว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายกลัวพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก

จากปัญหาดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยมีความต้องการการช่วยเหลือเพิ่มมากขึ้น ได้แก่ การดูแลด้านร่างกายเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยทั่วไป การดูแลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด การดูแลระบบทางเดินหายใจ การเคลื่อนไหว การขับถ่าย การนอนหลับ และการดูแลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ส่วนความต้องการด้านจิตสังคม ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร การคงไว้ซึ่งความเป็นอิสระ ความเป็นส่วนตัว การเป็นบุคคลสำคัญ การได้รับความช่วยเหลือและพัฒนาทางอารมณ์ และความต้องการให้ช่วยเหลือครอบครัว ตลอดจนบุคคลอันเป็นที่รัก ความต้องการด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ ต้องการค้นหาความหมายของชีวิต ต้องการความรัก ต้องการได้รับการให้อภัย ต้องการมีความหวัง ต้องการได้รับการนำเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบก่อนจะสิ้นใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ กัลยากร ฉัตรแก้ว (2544) พบว่าในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยมีความต้องการการดูแล เพื่อให้ร่างกายมีความสุขสบายที่สุด รวมทั้งต้องการความรัก ความจริงใจ และความเอาใจใส่จากบุคคลอันเป็นที่รักและไว้วางใจที่จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีชีวิตที่เหลืออยู่มีคุณค่า มีศักดิ์ศรี มีความหมาย และสามารถเตรียมพร้อมที่จะเผชิญกับความตายอย่างสงบ

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงเป็นมิติที่ท้าทายบทบาทของพยาบาล เนื่องจากการดูแลบุคคลเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีจะต้องดูแลในทุกองค์ประกอบอย่างบูรณาการ ไม่สามารถแบ่งแยกเป็นส่วน ๆ ได้ เพราะบุคคลประกอบไปด้วย ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ (Narayanasamy, 1993) พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องมีสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งในแต่ละประเทศมีการกำหนดสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับบุคลากรสุขภาพในแต่ละวิชาชีพแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบริบทของระบบบริการสุขภาพ แหล่งประ โยชน์ และปัญหาสาธารณสุขของประเทศนั้น ๆ เช่น สภาการพยาบาลของประเทศสหรัฐอเมริกา ได้กำหนดสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งประกอบด้วย ทักษะที่เชี่ยวชาญในการประเมินสภาพผู้ป่วย การคิดอย่างมีวิจารณญาณ การมีความรู้ ทศนคติ และทักษะในศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับความสุขสมบูรณ์ และความเจ็บป่วยในระยะสุดท้าย (Hospice and Palliative Nurses Association, 2004)

สำหรับประเทศไทย สภาการพยาบาล ได้กำหนดสมรรถนะพื้นฐานที่สำคัญสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้ 5 สมรรถนะ (กิตติกร นิลมานัต, 2555) คือ 1) สมรรถนะทางคลินิก (Clinical competence) หมายถึง ความรู้ ทักษะ และความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลและการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2) สมรรถนะทางวัฒนธรรม (Cultural competence) หมายถึง ความรู้และประสบการณ์ส่วนบุคคลเกี่ยวกับความเชื่อและพฤติกรรมความหลากหลายทางวัฒนธรรม 3) สมรรถนะทางจริยธรรม (Ethical competence) หมายถึง ความรู้ ทักษะ และทักษะทางจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 4) สมรรถนะทางจิตวิญญาณ (Spiritual competence) หมายถึง ทักษะและการปฏิบัติเพื่อให้เกิดความเข้าใจตัวตนที่แท้จริงที่อยู่ภายในของผู้ป่วยและสามารถตอบสนองความต้องการที่เป็นหนึ่งเดียวของผู้ป่วยระยะสุดท้าย และ 5) สมรรถนะทางการสื่อสาร (Communication competence) หมายถึง ความรู้ ทักษะในการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสอดคล้องกับแนวคิดความสามารถทางการพยาบาลของ Orem (2001) ที่กล่าวว่า การที่พยาบาลจะปฏิบัติการดูแลหรือมีความสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยจะต้องเป็นผู้มีประสบการณ์ ความรู้ ความสามารถ มีความเชี่ยวชาญฉลาดหลักแหลม มีความปรารถนาดีที่จะให้การดูแล และมีความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเป็นอย่างดี โดยเป้าหมายสำคัญในการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้น เพื่อต้องการให้ผู้ป่วยมีความสุขสงบ ยอมรับการตายอย่างกล้าหาญและมีศักดิ์ศรี มีโอกาสได้ระบายความทุกข์และความกังวลใจต่าง ๆ มีโอกาสบอกลา หรือขออโหสิกรรมแก่ญาติมิตร และได้ประกอบพิธีกรรมตามหลักศาสนา รวมถึงความเชื่อที่ตนนับถือ

ในปัจจุบันนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยมีนโยบายให้โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งเป็นเครือข่ายมีหน่วยงานรับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยต้องเตรียมรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ส่งกลับจากโรงพยาบาลศูนย์ เพื่อการดูแลต่อเนื่องและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติ แต่จากการศึกษาของ ทศนีย์ ทองประทีป (2547) พบว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยทั่วไป โดยไม่ได้แยกผู้ป่วยไว้ต่างหาก การดูแลมุ่งเน้นการรักษา ทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลไม่ครอบคลุมองค์รวม และฐิติมา โพธิศรี (2550) ได้ศึกษาพบว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลขนาด 60 เตียงมีปัญหา บุคลากรที่รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายขาดความรู้ ความมั่นใจ ความตระหนัก มีทัศนคติที่ไม่ดี ไม่เข้าใจบทบาทของตนเอง และไม่มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติ นอกจากนี้จากการศึกษาพบว่าปัญหาและอุปสรรคที่พบเกี่ยวกับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ คือ พยาบาลมีความรู้และทักษะไม่เพียงพอ ทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยได้ครอบคลุม

ทุกด้าน (Seller & Haag, 1998; ธารทิพย์ วิเศษธาร, 2541) ซึ่งการดูแลด้านจิตวิญญาณมีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าด้านร่างกาย ผู้ป่วยระยะสุดท้ายนอกจากจะมีความต้องการพ้นจากความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายแล้ว ผู้ป่วยยังมีความต้องการด้านจิตวิญญาณที่จะหลุดพ้นเช่นกัน ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยในด้านจิตวิญญาณจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่ง Sulmasy (2003) กล่าวว่า หนึ่งในกลุ่มบุคคลที่มีความต้องการด้านจิตวิญญาณสูง คือ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย และ Daodee and Crabtree (2005) กล่าวว่า ถึงแม้ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ไม่ต้องการยาหรือการรักษาเพื่อให้หายจากโรค แต่ผู้ป่วยยังต้องการความสนใจ การเอาใจใส่ และบ่อยครั้งที่ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมาน ความเจ็บปวด และต้องเผชิญความตายอย่างเฉียดตาย

สอดคล้องกับการศึกษาของ ปรานี รัตนอุดม และวราภรณ์ กาวไสย (2554) พบว่าพยาบาลมีพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยระยะสุดท้ายด้านร่างกายสูงสุด และรองลงมาเป็นด้านจิตวิญญาณ และการศึกษาของ Stranahan (2001) พบว่า ร้อยละ 57 ของพยาบาลไม่เคยดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณ และพยาบาลยังขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณ สอดคล้องกับการศึกษาของ อรรถยา อมรพรหมภักดี (2547) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลในสถาบันให้บริการสุขภาพ โดยศึกษาความแตกต่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลพบว่าพยาบาลมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้านที่ได้ค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านเสริมสร้างพลังจิตวิญญาณ และการดูแลด้านจิตวิญญาณมักถูกมองข้าม นอกจากนี้การศึกษาของ บุษพา ซอบไช้ (2543) เรื่องความสามารถทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยในมิติจิตวิญญาณ ญาติผู้ป่วยเห็นว่าพยาบาลมีความสามารถในการดูแล และแก้ปัญหาด้านร่างกายเป็นอย่างดี ส่วนปัญหาในด้านมิติจิตวิญญาณนั้นญาติจะสามารถทำหน้าที่นี้มากกว่าพยาบาล และการศึกษาของ อนงค์ ภิบาล (2552) ศึกษาความต้องการการดูแลทางด้านจิตวิญญาณ และการได้รับการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยไทยมุสลิมระยะสุดท้ายขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความต้องการการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ โดยรวมอยู่ในระดับสูง แต่เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความต้องการการพยาบาลด้านจิตวิญญาณกับการพยาบาลที่ได้รับเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p < .001$ สอดคล้องกับการศึกษาของ Teno et al. (2004) พบว่า พยาบาล และทีมสุขภาพไม่สามารถตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้าย และครอบครัวได้ และยังมีพยาบาลจำนวนน้อยที่เข้าใจหรือเข้าถึงความต้องการลึก ๆ ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงต้องมีประสบการณ์ ความรู้ ความสามารถ และความเข้าใจในการประเมินและช่วยเหลือด้านจิตวิญญาณ และศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ศรีเกียรติ อนันตยสวัสดิ์, 2552: กิตติกร นิลมานันต์, 2555) เพื่อการวางแผนการ

พยาบาลที่เหมาะสม และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าสามารถไว้วางใจพยาบาลได้ และผู้ป่วยเกิดความมั่นใจว่าจะไม่ตายอย่างโดดเดี่ยวในโรงพยาบาล (ทัศนีย์ ทองประทีป และจงลักษณ์ สุภกิจเจริญ, 2552)

พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยขณะนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และมีบทบาทสำคัญที่จะสามารถตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้าย พยาบาลวิชาชีพจึงต้องเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีความรู้ มีความสามารถเฉพาะทาง และความเชื่อเรื่องศาสนา เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการตอบสนองด้านจิตวิญญาณตามความต้องการ ทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเกิดความผาสุก มีความหวัง มีพลังชีวิตที่เหลืออยู่มีคุณค่า มีศักดิ์ศรี และสามารถเตรียมพร้อมที่จะเผชิญกับความตายอย่างสงบ ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ พบว่า การศึกษาเกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลส่วนใหญ่ศึกษาในต่างประเทศ สำหรับในประเทศไทยมีการศึกษาน้อย และจะศึกษาเกี่ยวกับความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยและญาติ ผู้วิจัย จึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โดยปัจจัยประกอบด้วย ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณ การรับรู้ความสามารถในการดูแลด้านจิตวิญญาณ และความเชื่อเรื่องศาสนา เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้ไปเป็นแนวทางในวางแผนเตรียมพยาบาลวิชาชีพให้มีความรู้ความสามารถในการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้มีคุณภาพ และครอบคลุมองค์รวมต่อไป

คำถามการวิจัย

1. พยาบาลวิชาชีพมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณ การรับรู้ความสามารถในการดูแลด้านจิตวิญญาณ ความเชื่อเรื่องศาสนา และการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยทางด้านประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณ การรับรู้ความสามารถในการดูแลด้านจิตวิญญาณ และความเชื่อเรื่องศาสนา มีความสัมพันธ์กับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพหรือไม่อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณ การรับรู้ความสามารถในการดูแลด้านจิตวิญญาณ ความเชื่อเรื่องศาสนา และการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โดยปัจจัยประกอบด้วย ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณ การรับรู้ความสามารถในการดูแลด้านจิตวิญญาณ และความเชื่อเรื่องศาสนา

สมมติฐานของการวิจัย

ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณ การรับรู้ความสามารถในการดูแลด้านจิตวิญญาณ และความเชื่อเรื่องศาสนามีความสัมพันธ์กับการดูแลด้านจิตวิญญาณ ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชลบุรี คือ โรงพยาบาลพานทอง โรงพยาบาลแหลมฉบัง โรงพยาบาลบ้านบึง โรงพยาบาลบ่อทอง โรงพยาบาลสัตหีบ กม. 10 โรงพยาบาลเกาะจันทร์ โรงพยาบาลเกาะสีชัง โรงพยาบาลหนองใหญ่ และโรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม ระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2558

ตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วยตัวแปรต้นและตัวแปรตาม ดังนี้

1. ตัวแปรต้น ได้แก่ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณ การรับรู้ความสามารถในการดูแลด้านจิตวิญญาณ และความเชื่อเรื่องศาสนา
2. ตัวแปรตาม ได้แก่ การดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (2001) โดยใช้มโนทัศน์ความสามารถทางการพยาบาล (Nursing agency) และการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

Orem (2001) กล่าวว่า การพยาบาล (Nursing) เป็นศาสตร์แห่งการปฏิบัติที่พยาบาลให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่พร้อมในการดูแลตนเอง ช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองให้ผู้ป่วย (Self care agency) เพื่อให้เหมาะสมกับความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นของผู้ป่วย (Therapeutic self care demand) และมีความเหมาะสมของแต่ละบุคคล โดยความสามารถของพยาบาลได้มาจากการศึกษา และฝึกปฏิบัติในศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล การที่พยาบาลจะปฏิบัติกรดูแลหรือมีความสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้นั้นจะต้องเป็นผู้มีประสบการณ์ ความรู้ ความสามารถ มีความเชี่ยวชาญ ฉลาดหลักแหลม มีความปรารถนาดีที่จะให้การดูแล และมีความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเป็นอย่างดี โดยพยาบาลสามารถให้การดูแลครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ โดยเฉพาะด้านจิตวิญญาณ มีความสำคัญมากขึ้นตามระยะของโรค (ผาณิต หลีเจริญ, 2557) ซึ่งในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พยาบาลวิชาชีพต้องมีความสามารถ คือ 1) ดูแลการรักษาเฉพาะโรค (Curative/ disease-modifying Therapy) 2) ดูแลแบบประคับประคองหรือการดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์ (Palliative care) 3) ดูแลช่วงสุดท้ายของชีวิต (Last weeks of life) และ 4) ดูแลหลังความตาย (Family bereavement care)

Orem (2001) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถทางการพยาบาล ดังนี้

1. มีความรู้ (Knowledge) ที่จำเป็น ได้แก่ ศาสตร์ทางการพยาบาล ซึ่งเป็นกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ มีศิลปะในการพยาบาล และมีความเข้าใจมนุษย์
2. ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย คือ การลงมือปฏิบัติกรพยาบาลในแต่ละรายที่ได้รับมอบหมายหรือที่ต้องรับผิดชอบ (Experiential knowledge of nursing cases)
3. มีความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติการพยาบาล (Master of the operation of nursing practice)
4. มีความสามารถในทักษะในด้านต่าง ๆ ที่จำเป็น ได้แก่ ทักษะด้านสังคม (Social) สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal) และทักษะทางการพยาบาล (Nursing) ซึ่งทักษะเหล่านี้เกิดจากการใช้องค์ความรู้ที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ
5. มีแรงจูงใจที่แน่วแน่ (Sustaining motives) และมีความปรารถนาที่จะให้การพยาบาล (Willingness to provide nursing)

จากกรอบแนวคิดทฤษฎีของ Orem (2001) และการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้วิจัยพบว่า มีตัวแปรที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพดังนี้

ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพจะช่วยบอกถึงความสามารถในการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่ง Orem (2001) กล่าวว่า ประสบการณ์การ

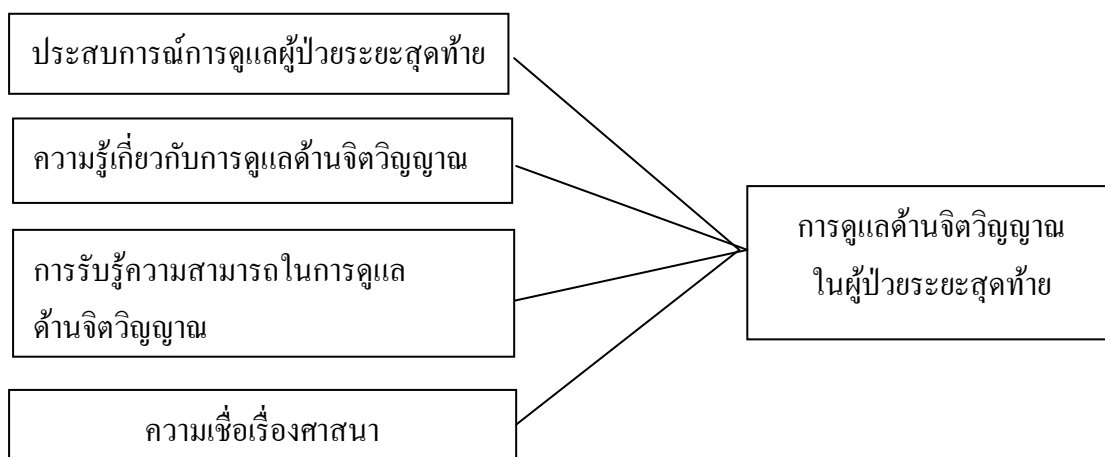
ปฏิบัติงานของพยาบาลเป็นปัจจัยหนึ่งที่กำหนดระดับของความเชี่ยวชาญทางการพยาบาล และ Benner (1984) กล่าวว่า พยาบาลที่มีจำนวนปีหรือมีระยะเวลาในการให้การพยาบาลผู้ป่วยมาก ความสามารถในการปฏิบัติงานก็จะสูงไปด้วย ซึ่งจากการศึกษาของ ศิริวรรณ วรรณศิริ (2548) พบว่า ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานมีผลต่อการดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณของพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ อรรถยา อมรพรหมภักดี (2547) พบว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงาน ด้านการพยาบาล มากกว่า 5 ปี มีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวมมากที่สุด

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณ พยาบาลวิชาชีพจะต้องมีพื้นฐานของความรู้ เฉพาะ และความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยและมีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง (Orem, 2000) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า พยาบาลที่ได้รับการเตรียมความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้ายมีความวิตกกังวลลดลงและมีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายดีกว่าพยาบาล ที่ไม่ได้รับการเตรียมความรู้ (Degner & Gow, 1988) สอดคล้องกับการศึกษาของ Shotton (2000) พบว่า พยาบาลที่มีความมุ่งมั่นในการที่จะพัฒนาตนเองทั้งด้านความรู้และทักษะ โดยเข้ารับการอบรมอย่างต่อเนื่องจะทำให้พยาบาลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและ ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพ

การรับรู้ความสามารถในการดูแลด้านจิตวิญญาณ เป็นการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ เกี่ยวกับการกระทำของตนเองว่าให้การปฏิบัติกรพยาบาลอยู่ระดับใด ประกอบด้วยด้านการสื่อสาร ด้านความคิดและความทรงจำ ด้านการกระตุ้นประสาทการรับรู้ และด้านศาสนาในการดูแลด้านจิต วิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ความเชื่อเรื่องศาสนาของพยาบาลวิชาชีพ เป็นความรู้สึกลึกซึ้งยอมรับ ความศรัทธา ในเรื่อง ศาสนาของพยาบาลวิชาชีพ การที่พยาบาลวิชาชีพมีความเชื่อและมีการปฏิบัติในเรื่องศาสนาจะช่วยให้ยอมรับ และสามารถตอบสนองความต้องการความทุกข์ทรมานทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะ สุดท้ายได้ (กิตติกร นิลมานันต์, 2555) จากการศึกษาพบว่า ความเชื่อทางศาสนามีผลต่อการดูแลด้าน จิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ศิริวรรณ วรรณศิริ, 2548) ซึ่งความเชื่อเรื่องศาสนาเป็นแหล่ง เกื้อหนุนที่สำคัญในการเพิ่มความเข้มแข็งและสนับสนุนผู้ป่วยเมื่อต้องเผชิญกับความตาย ศาสนา ที่ต่างกันจะมีมุมมองและอธิบายความตายที่ต่างกัน

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยต้องการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณ การรับรู้ความสามารถการดูแล ด้านจิตวิญญาณ และความเชื่อเรื่องศาสนาของพยาบาลวิชาชีพ โดยปัจจัยเหล่านี้คาดว่าจะมี ความสัมพันธ์กับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โดยแสดงเป็น ภาพกรอบแนวคิดดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งอยู่ในภาวะเจ็บป่วยรุนแรง ลูกคามถึงชีวิต อาการทรุดลงเรื่อย ๆ และอาจมีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน

จิตวิญญาณ หมายถึง การที่บุคคลมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ มีเป้าหมายในชีวิต มีความหวัง กำลังใจ มีความผูกพันกับบุคคลหรือบางสิ่งบางอย่าง เช่น ญาติพี่น้อง คุณงามความดี ความรัก ความสุข การให้อภัย เป็นต้น มีความเชื่อ ความศรัทธาต่อสิ่งศักดิ์ที่ตนนับถือหรือมีความเชื่อทางศาสนา และการได้บรรลุความมุ่งหวังสูงสุดของชีวิต

ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง จำนวนปีที่พยาบาลวิชาชีพ เริ่มปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจนถึงปัจจุบัน ประเมิน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ความเข้าใจ ในเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ ประเมิน โดยใช้แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง คะแนนมาก หมายถึง มีความรู้มาก คะแนนต่ำ หมายถึง มีความรู้น้อย

การรับรู้ความสามารถการดูแลด้านจิตวิญญาณ หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับการกระทำของตนเองว่าให้การปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ระดับใด ประกอบด้วย ด้านการสื่อสาร ด้านความคิดและความทรงจำ ด้านการกระตุ้นประสาทการรับรู้ และด้านศาสนา ประเมิน โดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการดูแลด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง คະແນນຳ ຫມາຍຄື ມີການຮູ້
 ການສາມາດຫລາຍ ຫະແນນ້ອຍ ຫມາຍຄື ມີການຮູ້ການສາມາດນ້ອຍ

ການເຊື່ອເຣື່ອງສາສນາ ຫມາຍຄື ການຮູ້ສຶກຍອມຮັບ ການສຸກສາ ໃນເຣື່ອງສາສນາຂອງ
 ພຍາບາລວິຊາຊີພ ປະເມີນ ດ້ວຍແບບສອບຄາມການເຊື່ອເຣື່ອງສາສນາຂອງພຍາບາລວິຊາຊີພທີ່ຜູ້ວິຊາ
 ສ້າງຂຶ້ນຈາກການທບທວນເອກສາຣແລະງານວິຊາທີ່ເຖິງຂ້ອງ ຫະແນນຳ ຫມາຍຄື ພຍາບາລວິຊາຊີພມີ
 ການເຊື່ອເຣື່ອງສາສນາຫລາຍ ຫະແນນ້ອຍ ຫມາຍຄື ພຍາບາລວິຊາຊີພມີການເຊື່ອເຣື່ອງສາສນານ້ອຍ

ການຄຸແລດ້ານຈິຕວິຊາຊາຍໃນຜູ້ປ່ວຍຣະຍະສຸດທ້າຍຂອງພຍາບາລວິຊາຊີພ ຫມາຍຄື ກິຈກຣມ
 ຫລືພຸດຕິກຣມທີ່ພຍາບາລວິຊາຊີພປະຕິບັດການຄຸແລດ້ວຍຕອບສອນຄວາມຕ້ອງການດ້ານຈິຕວິຊາຊາຍ
 ໃນຜູ້ປ່ວຍຣະຍະສຸດທ້າຍ ປະເມີນ ດ້ວຍແບບສອບຄາມການຄຸແລດ້ານຈິຕວິຊາຊາຍໃນຜູ້ປ່ວຍຣະຍະສຸດທ້າຍຂອງ
 ພຍາບາລວິຊາຊີພ ທີ່ຜູ້ວິຊາສ້າງຂຶ້ນຈາກການທບທວນເອກສາຣແລະງານວິຊາທີ່ເຖິງຂ້ອງ ປະກອບດ້ວຍ
 ດ້ານການສ່ເສຣີມໃຫ້ຜູ້ປ່ວຍມີການສ່ເສຣີມ ກໍາລັງໃຈ ດ້ານການຄົ້ນຫາເປົ້າຫມາຍແລະສິ່ງຍືດເນີ່ຍທາງໃຈ ດ້ານ
 ການສ່ເສຣີມໃຫ້ຜູ້ປ່ວຍໄດ້ຢູ່ກັບບຸກຄລຫລືສິ່ງຂອງທີ່ຜູ້ປ່ວຍຊຸກພັນໃນຣະຍະສຸດທ້າຍຂອງຊີວິດ ດ້ານການ
 ສ່ເສຣີມໃຫ້ຜູ້ປ່ວຍໄດ້ປະຕິບັດຕາມການເຊື່ອ ການສຸກສາທີ່ຜູ້ປ່ວຍນັບຄື ຫະແນນຳ ຫມາຍຄື ພຍາບາລ
 ວິຊາຊີພມີການຄຸແລດ້ານຈິຕວິຊາຊາຍດີ ຫະແນນ້ອຍ ຫມາຍຄື ພຍາບາລວິຊາຊີພມີການຄຸແລດ້ານຈິຕວິຊາຊາຍ
 ຕໍ່າ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลด้านจิตวิญญาณ ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
 - 1.1 ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย
 - 1.2 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
 - 1.3 ความหมายของการดูแลด้านจิตวิญญาณ ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย
 - 1.4 ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย
2. พยาบาลกับการดูแลด้านจิตวิญญาณ ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย
 - 2.1 คุณสมบัติของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลด้านจิตวิญญาณ ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย
 - 2.2 บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลด้านจิตวิญญาณ ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย
3. แนวคิดความสามารถทางการพยาบาล ในทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม
4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลด้านจิตวิญญาณ ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ของพยาบาลวิชาชีพ

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Terminally ill patient) หมายถึง ผู้ที่ป่วยด้วยโรคร้ายแรงหรือมีภาวะอื่นที่คุกคามต่อชีวิต มีการลุกลามของโรคไปอย่างมาก การทำงานของอวัยวะสำคัญ ๆ ของร่างกายหลายระบบผิดปกติ และแพทย์ลงความเห็นว่าการของโรคเกินกว่าจะรักษาให้หายขาดได้ ทำได้เพียงดูแล และรักษาตามอาการเท่านั้น ซึ่งอาการของผู้ป่วยจะทรุดลงเรื่อย ๆ และเสียชีวิตในที่สุด การดูแลเน้นให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีศักดิ์ศรีในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ให้มีค่ามากที่สุด ได้อยู่กับบุคคลอันเป็นที่รัก หลุดพ้นจากความเครียด ความวิตกกังวล และความเจ็บป่วย เพื่อจากไปอย่างสงบ (วนิดา รัตนานนท์, 2550; สถาพร ลีลานั้นทกิจ, 2551; กรมการแพทย์, 2557)

ผู้ป่วยเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้าย จะเกิดปฏิกิริยาทางจิตใจซึ่ง Robert Buckman ได้กล่าวถึงทฤษฎีของปฏิกิริยาทางจิตใจในผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ (กุชงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์, 2550) ดังนี้

1. ระยะเวลาแรก (Initial stage) เผชิญกับความจริง (Facing with threat) ระยะนี้ผู้ป่วยจะคิดปฏิกิริยาทางอารมณ์ต่าง ๆ ซึ่งขึ้นกับลักษณะนิสัย ประสบการณ์เดิม และกลไกการปรับตัวที่เคยชินสำหรับตนเอง เช่น อาจมีความรู้สึกกลัว โกรธ ตกใจ เครียด กังวล อาจเกิดทีละอย่างหรือผสมกัน และใช้กลไกทางจิต เช่น การปฏิเสธความจริง การโทษสิ่งต่าง ๆ นอกตัว การหลีกเลี่ยง เป็นต้น

2. ระยะเรื้อรัง (Chronic stage) ปฏิกิริยาทางอารมณ์ในระยะแรก ๆ อาจลดลง ทำใจยอมรับได้ ระยะนี้ผู้ป่วยอาจซึมเศร้า เบื่อหน่าย รอรระยะเวลาสุดท้ายที่จะมาถึง บุคคลรอบข้างเห็นว่สภาพจิตใจดูดีขึ้น คงยอมรับได้แล้ว ก็อาจวางตัวห่างไป ภาวะซึมเศร้าจึงพบได้มากในช่วงนี้

3. ระยะเวลาสุดท้าย (Final stage) ผู้ป่วยยอมรับความตายที่กำลังมาถึง มีการแสดงออกที่เป็นปกติ พูดคุยสื่อสารได้ดี มีการตัดสินใจที่เหมาะสมกับสภาพความเป็นจริง

ปฏิกิริยาทางจิตใจในผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ผู้ป่วยที่ไม่ยอมรับ และปฏิเสธความเจ็บป่วยก็จะแสดงปฏิกิริยาต่าง ๆ เช่น ก้าวร้าว กล่าวโทษผู้อื่น หรือซึมเศร้า ในทางกลับกัน ถ้าผู้ป่วยยอมรับความเจ็บป่วยและความตายที่กำลังจะเกิดขึ้น ผู้ป่วยก็จะยอมรับว่าความเจ็บป่วยและความตายเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ จะเริ่มมีการวางแผนชีวิต มีการตอบสนองความต้องการต่าง ๆ และความเชื่อ ความศรัทธา และศาสนาที่ตนนับถือก็จะเข้ามามีบทบาทเป็นที่พึ่งทางจิตใจ จิตวิญญาณ

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) กล่าวว่า การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง วิธีการหนึ่งที่จะเพิ่มคุณภาพให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังเผชิญการเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิตและคุณภาพชีวิต ด้วยการป้องกัน ประเมิน รักษาความเจ็บปวด และปัญหาต่าง ๆ ทั้งทางกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ ส่วน ประเวศ วลี (2552) ให้ความหมายว่า เป็นการเยียวยาคนทั้งคนโดยรวม ด้วยหัวใจ ความเป็นมนุษย์ เยียวยาทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ เพื่อให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวดีขึ้น

การดูแลระยะสุดท้าย จะต้องมีหลักการดูแล 4 ด้าน ดังนี้

1. การสื่อสาร/ ทำความเข้าใจ (Communication)
2. การจัดการกับโรค (Disease management)
3. การดูแลอาการทางกาย (Symptoms control)
4. การดูแลจิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ (Psycho-social-spiritual Care)

สิวลี ศรีไถ (2543) กล่าวถึง หลักการสำคัญของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม

ดังนี้

1. การมุ่งกระทำเพื่อตัวผู้ป่วย (Doing “thing” for the patient) ในช่วงของภาวะวิกฤตที่ผู้ป่วยกำลังจะจากไป สิ่งที่เป็นสิ่งที่ดี มีคุณค่า แก่ผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลพึงเมตตากระทำเป้าหมายของการกระทำจึงมุ่งประโยชน์สุขที่เกิดแก่ผู้ป่วยเหนือกว่าเรื่องอื่นใดทั้งสิ้น

2. การช่วยให้เกิดภาวะสุขใจ (Psychological well-being) เป็นการตอบสนองความต้องการทางจิตใจและจิตวิญญาณของผู้ป่วยซึ่งเป็นเรื่องที่มีความละเอียดอ่อนลึกซึ้ง

3. การอธิบายข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ (Comprehensive information) คือ การพูดคุยอธิบายเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยหรือพูดคุยในเรื่องที่ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล จะไม่พูดเรื่องที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ใจ

4. การดำรงสภาพชีวิตที่มีคุณภาพ (Maintain quality of life) ได้แก่ การดูแลทางร่างกาย การบรรเทาความทุกข์ทรมาน การได้สื่อสารกับบุคคลรอบข้าง

5. การให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแล (Integrated family into care) ความรู้สึกผูกพันกับครอบครัวเป็นจิตวิญญาณประการหนึ่งของบุคคล การมีบุคคลที่ตนรักผูกพัน มาอยู่ใกล้ซัดดูแลในยามที่ชีวิตอยู่ในช่วงวิกฤตใกล้จะจากไป เป็นการตอบสนองทางจิตวิญญาณและทำให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นทางจิตใจ

6. การได้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่สะดวก สบาย สงบ (Quiet, Comfortable Environment)

7. ได้มีโอกาสสั่งเสีย ล่ำลา ผู้เป็นที่รัก (Providing the opportunity to say goodbye) การได้ทำสิ่งสุดท้ายที่มีความหมายสำหรับผู้ป่วย และญาติรวมถึงการได้มีโอกาสดูใจเป็นสิ่งที่มีความสำคัญสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว

8. การช่วยทำให้บรรยากาศเป็นไปด้วยดี (Make time as pleasant as possible) ช่วยบรรเทาความทุกข์โศกของครอบครัว และช่วยให้บรรยากาศไม่เศร้าหมองหดหู่ เพื่อให้ผู้ป่วยได้อยู่ท่ามกลางบรรยากาศที่ดี เอื้ออาทรและอบอุ่น

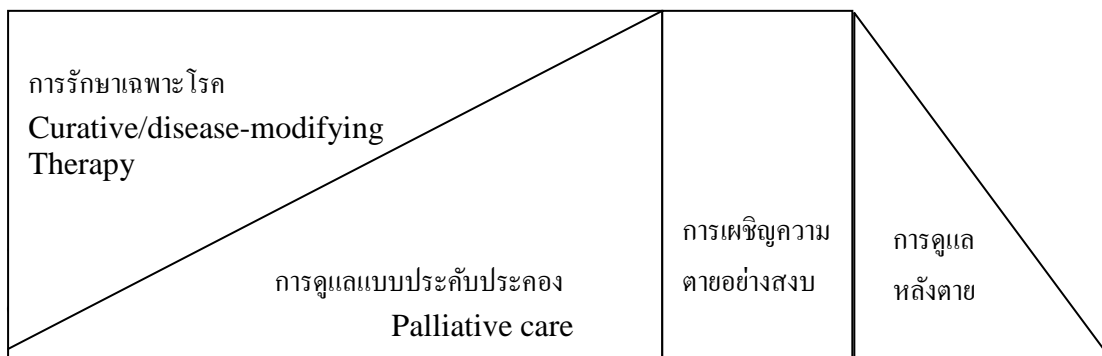
9. ให้ผู้ป่วยมีโอกาสร่วมตัดสินใจการดูแลในช่วงสุดท้าย ควรให้ผู้ป่วยมีโอกาสร่วมตัดสินใจในวิธีการรักษา โดยบอกข้อมูลให้รู้ เพื่อให้ผู้ป่วยตัดสินใจยินยอมด้วยตนเอง (Informed consent)

10. การบรรเทาความทุกข์ทรมานอย่างมีประสิทธิภาพ (Effective symptom relief) ความเจ็บปวดทุกข์ทรมานทางกายด้วยอาการของโรค เป็นสิ่งที่ได้รับการบรรเทาให้เบาบางอย่างมีประสิทธิภาพควบคู่กับการปลอบโยนบรรเทาทุกข์ทางใจ

11. เคารพในความประสงค์ของผู้ป่วย (Respect patient’s wishes) การรับฟังความปรารถนาของผู้ป่วยที่แสดงออก และให้การตอบสนองตามที่ผู้ป่วยต้องการ เป็นการตอบสนองทางจิตวิญญาณ

จากหลักการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวมจะเห็นได้ว่า การช่วยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้อย่างสงบ สงบ ปราศจากความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานต่าง ๆ ทั้งทางร่างกาย และจิตใจให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ สามารถทำให้ผู้ป่วยปล่อยวางทุกสิ่งให้เป็นไปตามธรรมชาติ การดูแลให้ตายดี จึงไม่ได้อยู่ที่การมีทีมดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care team) หรือการมีสถานพยาบาลระยะสุดท้าย (Hospice) เพื่อปลุกปลอบความรับผิดชอบในการดูแลไปให้ผู้อื่นและผลักใส่ผู้ป่วยให้ไปตายอย่างไม่สงบในสถานที่ที่ผู้ป่วยไม่ต้องการ ถ้าผู้ป่วยและญาติเข้าใจ และยอมรับการตาย และความตายตามธรรมชาติ ความทุกข์ทรมานทั้งทางกายและหรือทางใจจะลดลง และมักจะทำให้เกิดความสุขสงบขึ้นในจิตใจตน (สันต์ หัตถิรัตน์, 2552) ซึ่งการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเน้นทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลรักษาในระยะสุดท้ายของชีวิต และความสงบสุขทางจิตใจอย่างลึกซึ้ง เกิดจากการเติมเต็มความต้องการทางจิตวิญญาณของผู้ป่วย จิตสุดท้ายก่อนจะลาโลกนี้เป็นสิ่งที่สำคัญมาก ในเกือบทุกศาสนา พยาบาลควรประเมินด้านจิตวิญญาณ สิ่งที่มีผู้ป่วยมีความเชื่อเรื่องศาสนา ศรัทธา สิ่งที่มีผู้ป่วยยังกังวลห่วงใย สิ่งที่มีผู้ป่วยต้องการเพื่อสงบสุข ช่วยให้ผู้ป่วยพิจารณาชีวิตที่ผ่านมาทั้งหมด ถ้าผู้ป่วยไม่มีสิ่งใดค้างคาใจ หรือไม่คิดยึดมั่นถือมั่นกับสิ่งใดแม้กระทั่งตนเองแล้ว ย่อมได้รับความสุข (Ned Cassem, 2004)

กรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จากภาพที่ 2 แสดงรูปแบบการบูรณาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ซึ่งให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยโรคกว่ารักษาไม่หายขาดโดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งเริ่มด้วยการรักษาเฉพาะโรค จนกระทั่งแพทย์ได้สรุปว่า การรักษาเริ่มมีความสำคัญหรือมีประโยชน์น้อยลง จึงเข้าสู่การรักษาแบบประคับประคอง จนกระทั่งถึงช่วงสุดท้ายของชีวิต รวมไปถึงการดูแลครอบครัวภายหลังจากเกิดการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ให้สามารถเผชิญกับจุดเปลี่ยนของชีวิตได้ด้วยความเข้มแข็ง



ระยะเวลาของความเจ็บป่วย

ช่วงสุดท้ายของชีวิต

การคงสถานะ
ความเข้มแข็ง
ของครอบครัว

ภาพที่ 2 รูปแบบการบูรณาการการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง (ประยุกต์จาก Emanuel, & Ferris, eds. Plenary 3: Elements and models of end-of-life care. The education for physicians on end-of-life care. (EPEC) Curriculum: The EPEC Project, 1999, 2003, cited in Kuebler, Davis, and Moore, 2005)

สำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การที่ผู้ป่วย และญาติผู้ดูแล ได้รับทราบความจริงของอาการในแต่ละระยะเป็นเรื่องสำคัญ เนื่องจากการรับรู้ของผู้ป่วยต่อข้อมูลหรือความจริงส่งผลต่อภาวะจิตใจ โดยเฉพาะช่วงที่อาการของผู้ป่วยเริ่มเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต หากผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลยังอยู่ในภาวะที่ไม่พร้อมจะทำให้มีความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นในระหว่างการดำเนินของโรคแต่ละระยะการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเป็นเรื่องที่พยาบาลควรคำนึงถึง ร่วมกับการดูแลผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลในแต่ละระยะ ดังนี้

1. การรักษาเฉพาะโรค (Curative/ disease-modifying therapy) การดูแลในระยะนี้มุ่งเน้นการรักษาโรคด้วยวิธีการต่าง ๆ อย่างเต็มความสามารถ รวมทั้งการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยตามสภาพของผู้ป่วย (Kuebler, Davis, & Moore, 2005) ร่วมกับการส่งเสริมให้เกิดความเข้มแข็งของภาวะจิตใจ เป็นระยะของการวินิจฉัยโรค และการบอกข้อมูลให้กับผู้ป่วยและครอบครัวได้รับทราบอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาของความเจ็บป่วย ในการบอกข้อมูลหรือความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยนั้น ควรเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในศิลปะของการบอกความจริงโดยพิจารณาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งควรเป็นแพทย์คนเดิมที่เฝ้าดูอาการตั้งแต่วันแรกและให้ข้อมูลในแต่ละระยะที่โรคมีการเปลี่ยนแปลง ระยะนี้เป็นระยะที่ต้องให้ความสำคัญทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต และด้านจิตวิญญาณ

2. การดูแลแบบประคับประคองหรือการดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์ (Palliative care) คือ การบรรเทาอาการที่เกิดขึ้น โดยไม่ได้มุ่งที่การรักษา (Kuebler et al., 2005) ระยะนี้เป็นระยะที่การรักษามีประโยชน์ต่อผู้ป่วยน้อยลง ผู้ป่วยจะมีอาการคุกคามจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเพิ่มมากขึ้น เช่น อาการปวด (Pain) อาการคลื่นไส้ อาเจียน (Nausea and vomiting) อาการหายใจเหนื่อยหอบ (Dyspnea) อาการเบื่ออาหาร (Loss of appetite) การบอกข่าวร้ายให้ผู้ป่วยและญาติ ได้รับรู้ว่าการรักษาเฉพาะโรคไม่ได้ให้ประโยชน์อีกต่อไป ถ้าทีมดูแลไม่ได้เตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยและญาติไว้ก่อนจะส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ จิตวิญญาณ แก่ผู้ป่วย และญาติเป็นอย่างมาก ดังนั้น การวางแผนการดูแลด้านจิตวิญญาณจึงเป็นเรื่องที่สำคัญ ซึ่งการได้ทราบข้อมูลของผู้ป่วยในเรื่องความเชื่อเรื่องศาสนา ความศรัทธา และสิ่งยึดเหนี่ยวของจิตใจที่ได้จากการประเมิน ในช่วงแรกจะช่วยให้ทีมดูแลสามารถให้การดูแลที่เหมาะสม สามารถสนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติได้วางแผนชีวิตในช่วงเวลาที่เหลืออยู่

3. ระยะการดูแลช่วงสุดท้ายของชีวิต (Last weeks of life) เป็นช่วงที่ต้องให้การบรรเทาอาการด้วยยาโดยผู้เชี่ยวชาญ การจัดการกับอาการปวด การดูแลด้านอารมณ์และจิตวิญญาณของผู้ป่วยและญาติ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ทำในสิ่งที่ต้องการหรือตามเจตนาธรรมของผู้ป่วย การดูแลเพื่อให้เกิดการตายอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์โดยปราศจากความทุกข์ทรมาน (National Hospice and Palliative Care Organization, 2003) ร่างกายของผู้ป่วยในระยะนี้จะเริ่ม หยุดทำงาน จึงเน้นที่การดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากการที่ร่างกายต้องต่อสู้กับความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ เช่น การบรรเทาอาการปวด การบรรเทาอาการเหนื่อยหอบ การจัดการอาการรบกวนต่าง ๆ เช่น อาการนอนไม่หลับ อาการชัก คลื่นไส้ อาเจียน การจัดสิ่งแวดล้อม และจัดให้ญาติหรือผู้ดูแลได้อยู่ใกล้ชิดในช่วงสุดท้ายของชีวิต

4. ระยะหลังความตาย (Family bereavement care) พยายามให้การดูแลภาวะจิตใจของผู้ดูแลหรือญาติหลังจากการสูญเสียที่มีสภาพจิตใจไม่เข้มแข็งซึ่งเป็นความเสี่ยงของการเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิต

กิตติกร นิลมานัต (2555) กล่าวถึง หลักการการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิตดังนี้

1. ให้การดูแลโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเป็นการให้บริการบนพื้นฐานความต้องการของผู้ป่วยมากกว่าโรค โดยผู้ป่วยจะเป็นศูนย์กลางของการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับการดูแล และครอบครัวมี

ส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ ดังนั้นบุคลากรสุขภาพที่มีส่วนร่วมในการดูแลควรมีความละเอียดอ่อนต่อความปรารถนาของผู้ป่วยและครอบครัว และเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัว

2. ให้ความสำคัญและให้คุณค่ากับการมีชีวิตอยู่จนวาระสุดท้าย พยาบาลควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอย่างสมบูรณ์ตามความปรารถนา ให้ความสำคัญกับการมีชีวิตอยู่และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจนวันสุดท้ายของชีวิต โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายใช้ชีวิตในแต่ละวันอย่างมีคุณค่า และเป็นปกติให้มากที่สุด

3. ให้การดูแลบนพื้นฐานทางวัฒนธรรมของผู้ป่วยระยะสุดท้าย การนำรูปแบบ การดูแลใด ๆ มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พยาบาลจะต้องมั่นใจว่าการดูแลที่ให้นั้นมีความสอดคล้องกับภูมิหลังทางวัฒนธรรมของผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยการค้นหาและเรียนรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมหลักของผู้ป่วย และตระหนักถึงความแตกต่างทางวัฒนธรรม ซึ่งจะช่วยให้สามารถให้การดูแลได้อย่างครอบคลุม

4. ให้การดูแลอย่างครอบคลุมและเน้นความสุขสบาย ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักมีปัญหาสุขภาพและความต้องการการดูแลที่ซับซ้อน ทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ ผู้ป่วยจึงต้องการการดูแลที่ครอบคลุมเป็นองค์รวมซึ่งประกอบด้วย การจัดการและบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการด้านร่างกาย ร่วมกับการส่งเสริมความสุขสบายทางอารมณ์ จิตสังคม และจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วย เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอย่างเต็มที่ให้มากที่สุดในช่วงที่มีชีวิตอยู่

5. ให้ความสำคัญกับการดูแลที่ต่อเนื่อง ผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่จะมีอาการกำเริบเป็นระยะ ๆ และอาจต้องใช้บริการจากสถานบริการสุขภาพหลายระดับ ดังนั้นผู้ป่วยระยะสุดท้ายควรได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยบุคลากรสุขภาพและผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพ โดยยึดความต้องการของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและมีการประสานงานที่มีประสิทธิภาพเมื่อผู้ป่วยได้รับการส่งต่อระหว่างหน่วยการดูแลหรือสถานบริการ

6. มีการทำงานเป็นทีม ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความซับซ้อน แพทย์หรือพยาบาลเพียงอย่างเดียวไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการได้ทั้งหมด การดูแลแบบประคับประคองและการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิตจึงต้องการการประสานงานและการทำงานร่วมกันของบุคลากรสุขภาพและบุคลากรอื่น ๆ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ ผู้ป่วย ครอบครัว นักสังคมสงเคราะห์ และอาสาสมัครดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้บางกรณีอาจมีผู้เชี่ยวชาญทางวัฒนธรรมที่เข้าใจทั้งมิติทางการแพทย์ และประเด็นทางวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้อง

เข้าร่วมในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นการดูแลเป็นที่มาจะช่วยตอบสนองความต้องการที่หลากหลายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวได้อย่างครอบคลุม

7. มีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การสื่อสารที่ดีจะช่วยให้บุคลากรสุขภาพรับรู้ถึงความกังวลใจ ความทุกข์ใจ และความต้องการของผู้ป่วย และช่วยให้บุคลากรสุขภาพสามารถให้ข้อมูลที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยเพื่อใช้ในการตัดสินใจ นอกจากนี้การสื่อสารที่ดีจะช่วยให้การประสานงานระหว่างทีมผู้ให้การดูแลในหน่วยบริการและระหว่างสถานบริการมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง

8. มีการจัดการศึกษาอย่างต่อเนื่อง ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้มีประสิทธิภาพและประสบความสำเร็จ บุคลากรสุขภาพจำเป็นต้องพัฒนาความรู้และทักษะอย่างสม่ำเสมอเพื่อสามารถนำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้รับการพิสูจน์มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเหมาะสม ซึ่งการจัดอบรมความรู้และพัฒนาทักษะอย่างต่อเนื่องจะช่วยให้บุคลากรสามารถริเริ่ม สร้างสรรค์ และให้บริการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ทันสมัยและมีคุณภาพ

สรุปเป้าหมายสำคัญของการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นการดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่อง ตั้งแต่ระยะเริ่มวินิจฉัยโรคนถึงช่วงสุดท้ายของชีวิต เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความหวังบนพื้นฐานที่เป็นจริงได้ มีความทุกข์ทรมานจากโรค น้อยที่สุดโดยตอบสนองความต้องการแบบองค์รวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณอย่างเหมาะสมและต่อเนื่องจนกระทั่งเสียชีวิตอย่างสงบ และสมศักดิ์ศรีของชีวิต ตลอดจนการดูแลครอบครัวหลังจากมีการตาย ให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ โดยเฉพาะด้านจิตวิญญาณซึ่งเป็นเรื่องที่สำคัญและละเอียดอ่อน ซึ่งพยาบาลควรให้ความสำคัญ

ความหมายของการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

จิตวิญญาณ (Spiritual) หมายถึง องค์ประกอบของสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับการมีชีวิตอยู่ เป็นการค้นหาความหมาย เป้าหมาย และเป็นประสบการณ์สูงสุดในชีวิตของบุคคล เป็นเรื่องของพลังใจ ความหวัง กำลังใจ และความผูกพันระหว่างบุคคลกับบางสิ่งบางอย่าง เช่น คุณงามความดี ความรัก ความสุข ความทุกข์ การให้อภัย ภายใต้ระบบความเชื่อ ประเพณี วัฒนธรรม และศาสนา (Hill & Smith, 1985; Hubell et al, 2006; อรวรรณ ดวงมังกร, 2545; สิวิลี ศิริวิไล, 2547; ทศนีย์ ทองประทีป, 2549)

การพยาบาลเป็นการให้การดูแลคนครบทุกมิติ ทั้งมิติทางด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งไม่อาจแยกจากกันได้ (ทศนีย์ ทองประทีป, 2545) ภาวะสุขภาพจิตวิญญาณของบุคคลได้รับอิทธิพลมาจากแนวคิดทางศาสนา (วิธภา คุณทรงเกียรติ, 2551) การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา

ช่วยทำให้บุคคลมีภาวะจิตวิญญาณที่สมบูรณ์ขึ้น (Hill & Smith, 1985) ในสังคม และวัฒนธรรมไทย จิตวิญญาณเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวในชีวิต อาจเป็นสิ่งเหนือธรรมชาติ ศาสนา หรือบุคคลที่มีค่าสูงทางจิตใจ เช่น สมาชิกในครอบครัว เพื่อน สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดความหวัง เห็นความสำคัญของชีวิต มีกำลังใจ และมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิตหรือทำให้เกิดความสุขในชีวิต (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2549; ธมลวรรณ แก้วกระจก และวิภาวี คงอินทร์, 2550; วรณยุพา รอยกุลเจริญ, 2550; ประเวศ วสี, 2552)

จากความหมายดังกล่าว ผู้วิจัยสามารถสรุปความหมายเพื่อใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้ว่าจิตวิญญาณ หมายถึง การที่บุคคลมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ มีเป้าหมายในชีวิต มีความหวัง กำลังใจ มีความผูกพันกับบุคคลหรือบางสิ่งบางอย่าง เช่น ญาติพี่น้อง คุณงามความดี ความรัก ความสุข การให้อภัย เป็นต้น การมีความเชื่อ ความศรัทธาต่อสิ่งศักดิ์ที่ตนนับถือหรือมีความเชื่อทางศาสนา และการได้บรรลุความมุ่งหวังสูงสุดของชีวิต การได้รับการตอบสนองด้านจิตวิญญาณจะทำบุคคลสงบสุข ยอมรับในความทุกข์ทรมาน และพร้อมที่จะเผชิญกับภาวะสุดท้ายของชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี

ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้าย ความสามารถในการดูแลตนเองอาจลดลงจากภาวะแทรกซ้อนทั้งจากตัวโรค ภาวะจิตใจที่หดหู่ สิ้นหวัง และทำใจไม่ได้ว่าตัวเองเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ผู้ป่วยต้องเผชิญกับปัญหาที่ซับซ้อนเนื่องจากระบบสำคัญ ๆ ในร่างกายทำงานผิดปกติ ต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลมากขึ้นและยาวนานขึ้น อย่างไรก็ตามความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยระยะสุดท้ายก็เหมือนผู้ป่วยอื่น ๆ โดยทั่วไป และยังเพิ่มความต้องการในเรื่องจิตวิญญาณเพิ่มขึ้น การตอบสนองความต้องการผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้มีคุณภาพที่ดี ผู้ป่วยมีความสุข (Well-being) เป็นสิ่งสำคัญยิ่งที่พยาบาลผู้ควรให้การดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสม (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2548; สถาพร ลีลานั้นทกิจ, 2548) เพื่อตอบสนองความต้องการดังนี้

1. ปัญหา และความต้องการด้านร่างกาย ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักมีปัญหาเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะในระบบต่าง ๆ ที่เสื่อมโทรมลงเรื่อย ๆ จนกระทั่งล้มเหลวในที่สุด (Weissman, 2000) ความสามารถในการรับรู้ วัน เวลา สถานที่ เปลี่ยนไป และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงหรือทำไม่ได้เลย (Berry Kuebler, & Heidricb, 2002) อาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานมากที่สุด คือ ความเจ็บปวด อาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร และรับประทานอาหารได้น้อยลง คลื่นไส้ อาเจียน (สถาพร ลีลานั้นทกิจ, 2548) ร่างกายชubbวม หายใจเหนื่อย มีอาการทางระบบประสาท อาการแพ้ สับสน มึนงง และกระวนกระวาย (Jean, Cordt, & David, 2001) ผู้ป่วยจึงต้องการการช่วยเหลือดูแลเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยทั่วไปได้แก่ ความสะอาดและความสุขสบายของ

ร่างกาย การช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลเรื่องอาหาร และน้ำ การจัดการเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากโรคของผู้ป่วย ต้องการบรรเทาอาการต่าง ๆ ที่ทำให้ไม่สบายและเกิดความทุกข์ทรมานน้อยที่สุด ได้แก่ การจัดการความปวด การดูแลระบบทางเดินหายใจ การดูแลเรื่องการนอนหลับ การดูแลระบบขับถ่าย รวมถึงการดูแลด้านสิ่งแวดล้อมและการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย (สายพิณ หัตถิรัตน์, 2545; Kirchoff & Beckstrand, 2000)

2. ปัญหา และความต้องการด้านจิตใจ เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายจะมีอาการที่พบบ่อยคือ ความวิตกกังวล และความซึมเศร้า มีความรู้สึกผิดหรือปฏิเสธความจริง ต้องการเป็นบุคคลสำคัญ รู้สึกหมดคุณค่าในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น รวมถึงมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย (สถาพร ลีลำนันทกิจ, 2548; Hemming & Maher, 2005) นอกจากนี้ผู้ป่วยยังต้องการได้รับข้อมูลข่าวสาร ต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับชีวิต และการเจ็บป่วยของตนเอง ต้องการความปลอดภัย การทอดทิ้งผู้ป่วยหรือแยกให้อยู่อย่างโดดเดี่ยวจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกที่ไม่ปลอดภัยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ไม่มีโอกาสได้แสดงความรู้สึก และได้รับการสนับสนุนส่งเสริมทักษะในการเรียนรู้ที่จะต้องเผชิญกับความตาย

3. ปัญหา และความต้องการด้านสังคม ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักมีอาการหวั่นไหว ท้อแท้ กลัวการถูกทอดทิ้งให้อยู่อย่างโดดเดี่ยว ถูกแยกและรู้สึกถูกปฏิเสธ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดน้อยลงหรือไม่มีเลย ผู้ป่วยรู้สึกที่ไม่ปลอดภัยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ กลัวเป็นภาระต่อคนอื่น (พิกุล นันทชัยพันธ์, 2547; แสง บุญเฉลิมวิภาส, 2547; อุมารณ์ ไพศาลสุทธิเดช, 2549) และการเจ็บป่วยที่ยาวนาน ทำให้ผู้ป่วยและญาติสูญเสียรายได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาระรับผิดชอบในการเลี้ยงดูสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ป่วยที่มีบทบาทเป็นผู้นำครอบครัวก็จะเกิดปัญหาทางการเงินในครอบครัว ถึงแม้จะมีระบบประกันสุขภาพแห่งชาติรองรับในส่วนของค่ารักษาพยาบาลก็ตาม (สุทธิลักษณ์ สุนทร, 2548; อุมารณ์ ไพศาลสุทธิเดช, 2549)

4. ปัญหาและความต้องการด้านจิตวิญญาณ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่รับรู้ว่า ความตายกำลังใกล้เข้ามา และต้องพลัดพรากจากบุคคลที่ตนรัก ผู้ป่วยจะเสียกำลังใจเป็นอย่างมาก ไม่มีความหวังในการดำเนินชีวิต ทำให้ไม่สามารถทำสิ่งที่ค้างคาไว้ให้สำเร็จลุล่วง ไม่มีโอกาสได้กล่าวขอโทษหรือขอโทษกรรมต่อกรรมที่ผิดพลาดในอดีต ซึ่งบางรายคิดลงโทษตัวเองหรือทำร้ายตัวเอง โดยรู้สึกว่าชีวิตตนเองไม่มีคุณค่า ไม่มีความหวังในการดำเนินชีวิต นอกจากนี้ผู้ป่วยยังกลัวการถูกทอดทิ้ง และที่สำคัญที่สุดคือ กลัวพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก (จำลอง ดิษยวิช, 2547; ทศนีย์ ทองประทีป, 2548; Kuuppelomäki, 2001) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงต้องการได้กลับไป เข้มเขียน สั่งลา หรือได้พบ และอยู่กับบุคคลที่ตนรักและสิ่งทีตนเองรู้สึกผูกพัน ผู้ป่วยบางรายต้องการกล่าวขอโทษกับสิ่งที่ตนเองเคยทำผิดพลาดในอดีต ต้องการได้รับการอภัยจากบุคคลอื่น และจาก สิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนเองนับถือ ซึ่งมีความหมายต่อจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นอย่างมาก นอกจากนี้ยัง

ต้องการปฏิบัติพิธีกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่ตนเองนับถือ และสวดมนต์ภาวนาเพื่อให้จิตใจสงบ (Kuuppelomäki, 2001; Vig & Pearlman, 2004) ความหวังของผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีเป็นสิ่งที่สำคัญของการมีชีวิตอยู่ เพื่อช่วยให้มีกำลังใจแข็งแกร่งพอที่จะเผชิญกับความทุกข์ทรมานและความตาย ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความหวังว่าอาการจะไม่ทรุดลงไปกว่าเดิม อาการจะดีขึ้นสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ มีความหวังจะได้ทำภารกิจที่ยังค้างคาอยู่ให้เสร็จสิ้นก่อนจะเสียชีวิต และเมื่อถึงช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วยต้องการ ได้รับการนำเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบก่อนสิ้นใจ (จำลอง ดิษยวณิช, 2547; ทศนีย์ ทองประทีป, 2548; พระไพศาล วิสาโล, 2547)

จากการทบทวนวรรณกรรม ทศนีย์ ทองประทีป และจงลักษณ์ สุภกิจเจริญ (2552) ได้กล่าวถึงความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้ดังนี้

1. ความรักและความสัมพันธ์ (Love and connectedness) ความรักที่ยิ่งใหญ่ที่สุด คือความรักตนเอง Hall (1997) กล่าวว่า การจะเข้าใจจิตวิญญาณของบุคคลอื่นได้ดี จะต้องเข้าใจว่าบุคคลนั้นมีความรัก ยอมรับ และให้คุณค่าแก่ตนเองมากน้อยเพียงใด ความรู้สึกดังกล่าวจะช่วยให้บุคคลพึ่งตนเอง มีความพยายามที่จะต่อสู้ดิ้นรนเพื่อให้ความเป็นตัวตนดำรงอยู่ การเจ็บป่วยมักช่วยให้บุคคลได้สติ คิดได้ว่าจะหาทางเยียวยาตนเองอย่างไร หรือจะต้องยอมจำนนต่อกฎธรรมชาติ การมีสติระลึกได้ถึงกฎธรรมชาตินี้เป็นการทำหน้าที่ของจิตวิญญาณ (ปัญญา) นอกจากรักตนเองแล้วทุกคนยังต้องการเป็นผู้ให้ และเป็นผู้ได้รับความรักจากผู้อื่น ดังที่ มาสโลว์ กล่าวไว้ว่า ความรักเป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ทุกคน มนุษย์จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัว ความสัมพันธ์ดังกล่าวมีอิทธิพลต่อการพัฒนาการของบุคคลในหลาย ๆ ด้าน ทั้งด้านความคิดและความรู้สึก โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรักและความผูกพันกับสมาชิกในครอบครัว มิตรสหาย ของใช้ส่วนตัว สิ่งแวดล้อม และธรรมชาติ (Hall, 1997)

ความเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยต้องแยกจากครอบครัวมาอยู่โรงพยาบาล ถูกตัดขาดจากสังคม สถานที่ทำงานหรือสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างปกติ เมื่อรับรู้ว่าคุณกำลังเป็นโรคที่รักษาไม่หายและกำลังใกล้ความตาย จะเกิดความรู้สึกเศร้า โดดเดี่ยว และรู้สึกท้อแท้ ผู้ป่วยจึงอยากมีโอกาสกลับไปเยี่ยมเยียน สักลา หรือได้เห็นสิ่งที่รู้สึกผูกพันนั้นอีกเป็นครั้งสุดท้าย ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มีสติรู้ตัวดี ไม่ว่าจะมิสสภาพอย่างไรก็ตามอยากกลับไปตายที่บ้าน

2. การค้นหาความหมายของชีวิตและการเจ็บป่วย (Meaning of life and illness) มนุษย์ไม่สามารถอยู่อย่างโดดเดี่ยวได้ ทุกคนต้องการมีความหมายหรืออยู่อย่างมีคุณค่าต่อบุคคลที่ตนรัก และทำประโยชน์ให้ตนเอง และสังคมที่ตนดำรงอยู่ ความเอื้ออาทร ความรัก และความผูกพันของบุคคลในครอบครัวหรือมิตรสหาย เป็นกำลังใจสำคัญในการดำเนินชีวิตทั้งในยามปกติและยามเจ็บป่วยของทุกคน การเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงที่รักษาไม่หาย ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต

ล้วนเป็นภาวะวิกฤติที่ต้องอาศัยความเข้มแข็งของจิตใจ และต้องการความรักและกำลังใจจากคนรัก และญาติ เพื่อให้สามารถก้าวพ้นความทุกข์ทรมานนี้และจากไปอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีการเป็นมนุษย์ ผู้ป่วยที่มีจิตวิญญาณที่เข้มแข็งสนใจศาสนา หรือมีหลักปรัชญาในการดำเนินชีวิต มักใช้วิกฤตินี้ เพื่อค้นหาความหมายของชีวิตและการเจ็บป่วย และค้นหาคำตอบว่าจะใช้เวลาที่เหลือของชีวิตนี้ อย่างไรจึงจะมีความหมายมากที่สุด ซึ่งการค้นหาความหมายของชีวิตและการเจ็บป่วยนี้เป็นผลมา จากความรักตนเอง (Hall, 1997)

3. การขอโทษหรือการให้อภัย (Forgiveness) ผู้ป่วยเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายมักมีอาการอ่อนเพลียง่าย มีกิจกรรมได้อย่างจำกัดหรือถูกจำกัดการเคลื่อนไหว เนื่องจากการรักษาและ ภาวะของโรค จึงทำให้มีเวลากับตัวเองมากกว่าปกติในการพิจารณาประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา ทั้งเรื่องราวที่เป็นความสุข ความสมหวัง ความทุกข์ หรือความผิดพลาดที่เกิดขึ้น ทุกคนล้วนมี ความผิดพลาดในอดีตมากน้อยแตกต่างกัน ความผิดพลาดที่เป็นความขัดแย้งระหว่างบุคคล บางครั้ง ผู้ถูกกระทำอาจลืมหรือให้อภัยแล้ว แต่ผู้กระทำยังคงเก็บไว้ในความทรงจำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน ผู้ป่วยที่คิดว่าตนคงไม่มีโอกาสจะได้แก้ตัวหรือทำความดีชดเชย เพราะเวลาในชีวิตเหลือน้อย เต็มที่ ทำให้มีความทุกข์และขมขื่นในจิตใจมาก การทบทวนความทรงจำในอดีต การยกโทษ การขอโทษ ล้วนมีความหมายต่อจิตวิญญาณของผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิต ในวัฒนธรรมไทยจะใช้คำว่าให้อ โทษหรือขอโทษหรือขอโทษต่อกัน ผู้ที่นับถือศาสนาคริสต์มักเชิญนักบวชหรือผู้สอนศาสนา มา พบผู้ป่วยเพื่อให้มีการสารภาพบาปก่อนจะเสียชีวิต พร้อมกันนี้ก็เตรียมจิตใจให้ใสสะอาดก่อนมี ชีวิตอย่างเป็นอมตะในดินแดนของพระเจ้า

4. การปฏิบัติตามความเชื่อ/ ศาสนา (Religious practice) การเตรียมตัวเพื่อเผชิญกับ ความตายนั้นมีความสำคัญต่อบุคคลในทุกวัฒนธรรม ชาวพุทธก็เช่นเดียวกัน ณ ช่วงเวลาที่จะ เปลี่ยนไปสู่อีกชีวิตหนึ่งหรือเรียกว่าการเกิดในภพภูมิใหม่ ตามความเชื่อของชาวพุทธ ต้องการมีสติ หรือรู้ตัวก่อนตาย เพื่อจะได้รำลึกถึงคุณความดี/ บุญกุศลที่ได้เคยทำมาหรือได้สวดมนต์ภาวนา เพื่อให้จิตสงบ ขณะที่จิตสงบจะมีสภาพจิตใจสะอาดปราศจากกิเลสหรือเครื่องเศร้าหมองต่าง ๆ เชื่อว่าสภาพจิตใจที่ดีงามจะส่งผลให้ชีวิตจะไปเกิดใหม่ในภพภูมิที่ดี ผู้ป่วยบางรายอาจ ปฏิเสธการใช้ยาแก้ปวดที่จะทำให้ขาดสติสัมปชัญญะหรือระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนไป ชาวพุทธ ถือว่าความเจ็บปวด เป็นประสบการณ์ของชีวิต ความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานในบางระดับ อาจทำให้เกิดกำลังใจเข้มแข็ง และเตือนสติให้ระลึกถึงคำสอนของพระพุทธองค์ อาจทำให้บรรล ุธรรมได้ ในทางกลับกันความเจ็บปวดที่รุนแรงอาจเป็นอุปสรรคต่อการทำสมาธิหรือการสวดมนต์

5. ความหวัง (Hope) ความหวังเป็นความคาดหวังหรือเป้าหมายที่สำคัญในทางบวกของ ชีวิต การมีความหวังทำให้ชีวิตมีความสุข ความหวังอาจเปรียบเหมือนน้ำทิพย์ชโลมใจของทุกคน

ความหวังอาจเป็นความฝันหรือแรงบันดาลใจหรือเป็นพลังที่ทำให้บุคคลมีความพยายามที่จะก้าวไปสู่ความหวังดังที่ได้ตั้งเอาไว้ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายอาจมีความหวังหลายอย่าง ส่วนใหญ่หวังว่าอาการจะไม่ทรุดลงไปมากกว่านี้ หวังว่าจะช่วยตัวเองได้ หวังว่าอาการจะดีขึ้นจะได้กลับบ้านและได้อยู่ใกล้ชิดกับลูกหลาน หวังว่าจะได้ทำบุญหรือดำเนินภารกิจสำคัญ ๆ ให้เสร็จสิ้นก่อนจะเสียชีวิต ความหวังนี้ยังรวมไปถึงชาติหน้า เช่น หวังว่าจะได้กลับมาเกิดเป็นสมาชิกในครอบครัวเดิม ขอให้ชีวิตใหม่ (ชาติหน้า) ดีขึ้น ปราศจากทุกข์โศกโรคภัยใด ๆ หวังว่าจะได้เกิดในสวรรค์ หรือบางคนหวังจะได้บรรลุนิพพานก่อนตาย การช่วยให้ผู้ป่วยมีความหวังที่เป็นไปได้มันมีความสำคัญ ผู้ป่วยบางรายอาจสับสน และคาดหวังเกินความเป็นจริง โดยเฉพาะอย่างยิ่งความคาดหวังที่เป็นไปไม่ได้เกี่ยวกับการรักษา เนื่องจากการให้ข้อมูลแบบขอไปที ปล่อยให้ไปอย่างนั้นว่าจะหาย จะกลับบ้านได้ หวัง ๆ ที่ไม่สอดคล้องกับสภาพผู้ป่วย การพูดดังกล่าวไม่ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้น แต่กลับจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าพยาบาลไม่จริงใจมากกว่า

นอกจากนี้ (Hermann, 2001) ได้ศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับความต้องการทางด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยใกล้ตายที่รับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 19 คน พบว่า ผู้ป่วยใกล้ตายรับรู้ถึงความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของตนเองดังนี้

1. ความต้องการเกี่ยวกับศาสนา ได้แก่ ต้องการสวดมนต์ขอให้ตนเองเข้มแข็ง ต้องการอ่านคัมภีร์ทางศาสนา ต้องการให้ศาสนาเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต ต้องการประกอบพิธีทางศาสนา
 2. ต้องการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ทั้งบุคคลในครอบครัว เพื่อน เด็ก บุคคลทั่วไป และต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลเหล่านั้น
 3. ต้องการควบคุมตนเองได้ โดยเลือกหรือตัดสินใจในการดำเนินชีวิตด้วยตนเอง ต้องการมีกิจกรรมร่วมกับครอบครัว
 4. ต้องการทำหน้าที่ของตนเองให้เสร็จเรียบร้อย ไม่ว่าจะเป็นธุรกิจ มรดก หรือความรู้สึกต่าง ๆ ที่ผ่านไปในอดีต
 5. ต้องการสัมผัสกับธรรมชาติ สามารถออกไปนอกบ้านได้ ชมความสวยงามของธรรมชาติได้
 6. ต้องการพบเห็นแต่สิ่งที่ดี การพูดคุย การยิ้มแย้มแจ่มใส และการให้กำลังใจ
- จากปัญหา และความต้องการดังกล่าวสรุปได้ว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความต้องการการดูแลแบบองค์รวมในฐานะมนุษย์ที่ประกอบไปด้วยความต้องการด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งไม่สามารถแยกองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งออกจากกันได้ แม้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะอยู่ในสภาพกลัวทุกข์ทรมานจากสภาพร่างกายที่เปลี่ยนไป กลัวการพลัดพรากจากคนที่รัก

กลัวเป็นภาระที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น กลัวถูกทอดทิ้ง และหมดหวังจากการรักษาให้มีชีวิตรอดได้ แต่ความหวังด้านจิตใจ และจิตวิญญาณของผู้ป่วยยังคงมีอยู่ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลในด้านร่างกายเป็นอย่างดี แต่การดูแลด้านจิตวิญญาณ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังได้รับการดูแลไม่ดีเท่าที่ควร (บุบผา ชอบใบ, 2543: กิตติพัทธ์ เอี่ยมรอด, 2555: Kuuppelomaki, 2001) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจากการเจ็บปวดน้อยที่สุดและไม่ถูกทอดทิ้งให้เผชิญความตายอย่างโดดเดี่ยว ฉะนั้นพยาบาลวิชาชีพไม่ควรทอดทิ้งหรือมุ่งตอบสนองแต่ความต้องการด้านร่างกายแต่เพียงอย่างเดียว พยาบาลต้องมีประสบการณ์ ความรู้ ความสามารถในการดูแลด้านจิตวิญญาณ เข้าใจความเชื่อเรื่องศาสนา เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ความหมายของความตาย และช่วยให้ยอมรับความตายที่จะมาถึง สามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยระลึกถึงความดีที่ได้กระทำมาแล้ว และจิตใจจดจ่อต่อสิ่งดีงาม ช่วยปลดปล่อยสิ่งที่ค้างคาใจ และปล่อยวางสิ่งต่าง ๆ อำนวยความสะดวกในการทำกิจกรรมตามความเชื่อ ช่วยให้ได้กล่าวคำอำลา และสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ครอบคลุมองค์รวม

พยาบาลกับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะมีอาการของโรคที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา ทำได้เพียงการดูแลแบบประคับประคอง ในเรื่องของการเจ็บปวด และอาการอื่นๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ผู้ป่วยจะมีอาการทรุดลงไปเรื่อย ๆ และเสียชีวิตในที่สุด การดูแลที่ผ่านมาพยาบาลจึงให้ความสำคัญด้านกายเป็นหลัก แต่ด้านจิตวิญญาณเป็นอีกมิติหนึ่งที่มีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าด้านกาย (วรุณยุพา รอยกุลเจริญ, 2550) เพราะจิตวิญญาณเป็นแก่นหลักของชีวิต เชื่อมด้านกาย จิต จิตสังคมของบุคคล อีกทั้งยังเป็นความหวัง กำลังใจ หรือเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ ช่วยให้บุคคลก้าวผ่านปัญหา และอุปสรรคต่าง ๆ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2545) สอดคล้องกับการศึกษาของ กัลยากร ฉัตรแก้ว (2544) ศึกษาความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวพบว่าผู้ป่วยมีความต้องการการดูแล เพื่อให้ร่างกายมีความสุขสบายที่สุด รวมทั้งต้องการความรัก ความจริงใจ และความเอาใจใส่จากบุคคลที่เป็นที่รัก และไว้วางใจที่จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกได้ว่า ชีวิตที่เหลืออยู่มีคุณค่า มีศักดิ์ศรี และมีความหมาย เตรียมพร้อมที่จะเผชิญความตายอย่างสงบ ซึ่งเป้าหมายสำคัญในการดูแลด้านจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขสงบ ยอมรับการตายได้ มีโอกาสบอกลา หรือขออโหสิกรรมแก่ญาติมิตร และได้ประกอบพิธีกรรมหรือปฏิบัติตามหลักศาสนาตามที่ตนนับถือ ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและมีความหวังว่าจะได้เกิดในสุคติภูมิ หรือสู่ดินแดนของพระเจ้า พยาบาลควรให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองต่อความต้องการในมิติจิตวิญญาณของผู้ป่วย (สันต์ หัตถ์ธีรรัตน์, 2543; พระไพศาล วิสาโล, 2549; ทัศนีย์ ทองประทีป และจงลักษณ์ สุกกิจเจริญ, 2552)

คุณสมบัติของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พยาบาลเป็นบุคคลที่มีความสำคัญอย่างมาก เพราะเป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง เป็นผู้ที่เป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วย ญาติ และทีมสหสาขาวิชาชีพ เป็นแหล่งสนับสนุนทางมิติจิตวิญญาณ (Spiritual support) ของผู้ป่วย การที่พยาบาลมีความรู้ทางทฤษฎี และปฏิบัติการพยาบาลมากมาย แต่ถ้าไม่เข้าใจในมิติของจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นมิติที่มีความสำคัญ และมีความหมายต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นอย่างมาก การพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยก็จะเป็นการพยาบาลเพียงร่างกาย จิตใจ และสังคมเท่านั้น เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม สมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ การตอบสนองความต้องการในด้านจิตวิญญาณ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญความตายได้อย่างสงบ ดังนั้นเมื่อพยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากที่สุด คุณสมบัติของพยาบาลที่จะให้การดูแลด้านจิตวิญญาณ ได้ดีนั้น พยาบาลจะต้องมีประสบการณ์ ความรู้ ความสามารถ ทั้งในศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์อื่น ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (กิตติกร นิลมานัต, 2555) เพื่อที่จะสามารถดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ ซึ่งคุณสมบัติของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้านจิตวิญญาณ มีรายละเอียดดังนี้ (สุวคนธ์ กุรัตน, พัชร ภาระโฆ และสุวิริยา สุวรรณ โคตร, 2556)

1. ความรู้ลึกเมตตา สงสาร ด้วยความรู้ลึกเข้าใจและเห็นใจต่อสถานะผู้ป่วย ความรู้ลึกเมตตา สงสารจะนำไปสู่ความอดทนและเพียรทำสิ่งที่ดีกับผู้ป่วย
2. มีจิตใจที่อยากช่วยเหลือ แสดงออกทั้งกาย วาจา ที่คนใกล้ตายสามารถสัมผัสและรับรู้ได้
3. รู้เขา รู้เรา รู้เขา คือ รู้จักผู้ป่วยเพื่อให้เราสามารถช่วยเหลือได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม รู้เรา คือ รู้จักความสามารถของตนเองและรู้จักสภาพจิตใจของตน เข้าใจตนเอง ยอมรับขีดจำกัดของตนเองและศึกษาเพิ่มเติมเพื่อให้มีความรู้มากขึ้น ผู้ที่ให้ความช่วยเหลือต้องมีจิตใจที่มั่นคงและมีสติตั้งมั่น
4. เอาใจเขามาใส่ใจเรา การเอาใจเขามาใส่ใจเราจะทำให้พยาบาลเข้าใจผู้ป่วยได้ดีมากยิ่งขึ้น ทำให้เข้าใจ และยอมรับพฤติกรรมตามธรรมชาติของบุคคลยามปกติ และยามเจ็บป่วยซึ่งจะสามารถดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยได้ดีขึ้น
5. การตระหนักถึงความสำคัญของการตอบสนองด้านจิตวิญญาณซึ่งถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นที่จะนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย พยาบาลต้องให้คุณค่าแก่เรื่องนี้และตระหนักว่าเป็นสิ่งเดียวที่จะ “อยู่กับผู้ป่วย” (Being with them) เมื่อกระบวนการรักษาทางร่างกายไม่อาจทำอะไรได้แล้ว

6. มีความรู้ ความเข้าใจในธรรมชาติของบุคคลโดยรวม เข้าใจทั้งส่วนของร่างกาย จิต สติ และจิตวิญญาณ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะทำให้บุคลิกภาพแตกต่างกันไป พยาบาลจะต้องสำรวจ ความรู้สึกลึกซึ้งนึกคิดของตัวเอง ทำความเข้าใจกับศาสนาและความรู้สึกลึกซึ้งนึกคิดในเรื่องชีวิต ตอบคำถาม ของการค้นหาความหมายของชีวิตให้ได้และยอมรับว่าจิตวิญญาณเป็นพลังหรือแรงผลักดันของ ชีวิตที่สำคัญในการดำเนินชีวิต

7. เข้าใจวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณี ภาษา และศาสนาที่ผู้ป่วยนับถือ เพื่อ ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

8. เคารพในความเป็นบุคคล ผู้ป่วยระยะสุดท้ายอาจอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถรับรู้ และ ตอบสนองได้อย่างปกติทั่วไป แต่ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ยังคงอยู่และเป็นสิทธิของผู้ป่วยที่จะ ได้รับการดูแลอย่างดีจนวาระสุดท้าย รวมทั้งเป็นสิทธิทางจริยธรรม (Moral right) ที่ผู้ป่วยพึงได้รับ การปฏิบัติด้วยดี

9. การให้ออกซิเจน ในวาระสุดท้ายของชีวิตทั้งตัวผู้ป่วยและญาติอยู่ในสภาพทุกขเวทนา อาจ มีการแสดงออกทางร่างกาย วาจา และอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม พยาบาลจำเป็นต้องมีความอดกลั้นและ ให้ออกซิเจน

10. มีทักษะการสื่อสาร เนื่องจากพยาบาลต้องใช้ทักษะการสื่อสารอย่างมาก พยาบาล ต้องฟังและสังเกตผู้รับบริการอย่างระมัดระวัง เนื่องจากภาวะจิตวิญญาณของบุคคลมีลักษณะเฉพาะ และมีความละเอียดอ่อนมาก

11. เป็นผู้ที่มีความสุขทางจิตวิญญาณ หมายถึง ภาวะที่เป็นสุขในทุกอณูของร่างกาย เป็นความสุขที่เกิดจากความดี ไม่เห็นแก่ตัว มีภาวะที่จิตสงบ มีเมตตา กรุณา มุทิตา อุเบกขา มี ปัญญาที่เข้าใจแยกแยะได้ในเหตุผล ดี ชั่ว บาปบุญคุณโทษ ยึดมั่นในศีลธรรม ความจริง ซื่อสัตย์ สุจริต ทั้งทางกาย วาจา ใจ จิตที่ลบละความเห็นแก่ตัวลง เสียสละ เห็นแก่ส่วนรวมมากขึ้น

12. การทำงานเป็นทีม การให้การดูแลมิติจิตวิญญาณไม่อาจปฏิบัติได้ตามคำฟังของผู้ใด ผู้หนึ่ง แต่จะต้องอาศัยความเข้าใจที่ตรงกัน มีจุดมุ่งหมายเดียวกันและร่วมมือร่วมใจปฏิบัติโดยมี ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง สิ่งสำคัญต้องไม่พยายามกำหนดสิ่งใดตายตัวในเรื่องของจิตวิญญาณที่ไม่อาจ กำหนดได้

บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลด้านจิตวิญญาณ ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย (สันต์ หัตถิรัตน์, 2543; พระไพศาล วิสาโล, 2549; ทศนีย์ ทองประทีป และจงลักษณ์ ศุภกิจเจริญ, 2552)

1. ให้ความรักและความเห็นอกเห็นใจ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่เพียงเจ็บปวดทางกาย เท่านั้นยังถูกรบกวนด้วยความกลัว เช่น กลัวตาย กลัวถูกทอดทิ้ง กลัวสิ่งที่อยู่ข้างหน้าหลังสิ้นลม

ดังนั้น ความรักและกำลังใจจากญาติ ลูกหลานเป็นสิ่งที่สำคัญเพราะจะช่วยลดความกลัวและช่วยให้เกิดความมั่นคงในจิตใจ ฟังระลึกว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความเปราะบางอ่อนแออย่างมากเขาต้องการใครสักคนที่สามารถฟังได้และพร้อมจะอยู่กับเขายามวิกฤต หากมีใครสักคนที่พร้อมจะให้ความรักแก่เขาได้อย่างเต็มที่ หรืออย่างไม่มีเงื่อนไข เขาก็จะมีความมั่นใจและเผชิญกับความทุกข์ที่เกิดขึ้นทุกประการ

บทบาทหน้าที่ของพยาบาล คือ ต้องไม่ทอดทิ้งผู้ป่วยแม้ผู้ป่วยจะเป็นผู้ที่หมดหวังไม่สามารถรักษาให้ดีขึ้น แต่ผู้ป่วยต้องการความรัก ความอบอุ่น และการเอาใจใส่จากญาติและจากบุคคลที่รัก พยาบาลควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุย ระบายความรู้สึกที่เป็นความรักและความผูกพันต่อสิ่งต่าง ๆ ความสุขที่ได้เล่าให้ใครสักคนได้รับรู้ถึงอดีตที่เป็นความทรงจำที่ดีหรือความสำเร็จในชีวิตหรืออาจเป็นความรู้สึกที่แท้จริงบางอย่างที่เก็บซ่อนไว้นานแล้ว บางเรื่องไม่สามารถพูดให้สมาชิกครอบครัวฟังได้ พยาบาลจะทำหน้าที่เป็นคนกลางได้ดีในการรับรู้ความรู้สึกดังกล่าว ญาติที่มีความหมายในผู้ป่วยระยะสุดท้ายคือญาติสนิท หรือคนที่ผู้ป่วยรัก จึงควรเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด แม้ไม่สามารถพูดคุยได้ การสัมผัสทางกายหรือการนวดผิวหนังเป็นครั้งคราวก็เป็นสื่อถึงความรักและความห่วงใยที่ดีวิธีหนึ่ง ผู้ป่วยใกล้ชิดเสียชีวิตบางรายไม่สามารถสื่อสารด้วยคำพูดได้ แต่อาการสั่นเทา อาการกระวนกระวายใจคล้ายจะรอคอยใครบางคน ในหมู่ญาติใกล้ชิดจะรู้ว่าผู้ป่วยคอยใคร ซึ่งถ้าญาติคนนั้นได้มาบอกเล่าเพื่อให้ผู้ป่วยได้ปล่อยวางเรื่องราวต่าง ๆ ผู้ป่วยก็จะสิ้นลมหายใจได้อย่างสงบ พยาบาลควรตระหนักในบทบาทดังกล่าวเพื่อจะเป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วยกับญาติ และช่วยตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในระยะสุดท้าย (สันต์ หัตถิรัตน์, 2543; พระไพศาล วิสาโล, 2549; ทศนีย์ ทองประทีป และจงลักษณ์ สุภกิจเจริญ, 2552; Narayanasamy & Owens, 2001)

2. ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความตายที่จะมาถึง การรู้ว่าวาระสุดท้ายของตนใกล้เข้ามา ย่อมช่วยให้ผู้ป่วยมีเวลาเตรียมตัวเตรียมใจในขณะที่สังขารยังเอื้ออำนวยอยู่ อย่างไรก็ตาม การเปิดเผยความจริงซึ่งเป็นข่าวร้ายโดยไม่ได้เตรียมใจไว้ก่อนก็อาจทำให้อาการทรุดลงกว่าเดิม ดังนั้น พยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญจึงควรสร้างความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดหรือให้ได้รับความไว้วางใจกับผู้ป่วยรวมทั้งต้องเป็นผู้ที่มีความอดทนพร้อมที่จะฟังความในใจของผู้ป่วย โดยรับฟังด้วยใจที่เปิดกว้างและเห็นอกเห็นใจ พร้อมจะยอมรับเขาตามที่เป็นจริงและให้ความสำคัญกับการซักถามมากกว่าเทศนาสั่งสอน ในการบอกข่าวร้ายสิ่งที่ควรทำควบคู่ไปด้วยก็คือ การให้กำลังใจและความมั่นใจแก่ผู้ป่วยว่าญาติ และพยาบาลจะไม่ทอดทิ้งเขา จะอยู่เคียงข้างและช่วยเหลือเขาอย่างเต็มที่ การบอกความจริงแก่ผู้ป่วยมีประโยชน์อีกอย่างคือช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจล่วงหน้าว่าเมื่อตน มีอาการหนักจะให้แพทย์ยืดชีวิตไปให้ถึงที่สุดโดยใช้เทคโนโลยีทุกอย่างที่มี หรือให้ห้วงชีวิตดังกล่าว ช่วยเพียงแก่

ประพังอาการและปล่อยให้ค่อย ๆ สิ้นลมอย่างสงบ บ่อยครั้งที่ผู้ป่วยไม่ได้เตรียมตัวเพราะไม่รู้สภาพที่แท้จริงของตนเอง ผลคือเมื่อเข้าสู่ภาวะหยุดหายใจ ญาติจึงไม่มีทางเลือกอื่นนอกจากการขอให้แพทย์แทรกแซงอาการอย่างถึงที่สุดซึ่งมักก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย โดยมีผลเพียงยืดความตายให้ยาวออกไป แต่ไม่ช่วยให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น และยังมีสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการรับฟังเรื่องราวของผู้ป่วยและญาติ เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ระบายความคิดและความรู้สึกให้มากที่สุด ทุกครั้งที่เข้าไปดูแลผู้ป่วยหรือช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเช่น การป้อนอาหาร น้ำ การเช็ดตัว และการเปลี่ยนที่นอนหากพยาบาลใช้โอกาสนี้เป็นผู้รับฟังที่ดี ทำความรู้จักและเรียนรู้ชีวิตของผู้ป่วยมากขึ้น ใช้เทคนิคการสนทนาช่วยสะท้อนความคิดของผู้ป่วยมากขึ้น พยาบาลควรค้นหาแหล่งของความหวังและกำลังใจหรือแหล่งสนับสนุนมิติจิตวิญญาณของผู้ป่วย การช่วยเหลือให้ผู้ผู้ป่วยได้ตระหนักในความหมายของคุณค่าของชีวิต เป็นการสัมผัสคุณค่าของมนุษย์ที่มีคุณค่ายิ่งต่อการพัฒนาจิตวิญญาณทั้งของผู้ป่วยและพยาบาล ผู้ให้การดูแล (พระไพศาล วิสาโล, 2549; ทศนีย์ ทองประทีป และจงลักษณ์ ศุกกิจเจริญ, 2552)

3. พยาบาลควรมีบทบาทในการให้ข้อมูลที่เป็นจริงและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน กับเจ้าหน้าที่ทุกคน ความจริงอาจทำให้ผู้ป่วยและญาติตกใจ ผิดหวังและเจ็บปวดบ้างในตอนแรก การให้ข้อมูลอย่างเพียงพอร่วมกับประคับประคองจิตใจจะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติยอมรับความจริงได้ในที่สุด และมีการวางแผนชีวิตที่เหลืออยู่อย่างสมเหตุสมผล บางรายอาจต้องใช้เวลาในการทำใจยอมรับกับความจริงบ้าง พยาบาลต้องใช้เวลา ออดทน และยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วยและญาติในขณะที่กำลังเผชิญกับความยากลำบากนี้ (ทศนีย์ ทองประทีป และจงลักษณ์ ศุกกิจเจริญ, 2552)

4. ช่วยให้อึดใจอดทนกับสิ่งดั่งงาม การนึกถึงสิ่งดั่งงามช่วยให้จิตใจเป็นกุศล และบังเกิดความสงบ และสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดได้ดีขึ้น ซึ่งการน้อมนำให้ผู้ป่วยนึกถึงสิ่งดั่งงาม เช่น การนำเอาพระพุทธรูป ตลอดจนจนภาพครู อาจารย์ที่เคารพนับถือมาไว้ในห้องเพื่อเป็นเครื่องระลึก นึกถึง หรือชวนให้ผู้ผู้ป่วยได้สวดมนต์ เปิดเทปธรรมะ การนิมนต์พระมาเยี่ยม หากนับถือศาสนาอิสลามหรือศาสนาคริสต์ การนำสัญลักษณ์ของพระเจ้าหรือศาสดาในศาสนาตนมาเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวย่อมมีผลต่อจิตใจได้ดีที่สุด

นอกจากนี้การช่วยให้ผู้ป่วยน้อมใจเป็นกุศลอาจทำได้โดยให้ผู้ผู้ป่วยได้ทำบุญ บริจาคทรัพย์เพื่อการกุศล หรือทำความดีตามหลักบุญกิริยาวัตถุ 10 ผู้ป่วยระยะสุดท้ายร่างกายอาจไม่สามารถทำอะไรได้มากนัก แต่เราสามารถทำความดีได้เสมอ เพราะความดีและบุญกุศลคือสิ่งที่เกิดจากใจเป็นหลัก ไม่ว่าจะร่างกายจะเป็นเช่นไร ขอแค่มีจิตใจที่รับรู้ได้ มีสติ สมาธิอยู่กับความดั่งงามและพระเจ้า ก็เป็นบุญเป็นการทำความดีที่ใช้ต้นทุนทางใจเท่านั้น บุญกิริยาวัตถุ 10 คือสิ่งอันเป็นที่ตั้งแห่งการทำความดี 10 ประการดังนี้

- 4.1 การให้ทาน ทั้งให้ทานในรูปแบบของวัตถุสิ่งของหรือให้เวลา ให้ความคิด ให้กำลังใจ ในทางพุทธศาสนากการทำงานที่เชื่อว่าจะได้บุญมากคือการทำสังฆทาน
- 4.2 การรักษาศีล การตั้งใจรักษาศีล และการปฏิบัติตนไม่ให้ละเมิดศีล ซึ่งเป็นหนทางในการฝึกตนให้ลด ละ เลิกความชั่ว ไม่เบียดเบียนผู้อื่นและตนเอง
- 4.3 การเจริญภาวนา เป็นการพัฒนาจิตใจและปัญญา ทำให้จิตสงบ ผู้ที่เจริญภาวนาเป็นประจำจะมีความสุขและจิตสงบ ทำให้ร่างกายแข็งแรงเยียวยาตัวเองได้ดีขึ้น
- 4.4 ความอ่อนน้อม เป็นคุณธรรมที่ขัดเกลาอัตตาตัวตน เราควรเรียนรู้ความอ่อนน้อมกับสภาวะธรรมคือการเจ็บป่วยและความตายที่กำลังเกิดขึ้น การอ่อนน้อมและยอมรับความจริงจะทำให้เราคลายความเครียด ความกังวลและสามารถมีชีวิตอยู่จนกระทั่งวินาทีสุดท้ายอย่างสงบ
- 4.5 การช่วยเหลือสังคม การกระทำสิ่งที่เป็นคุณงามความดี ที่เกิดประโยชน์ต่อ คนส่วนรวม โดยเฉพาะทางพระพุทธศาสนา เช่น การชักนำบุคคลให้มาประพฤติปฏิบัติธรรมมีทาน ศีล ภาวนา
- 4.6 การเปิดโอกาสให้ผู้อื่นทำความดีกับเรา การอุทิศส่วนบุญกุศลที่ได้กระทำไว้ ให้แก่สรรพสัตว์ทั้งปวง การบอกให้ผู้อื่นได้ร่วมอนุโมทนาด้วย
- 4.7 ยอมรับและยินดีในการทำความคิดหรือทำบุญของผู้อื่น ซึ่งญาติสามารถบอกกับผู้ป่วยให้อนุโมทนาบุญ ยินดีกับการทำความดีของผู้อื่น
- 4.8 การฟังธรรม ควรหาโอกาสให้ผู้ป่วยได้ฟังธรรมเพื่อช่วยให้จิตใจสงบ เข้าใจชีวิต และยอมรับความตายอย่างสงบ
- 4.9 การแสดงธรรมหรือให้ธรรมเป็นทาน ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยสามารถทำให้คนรอบข้างเข้าใจสัจธรรมชีวิตได้
- 4.10 การทำความเข้าใจให้ถูกต้องและเหมาะสม การปรับความคิดเห็นให้เข้าใจ ตามความเป็นจริง ยอมรับการเจ็บป่วยและความตาย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลายความเครียด พยายามหรือญาติชวนให้ผู้ป่วยระลึกถึงความดีที่ตนเองได้บำเพ็ญในอดีต ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความปีติปลาบปลื้ม และเกิดความมั่นใจว่าตนจะได้ไปสุคติ (กรรณจรียา สุขรุ่ง, 2551)
5. ช่วยปลดเปลื้องสิ่งค้างคาใจ สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นทุกข์ใจ และทำให้ไม่อาจตายอย่างสงบได้ คือ ความรู้สึกค้างคาใจในบางสิ่งบางอย่าง สิ่งนั้นอาจเป็นภารกิจการงานที่ยังค้างค้าง ทรัพย์สินที่ยังแบ่งไม่เสร็จ ความน้อยเนื้อต่ำใจหรือโกรธแค้นใครบางคน หรือความรู้สึกผิด ความปรารถนาที่จะพบใครบางคนเป็นครั้งสุดท้าย โดยเฉพาะคนที่ตนเองรักหรือคนที่ตนปรารถนาจะขอโทษกรรม ซึ่งสิ่งค้างคาใจเป็นสิ่งที่ควรได้รับการปลดเปลื้องอย่างเร่งด่วน เพราะอาจทำให้

ผู้ป่วยตายอย่างไม่สงบ ซึ่งในทางพุทธศาสนาอาจส่งผลให้ผู้ป่วยไปสู่ทุกคติแทนที่จะเป็นสุคติ (กรรมจริยา สุขรุ่ง, 2551)

6. ช่วยให้ผู้ป่วยปล่อยวางสิ่งต่าง ๆ การปฏิเสธความตาย ชัดขึ้นไม่ยอมรับความจริง เป็นสาเหตุแห่งความทุกข์ของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ญาติ แพทย์ พยาบาลควรช่วยให้ผู้ป่วยปล่อยวางต่อสิ่งต่าง ๆ ให้มากที่สุด ไม่ยึดติด โดยให้ความมั่นใจว่าลูกหลานสามารถดูแลผู้ป่วยหรือผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างดีหรือเตือนสติแก่ผู้ป่วยว่าทรัพย์สินสมบัติเป็นของเราเพียงชั่วคราวเมื่อถึงเวลา ก็ต้องให้คนอื่นดูแลไป และการยึดติดที่ลึกซึ้งที่สุดคือการยึดติดในตัวตน ความตายของคนบางคนหมายถึงการดับสูญของตัวตน เป็นสิ่งที่ทนไม่ได้และทำใจยาก ซึ่งการจะละซึ่งตัวตนได้ต้องอาศัยการฝึกฝนจิตพอสมควรแต่ก็ไม่เกินวิสัยที่ผู้ป่วยที่จะทำได้ (กรรมจริยา สุขรุ่ง, 2551)

7. พยาบาลควรมีบทบาทในการประเมินความเจ็บปวดและพิจารณาการให้ยาแก่ผู้ป่วยตามแผนการรักษา เพื่อลดความเจ็บปวดและความทรมานของผู้ป่วยเท่าที่จะทำได้ การให้ยาเพื่อบรรเทาปวด ช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี และช่วยให้ผู้ป่วยมีสติรู้ตัวในระดับที่จะปฏิบัติตามคำสอนของศาสนาที่ตนนับถือได้ เช่นการทำบุญ และการประกอบพิธีกรรมทางศาสนา การสวดมนต์ การทำสมาธิ การภาวนา หรือทำกิจกรรม ความสงบสุข การเจริญสติทำสมาธิภาวนา (ทัศนีย์ ทองประทีป และจงลักษณ์ ศุภกิจเจริญ, 2552; กรรมจริยา สุขรุ่ง, 2551)

8. พยาบาลควรมีบทบาทในการสร้างบรรยากาศที่สงบ จะช่วยให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเกิดความสงบและปล่อยวางสิ่งที่ค้างคาใจ ซึ่งบรรยากาศในที่นี้คือ ควรเป็นห้องพักที่ไม่พลุกพล่าน มีต้นไม้ ดอกไม้ อาจมีแจกันดอกไม้หรือรูปวิวสวย ๆ สบายตา หรืออาจใช้ภาพพระหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์มาประดับ มีการเปิดเพลงเบา ๆ เสียงธรรมชาติ หรือเสียงสวดมนต์ มีกลิ่นที่นุ่มนวลที่ผู้ป่วยชอบ สำหรับผู้ดูแลหรือผู้มาเยี่ยมควรรักษาใจให้เบิกบาน มีอารมณ์มั่นคง มีจิตใจสงบพอที่จะคุยหรือทำให้ผู้ป่วยรู้สึกดี อบอุ่นด้วยความรักและมิตรภาพ อารมณ์ขันเป็นสิ่งจำเป็นที่ช่วยให้บรรยากาศไม่ตึงเครียดและเศร้าสลดเกินไป ช่วยให้ผู้ป่วยมองความตายเป็นเรื่องธรรมดา หากผู้ป่วยสนใจเรื่องสมาธิ สวดมนต์ ให้ครอบครัว หรือเพื่อนร่วมกันนั่งสมาธิหรือสงบนิ่งพร้อมกับผู้ป่วย หากผู้ป่วยเลือกที่จะเสียชีวิตที่บ้าน ควรจัดบรรยากาศของบ้านให้นุ่มนวลใจสู่ความสงบ เช่น อาจนำรูปที่ผู้ป่วยเคารพบูชามาวางใกล้ ๆ มีการเปิดเพลง เทปธรรมะ หรือสวดมนต์เบา ๆ และญาติไม่ควรทะเลาะกันต่อหน้าผู้ป่วย (กรรมจริยา สุขรุ่ง, 2551)

9. กล่าวคำอำลา ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายการน้อมจิตให้ผู้ป่วยมุ่งต่อสิ่งดีงามเป็นสิ่งสำคัญ โดยชื่นชมและขอบคุณในคุณงามความดีที่มีต่อเขา พร้อมทั้งขอมาในกรรมใด ๆ ที่ล่วงเกิน จากนั้นก็น้อมจิตผู้ป่วยให้เป็นกุศลมากขึ้น ให้ผู้ป่วยได้ปล่อยวางสิ่งต่าง ๆ รวมทั้งตัวตนและหลังจากนั้นก็กล่าวอำลา พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเป็นเพื่อนร่วมทุกข์ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้

ระบายนามทุกข์และความกังวลใจต่าง ๆ ผู้ป่วยบางรายอาจมีเรื่องขมขื่นใจ อาจฝันร้ายหรือเห็นภาพหลอนเรื่องราวต่าง ๆ การปลอบโยนและให้กำลังใจจะช่วยให้ความทุกข์หรือความอัดอั้นในใจลดลง พยาบาลควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยกับบุคคลที่มีความหมายเพื่อกล่าวคำขอโทษ อโหสิกรรมหรือได้กล่าวคำอลาตต่อกัน

พยาบาลควรช่วยจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ แนะนำญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติต่อผู้ป่วย เช่น แนะนำให้ญาติสัมผัสผิวหนังของผู้ป่วยบริเวณซอกคอหรือผิวแก้ม แทนการสัมผัสที่มือหรือเท้า เพราะการไหลเวียนของเลือดบริเวณส่วนปลายของร่างกายจะลดลงทำให้การสัมผัสในบริเวณดังกล่าวเสียไป การกล่าวคำอลาตหรือขออโหสิกรรมญาติควรกล่าวเสียงดังพอสมควรไม่ควรกระซิบข้างหูเพราะผู้ป่วยได้ยินไม่ชัดเจน การได้ยินจะเป็นการรับรู้สุดท้ายก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต ดังนั้นการพูดคุยข้างเตียงจึงควรระมัดระวัง ควรพูดในเรื่องที่ดี แนะนำให้ผู้ป่วยสวดมนต์หรือเอยนามพระเจ้าที่ผู้ป่วยนับถือ ญาติผู้ป่วยและพยาบาลควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่ใกล้จะเสียชีวิต ด้วยความเคารพ (ทัศนีย์ ทองประทีป และจงลักษณ์ สุภกิจเจริญ, 2552; Narayanasamy, 2004)

การพยาบาลในมิติจิตวิญญาณมีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าการพยาบาลเพื่อการควบคุมความเจ็บปวดหรือบรรเทาอาการหรือความทุกข์ทรมานต่าง ๆ การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ จะต้องขึ้นกับการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย/ หรือญาติเป็นรายบุคคล การพยาบาลดังกล่าวไม่ใช่สูตรสำเร็จที่ต้องปฏิบัติกับผู้ป่วยทุกราย การจะตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยได้ดีเพียงใด ขึ้นอยู่กับความเอื้ออาทร และความใส่ใจที่พยาบาลมีต่อผู้ป่วยเป็นสำคัญ การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย อย่างถูกต้องครอบคลุมนั้นมีความสำคัญมากต่อการนำข้อมูลมาใช้เพื่อวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล การที่พยาบาลให้ความเป็นกันเอง ดูแลผู้ป่วยด้วยความเอื้ออาทรประจวบจิตมิตรก็ถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ไม่มีญาติ สภาพร่างกายอาจจะเปลี่ยนแปลงไปมาก ถ้าพยาบาลให้การพยาบาลด้วยความเต็มใจ เอาใจใส่ในการบรรเทาอาการต่าง ๆ ด้วยความเอื้ออาทร ให้เกียรติและให้ความเคารพอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใจ และเกิดความมั่นใจว่าจะไม่ต้องตายอย่างโดดเดี่ยวในโรงพยาบาล (ทัศนีย์ ทองประทีป และจงลักษณ์ สุภกิจเจริญ, 2552)

ในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยมีนโยบายให้โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งเป็นเครือข่ายและมีหน่วยงานรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติ และนโยบายในระดับโรงพยาบาลชุมชน ต้องเตรียมรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ส่งกลับจาก โรงพยาบาลศูนย์ แต่จากการศึกษาทัศนีย์ ทองประทีป (2547) กล่าวไว้ว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่ ผู้ป่วยจะได้รับ

การดูแลในหอผู้ป่วยทั่วไป โดยไม่ได้แยกผู้ป่วยไว้ต่างหาก การดูแลมุ่งเน้นที่การรักษามากกว่าการทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลอย่างองค์รวม สอดคล้องกับ ชนเดช สินธุเสก (2547) ที่กล่าวว่า การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของกระทรวงสาธารณสุขไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร พบว่าปัญหาสำคัญคือ บุคลากรมีประสบการณ์น้อย ไม่สามารถแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วยได้มากนักและยังต้องกำหนดลักษณะงานให้เข้ากับมาตรฐาน ขนบธรรมเนียม ประเพณี และสังคมไทย และจิตติมา โปธิศรี (2550) ได้กล่าวถึงระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลขนาด 60 เตียงที่มีปัญหาว่า บุคลากรที่รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายขาดความรู้ ความมั่นใจ ศักยภาพ ความตระหนัก มีทัศนคติที่ไม่ดี ไม่เข้าใจบทบาทของตนเอง และไม่มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยและญาติระยะสุดท้าย และจากการศึกษาพบว่าปัญหาและอุปสรรคที่พบจากการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณคือ ความรู้และทักษะของพยาบาลยังมีน้อย ทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยได้ครอบคลุมทุกด้าน (ธารทิพย์ วิเศษธาร, 2541)

จะเห็นได้ว่าการดูแลด้านจิตวิญญาณมีความสำคัญต่อผู้ป่วยระยะสุดท้าย แต่จากการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยและ ประสบการณ์การทำงานของผู้วิจัยพบว่า ยังมีปัญหาที่เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้าย เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ความสำคัญกับการดูแลพยาธิสภาพทางกายเป็นสิ่งสำคัญ จึงมักตัดเรื่องจิตวิญญาณออกไปโดยไม่พยายามทำความเข้าใจกับสภาพแวดล้อมและความเชื่อของบุคคล บางครั้งพยาบาลตระหนักถึงความสำคัญของการตอบสนองด้านจิตวิญญาณของผู้รับบริการ แต่หลีกเลี่ยงกลัว ไม่กล้าสัมผัส เนื่องจากขาดความรู้ที่ถูกต้อง ทำให้ขาดความมั่นใจในการประเมินสถานะด้านจิตวิญญาณในระดับลึกซึ้ง ภาวะจิตวิญญาณของบุคคลเป็นเรื่องละเอียดอ่อน และมีความหลากหลาย ทำให้พยาบาลเกิดความลังเลใจ ไม่กล้าตัดสินใจ และพยาบาลไม่เข้าใจพฤติกรรมของผู้ป่วย เนื่องจากมีความรู้ ความเชื่อเกี่ยวกับสิ่งยึดเหนี่ยวแตกต่างจากผู้ป่วย คิดว่าเป็นสิ่งเหลวไหล ไม่น่าเชื่อถือ บางครั้งกระทำไปโดยไม่เจตนา เช่น การเก็บพวงมาลัยหัวเตียงผู้ป่วยทิ้งเพื่อรักษาความสะอาด ของสิ่งแวดล้อมโดยไม่ได้คำนึงถึงความเชื่อและศรัทธาของผู้ป่วยหรือบางครั้งพยาบาลประเมินเพียงผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธ โดยไม่ได้ซักถามข้อมูล ความเชื่อหรือภูมิลำเนา (สุภาพร ดาวดี, 2551) นอกจากนี้ ศรีเกียรติ อนันตยสวัสดิ์ (2552) ได้กล่าวว่า พยาบาลบางคนมีความรู้สึกลึกซึ้งไม่ยอมรับการตาย ไม่ต้องการให้ผู้ป่วยคนไหนต้องตายในเวรตนเอง รู้สึกโกรธเมื่อมีผู้ป่วยเสียชีวิตในเวรตนเอง ไม่อยากแต่งศพ พยาบาลบางคนก็จะเน้นการดูแลรักษาผู้ป่วยให้หายจากโรค คิดว่าถ้าผู้ป่วยตายเป็นการล้มเหลวทางการพยาบาล และพยาบาลยังหลีกเลี่ยงการพูดที่ไม่อยู่ใน หลักความจริงของชีวิตจะพูดกับผู้ป่วยในลักษณะให้ต่อสู้เพื่อเอาชนะความเจ็บป่วยให้ได้ จะไม่พูดถึงความตาย แม้ว่าผู้ป่วยจะอยู่ในภาวะสุดท้ายก็ตาม

แนวคิดความสามารถทางการพยาบาลในทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม

ความสามารถทางการพยาบาล (Nursing agency) เป็นแนวคิดของทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem) ที่เกิดขึ้นในปี ค.ศ. 1971 ซึ่งหมายถึง พลังความสามารถที่พยาบาลใช้ในการช่วยเหลือบุคคลที่พร้อมในการดูแลตนเอง ทั้งด้านที่เป็นสสาร (Material) และพลังงาน (Energy) ซึ่งสสารและพลังงานเหล่านี้มีความจำเป็นมากสำหรับการดำรงภาวะสุขภาพของเขาเหล่านั้น Nursing agency เป็นพลังความสามารถที่ไม่หยุดนิ่ง (Dynamic system) สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเอง (Self care agency) สอดคล้อง และเหมาะสมกับความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น (Therapeutic self care demand) ให้เหมาะสมของแต่ละบุคคล สามารถพัฒนาระบบการดูแลตนเองให้มีคุณภาพสอดคล้องกับสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งความสามารถทางการพยาบาลเป็นการผสมผสานความสามารถของพยาบาลที่เกิดขึ้นจากการได้รับความรู้ และมีประสบการณ์ที่เฉพาะเจาะจงในสถานการณ์จริง

Orem (2001) กล่าวว่า การพยาบาล (Nursing) เป็นศาสตร์แห่งการปฏิบัติ บุคคลจะปฏิบัติการพยาบาลได้ดั่งนั้นต้องมีองค์ประกอบดังนี้

1. ต้องมีความรู้ (Knowledge) ที่จำเป็น ได้แก่ ศาสตร์ทางการพยาบาลซึ่งเป็นกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ มีศิลปะในการพยาบาล และมีความเข้าใจมนุษย์
2. มีประสบการณ์ในการใช้ความรู้นั้น (Experimental knowledge of nursing cases) คือ การลงมือปฏิบัติการพยาบาลในแต่ละรายที่ได้รับมอบหมายหรือที่ต้องรับผิดชอบ
3. เชี่ยวชาญในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างหลักแหลม (Master of the operation of nursing practice)
4. มีทักษะในด้านต่าง ๆ ที่จำเป็น ได้แก่ ทักษะด้านสังคม (Social) สัมพันธภาพทางด้านบุคคล (Inter personal) และทักษะทางการพยาบาล (Nursing) ซึ่งทักษะเหล่านี้เกิดจากการใช้องค์ความรู้ที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ
5. มีแรงจูงใจที่แน่วแน่ (Sustaining motives) และมีความปรารถนาที่จะให้การพยาบาล (Willingness to provide nursing)

จากประเด็นปัญหาต่าง ๆ หลายมิติที่มีความยุ่งยากซับซ้อนของผู้ป่วยระยะสุดท้าย พยาบาลต้องมีสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ซึ่งในแต่ละประเทศมีการกำหนดสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับบุคลากรสุขภาพในแต่ละวิชาชีพแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบริบท ระบบบริการสุขภาพ แหล่งประโยชน์ และปัญหาสาธารณสุขของประเทศนั้น ๆ เช่น สภาการพยาบาลของประเทศสหรัฐอเมริกา ได้กำหนดสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยระยะสุดท้ายว่าประกอบด้วย ทักษะที่เชี่ยวชาญในการประเมินสภาพ การคิด อย่างมี

วิจารณ์ญาณ การได้มาซึ่งความรู้ทัศนคติและทักษะในศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับความสุขสมบูรณ์ และความเจ็บป่วยในระยะสุดท้าย สำหรับประเทศไทย สภาการพยาบาล ได้กำหนดสมรรถนะพื้นฐานที่สำคัญสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้ 5 สมรรถนะ (กิตติกร นิลมานัต, 2555) ดังนี้

1. สมรรถนะทางคลินิก (Clinical competence) หมายถึง ความรู้ ทักษะ และความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลและการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
2. สมรรถนะทางวัฒนธรรม (Cultural competence) หมายถึง ความรู้ และประสบการณ์ส่วนบุคคลเกี่ยวกับความเชื่อ และพฤติกรรมความหลากหลายทางวัฒนธรรม
3. สมรรถนะทางจริยธรรม (Ethical competence) หมายถึง ความรู้ ทัศนคติ และทักษะทางจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
4. สมรรถนะทางจิตวิญญาณ (Spiritual competence) หมายถึง ทักษะและการปฏิบัติเพื่อให้เกิดความเข้าใจตัวตนที่แท้จริงที่อยู่ภายในของผู้ป่วยและสามารถตอบสนองความต้องการที่เป็นหนึ่งเดียวของผู้ป่วย
5. สมรรถนะทางการสื่อสาร (Communication competence) หมายถึง ความรู้ทักษะในการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

สรุปแล้ว การดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้มีประสิทธิภาพนั้นขึ้นอยู่กับความสามารถทางการพยาบาล (Nursing agency) เป็นความสามารถของพยาบาลที่ได้จากการศึกษาและฝึกปฏิบัติในศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล ซึ่งพยาบาลวิชาชีพจะปฏิบัติดูแลหรือมีความสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ดีนั้นจะต้องเป็นผู้มีประสบการณ์ ความรู้ความสามารถ มีความเชี่ยวชาญ ฉลาดหลักแหลม มีความปรารถนาดีที่จะให้การดูแล และมีความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติเป็นอย่างดี

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ

จากการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และประสบการณ์การทำงานของผู้วิจัยพบว่า พยาบาลบางส่วนยังขาดความรู้ ความเข้าใจ ในบทบาทของตนเอง บางครั้งการปฏิบัติงานของพยาบาลอาจจะเลย ยังไม่เข้าใจอย่างลึกซึ้ง และให้ความสนใจน้อยในการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือพยาบาลให้ความสนใจแต่ไม่มีความรู้และความสามารถในการดูแลและกิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนทางด้านจิตวิญญาณยังมีน้อยอยู่ จึงทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ถูกละเลย และได้รับการดูแลเป็นลำดับท้าย ๆ เนื่องจากคิดว่ามีโอกาสน้อยมากที่จะหายเป็นปกติ และมีผู้ป่วยรายอื่นที่มีโอกาสดีกว่าซึ่งพบว่า ปัจจัยโดยรวมที่มีผลต่อการดูแลด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ ปัจจัยด้านประสบการณ์การทำงาน ความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย การรับรู้ความสามารถการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ความเชื่อเรื่องศาสนาของพยาบาลวิชาชีพ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน การดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นสิ่งที่แสดงถึงประสบการณ์และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาล Orem (1991) กล่าวว่า ประสบการณ์การปฏิบัติงาน และการแสวงหาการศึกษาอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งกำหนดระดับความเชี่ยวชาญทางการพยาบาล ซึ่งในบางสถานการณ์ต้องการความรู้ที่ลึกซึ้งและทักษะเฉพาะในการปฏิบัติการพยาบาลนั้น ซึ่งสอดคล้องกับ Benner (1984) กล่าวว่า พยาบาลที่มีจำนวนปี หรือมีระยะเวลาในการให้การพยาบาลผู้ป่วยมาก ความสามารถในการปฏิบัติงานก็จะสูงไปด้วย ซึ่งจากการศึกษาของ ศิริวรรณ วรรณศิริ (2548) พบว่า ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานมีผลต่อการดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณของพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ อรรถยา อมรพรหมภักดี (2547) พบว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานด้านการพยาบาลมากกว่า 5 ปี มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวมมากที่สุด แต่ผลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลเอื้ออาทรของพยาบาลไทยในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของ สุภาพร คาวดี (2551) พบว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 10 ปี ยังต้องการพัฒนาทักษะการดูแลอย่างเอื้ออาทรต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้านจิตวิญญาณ การสื่อสาร และทักษะการเผชิญอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากน่าจะมีความรู้ความชำนาญสูงกว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายน้อยกว่า ดังนั้นระยะเวลาการปฏิบัติงานจึงน่าจะมีความสัมพันธ์กับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ

ความรู้ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความสำคัญมาก พยาบาลที่ดูแลควรมีความรู้ที่ลึกซึ้ง มีความสามารถเฉพาะที่จะสนองตอบความต้องการของผู้ป่วยได้ ปิยะวรรณ โภคพลภรณ์ (2548) ได้ศึกษาเรื่องความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลของรัฐกรุงเทพมหานคร พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ ร้อยละ 79.26 มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายในระดับปานกลาง และพบว่า พยาบาลร้อยละ 42.2 ไม่เคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการศึกษาของ Narayanasamy and Owens (2001) พบว่า พยาบาลยังสับสนในบทบาทของตนเอง ขาดความรู้ ข้อมูล และแนวทางการให้การพยาบาลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย และจาก

การศึกษาของ Kuuppelomaki (2001) เรื่องการประทับประคองมิติจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า ในการดูแลมิติจิตวิญญาณพยาบาลขาดทักษะและสมรรถนะร้อยละ 75 และขาดความมั่นใจ ในการดูแลมิติทางจิตวิญญาณร้อยละ 54 และวัลภา คุณทรงเกียรติ (2553) ได้ศึกษาเชิงคุณภาพเรื่อง ประสบการณ์ชีวิตการพยาบาลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลวิกฤต กล่าวไว้ว่าพยาบาลควรเตรียม ความรู้และทักษะของตนในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤติระยะสุดท้าย โดยอาศัยการสร้าง ความตระหนักรู้ในตนเองเกี่ยวกับความเชื่อเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การพัฒนาการสื่อสาร เรื่องราวระยะสุดท้าย เพราะพยาบาลเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่ใกล้ชิด ต้องเผชิญกับการตัดสินใจ ในการดูแลและแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากที่สุด ตลอด 24 ชั่วโมง

ความเชื่อเรื่องศาสนาของพยาบาลวิชาชีพ เป็นความรู้ที่ขอมรับ ความศรัทธา ในเรื่อง ศาสนาของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งมีความสำคัญสำหรับการดูแลด้านจิตวิญญาณ ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย การที่พยาบาลวิชาชีพมีความเชื่อ ขอมรับ ศรัทธา และมีความรู้ความเข้าใจเรื่องศาสนา จะทำให้ พยาบาลวิชาชีพทำความเข้าใจและขอมรับภูมิหลังของผู้ป่วยเรื่องความเชื่อทางศาสนา จะช่วยให้ พยาบาลตอบสนองได้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ผู้ป่วยขอมพึงพอใจที่พยาบาล สามารถเข้าใจและปฏิบัติได้ตรงกับที่ผู้ป่วยต้องการซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ และไว้ใจ พยาบาล เนื่องจากการศึกษาพบว่า ความเชื่อทางศาสนา มีผลต่อการดูแลด้านจิตวิญญาณ ในผู้ป่วย ระยะสุดท้าย (ศิริวรรณ วรรณศิริ, 2548) ซึ่งความเชื่อเรื่องศาสนาเป็นแหล่งเกี่ยวพันสำคัญที่สุดใน การเพิ่มความเข้มแข็งและสนับสนุนให้ผู้ป่วยเผชิญกับความตายอย่างสงบ ซึ่งศาสนาที่ต่างกันจะมี มุมมองและอธิบายความตายที่ต่างกัน การศึกษาของ Narayanasamy (2004) พบว่า การปฏิบัติ กิจกรรมทางศาสนาอย่างแท้จริง จะทำให้ผู้ป่วยมีความสบาย หลุดพ้นจากความกลัว ชีวิตมี ความหมาย และ Vig and Pearlman (2004) ได้ศึกษามุมมองของผู้ป่วยเกี่ยวกับความตาย จำนวน 26 ราย ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจระยะสุดท้ายและมะเร็งระยะสุดท้ายพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 81 ให้ ความสำคัญกับความเชื่อเรื่องศาสนาเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Mystakidou et al. (2008) ที่พบว่า ความเชื่อทางศาสนามีความเกี่ยวข้องกับการมีสุขภาพกายที่ดีขึ้น และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของ ผู้ป่วยมะเร็ง

โดยสรุป จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การศึกษาเกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณ ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลส่วนใหญ่ศึกษาในต่างประเทศ สำหรับในประเทศไทยมี การศึกษาน้อย และจะศึกษาเกี่ยวกับความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยและญาติ โดยเป็น การศึกษาเชิงคุณภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลด้านจิต

วิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โดยปัจจัยประกอบด้วย ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณ การรับรู้ความสามารถในการดูแลด้านจิตวิญญาณ และความเชื่อเรื่องศาสนา เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้ไปเป็นแนวทางในการวางแผนเตรียมพยาบาลวิชาชีพให้มีความรู้ความสามารถในการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้มีคุณภาพ และครอบคลุมองค์รวมต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษารุ่นนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) ระหว่างประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณ การรับรู้ความสามารถในการดูแลด้านจิตวิญญาณ และความเชื่อเรื่องศาสนากับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ศึกษา เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในที่มีประสบการณ์ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างน้อย 1 ราย ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดชลบุรี ซึ่งโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดชลบุรีมีทั้งหมด 10 โรงพยาบาล ผู้วิจัยได้เลือกโรงพยาบาล 1 แห่งสำหรับหาความตรงด้านเนื้อหาของเครื่องมือ คือ โรงพยาบาลพนัสนิคม และเลือกโรงพยาบาล 9 แห่งสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ โรงพยาบาลพานทอง โรงพยาบาลแหลมฉบัง โรงพยาบาลบ้านบึง โรงพยาบาลบ่อทอง โรงพยาบาลสัตหีบ กม. 10 โรงพยาบาลเกาะจันทร์ โรงพยาบาลเกาะสีชัง โรงพยาบาลหนองใหญ่ และโรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม รวมจำนวนพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายรวมทั้งหมด 155 ราย

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน ที่มีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างน้อย 1 ราย โดยปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดชลบุรี ได้แก่ โรงพยาบาลพานทอง โรงพยาบาลแหลมฉบัง โรงพยาบาลบ้านบึง โรงพยาบาลบ่อทองโรงพยาบาลสัตหีบ กม. 10 โรงพยาบาลเกาะจันทร์ โรงพยาบาลเกาะสีชัง โรงพยาบาลหนองใหญ่ และโรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง

ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้การคำนวณจากสูตรของยามานะ (Yamane, 1973) สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้

$$N = \frac{N}{1+Ne^2}$$

เมื่อ N คือ ขนาดของประชากร
 e คือ ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่าง
 n คือ ขนาดตัวอย่าง

ในการศึกษานี้มีประชากรทั้งหมด 155 คน โดยกำหนดความคลาดเคลื่อนของการสุ่ม
.05 แทนค่าในสูตร

$$= \frac{155}{1+155(.05)^2}$$

$$= 112$$

จำนวนกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 112 คน

การสุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนวณสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างใน 9 โรงพยาบาลให้ได้จำนวน 112 คน ดังนี้

รายชื่อโรงพยาบาล	ขนาดของประชากร (คน)	ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (คน)
โรงพยาบาลพานทอง	37	26
โรงพยาบาลแหลมฉบัง	33	23
โรงพยาบาลบ้านบึง	20	14
โรงพยาบาลบ่อทอง	16	12
โรงพยาบาลสัตหีบ กม. 10	15	11
โรงพยาบาลเกาะจันทร์	9	7
โรงพยาบาลเกาะสีชัง	9	7
โรงพยาบาลหนองใหญ่	8	6
โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม	8	6
รวม	155	112

เมื่อได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากรายชื่อพยาบาลวิชาชีพให้ได้ตามจำนวนที่คำนวณได้ในแต่ละโรงพยาบาล

สถานที่ในการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชลบุรี ซึ่งมีจำนวน 9 แห่ง คือ โรงพยาบาลพานทอง โรงพยาบาลแหลมฉบัง โรงพยาบาลบ้านบึง โรงพยาบาลบ่อทอง

โรงพยาบาลสัทหีบ กม. 10 โรงพยาบาลเกาะจันทร์ โรงพยาบาลเกาะสีชัง โรงพยาบาลหนองใหญ่ และโรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม โดยโรงพยาบาลเหล่านี้มีแนวทางในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติที่คล้ายคลึงกัน คือ มีทีมดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติ ทีมผู้ให้การดูแลผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ลักษณะการทำงาน คือ แพทย์และพยาบาลวิชาชีพร่วมกัน ประเมินปัญหาของผู้ป่วยและปรึกษาศาสตราจารย์วิชาชีพประกอบด้วย เกสัชกร นักกายภาพ นักจิต นักโภชนาการ และเจ้าหน้าที่ที่ติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ความรู้ ฝึกทักษะการดูแลตามปัญหาของผู้ป่วย เช่น การบรรเทาความปวด การจัดทำที่ผู้ป่วยสบาย การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน การสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 5 เครื่องมือ ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ หอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การเป็นคณะกรรมการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การทำกิจกรรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับกิจกรรมทางศาสนา

2. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณ เป็นการประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีจำนวน 31 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ ถูกผิด หรือไม่แน่ใจ โดยมีข้อถูกจำนวน 23 ข้อ ข้อผิดจำนวน 8 ข้อ คือข้อ 4, 5, 9, 24, 28, 29, 30, 31 คะแนนเต็ม 31 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณมาก คะแนนต่ำ หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณน้อย

การคิดคะแนน โดยนำคะแนนข้อที่ถูกมารวมกัน มีคะแนนเต็ม 31 คะแนน การแปลผลคะแนนโดยพิจารณาตามเกณฑ์ของ (Bloom, 19688, p. 60) ดังนี้

คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 (คะแนนเฉลี่ยมากกว่า 24.80 คะแนน)	หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับการดูแล ด้านจิตวิญญาณระดับมาก
คะแนนระหว่างร้อยละ 60-80 (คะแนนเฉลี่ย 18.60-24.80 คะแนน)	หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับการดูแล ด้านจิตวิญญาณระดับปานกลาง
คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (คะแนนเฉลี่ยน้อยกว่า 18.60 คะแนน)	หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับการดูแล ด้านจิตวิญญาณระดับน้อย

3. แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการดูแลด้านจิตวิญญาณ เป็นการประเมินการรับรู้เกี่ยวกับการกระทำของตนเองในการปฏิบัติกรพยาบาลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประเมินโดยแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการดูแลด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีจำนวน 23 ข้อ ประกอบด้วย 1) ด้านการสื่อสารจำนวน 10 ข้อ 2) ด้านความคิดและความทรงจำจำนวน 6 ข้อ 3) ด้านการกระตุ้นประสาทการรับรู้จำนวน 3 ข้อ และ 4) ด้านศาสนาจำนวน 4 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุดได้ 4 คะแนน จนถึง น้อยที่สุดได้ 0 คะแนน

การคิดคะแนนโดยนำคะแนนทุกข้อมารวมกัน มีคะแนนเต็ม 92 คะแนน การแปลผลคะแนนโดยพิจารณาตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1968, p. 60) ดังนี้

คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 (คะแนนเฉลี่ยมากกว่า 73.60 คะแนน)	หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถระดับมาก
คะแนนระหว่างร้อยละ 60-80 (คะแนนเฉลี่ย 55.20-73.60 คะแนน)	หมายถึง การรับรู้ความสามารถระดับปานกลาง
คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (คะแนนเฉลี่ยน้อยกว่า 55.20 คะแนน)	หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถระดับน้อย

4. แบบสอบถามความเชื่อเรื่องศาสนาของพยาบาลวิชาชีพ เป็นการประเมิน ความรู้สึกรับ ความศรัทธา ในเรื่องศาสนาของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีจำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุดได้ 4 คะแนน จนถึง น้อยที่สุดได้ 0 คะแนน

การคิดคะแนนโดยนำคะแนนทุกข้อมารวมกัน มีคะแนนเต็ม 40 คะแนน การแปลผลคะแนนโดยพิจารณาตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1968, p. 60) ดังนี้

คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 (คะแนนเฉลี่ยมากกว่า 32.00 คะแนน)	หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีความเชื่อเรื่องศาสนามาก
คะแนนระหว่างร้อยละ 60-80 (คะแนนเฉลี่ย 24.00-32.00 คะแนน)	หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีความเชื่อเรื่องศาสนามากปานกลาง
คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (คะแนนเฉลี่ยน้อยกว่า 24.00 คะแนน)	หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีความเชื่อเรื่องศาสนาในระดับน้อย

5. แบบสอบถามการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ เป็นการประเมินกิจกรรมหรือพฤติกรรมที่พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติดูแลเพื่อตอบสนองความ

ต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีจำนวน 26 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ด้านการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความหวังกำลังใจ จำนวน 8 ข้อ 2) ด้านการค้นหาเป้าหมายและสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจ จำนวน 6 ข้อ 3) ด้านการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้อยู่กับบุคคลหรือสิ่งของที่ผู้ป่วยผูกพันในระยะเวลาสุดท้ายของชีวิต จำนวน 6 ข้อ 4) ด้านการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามความเชื่อความศรัทธาที่ผู้ป่วยนับถือ จำนวน 6 ข้อ แบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเป็นประจำได้ 4 คะแนน จนถึง ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลยได้ 0 คะแนน

การคิดคะแนน โดยนำคะแนนทุกข้อมารวมกัน มีคะแนนเต็ม 104 คะแนน การแปลผลคะแนนโดยพิจารณาตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1968, p60) ดังนี้

คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 (คะแนนเฉลี่ยมากกว่า 83.20 คะแนน)	หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีการดูแล ด้านจิตวิญญาณระดับดี
คะแนนระหว่างร้อยละ 60-80 (คะแนนเฉลี่ย 62.40-83.20 คะแนน)	หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีการดูแล ด้านจิตวิญญาณระดับปานกลาง
คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (คะแนนเฉลี่ยน้อยกว่า 62.40 คะแนน)	หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีการดูแล ด้านจิตวิญญาณระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณ การรับรู้ความสามารถในการดูแลด้านจิตวิญญาณ ความเชื่อเรื่องศาสนาของพยาบาลวิชาชีพ และการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ ไปตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะสุดท้าย จำนวน 5 ท่าน คือ อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพ 2 ท่าน จากนั้นนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงและแก้ไขแบบสอบถาม และนำมาหาค่าดัชนีความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) ของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณ ได้เท่ากับ .94 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลวิชาชีพ แบบสอบถามความเชื่อเรื่องศาสนาของพยาบาลวิชาชีพ และแบบสอบถามการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ ได้เท่ากับ 1

การหาความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้ง 4 แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจความตรงด้านเนื้อหาแล้ว ทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่โรงพยาบาลพนัสนิคม ซึ่งมีลักษณะ คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 20 ราย จากนั้นนำคะแนนที่ได้ไปคำนวณหาค่า ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ด้วยการใช้สูตรคูเรอร์ริชาร์ดสัน 20 (KR 20) สำหรับแบบสอบถาม ความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณได้เท่ากับ .79 และใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ในแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการดูแลด้านจิตวิญญาณ ได้เท่ากับ .96 ความเชื่อเรื่องศาสนาของพยาบาลวิชาชีพได้เท่ากับ .86 และการดูแลด้านจิตวิญญาณ ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพได้เท่ากับ .97

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย เลขที่ 05-03-2558 ผู้วิจัยจึงดำเนินการ วิจัย โดยผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวม ข้อมูล ประโยชน์ที่ได้รับ พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจ เข้าร่วมการวิจัยตามความสมัครใจ และสามารถออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบ ใด ๆ การวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลกระทบต่อการทำงาน และจิตใจของผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลที่ได้ผู้วิจัย จะเก็บไว้เป็นความลับและจะนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น และนำเสนอในภาพรวม เมื่อกลุ่ม ตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจึงให้ลงนามยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยไว้เป็นลายลักษณ์ อักษร

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพานทอง โรงพยาบาลแหลมฉบัง โรงพยาบาลบ้านบึง โรงพยาบาลบ่อทอง โรงพยาบาลสัตหีบ กม. 10 โรงพยาบาลเกาะจันทร์ โรงพยาบาลเกาะสีชัง โรงพยาบาลหนองใหญ่ และโรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยใน เมื่อได้รับ อนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาล และหัวหน้าแผนกผู้ป่วยใน เพื่อชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย

2. ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยโรงพยาบาลละ 1 ท่าน เพื่อช่วยเก็บข้อมูล โดยผู้ช่วยวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยนอก ผู้วิจัยมีการเตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล วิธีการตอบแบบสอบถาม และการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล

3. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อพยาบาลวิชาชีพในแต่ละโรงพยาบาลตามคุณสมบัติที่กำหนด และจับสลากรายชื่อตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการในแต่ละโรงพยาบาล

4. เมื่อได้รายชื่อครบตามจำนวนที่ต้องการ ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างโดยแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล วิธีการตอบแบบสอบถาม พร้อมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามในห้องที่ผู้วิจัยจัดเตรียมไว้จำนวน 5 แบบสอบถาม

5. ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยรับแบบสอบถามคืนภายหลังจากกลุ่มตัวอย่างทำเสร็จ ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ก่อนนำไปประมวลผลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณ การรับรู้ความสามารถในการดูแลด้านจิตวิญญาณ ความเชื่อเรื่องศาสนาของพยาบาลวิชาชีพ และการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ นำมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) โดยตัวแปรทุกตัวอยู่ในมาตราอัตราส่วน มีความเป็นอิสระต่อกัน และทดสอบด้วย สถิติ Kolmogorov sminov test พบว่ามีการแจกแจงของข้อมูลเป็นแบบปกติ

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โดยปัจจัยประกอบด้วย ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณ การรับรู้ความสามารถการดูแลด้านจิตวิญญาณและความเชื่อเรื่องศาสนากับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ ผลการศึกษานำเสนอเป็นตารางประกอบ คำบรรยาย แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณ การรับรู้ความสามารถการดูแลด้านจิตวิญญาณ ความเชื่อเรื่องศาสนาของพยาบาลวิชาชีพ และการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณ การรับรู้ความสามารถการดูแลด้านจิตวิญญาณและความเชื่อเรื่องศาสนาของพยาบาลวิชาชีพ กับ การดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) โดย สถิติ Kolmogorov sminov test พบว่ามีการกระจายของข้อมูลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ α เท่ากับ 0.05 ($p > .05$) (แสดงผลในภาคผนวก)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดชลบุรี จำนวน 112 คน จำแนกตามหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การเป็นคณะกรรมการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาล การทำกิจกรรมที่ส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับกิจกรรมทางศาสนา แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=112)

ข้อมูลส่วนบุคคล	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	จำนวน	ร้อยละ
หอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน						
ชาย					31	27.70
หญิง					32	28.60
รวมชาย-หญิง					49	43.80
เพศ						
ชาย					19	17.00
หญิง					93	83.00
อายุ (ปี)	23	54	33.38	7.81		
20-30 ปี					56	50.00
31-40 ปี					31	27.70
41-50 ปี					22	19.60
51-60 ปี					3	2.70
ศาสนา						
พุทธ					110	98.20
คริสต์					2	1.80
การศึกษา						
ปริญญาตรี					107	95.50
ปริญญาโท					5	4.50
ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในตำแหน่ง	1	29	10.60	7.37		
พยาบาลวิชาชีพ (ปี)						
1-5 ปี					42	37.50
6-10 ปี					21	18.80
11-15 ปี					22	19.60
16-20 ปี					14	12.50
21-25 ปี					8	7.10
26-30 ปี					5	4.50

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	จำนวน	ร้อยละ
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	1	27	6.61	5.11		
1-5 ปี					66	58.90
6-10 ปี					22	19.60
11-15 ปี					18	16.10
16-20 ปี					5	4.50
26-30 ปี					1	.90
การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (วัน)	1	6	.67	1.23		
ไม่เคย					74	66.10
เคย					38	33.90
1 วัน					18	47.37
2 วัน					13	34.21
3 วัน					3	7.90
5 วัน					2	5.26
6 วัน					2	5.26
การเป็นคณะกรรมการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาล						
ไม่เป็น					91	81.30
เป็น					21	18.80

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	Min	Max	M	SD	จำนวน	ร้อยละ
การทำกิจกรรมที่ส่งเสริมการดูแลผู้ป่วย						
ระยะสุดท้าย						
ไม่ทำ					15	13.40
ทำ					97	86.60
ใส่บาตร					65	67.01
สวดมนต์					50	51.55
ถวายสังฆทาน					29	29.90
เชิญพระหรือผู้นำทางศาสนา					28	28.87
มาประกอบพิธีทางศาสนา						
บริจาค					24	24.74
การเปิดเทพธรรมะให้ผู้ป่วย					16	16.49
การฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับกิจกรรมทางศาสนา						
ศาสนา						
ไม่เคย					16	14.30
เคย					96	85.70
นั่งสมาธิ					84	87.50
เข้าอบรมการปฏิบัติธรรม					42	43.75
เจริญภาวนา					40	41.67
เดินจงกรม					40	41.67
เข้าโบสถ์					20	20.83
ฟังธรรมะ					5	5.21

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยรวมชาย-หญิง (ร้อยละ 43.80) เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 83) มีอายุเฉลี่ย 33.38 ปี ($SD = 7.81$) โดยพบช่วงอายุระหว่าง 20-30 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 50) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ และจบการศึกษาปริญญาตรี (ร้อยละ 95.50)

กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพเฉลี่ย 10.60 ปี ($SD = 7.37$) โดยพบในช่วง 1-5 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 37.50) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่ำสุด 1 ปี

และสูงสุด 27 ปี เฉลี่ย 6.61ปี ($SD = 5.11$) ระยะเวลาที่มากที่สุดอยู่ในช่วง 1-5 ปี (ร้อยละ 58.90) รองลงมา 6 - 10 ปี (ร้อยละ 19.60) และไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ร้อยละ 66.10) ได้รับการอบรมสูงสุด 6 วันจำนวนเพียง 2 คน (ร้อยละ 5.26) และได้รับการอบรม 1 วันมากที่สุด (ร้อยละ 47.37)

กลุ่มตัวอย่างเป็นคณะกรรมการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาล ร้อยละ 18.80 ส่วนใหญ่มีการทำกิจกรรมที่ส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายร้อยละ 86.60 โดยกิจกรรมที่ทำมากที่สุด คือ ใ้บ่าตร (ร้อยละ 67.01) รองลงมาสวดมนต์ (ร้อยละ 51.55) น้อยที่สุดคือการเปิดเทพธรรมะให้ผู้ป่วยฟัง (ร้อยละ 16.49) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับกิจกรรมทางศาสนา (ร้อยละ 85.70) โดยนั่งสมาธิมากที่สุด (ร้อยละ 87.50) รองลงมาเข้าอบรมการปฏิบัติธรรม (ร้อยละ 43.75) น้อยที่สุดคือฟังธรรมะ (ร้อยละ 5.21)

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณ การรับรู้ความสามารถการดูแลด้านจิตวิญญาณ ความเชื่อเรื่องศาสนาของพยาบาลวิชาชีพ และดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ

การวิจัยนี้ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณ การรับรู้ความสามารถในการดูแลด้านจิตวิญญาณ ความเชื่อเรื่องศาสนา และการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพและนำเสนอผลในรูปแบบตาราง ดังตารางที่ 2, 3 และ 4

ตารางที่ 2 คะแนนที่เป็นไปได้ คะแนนที่เป็นจริง คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณ ความเชื่อเรื่องศาสนา ของกลุ่มตัวอย่าง ($n= 112$)

ตัวแปร	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่เป็นจริง	M	SD	การแปรผล
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณ	0-31	4-27	21.10	4.12	ปานกลาง
ความเชื่อเรื่องศาสนา	0-40	19 -40	27.37	4.31	ปานกลาง

ตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 21.10 ($SD = 4.12$) จากคะแนนเต็ม 31 คะแนน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อเรื่องศาสนา โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 27.37 ($SD = 4.31$) จากคะแนนเต็ม 40 คะแนน เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีศาสนาเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจเป็นที่พึ่งทางใจสูงสุด โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.10 ($SD = .63$) ส่วนการฝึกเจริญสติอย่างต่อเนื่องและสามารถนำมาสอนญาติและผู้ป่วยระยะสุดท้ายกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนต่ำสุด โดยมีคะแนนเฉลี่ย 2.14 ($SD = .83$) (ดูภาคผนวกหน้า 100)

ตารางที่ 3 คะแนนที่เป็นไปได้ คะแนนที่เป็นจริง คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าเฉลี่ยร้อยละของการรับรู้ความสามารถในการดูแลด้านจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 112$)

ตัวแปร	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่เป็นจริง	<i>M</i>	<i>SD</i>	Mean %	การแปลผล
การรับรู้ความสามารถในการดูแลด้านจิตวิญญาณ	0-92	32-83	57.19	9.80	62.16	ปานกลาง
1. ด้านการสื่อสาร	0-40	16-36	26.94	4.12	67.35	
2. ด้านการกระตุ้นประสาทการรับรู้	0-12	1-12	7.40	1.86	61.67	
3. ด้านความคิดและความทรงจำ	0-24	6-23	13.89	3.08	57.87	
4. ด้านศาสนา	0-16	4-16	8.96	2.51	56.00	

จากตารางที่ 3 พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถการดูแลด้านจิตวิญญาณ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 57.19 ($SD = 9.80$) จากคะแนนเต็ม 92 คะแนน เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ด้านการสื่อสารมีคะแนนเฉลี่ยร้อยละสูงสุด (Mean% = 67.35) รองลงมาคือ ด้านการกระตุ้นประสาทการรับรู้ (Mean% = 61.67) ด้านความคิดและความทรงจำ (Mean% = 57.87) และด้านศาสนา (Mean% = 56.00) ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ด้านการสื่อสารข้อที่กลุ่มตัวอย่างประเมินว่ามีความสามารถต่ำสุดคือมีความมั่นใจใน

การสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ ($M = 2.49$, $SD = .68$) และสามารถสะท้อนความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วยและญาติได้ตรงประเด็น ($M = 2.53$, $SD = .54$) ด้านการกระตุ้นประสาทการรับรู้ ข้อที่กลุ่มตัวอย่างประเมินว่ามีความสามารถต่ำสุดคือ จัดสิ่งแวดล้อมโดยคำนึงถึงความชอบ ความต้องการและความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย ($M = 2.41$, $SD = .64$) และมีทักษะในการค้นหาสิ่งที่คุณป่วยต้องการเพื่อสนองตอบการดูแลจิตวิญญาณ ($M = 2.4$, $SD = .75$) ด้านความคิดและความทรงจำ ข้อที่กลุ่มตัวอย่างประเมินว่ามีความสามารถต่ำสุดคือ สามารถสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับความเชื่อเรื่องชีวิตหลังการตาย ($M = 2.11$, $SD = .68$) และสามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยเล่าถึงความทรงจำเกี่ยวกับความสำเร็จ ความภาคภูมิใจ ความดีที่ได้กระทำมาในอดีต ($M = 2.30$, $SD = .67$) ด้านศาสนาข้อที่กลุ่มตัวอย่างประเมินว่ามีความสามารถต่ำสุดคือ จัดเตรียมสถานที่และจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยและญาติได้ประกอบพิธีตามความเชื่อทางศาสนา ($M = 2.13$, $SD = .80$) และจัดหาอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ส่งเสริมด้านจิตวิญญาณและเหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย ($M = 2.32$, $SD = .76$) (ดูภาคผนวกหน้า 103)

ตารางที่ 4 คะแนนที่เป็นไปได้ คะแนนที่เป็นจริง คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าเฉลี่ยร้อยละของการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 112$)

ตัวแปร	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่เป็นจริง	M	SD	Mean %	การแปรผล
การดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย	0-104	45-104	73.83	12.49	70.99	ปานกลาง
1. ด้านการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามความเชื่อ ความศรัทธาของผู้ป่วยนับถือ	0-24	8 - 24	16.50	3.33	68.75	
2. ด้านการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความหวังกำลังใจ	0-32	14-32	23.78	4.28	67.35	

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ตัวแปร	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่เป็นจริง	<i>M</i>	<i>SD</i>	Mean %	การแปรผล
3. ด้านการค้นหาเป้าหมายและสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจ	0-24	8-24	16.15	3.09	67.29	
4. ด้านการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้อยู่กับบุคคลหรือสิ่งของที่ผู้ป่วยผูกพันในระยะสุดท้าย ของชีวิต	0-24	8-24	17.37	3.51	64.33	

ตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 70.99 ($SD = 12.49$) จากคะแนนเต็ม 104 คะแนน เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างให้การดูแลด้านการส่งเสริมให้ปฏิบัติตามความเชื่อ ความศรัทธาที่ผู้ป่วยนับถือมีคะแนนเฉลี่ยร้อยละสูงสุด (Mean% = 68.75) รองลงมาคือ ด้านการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความหวัง กำลังใจ (Mean% = 67.35) ด้านการค้นหาเป้าหมายและสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจ (Mean% = 67.29) และด้านการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้อยู่กับบุคคลหรือสิ่งของที่ผู้ป่วยผูกพันในระยะสุดท้ายของชีวิต (Mean% = 64.33) ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ด้านการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามความเชื่อ ความศรัทธาที่ผู้ป่วยนับถือ ข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีการดูแลต่ำสุดคือ เข้ามาเยี่ยมเยียน หรือ ถามอาการของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ($M = 2.75, SD = .73$) และไม่ทอดทิ้งในยามที่ผู้ป่วยมีความวุ่นวายใจหรือมีความทุกข์ทรมานทางกาย โดยอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย ($M = 2.82, SD = .63$) ด้านการค้นหาเป้าหมายและสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจ ข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีการดูแลต่ำสุดคือ ได้พูดคุยกับผู้ป่วยเกี่ยวกับเรื่องชีวิตหลังความตาย ($M = 2.49, SD = .81$) และช่วยให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายในชีวิต และวางแผนในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับสภาพการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ($M = 2.54, SD = .67$) ด้านการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้อยู่กับบุคคลหรือสิ่งของที่ผู้ป่วยผูกพันในระยะสุดท้ายของชีวิต ข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีการดูแลต่ำสุดคือ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้มีการสั่งลาหรืออโหสิกรรมต่อกันในระยะสุดท้ายของชีวิต ($M = 2.72, SD = .66$) และดูแลสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยให้เงียบสงบอยู่เสมอโดยลดเสียงรบกวนผู้ป่วย เช่น ปิดไฟ ปิดหรือลดเสียงทีวี ไม่พูดคุยเสียงดัง เป็นต้น ($M = 2.77, SD = .75$) ด้านการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามความเชื่อ ความศรัทธา

ที่ผู้ป่วยนับถือ ข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีการดูแลต่ำสุดคือ ให้ความเคารพในความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย โดยไม่เปิดเผยร่างกายของผู้ป่วยเกินความจำเป็นขณะที่ให้การพยาบาล ($M = 2.19, SD = .93$) และอยู่กับผู้ป่วยและญาติตลอดเวลาในช่วงที่ผู้ป่วยกำลังจะสิ้นใจ พร้อมทั้งได้สัมผัสและบอกกล่าวให้ผู้ป่วยระลึกถึงสิ่งที่ผู้ป่วยที่นับถือตามความเชื่อทางศาสนา ($M = 2.47, SD = .81$) (ดูภาคผนวก หน้า 107)

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณ การรับรู้ความสามารถการดูแลด้านจิตวิญญาณและความเชื่อเรื่องศาสนา กับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ

วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลด้านจิตวิญญาณ ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ และนำเสนอในรูปแบบตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณ การรับรู้ความสามารถการดูแลด้านจิตวิญญาณและความเชื่อเรื่องศาสนา กับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เลือกสรรกับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ ($n = 112$)

ตัวแปร	การดูแลด้านจิตวิญญาณ ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ	
	<i>r</i>	<i>p</i> - value
1. ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	.10	.28
2. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณ	.23*	.01
3. การรับรู้ความสามารถการดูแลด้านจิตวิญญาณ	.54**	.00
4. ความเชื่อเรื่องศาสนา	.55**	.00

* $p < .05$, ** $p < .01$

จากตารางที่ 5 พบว่า ความเชื่อเรื่องศาสนาของพยาบาลวิชาชีพ การรับรู้ความสามารถการดูแลด้านจิตวิญญาณ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$ ($r = .55, .54$

ตามลำดับ) และความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ ($r = .23$) ส่วนประสพการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายพบว่าไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างน้อย 1 ราย โดยปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดชลบุรี ได้แก่ โรงพยาบาลพานทอง โรงพยาบาลแหลมฉบัง โรงพยาบาลบ้านบึง โรงพยาบาลบ่อทอง โรงพยาบาลสัตหีบ กม. 10 โรงพยาบาลเกาะจันทร์ โรงพยาบาลเกาะสีชัง โรงพยาบาลหนองใหญ่ และโรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม จำนวน 112 ราย ได้มาด้วยการสุ่มอย่างง่าย ระยะเวลาการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2558 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2558 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณ การรับรู้ความสามารถการดูแลด้านจิตวิญญาณ ความเชื่อเรื่องศาสนา ของพยาบาลวิชาชีพ และการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ

ผู้วิจัยนำผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณ การรับรู้ความสามารถในการดูแลด้านจิตวิญญาณ ความเชื่อเรื่องศาสนาของพยาบาลวิชาชีพ และการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะสุดท้าย จำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงด้านเนื้อหา (Content validity index) ได้เท่ากับ 0.98, 1, 1, 1 ตามลำดับ และนำไปหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ด้วยการใช้สูตรคูเคอร์ริชาร์ดสัน 20 (KR 20) สำหรับแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณ ได้เท่ากับ .79 และใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ในแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลวิชาชีพ ได้เท่ากับ .96 ความเชื่อเรื่องศาสนาของพยาบาลวิชาชีพ ได้เท่ากับ .86 และการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ ได้เท่ากับ .97 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive statistics) และสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) โดยตัวแปรทุกตัวอยู่ในมาตราอัตราส่วน มีความเป็นอิสระต่อกัน และทดสอบด้วย สถิติ Kolmogorov sminov test พบว่า มีการแจกแจงของข้อมูลเป็นแบบปกติ (แสดงผลในภาคผนวก)

สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดชลบุรี จำนวน 112 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยรวมชาย-หญิง มีอายุเฉลี่ย 33.38 ปี ($SD = 7.81$) นับถือศาสนาพุทธ และจบการศึกษาปริญญาตรี ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพเฉลี่ย 10.60 ปี ($SD = 7.37$) โดยพบในช่วง 1-5 ปี มากที่สุด มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อยู่ระหว่าง 1-27 ปี เฉลี่ย 6.61ปี ($SD = 5.11$) ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ร้อยละ 66.10) ได้รับการอบรมสูงสุด 6 วันจำนวนเพียง 2 คน (ร้อยละ 5.26) และได้รับการอบรม 1 วันมากที่สุด (ร้อยละ 47.37) กลุ่มตัวอย่างเป็นคณะกรรมการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลร้อยละ 18.80 ส่วนใหญ่มีการทำกิจกรรมที่ส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายร้อยละ 86.60 โดยกิจกรรมที่ทำมากที่สุดได้แก่ ใสบัตร รองลงมาสวดมนต์ น้อยที่สุดคือการเปิดเพลงธรรมะให้ผู้ป่วยฟัง และพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับกิจกรรมทางศาสนา โดยนั่งสมาธิมากที่สุด รองลงมาเข้าอบรมการปฏิบัติธรรม น้อยที่สุดคือฟังธรรมะ

คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณ การรับรู้ความสามารถการดูแลด้านจิตวิญญาณ ความเชื่อเรื่องศาสนาของพยาบาลวิชาชีพ และการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

ความเชื่อเรื่องศาสนาของพยาบาลวิชาชีพ การรับรู้ความสามารถการดูแลด้านจิตวิญญาณ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$ ($r = .55, .54$ ตามลำดับ) และความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ ($r = .23$) ส่วนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายพบว่าไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยสามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ได้ดังนี้

ข้อมูลส่วนบุคคล

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 66.10 ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ร้อยละ 47.37 ได้รับการอบรม 1 วันมากที่สุด ซึ่งไม่สอดคล้องกับคุณสมบัติของพยาบาลวิชาชีพ ที่กำหนดให้พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ต้องผ่านการอบรมหลักสูตรระยะสั้นการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ระยะเวลาการอบรมไม่น้อยกว่า 3 วัน ส่วนพยาบาลวิชาชีพที่ต้องรับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยประคับประคองโดยตรง จะต้องผ่านการอบรมหลักสูตรการ

พยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ระยะเวลา 4 เดือน (กรมการแพทย์, 2557) ทั้งนี้อาจเนื่องจากนโยบายของผู้บริหารที่จะส่งเฉพาะผู้ที่รับผิชอบหลักเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเข้ารับการอบรมเป็นลำดับแรกก่อน และด้วยภาระงานรวมทั้งข้อจำกัดด้านอัตรากำลังของพยาบาลวิชาชีพ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่ได้ผ่านการอบรมทุกคน รวมทั้งการจัดการอบรมเกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณมีน้อย โดยการจัดการอบรมระยะเวลาส่วนใหญ่มีการจัดระยะเวลาหลักสูตร 1-3 วัน ส่วนการจัดหลักสูตรมากกว่า 5 วันหรือระยะสั้น 4 เดือนมีน้อย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จึงได้รับการอบรม 1 วันมากที่สุด และจากประสบการณ์การอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ผ่านมา พบว่า สัดส่วนเนื้อหาการอบรมส่วนใหญ่จะเกี่ยวกับการดูแลด้านกาย ด้านการจัดการความปวดมากกว่าการดูแลด้านจิตวิญญาณ เช่นการอบรม 3 วัน จะมีเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณและการฝึกปฏิบัติประมาณ 3 ชั่วโมง จึงส่งผลทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจด้านจิตวิญญาณไม่ลึกซึ้ง และมีระยะการฝึกทักษะน้อย

จะเห็นได้ว่าจากผลการวิจัยไม่สอดคล้องกับคุณสมบัติของพยาบาล ที่กำหนดให้พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ต้องผ่านการอบรมหลักสูตรระยะสั้นการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ระยะเวลาการอบรมไม่น้อยกว่า 3 วัน สำหรับผู้ที่ต้องรับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยประคับประคองโดยตรง จะต้องผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ระยะเวลา 4 เดือน (กรมการแพทย์, 2557) ซึ่ง Ferrell et al. (2000) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล พบว่า พยาบาลร้อยละ 72 ที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้มีประสิทธิภาพมากกว่า พยาบาลร้อยละ 28 ที่ไม่ผ่านการอบรม เช่นเดียวกับการศึกษาของ Kuuppelomäki (2001) ศึกษาการสนับสนุนด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลพบว่า พยาบาลที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเต็มหลักสูตร จะให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าพยาบาลที่ได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพียง 1-2 ชั่วโมง

กลุ่มตัวอย่างมีการทำกิจกรรมที่ส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 97 ราย (ร้อยละ 86.60) โดยกิจกรรมที่พยาบาลวิชาชีพส่งเสริมให้ทำมากที่สุดคือการใส่บาตร ร้อยละ 67.1 อาจเนื่องจากนโยบายของโรงพยาบาลที่จัดให้มีการใส่บาตรทุกสัปดาห์ ส่วนการบริหารและการเปิดอบรมธรรมะให้ผู้ป่วยฟังมีการส่งเสริมเพียงร้อยละ 24.74, 16.49 ตามลำดับ อาจเนื่องจากภายในหอผู้ป่วยไม่มีการสนับสนุนให้มีการรับบริจาค และอุปสรรคในการบริการเกี่ยวกับการเปิดอบรมไม่เพียงพอ ดังนั้นพยาบาลควรส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยการจัดหาอุปกรณ์มาเองในรายที่สามารถจัดหาได้ เช่น ไข่เครื่องบันทึกเสียง โทรศัพท์ หรือเครื่องเล่น

ต่าง ๆ โดยใช้หูฟังเพื่อป้องกันการรบกวนผู้อื่น หรือมีการทากระปุกออมสิน หาบাত্রเล็ก ๆ ให้ผู้ป่วยสะสมทุกวัน แล้วญาตินำไปทำบุญให้

กลุ่มตัวอย่างมีการฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับกิจกรรมทางศาสนาร้อยละ 85.70 โดยการนั่งสมาธิมากที่สุดร้อยละ 87.50 อาจเนื่องจากการกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธจึงมีการปฏิบัติได้ดี และการทำสมาธิสามารถทำได้ง่าย สะดวก ส่วนการฟังธรรมะทำได้น้อยที่สุดเพียง ร้อยละ 5.21 อาจเนื่องจากภาระงานของพยาบาลวิชาชีพที่ต้องทำงานเป็นกะ และโอกาสที่จะเข้าร่วมฟังธรรมะมีน้อย เนื่องจากส่วนใหญ่จะมีการจัดเทศนาธรรมในวันสำคัญทางศาสนา

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณ

คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 21.10 ($SD=4.12$) จากคะแนนเต็ม 31 คะแนน อาจเนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 66.10 ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ร้อยละ 47.37 ได้รับการอบรม 1 วันมากที่สุด ซึ่งการอบรมเพิ่มเติม จะเป็นการเพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณ ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ สอดคล้องกับที่ Orem (2001) กล่าวว่า การพัฒนาที่ตัวพยาบาลเองมีความจำเป็นและสำคัญ เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพจะสามารถช่วยเหลือ ดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลวิชาชีพจึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจที่จำเป็น ในเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณ เพื่อให้เกิดคุณภาพในการดูแล กิตติกร นิลมานัต (2555) ได้กล่าวว่า ความรู้เป็นสมรรถนะพื้นฐานทางคลินิกที่สำคัญสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่ง Ferrell et al. (2000) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล พบว่าพยาบาลร้อยละ 72 ที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้มีประสิทธิภาพมากกว่าพยาบาลที่ไม่ผ่านการอบรม เช่นเดียวกับการศึกษาของ Kuuppelomaki (2001) ศึกษาการสนับสนุนด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลพบว่า พยาบาลที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเต็มหลักสูตร จะให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าพยาบาลที่ได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพียง 1-2 ชั่วโมง

การรับรู้ความสามารถในการดูแลด้านจิตวิญญาณ

คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถการดูแลด้านจิตวิญญาณ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 57.19 ($SD=9.80$) จากคะแนนเต็ม 92 คะแนน เมื่อพิจารณารายด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ด้านการสื่อสารมากที่สุด (Mean% = 67.35) รองลงมาคือด้านการกระตุ้นประสาทการรับรู้ (Mean% = 61.67) ด้านความคิดและความทรงจำ (Mean% = 57.87) และด้านศาสนา (Mean% = 56.00) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการเรียนรู้และฝึกฝน

ทักษะการสื่อสารจากการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ ด้วยเหตุนี้กลุ่มตัวอย่างจึงรับรู้ว่าคุณเองมีความสามารถ มีทักษะก็จะสามารถให้การดูแลทางด้านจิตวิญญาณด้านการสื่อสารได้ดี เพราะการสื่อสารเป็นสิ่งที่จำเป็นในการที่จะสามารถให้ผู้ป่วยและญาติมีการรับทราบข้อมูลและมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและอาการที่เป็นอยู่ สามารถทำให้ผู้ป่วยและญาติบรรเทาความทุกข์ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ชิตินา วทานิยเวช (2540) พบว่า ครอบครัวมีความต้องการรับรู้ข้อมูลมากที่สุด ซึ่งการสื่อสารให้ครอบครัวได้ทราบข้อมูล เป็นบทบาทสำคัญยิ่งของพยาบาล สอดคล้องกับ Rawlison (1993) กล่าวว่า พยาบาลจะต้องตื่นตัวกับการฝึกทักษะการสื่อสาร การมีสัมพันธภาพกับผู้ป่วย เนื่องจากการฝึกทักษะเป็นการเพิ่มโอกาสให้พยาบาลได้พัฒนาตนเอง สามารถมาปรับใช้กับการดูแลผู้ป่วยและญาติได้

เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ด้านการสื่อสารข้อที่กลุ่มตัวอย่างประเมินว่ามีความสามารถต่ำสุดคือ การรับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยและญาติบอกเล่า และสามารถสะท้อนความคิดความรู้สึกของผู้ป่วยและญาติได้ตรงประเด็น ($M=2.53, SD=.54$) มีความมั่นใจในการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ ($M=2.49, SD=.68$) อาจเนื่องจากการสื่อสารด้านจิตวิญญาณเกี่ยวกับการสะท้อนคิด มีความยากและต้องอาศัยการฝึกฝนบ่อย ๆ จึงจะสามารถเกิดความมั่นใจและปฏิบัติได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Schulman, Maccorkle, Cherlin, Hurzeler, and Bradley (2005) พบว่าพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 174 ราย ขาดความรู้และทักษะด้านการสื่อสาร มีความรู้สึกไม่สบายใจในการพูดคุยประเด็นการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ด้านการกระตุ้นประสาทการรับรู้ ข้อที่กลุ่มตัวอย่างประเมินว่ามีความสามารถต่ำสุดคือ จัดสิ่งแวดล้อม โดยคำนึงถึงความชอบ ความต้องการและความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย ($M=2.41, SD=.64$) และมีทักษะในการค้นหาสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการเพื่อสนองตอบการดูแลด้านจิตวิญญาณ ($M=2.4, SD=.75$) อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จึงพร่องความรู้ ขาดทักษะ และความเข้าใจการดูแลที่ลึกซึ้ง จึงเกิดความไม่มั่นใจว่าจะสามารถค้นหา รับฟังปัญหาของผู้ป่วยและญาติได้ และการดูแลด้านจิตวิญญาณต้องใช้เวลามากกว่าการดูแลทางกาย กลุ่มตัวอย่างจึงดูแลเฉพาะด้านร่างกายให้ดี ดังนั้นจึงไม่สามารถที่จะตอบสนองตามความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Beckstrand and Kirchhoff (2005) ที่พบว่า ปัญหาของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ พยาบาลใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยที่มีโอกาสรอดชีวิตมากกว่าการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทำให้ไม่มีเวลาพอที่จะเข้าไปดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ด้านความคิดและความทรงจำ ข้อที่กลุ่มตัวอย่างประเมินว่ามีความสามารถต่ำสุดคือ สามารถสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับความเชื่อเรื่องชีวิตหลังการตาย ($M=2.11, SD=.68$) และ

สามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยเล่าถึงความทรงจำเกี่ยวกับความสำเร็จ ความภาคภูมิใจ ความดีที่ได้กระทำมาในอดีต ($M=2.30, SD=.67$) ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจาก พยาบาลมีการพัฒนาด้านจิตวิญญาณของตนเองน้อย ไม่เข้าใจเกี่ยวกับปรัชญาชีวิต เป้าหมายและคุณค่าชีวิต ความหมายของความทุกข์และความตาย (Peterson, 1985) กลุ่มตัวอย่างจึงไม่พร้อมที่จะพูดคุยเกี่ยวกับประเด็นเรื่องชีวิตกับผู้ป่วย และพยายามเลี่ยงที่จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติเล่าถึงความสำเร็จ สิ่งที่ภาคภูมิใจ ความดีในอดีต สอดคล้องกับ ทัทสนีย์ ทองประทีป (2548) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ค้นหาหรือระลึกถึงสิ่งยึดเหนี่ยวในชีวิต เพื่อก่อให้เกิดความหวังและเกิดกำลังใจ ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวเป็นกิจกรรมที่พยาบาลต้องอาศัยความรู้ ทักษะ ประสบการณ์และระยะเวลาในการปฏิบัติเป็นอย่างมาก จึงจะสามารถกระตุ้นความคิดและความทรงจำของผู้ป่วยได้

ด้านศาสนาข้อที่กลุ่มตัวอย่างประเมินว่ามีความสามารถต่ำสุดคือ จัดเตรียมสถานที่และจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยและญาติได้ประกอบพิธีตามความเชื่อทางศาสนา ($M=2.13, SD=.80$) และท่านจัดหาอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ส่งเสริมด้านจิตวิญญาณและเหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย ($M=2.32, SD=.76$) อาจเนื่องจากในหอผู้ป่วยมีพื้นที่จำกัด ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องพักรวมกับผู้ป่วยทั่วไป ไม่สามารถจัดผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้พักเป็นส่วนตัวได้ และพยาบาลมักเข้าใจว่าเป็นบทบาทของญาติที่จะเชิญผู้นำทางศาสนาทำพิธีเอง คิดว่าโรงพยาบาลมีการนิมนต์พระมารับบาตรทุกวัน พุทธก็เพียงพอแล้ว และเกรงว่าการจัดกิจกรรมหรือสิ่งแวดล้อมที่เอื้อกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย บางครั้งอาจไม่สะดวกในการให้บริการและรบกวนผู้ป่วยที่อยู่ข้างเคียง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างละเอียดที่จะปฏิบัติสิ่งเหล่านี้

ความเชื่อเรื่องศาสนา

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความเชื่อเรื่องศาสนาของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 27.37 ($SD=.31$) จากคะแนนเต็ม 40 คะแนน เมื่อพิจารณารายชื่อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีศาสนาเป็นสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจเป็นที่พึงทางใจสูงสุด โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.10 ($SD=.63$) อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ส่วนการฝึกเจริญสติอย่างต่อเนื่องและสามารถนำมาสอนญาติและผู้ป่วยระยะสุดท้าย กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนต่ำสุด โดยมีคะแนนเฉลี่ย 2.14 ($SD=.83$) อาจเนื่องจากพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการเจริญสติ ซึ่งการฝึกเจริญสติเป็นสิ่งที่ต้องอาศัยการฝึกปฏิบัติ ต้องฝึกฝนจึงจะสามารถปฏิบัติได้ดีและนำมาสอนผู้อื่นได้ และการเจริญสติต้องใช้ระยะเวลาในการปฏิบัติ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการสอนการฝึกเจริญสติแก่ญาติและผู้ป่วยระยะสุดท้ายน้อย

การดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 70.99 ($SD=12.49$) จากคะแนนเต็ม

104 คะแนน เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างให้การดูแลด้านการส่งเสริมให้ปฏิบัติตามความเชื่อ ความศรัทธาที่ผู้ป่วยนับถือมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($Mean\%=68.75$) รองลงมาคือ ด้านการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความหวัง กำลังใจ ($Mean\%=67.35$) ด้านการค้นหาเป้าหมายและสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจ ($Mean\%=67.29$) และด้านการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้อยู่กับบุคคลหรือสิ่งของที่ผู้ป่วยผูกพันในระยะสุดท้ายของชีวิต ($Mean\%=64.33$) ตามลำดับ สามารถอภิปรายได้ว่า การดูแลด้านการส่งเสริมให้ปฏิบัติตามความเชื่อ ความศรัทธาที่ผู้ป่วยนับถือเป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้ง่าย ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการให้คำแนะนำให้ญาติมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ

เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ด้านการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามความเชื่อ ความศรัทธาที่ผู้ป่วยนับถือ ข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีการดูแลต่ำสุดคือ เข้ามาเยี่ยมเยียนหรือถามอาการของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ($M=2.75$, $SD=.73$) และไม่ทอดทิ้งในยามที่ผู้ป่วยมีความวุ่นวายใจหรือมีความทุกข์ทรมานทางกายโดยอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย ($M=2.82$, $SD=.63$) อาจเนื่องจากลักษณะการปฏิบัติงานไม่ได้เน้นการดูแลแบบรายบุคคลแบบสมบูรณ์ (Total care) แต่เน้นมอบหมายงานตามหน้าที่ (Functionnal) นอกจากนี้ที่ดูแลผู้ป่วยแล้วพยาบาลยังต้องมีหน้าที่ดูแลเกี่ยวกับ การจัดยา การรับใหม่ จำหน่ายและทำหัตถการต่าง ๆ จึงมุ่งปฏิบัติงานให้ทันเวลาเท่านั้น พยาบาลจึงไม่มีเวลาพอที่จะเข้าเยี่ยมเยียน สอบถามอาการอย่างสม่ำเสมอ หรืออยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย และคิดว่าผู้ป่วยต้องการใช้เวลาอยู่กับคนที่รักและผูกพันมากที่สุด มีญาติคอยดูแลอย่างใกล้ชิดอยู่แล้ว

ด้านการค้นหาเป้าหมายและสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจ ข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีการดูแลต่ำสุดคือ ได้พูดคุยกับผู้ป่วยเกี่ยวกับเรื่องชีวิตหลังความตาย ($M=2.49$, $SD=.81$) และช่วยให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายในชีวิต และวางแผนในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับสภาพการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ($M=2.54$, $SD=.67$) อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ผ่านการอบรมจึงทำให้ยังไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายของชีวิตและความตายอย่างถ่องแท้ สอดคล้องกับผลการวิจัยเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถที่กลุ่มตัวอย่างขาดทักษะในการค้นหาสิ่งที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการเพื่อสนองตอบการดูแลด้านจิตวิญญาณ เมื่อกลุ่มตัวอย่างขาดทักษะในการค้นหาสิ่งที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการจึงทำให้ไม่สามารถที่จะช่วยให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายในชีวิต และพยาบาลยังสับสนในบทบาทของตนเอง ขาดความรู้ ข้อมูล และแนวทางการให้การพยาบาลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย (Narayanasamy & Owens, 2001) ประกอบกับภาระงานที่เร่งรีบของพยาบาลในการมุ่งช่วยเหลือ

ชีวิตภาวะถูกเงินทางร่างกาย จึงทำให้พยาบาลไม่มีเวลาเพียงพอสำหรับการพูดคุยกับผู้ป่วยในประเด็นที่เกี่ยวกับจิตวิญญาณ (Cavendish et al., 2006)

ด้านการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้อยู่กับบุคคลหรือสิ่งของที่ผู้ป่วยผูกพันในระยะสุดท้ายของชีวิต ข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีการดูแลต่ำสุดคือ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้มีการสั่งลาหรืออภิธรรมต่อกันในระยะสุดท้ายของชีวิต ($M = 2.72, SD = .66$) และดูแลสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยให้เงียบสงบอยู่เสมอโดยลดเสียงรบกวนผู้ป่วย เช่น ปิดไฟ ปิดหรือลดเสียงทีวี ไม่พูดคุยเสียงดัง เป็นต้น ($M = 2.77, SD = .75$) อาจเนื่องจากหอผู้ป่วยพื้นที่คับแคบไม่สามารถที่จะจัดแบ่งโซนให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยเฉพาะ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องพักรวมกับผู้ป่วยทั่วไป ดังนั้นจึงไม่สะดวกที่จะจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้มีการสั่งลาหรืออภิธรรมต่อกันในระยะสุดท้ายของชีวิต

ด้านการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามความเชื่อ ความศรัทธาที่ผู้ป่วยนับถือ ข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีการดูแลต่ำสุดคือ ให้ความเคารพในความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยโดยไม่เปิดเผยร่างกายของผู้ป่วยเกินความจำเป็นขณะที่ให้การพยาบาล ($M = 2.19, SD = .93$) และอยู่กับผู้ป่วยและญาติตลอดเวลาในช่วงที่ผู้ป่วยกำลังจะสิ้นใจ พร้อมทั้งได้สัมผัสและบอกกล่าวให้ผู้ป่วยระลึกถึงสิ่งที่คุณค่าตามความเชื่อทางศาสนา ($M = 2.47, SD = .81$) อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างไม่คุ้นเคยกับการปฏิบัติดูแลในระยะที่ผู้ป่วยกำลังจะสิ้นใจ พร้อมทั้งยังไม่มี ความเข้าใจเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย และมองว่าช่วงเวลาที่ผู้ป่วยกำลังจะสิ้นใจ ควรจะเป็นเวลาสำหรับญาติและครอบครัวที่จะได้กล่าวลาและอยู่กับใกล้ชิดผู้ป่วยมากกว่าจะต้องมีพยาบาลเข้าไปร่วมด้วย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ

ผลการวิจัยพบว่าความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .23$) ผลการวิจัยสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้สามารถอภิปรายได้ว่า นอกจากความเชื่อเรื่องศาสนา การรับรู้ความสามารถดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลวิชาชีพ จะมีความสำคัญแล้ว การมีความรู้เฉพาะทางด้านจิตวิญญาณเป็นสิ่งที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพราะการดูแลด้านจิตวิญญาณเป็นงานที่ละเอียดอ่อน ซับซ้อนมากกว่าการดูแลผู้ป่วยทั่วไป สอดคล้องกับการศึกษาของ Kuuppelomaki (2001) ศึกษาการสนับสนุนด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลพบว่า พยาบาลร้อยละ 54 มีความเห็นว่า ทักษะ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับประสิทธิภาพในการสนับสนุนด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

สอดคล้องกับแนวคิดของ Orem (2001) ที่กล่าวว่า บุคคลจะปฏิบัติการพยาบาลได้ดีนั้นต้องมีความรู้ (Knowledge) ที่จำเป็น ได้แก่ ศาสตร์ทางการพยาบาลซึ่งเป็นกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ มีศิลปะในการพยาบาล และมีความเข้าใจมนุษย์ และการศึกษาของ อรรถพร อมรพรหมภักดี (2547) พบว่าการปฏิบัติการพยาบาลจะมีคุณภาพได้ก็ต่อเมื่อ ผู้ปฏิบัติมีความรู้ในเรื่องที่ตนปฏิบัติ คือ ได้รับการศึกษามาอย่างดี การศึกษาสอนให้รู้จักการคิดวิเคราะห์ และแสวงหาความรู้อย่างต่อเนื่อง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Kuuppelomäki (2001) ศึกษาการสนับสนุนด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลพบว่า ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับประสิทธิภาพในการสนับสนุนด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การรับรู้ความสามารถการดูแลด้านจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .54$) สอดคล้องสมมติฐานที่ตั้งไว้ การรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถ มีทักษะการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายก็เป็นสิ่งสำคัญ ที่ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความมั่นใจ สามารถให้การดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ดี สอดคล้องกับแนวคิดของ Orem (2001) กล่าวว่า พยาบาลจะปฏิบัติการพยาบาลได้ดีนั้นต้องมีทักษะในด้านต่าง ๆ ที่จำเป็น ได้แก่ ทักษะด้านสังคม สัมพันธภาพทางด้านบุคคล และทักษะทางการพยาบาล และ กิตติกร นิลมานันต์ (2555) กล่าวว่า สมรรถนะพื้นฐานที่สำคัญสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายคือ สมรรถนะทางจิตวิญญาณ หมายถึง ทักษะและการปฏิบัติเพื่อให้เกิดความเข้าใจตัวตนที่แท้จริงที่อยู่ภายในของผู้ป่วยและสามารถตอบสนองความต้องการที่เป็นหนึ่งเดียวของผู้ป่วย และสมรรถนะทางการสื่อสาร หมายถึง ความรู้ทักษะในการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ อรรถพร อมรพรหมภักดี (2547) ที่พบว่าการปฏิบัติการพยาบาลจะมีคุณภาพได้ก็ต่อเมื่อ ผู้ปฏิบัติมีความสามารถและมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล ตลอดจนรู้จักใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ

ความเชื่อเรื่องศาสนาของกลุ่มตัวอย่าง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .55$) สอดคล้องสมมติฐานที่ตั้งไว้ ซึ่งจากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ มีความเชื่อว่าศาสนาเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ เป็นที่พึ่งทางใจ และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนายังช่วยให้อึดใจสงบและสามารถบรรเทาความทุกข์ได้ การที่พยาบาลวิชาชีพมีความเชื่อ ยอมรับ ศรัทธา และมีความรู้ความเข้าใจเรื่องศาสนา จะทำให้พยาบาลวิชาชีพทำความเข้าใจและยอมรับภูมิหลังของผู้ป่วยเรื่องความเชื่อเรื่องศาสนา ผู้ป่วยย่อมพึงพอใจ เกิดความมั่นใจ และไว้วางใจที่พยาบาลสามารถเข้าใจและปฏิบัติได้ตรงกับความต้องการ เนื่องจากความเชื่อเรื่องศาสนาเป็นแหล่งเกื้อหนุนที่สำคัญที่สุดในการเพิ่มความเข้มแข็งและสนับสนุนต่อผู้ป่วยเมื่อ

ต้องเผชิญกับความตาย ศาสนาที่ต่างกันจะมีมุมมองและอธิบายความตายที่ต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริวรรณ วรรณศิริ (2548) ที่พบว่า ความเชื่อเรื่องศาสนาของพยาบาลวิชาชีพ มีความสำคัญสำหรับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่าไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ สามารถอธิบายได้ว่าถึงแม้กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาก แต่ก็ไม่สัมพันธ์กับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย อาจเนื่องจากพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่นานกว่า เมื่อให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายบ่อย ๆ จนเคยชิน และพยาบาลวิชาชีพร้อยละ 66.10 ไม่ได้รับการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย จึงให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้านจิตวิญญาณเหมือนกับผู้ป่วยปกติทั่วไป แต่พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายน้อยเมื่อได้ดูแลผู้ป่วยด้วยความไม่เคยชิน ก็จะรู้สึกสงสัย สงสาร ให้ความสนใจ ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล หมั่นเอาใจใส่ คอยสอบถามอาการ มีการสัมผัสให้กำลังใจบ่อย ๆ ความเอื้ออาทรเหล่านี้เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติมีความต้องการ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์น้อยมีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายญาติได้ดีกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ ทศนา มหามานุกา และคณะ (2541) ได้ศึกษาทัศนคติต่อความตายของผู้ป่วยและผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยในการพยาบาลผู้ป่วยใกล้ตาย มีทัศนคติต่อความตายของผู้ป่วยและผู้ป่วยใกล้ตายดีกว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์การพยาบาลผู้ป่วยใกล้ตายมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยครั้งนี้จึงไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ซึ่งแตกต่างจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ประสบการณ์ของพยาบาลเป็นปัจจัยหนึ่งที่กำหนดความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงาน (Orem, 1991)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 พยาบาลวิชาชีพควรฝึกตนเองในการพัฒนาด้านจิตวิญญาณอย่างต่อเนื่อง เช่น การพัฒนาความเชื่อ ความศรัทธา การปฏิบัติตามหลักศาสนา เข้าร่วมปฏิบัติธรรม ทำสมาธิ ฟังธรรมะ เพื่อสร้างความมั่นใจและ นำประสบการณ์ดังกล่าวมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติ

1.2 พยาบาลวิชาชีพควรเพิ่มความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยการฝึกตนเองให้เกิดความชำนาญ ในทักษะด้านสังคม สัมพันธภาพทางด้านบุคคล ทักษะทางการพยาบาล ทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับการสะท้อนคิด การกระตุ้นและค้นหาสิ่งที่ยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจ ตลอดจนมีความสามารถในการรู้จักใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ มาประยุกต์ใช้ในการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

1.3 พยาบาลวิชาชีพควรสนับสนุนและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้มีการสั่งลา หรืออโหสิกรรมต่อกันในระยะสุดท้ายของชีวิต และดูแลสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยให้เงียบสงบอยู่เสมอโดยลดเสียงรบกวนผู้ป่วย

1.4 พยาบาลวิชาชีพควรให้ความสำคัญ ฝึกทักษะเฉพาะ และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เช่น ทักษะการฟัง การพูด การสัมผัส การใช้สื่อต่าง ๆ เพื่อสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย และญาติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.5 พยาบาลวิชาชีพควรพัฒนาตนเองด้านความรู้โดยการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองทางวารสารนิตยสารต่าง ๆ และควรรหาโอกาสเข้าร่วมอบรมเกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อเพิ่มพูนความรู้และนำมาพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

1.6 พยาบาลวิชาชีพควรพัฒนางานคุณภาพการดูแลด้านจิตวิญญาณ โดยการส่งเสริมสนับสนุน ช่วยเหลือ นำครอบครัว ศาสนา ความเชื่อ และความศรัทธามาช่วยดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

2. ด้านการบริหารการพยาบาล

2.1 ควรจัดให้พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการอบรมเฉพาะทางเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุกคน จัดให้มีกิจกรรมกลุ่มเรียนรู้ถึงหลักธรรมเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตและความตาย โดยการสนทนาระดมกับพระ/ ผู้แทนศาสนาในแต่ละศาสนา มีกิจกรรมปฏิบัติธรรม และฝึกการทำสมาธิ ฟังธรรมะ เพื่อสร้างความตระหนักและความเข้าใจในชีวิตอย่างลึกซึ้ง และนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

2.2 ควรสนับสนุนและอำนวยความสะดวกต่าง ๆ เช่น สถานที่ที่เหมาะสม สถานที่นั่งสมาธิ ใสบัตร ทำบุญ ผู้รับบริการบริจาค โดยให้พยาบาลวิชาชีพ ทีมสหสาขา ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม และสนับสนุนให้มีการประสานกับผู้นำทางศาสนาให้มีส่วนร่วมในการดูแลด้านจิตวิญญาณ และอำนวยความสะดวกในกรณีที่มีผู้ป่วยหรือญาติต้องการประกอบศาสนกิจ หรือพิธีกรรมต่าง ๆ ตามความเชื่อ ความศรัทธา

2.3 ควรส่งเสริมการจัดอัตรากำลังในหน่วยงานให้เหมาะสมกับภาระงาน และควรมอบหมายงานการดูแลผู้ป่วยแบบรายบุคคลแบบสมบูรณ์ (Total care) แทนการมอบหมายงานแบบการทำงานเป็นหน้าที่ (Functional) เพื่อเอื้อต่อการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย เนื่องจากการดูแลด้านจิตวิญญาณ ต้องใช้ระยะเวลาในการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความไว้วางใจ เชื่อใจ ยอมรับ ต้องดูแลผู้ป่วยและญาติอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

3. ด้านการศึกษาพยาบาล

3.1 ควรมีหลักสูตรการเรียนการสอนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลด้านจิตวิญญาณทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ สอนเกี่ยวกับทักษะการสะท้อนคิดและการประเมินความต้องการ การกระตุ้นและค้นหาสิ่งที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

3.2 ควรมีการจัดอบรมเฉพาะทางระยะสั้นเกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายบ่อยครั้งและต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการอบรมครบทุกคน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาความต้องการ ปัญหา อุปสรรคของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยงานวิจัยเชิงคุณภาพ
2. ศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ระหว่างการใช้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลวิชาชีพกับการได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้าย
3. พัฒนาแนวทางการปฏิบัติการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลพยาบาลวิชาชีพ โดยผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการดูแล

บรรณานุกรม

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2557*.

เข้าถึงได้จาก <http://www.dms.moph.go.th>.

กรรณจิริยา สุขรุ่ง. (2551). *สุขสุดท้ายที่ปลายทาง* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: สามลดา.

กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *สรุปรายงานการป่วย 2552 นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2552*. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.

กระทรวงสาธารณสุข. (2553). *สรุปรายงานการป่วย 2552 นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2552*. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.

กิตติกร นิลมานันต์. (2555). *การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต*. สงขลา: โรงพิมพ์ขานเมืองการพิมพ์.

กิตติพัทธ์ เอี่ยมรอด และพิมพ์เพ็ญ เจนอักษร. (2555). สมรรถนะของนักวิชาการสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. *วารสารพุทธชินราชเวชสาร*, 29(2), 168-179.

กัลยากร ฉัตรแก้ว. (2544). *เอกสารประกอบการประชุมวิชาการฟื้นฟูเทคนิคการพยาบาล ครั้งที่ 11. วันที่ 24-25 กรกฎาคม พ.ศ. 2544 ภาควิชาการพยาบาลพื้นฐาน วิทยาลัย สภากาชาดไทย เรื่อง Palliative Care : การดูแลเพื่อคุณภาพชีวิต*. กรุงเทพฯ: สภากาชาดไทย.

จำลอง ดิษยวณิช. (2547). Psychosocial support in palliative care ใน ถักษมิ ชาญเวชช์ (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. กรุงเทพฯ: ไอ เอส พรินติ้ง เฮ้าส์.

จิตติมา โพธิศรี. (2550). *การดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากโรงพยาบาล ผู้บ้าน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

จิตติพร จตุรพิพัฒน์ และกิตติพัทธ์ เอี่ยมรอด. (2551). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: กรณีศึกษาผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้าย เอกสารการประชุมวิชาการประจำปี 2551 ชมรมพยาบาลชุมชน แห่งประเทศไทย*. นครราชสีมา: โชคเจริญมาร์เกตติ้ง.

ทัศนา มหานุภาพ, นันทา เล็กสวัสดิ์, และกนกพร สุคำวัง. (2541). *ทัศนคติต่อความตายของผู้ป่วย และผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่*. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2543). กิจกรรมการพยาบาลมิติจิตวิญญาณ. *วารสารสภาการพยาบาล*, 15(3), 55-64.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2545). การพยาบาลด้านจิตวิญญาณกับกระบวนการพยาบาล. *วารสารสภาการพยาบาล*, 17(1), 1-12.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2547). เสียงสะท้อนจากพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. *วารสารการแพทย์*, 11(2), 36-46.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2548). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในมิติจิตวิญญาณ. *เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ ประจำปี 2548*, วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2549). *จิตวิญญาณ: มิติหนึ่งของการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2553). *พยาบาล: เพื่อนร่วมทุกข์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. กรุงเทพฯ: วีพรีน.
- ทัศนีย์ ทองประทีป และจงลักษณ์ ศุภกิจเจริญ. (2552). *จิตวิญญาณมิติหนึ่งของการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชนเดช สินธุเสก. (2547). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. กรุงเทพฯ: โอ เอส พรีนติ้งเฮาส์.
- ชมลวรรณ แก้วกระจก และวิภาวี คงอินทร์. (2550). การพยาบาลด้านจิตวิญญาณ. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 27(1), 36-48.
- ธารทิพย์ วิเศษธาร. (2541). *ความต้องการการพยาบาลและการพยาบาลที่ได้รับของผู้ป่วยระหว่างการได้รับเครื่องช่วยหายใจ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ธิดิมา วทานิยเวช. (2540). *ความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตตามการรับรู้ของตนเองและของพยาบาล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุบผา ชอบใจ. (2543). *ความสามารถทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยในมิติจิตวิญญาณ*. รายงานการวิจัย. ขอนแก่น: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลศรีนครินทร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ปราณี รัตนอุดม และวราภรณ์ กาวไสสง. (2554). พฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล. *วารสารสงขลานครินทร์เวชสาร คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์*, 29(6), 267-276.
- ปิยะวรรณ โภคพลากรณ์. (2548). *ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ประเวศ วสี. (2552). *ปรัชญาพิเศษ งานสานจิตเสวนา*. จาก www.prachatai.com/journal/2009/25779
- ผาณิต หลีเจริญ. (2557). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: สะท้อนคุณค่าของวิชาชีพ. *วารสาร มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ. วิชาการ, 17(34)*.
- พิกุล นันทชัยพันธ์. (2547). บทบาทของบุคลากรทีมสุขภาพในการจัดการ ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. *เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ ประจำปี 2547, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่*.
- พระไพศาล วิสาโล. (2547). การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายในมุมมองของพุทธศาสนา. *วารสาร เกื้อการุณย์, 11(2), 1-11*
- พระไพศาล วิสาโล. (2549). *การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธ*. กรุงเทพฯ: เครือข่าย พุทธิกา.
- พินิจ รัตนกุล. (2547). จิตวิญญาณ: มิติใหม่ของการดูแลสุขภาพ. *วารสารเกื้อการุณย์, 11(1), 3-9*.
- ภูษงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์. (2550). *Psychiatric assessment and management in palliative care*. ใน *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (End of life care improving care of the dying)* (พิมพ์ครั้งที่ 2) กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์.
- วรุณยุพา รอยกุลเจริญ. (2550). การปฏิบัติการพยาบาล: การดูแลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์. *วารสารสภาการพยาบาล, 22(3), 5-8*.
- วนิดา รัตนานนท์. (2550). วิเคราะห์ประเด็น Symptom management ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย. *เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 5-6 มิถุนายน 2550 ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กรุงเทพมหานคร*.
- วัลภา คุณทรงเกียรติ. (2551). จิตวิญญาณในมุมมองของตะวันออกและตะวันตก. *วารสาร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 16(1), 1-8*.
- วัลภา คุณทรงเกียรติ. (2553). ประสบการณ์ชีวิตการพยาบาลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลวิกฤต. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 18(3), 17-31*.
- ศิริวรรณ วรรณศิริ. (2548). *การศึกษาความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศรีเกียรติ อนันตยศสวัสดิ์. (2552). *การดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการสถาบันพระบรมราชชนก.
- สถาพร ลีลานันทกิจ. (2548). *ภาวะสุดท้ายของชีวิต-แนวคิด-ปรัชญา. คู่มือการดูแลรักษาสุขภาพผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

- สถาพร ลีลานั้นทกิจ. (2551). *คู่มือการดูแลรักษาสุขภาพผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต* (พิมพ์ครั้งที่ 2), กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สาธาณสุข, กระทรวง. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2555). *ข้อมูลสถิติ [ระบบออนไลน์]*. เข้าถึงได้จาก: <http://www.bps.ops.moph.go.th>.
- สายพิน หัตถิรัตน์. (2545). คู่มือหออกรอครบถ้วน 9: หลักการดูแลผู้ป่วยหมดหวังอย่างมีหวัง. *คลินิก*, 18(1), 33-37.
- สิวลี สิริโล. (2542). *จริยศาสตร์สำหรับพยาบาล*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สิวลี สิริโล. (2547). *การดูแลด้านจิตวิญญาณและประเด็นจริยธรรม*. ใน ลักษณ์มี ชาญเวช (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (หน้า 101-110). กรุงเทพฯ: โอ เอส พริ้นติ้งเฮาส์.
- สุภาพร ดาวดี. (2551). พฤติกรรมการดูแลเอื้ออาทรของพยาบาลไทย: การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร*, 2(2), 62-69.
- สุวคนธ์ กุรัตน, พัชรี ภาระโช และสุวิริยา สุวรรณโคตร. (2556). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: มิติใหม่ที่ท้าทายบทบาทของพยาบาล*. เข้าถึงได้จาก <http://www.smnc.ac.th/group/research/images/stories>.
- แสวง บุญเฉลิมวิภาส. (2547). การรักษาพยาบาลผู้ป่วยวาระสุดท้าย: ความจริงทางการแพทย์กับขอบเขตทางกฎหมาย. ใน ลักษณ์มี ชาญเวช (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (หน้า 47-51). กรุงเทพฯ: โอ เอส พริ้นติ้งเฮาส์.
- สิวลี สิริวิไล. (2547). *การดูแลด้านจิตวิญญาณและประเด็นจริยธรรม*. ใน ลักษณ์มี ชาญเวช (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (หน้า 101-110). กรุงเทพฯ: โอ เอส พริ้นติ้งเฮาส์.
- สันต์ หัตถิรัตน์. (2543). *สิทธิที่จะอยู่หรือตายและการดูแลผู้ป่วยที่หมดหวัง* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: อุษาการพิมพ์.
- สันต์ หัตถิรัตน์. (2544). *สิทธิที่จะอยู่หรือตายและการดูแลผู้ป่วยที่หมดหวัง* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: อุษาการพิมพ์.
- สันต์ หัตถิรัตน์. (2552). *การดูแลผู้ป่วยให้ตายดี*. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.
- สุทธิลักษณ์ สุนทร. (2548). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของงานสิทธิประโยชน์*. ใน ลักษณ์มี ชาญเวช (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (หน้า 47-51). กรุงเทพฯ: โอ เอส พริ้นติ้งเฮาส์.

- อนงค์ ภิบาล. (2552). *ความต้องการการดูแลทางด้านจิตวิญญาณและการได้รับการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยไทยมุสลิมระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. (2549). การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้าน (Palliative home care in cancer patients). ใน ภัคกร ช่วยคุณูปการ (บรรณาธิการ), *รวบรวมองค์ความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (หน้า 113-120). กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลคุ้มครองการสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- อรรถยา อมรพรหมภักดี. (2547). *พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลในสถาบันให้บริการสุขภาพ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อรวรรณ ดวงมังกร. (2545). *ทัศนคติด้านจิตวิญญาณในสังคมอิสาน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- Beckstrand, R. L., & Kirchhoff, K. T. (2005). Providing end of life care to patients: Critical care nurses' perceived obstacles and supportive behaviors. *American Journal of Critical Care, 14*(5), 395-403.
- Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in nursing practice*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley.
- Berry, P. H., Kuebler, K. K., & Heidrich, D. E. (2002). *End of life care clinical practice guidelines*. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Bloom, B. S. (1968). Mastery learning. *UCLA – CSEIP Evaluation Comment, 1*(2).
- Carson, V. B. (1989). *Spiritual dimension of nursing practice*. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Cavendish, R., Naradovy, L., Como, J., & Mitzeliotis, C. (2006). Patients' perceptions of spirituality and the nurse as a spiritual care provider. *Holistic Nursing Practice, 20*(1), 41-47.
- Cavendish, R., Edelman, A. M., Naradovy, L., McPartlan, A. M., Perosi, I., & Lanza, M. (2007). Do Pastoral Care Providers Recognize Nurses as Spiritual Care Provider?. *Holistic Nursing Practice, 21*(2), 89-98.

- Daodee, S., & Crabtree, K. (2005). *Development of an Instrument to measure Thai nurses' caring behaviors for dying patients*. Bangkok: Prachumthong Printing Group.
- Degner, L. F., & Gow, C. M. (1988). Preparing Nurse for Care of the Dying: Longitudinal Study. *Cancer Nursing, 11*(3), 160-169.
- Ferrell, B., Virani, R., Grant, M., Coyne, P., & Uman, G. (2000). Dignity in dying. *Nursing Management, 31*(9), 52-57.
- Hall, B. A. (1997). Spirituality in terminal illness: An alternative view of theory. *Journal of Holistic Nursing, 15*(1), 82-96.
- Hemming, L., & Maher, D. (2005). Cancer pain in palliative care: why is management so difficult?. *British Journal of Community Nursing, 10*(8), 362-367.
- Hermann, C. P. (2001). Spiritual need of dying patients: A Qualitative study. *Oncology Nursing Forum, 28*(9), 67-80.
- Hill, L., & Smith, N. (1985). *Self-care nursing: Promotion of health*. Norwalk: Appleton & Cang.
- Hospice and Palliative Nurses Association. (2004). *HPNA position paper: Value of the Professional nurse in end-of-life care*. J Hope Palliat Nurs.
- Hubbell, S., Woodard, K., Barksdale-Brown, D. J., & Parker, J. S. (2006). Spiritual care practices of nursepractitioners federally designated nonmetropolitan areas of north Carolina. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 18*(1), 379-385.
- Jean, S. K., Cordt, T. K., & David, E. N. (2001). Symptom burden at the end of life: Hospice providers' perceptions. *Journal of Pain and Symptom Management, 21*(6), 473-480.
- Kirchhoff, K. T., & Beckstrand, R. L. (2000). Critical care nurse' perceptions of obstacles and helpful behaviors in providing end of life care to dying patients. *American Journal of Critical Care, 9*(2), 96-104.
- Kuebler, K. K., Davis M. P., & Moorem, C. D., (2005) *Palliative Practices An Interdisciplinary Approach*. Missouri: Masby Inc.
- Kuuppelomaki, M. (2001). Spiritual support for terminally ill patients : nursing staff assessments. *Journal of Clinical Nursing, 10*(4), 660 -670.
- Mystakidou K., Tsilika, E., Parpa, E., Galanos, A., & Vlahos, L. (2008). Post-traumatic growth in advanced cancer patients receiving palliative care. *Br J Health Psychol, 13*(4), 633-646.

- Narayanasamy, A. (1993). Nurses' awareness and educational preparation in meeting their patient's spiritual needs. *Nurse Education Today*, 13, 196-201.
- Narayanasamy, A., & Owens, J. (2001). A critical incident study of nurses' responses to the spiritual needs of their patients. *Journal of Advanced Nursing*, 33(4), 446-455.
- Narayanasamy, A. (2004). Responses to the spiritual needs of older people. *Journal Advanced Nursing*, 48(1), 6-16.
- National Hospice and Palliative Care Organization. (2003) *what is hospice and palliative care?*
Available: <http://www.Nhpc.org/i4a/page&/index.cfm?Pageid=3281>.
- O'Brien, M. E. (1999). *Spirituality in Nursing*. Boston: Jones and Bartlett Publishers.
- Stranahan, S. (2001). Spiritual perception, attitude, about spiritual care and spiritual care practice among nurse practitioners. *Western Journal of Nursing Research*, 23(1), 91-104.
- Orem, D. E. (1991). *Nursing: Concept of practices* (4th ed.). New York: MC Graw-Hill Book.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concept of Practices* (6th ed.). New York: MC Graw-Hill Book.
- Peterson, E. A. (1985). "The Physical... the Spiritual How Can You Meet All of Your Patient's Need?" *Journal of Gerontological Nursing*, 11(10), 23-27.
- Schulman-Green, D., Macorkle, R., Cherlin, E., Hurzeler, J., & Bradley, E. H. (2005). Nurse' communication of prognosis and implications for hospice referral: A study of nurse caring for terminally ill hospitalized patients. *American Journal of Critical Care*, 14(1), 64-70.
- Seller, S. C., & Haag, B. A. (1998). Spiritual nursing interventions. *Journal of Holistic in Nursing*, 16(13), 338-354.
- Shotton, L. (2000). Can nurses contribute to better end-of-life care?. *Nursing Ethics*, 7(2), 134-140.
- Stranahan, S. (2001). Spiritual perception. Attitudes about spiritual care and spiritual care practices among nurse practitioners. *Western Journal of Nursing Research*, 23(1), 90-104.
- Sulmasy, D. P. (2003). A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. *The Gerontological Society of America*, 4(3), 24-33.

- Teno, J. M., Clarridge, B. R., Casy, V., Welch, L. C., Wetle, T., Shield, R. (2004). Family perspectives on End-of life care at the last place of care. *JAMA*, 291(1), 88-93.
- Vig, E. K., & Pearlman, R. A. (2004). Good and bad dying from the perspective of terminally ill men. *Achieves of Internal Medicine*, 164(9), 977-981.
- Weissman, D. (2000). *Fast fact and concept #03: syndrome of imminent death*. Milwaukee, WI: End-of-life Physician Education Resource Center.
- William Sullivan. (2003). Ethical and Spiritual Issues at the End of life: The Relevance of Spiritual Care to Bioethics. *Bioethics Update*, 3(2). Retrieved from www.utoronto.ca/stmikes/bioethics.
- World Health Organization, (2002). *The world health report 2000*. Geneva, Switzerland: WHO.
- World Health Organization. (2005). *Definition of palliative care*.
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An introductory analysis*. Third editio. Newyork: Harper and Row Publication.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

หนังสือขอความอนุเคราะห์



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ
Factors Associated with Spiritual Care for Terminally ill Patients of Professional Nurses

ชื่อนิสิต นางพัชรีย์ พรหมสิงห์

รหัสประจำตัวนิสิต 53910023 หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคปกติ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 05 - 03 - 2558

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้อง

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวนทั้งหมด ไม่เกิน 112 ราย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลคือ หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพานทอง โรงพยาบาลแหลมฉบัง โรงพยาบาลบ้านบึง โรงพยาบาลบ่อทอง โรงพยาบาลสัตหีบ กม. โรงพยาบาลเกาะจันทร์ โรงพยาบาลเกาะสีชัง โรงพยาบาลหนองใหญ่ และโรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม จังหวัดชลบุรี

2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย

(Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 27 มีนาคม พ.ศ. 2559

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม ใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 27 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2558

ลงนาม.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ที่ ศธ ๒๖๐๗/ ๐๙๙/๗)

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๒๐ เมษายน ๒๕๕๘

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัยของนิสิต

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพนสนิมคม

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
๑. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
 ๒. แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ

ด้วย นางพัชรีพร พรหมสิงห์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภาวนา กิรติบุตรวงศ์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในการนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัยในวิทยานิพนธ์ดังกล่าว จากกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน ที่มีประสบการณ์ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างน้อย ๑ ราย โรงพยาบาลพนสนิมคม จำนวน ๒๐ ราย ในระหว่างวันที่ ๒๐ เมษายน พ.ศ. ๒๕๕๘ - ๓๐ เมษายน พ.ศ. ๒๕๕๘

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรีย์ ไชยมงคล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)

โทรศัพท์ ๐-๓๘๑๐-๒๘๓๖, ๐-๓๘๑๐-๒๘๐๘

โทรสาร ๐-๓๘๓๔-๓๔๗๖

ผู้วิจัยโทร ๐๘-๓๐๐๗-๑๕๕๔

ที่ ศธ ๖๖๐๗/ ๐๙๙๖



คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๗๐ เมษายน ๒๕๕๘

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพานทอง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
๒. รายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ

ด้วย นางพัชรีพร พรหมสิงห์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภาวนา กิริติยวงศ์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ที่มีประสบการณ์ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างน้อย ๑ ราย โรงพยาบาลพานทอง จำนวน ๒๖ ราย ในระหว่างวันที่ ๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๘- ๓๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๘

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)

โทรศัพท์ ๐-๓๘๑๐-๒๘๓๖

โทรสาร ๐-๓๘๓๙-๓๕๗๖

ผู้วิจัย ๐๘-๓๐๐๗-๑๕๕๔

ที่ ศธ ๖๖๐๗/ ๐๙๙๕

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑ศธ
เมษายน ๒๕๕๘

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแหลมฉบัง

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
๒. รายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ

ด้วย นางพัชรีพร พรหมสิงห์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภาวนา กิริตยวงศ์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในการนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ที่มีประสบการณ์ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างน้อย ๑ ราย โรงพยาบาลแหลมฉบัง จำนวน ๒๓ ราย ในระหว่างวันที่ ๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๘- ๓๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๘

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นงรี ไชยมงคล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)

โทรศัพท์ ๐-๓๘๑๐-๒๘๓๖

โทรสาร ๐-๓๘๓๙-๓๔๗๖

ผู้วิจัย ๐๘-๓๐๐๗-๑๕๕๕

ที่ ศธ ๖๖๐๗/ ๐๙๙๓

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๗๐ เมษายน ๒๕๕๘

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ่อทอง

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
๒. รายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ

ด้วย นางพัชรีพร พรหมสิงห์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภาวนา กิริตยุดวงค์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในการนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ที่มีประสบการณ์ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างน้อย ๑ ราย โรงพยาบาลบ่อทอง จำนวน ๑๒ ราย ในระหว่างวันที่ ๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๘- ๓๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๘

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)

โทรศัพท์ ๐-๓๘๑๐-๒๘๓๖

โทรสาร ๐-๓๘๓๙-๓๘๗๖

ผู้วิจัย ๐๘-๓๐๐๗-๑๕๕๔

ที่ ศธ ๖๖๐๗/ ๐๗๗๑



73

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๒ เมษายน ๒๕๕๘

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกาะจันทร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
๒. รายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ

ด้วย นางพัชรีพร พรหมสิงห์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภาวนา กิริยัตวงศ์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ที่มีประสบการณ์ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างน้อย ๑ ราย โรงพยาบาลเกาะจันทร์ จำนวน ๗ ราย ในระหว่างวันที่ ๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๘- ๓๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๘

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นงรี ไชยมงคล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)

โทรศัพท์ ๐-๓๘๑๐-๒๘๓๖

โทรสาร ๐-๓๘๓๔-๓๔๗๖

ผู้วิจัย ๐๘-๓๐๐๗-๑๕๕๔

ที่ ศธ ๖๖๐๗/ ๐๙๙๖



คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๒๐ เมษายน ๒๕๕๘

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกาะสีชัง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
๒. รายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ

ด้วย นางพัชรีพร พรหมสิงห์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภาวนา กิรติบุตรวงศ์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในการนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ที่มีประสบการณ์ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างน้อย ๑ ราย โรงพยาบาลเกาะสีชัง จำนวน ๗ ราย ในระหว่างวันที่ ๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๘- ๓๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๘

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)

โทรศัพท์ ๐-๓๘๑๐-๒๘๓๖

โทรสาร ๐-๓๘๓๙-๓๔๗๖

ผู้วิจัย ๐๘-๓๐๐๗-๑๕๕๔

ที่ ศธ ๖๖๐๗/ ๐๙๗๘



คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

พอ เมษายน ๒๕๕๘

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองใหญ่

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
๒. รายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ

ด้วย นางพัชรีพร พรหมสิงห์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภาวณา กิรติคุณวงศ์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในการนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ที่มีประสบการณ์ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างน้อย ๑ ราย โรงพยาบาลหนองใหญ่ จำนวน ๖ ราย ในระหว่างวันที่ ๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๘- ๓๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๘

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)

โทรศัพท์ ๐-๓๘๑๐-๒๘๓๖

โทรสาร ๐-๓๘๓๙-๓๔๗๖

ผู้วิจัย ๐๘-๓๐๐๗-๑๕๔๔

ที่ ศธ ๒๖๐๗/ ๐๗๗๗



คณะกรรมการฯ
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

พ๐ เมษายน ๒๕๕๘

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
๒. รายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ

ด้วย นางพัชรีพร พรหมสิงห์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภาวนา กิริติคุณวงศ์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในการนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างน้อย ๑ ราย โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม จำนวน ๖ ราย ในระหว่างวันที่ ๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๘- ๓๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๘

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)

โทรศัพท์ ๐-๓๘๑๐-๒๘๓๖

โทรสาร ๐-๓๘๓๙-๓๔๗๖

ผู้วิจัย ๐๘-๓๐๐๗-๑๕๕๔

ที่ ศธ ๖๖๐๗/ ๐๗๖๔

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๗๐ เมษายน ๒๕๕๘

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านบึง

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
๒. รายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ

ด้วย นางพัชรี พรหมสิงห์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภาวนา กীরติยวงศ์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในการนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ที่มีประสบการณ์ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างน้อย ๑ ราย โรงพยาบาลบ้านบึง จำนวน ๑๔ ราย ในระหว่างวันที่ ๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๘- ๓๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๘

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุชรี ไชยมงคล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)

โทรศัพท์ ๐-๓๘๑๐-๒๘๓๖

โทรสาร ๐-๓๘๓๔-๓๔๗๖

ผู้วิจัย ๐๘-๓๐๐๗-๑๕๕๔

ที่ ศธ ๖๖๐๗/ ๐๙๙๗



คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

ผอ เมษายน ๒๕๕๘

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสัตหีบ กม.๑๐

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
๒. รายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ

ด้วย นางพัชรี พรหมสิงห์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภาวนา กิริติยวงศ์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในการนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ที่มีประสบการณ์ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างน้อย ๑ ราย โรงพยาบาลสัตหีบ กม.๑๐ จำนวน ๑๑ ราย ในระหว่างวันที่ ๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๘- ๓๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๘

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)

โทรศัพท์ ๐-๓๘๑๐-๒๘๓๖

โทรสาร ๐-๓๘๓๙-๓๔๗๖

ผู้วิจัย ๐๘-๓๐๐๗-๑๕๕๔

ภาคผนวก ข

คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย



เอกสารแจ้งผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย
ของพยาบาลวิชาชีพ”

รหัสจริยธรรมการวิจัย 05-03-2558

ชื่อผู้วิจัย นางพัชรีย์ พรหมสิงห์

การวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลด้านจิตวิญญาณใน
ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากท่านมีคุณสมบัติตรงกับเกณฑ์การ
คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย คือท่านเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการดูแลผู้ป่วย
ระยะสุดท้ายอย่างน้อย 1 รายในหอผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดชลบุรี จึงขอความ
ร่วมมือจากท่านในการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ ในการให้ข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถาม ซึ่งใช้เวลา
ในการตอบประมาณ 30 นาที

เมื่อท่านตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติ คือตอบคำถาม
จำนวน 5 ชุด คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิต
วิญญาณ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการดูแลด้านจิตวิญญาณ แบบสอบถามเกี่ยวกับ
ความเชื่อเรื่องศาสนาของพยาบาลวิชาชีพ และแบบสอบถามการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะ
สุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ

ประโยชน์ที่จะได้รับจากการให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการ
วิจัยไปเป็นแนวทางในวางแผนเตรียมพยาบาลวิชาชีพให้มีความรู้ความสามารถในการดูแลด้าน
จิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้มีคุณภาพ ครอบคลุมองค์รวม การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นไป
ตามความสมัครใจของท่าน ท่านมีสิทธิที่จะปฏิเสธหรือตอบรับการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ และสามารถ
ถอนตัวออกจากการเข้าร่วมงานวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลให้ผู้วิจัยทราบ และการ

ถอนตัวในการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น ผลการศึกษานี้จะใช้สำหรับวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น โดยข้อมูลต่าง ๆ จะถูกเก็บเป็นความลับ และถูกทำลายหลังจากผลการวิจัยเผยแพร่แล้ว 1 ปี การนำข้อมูลไปอภิปราย หรือเผยแพร่จะเป็นการนำเสนอในภาพรวมในเชิงวิชาการเท่านั้น โดยไม่มีการเปิดเผยชื่อของท่าน และไม่มีข้อมูลใด ๆ ที่จะบ่งชี้ตัวท่าน

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการเก็บรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่นาง พัชรีย์ พรหมสิงห์ หมายเลขโทรศัพท์ 083-007-1544 หรือที่ ผศ.ดร. ภาวนา กิระดิษยวงศ์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 086-549-1853

ผู้วิจัยขอขอบคุณท่านเป็นอย่างยิ่งในการร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

นางพัชรีย์ พรหมสิงห์

ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ”

วันให้คำยินยอม วันที่ เดือน พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่า จะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้ทำวิจัย

(.....)



เอกสารแจ้งผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ”

รหัสจริยธรรมการวิจัย.....

ชื่อผู้วิจัย นางพัชรีพร พรหมสิงห์

การวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากท่านมีคุณสมบัติตรงกับเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย คือท่านเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างน้อย 1 รายในหอผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดชลบุรี จึงขอความร่วมมือจากท่านในการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ ในการให้ข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถาม ซึ่งใช้เวลาในการตอบประมาณ 40 นาที

เมื่อท่านตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติ คือตอบคำถามจำนวน 5 ชุด คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ แบบสอบถามเกี่ยวกับความเชื่อเรื่องศาสนาของพยาบาลวิชาชีพ และแบบสอบถามการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ

ประโยชน์ที่จะได้รับจากการให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยไปเป็นแนวทางในวางแผนเตรียมพยาบาลวิชาชีพให้มีความรู้ความสามารถในการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้มีคุณภาพ ครอบคลุมองค์รวม การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจของท่าน ท่านมีสิทธิที่จะปฏิเสธหรือตอบรับการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ และสามารถถอนตัวออกจากการเข้าร่วมงานวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลให้ผู้วิจัยทราบ และการ

ถอนตัวในการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น ผลการศึกษานี้จะใช้สำหรับวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น โดยข้อมูลต่าง ๆ จะถูกเก็บเป็นความลับ และถูกทำลายหลังจากผลการวิจัยเผยแพร่แล้ว 1 ปี การนำข้อมูลไปอภิปราย หรือเผยแพร่จะเป็นการนำเสนอในภาพรวมในเชิงวิชาการเท่านั้น โดยไม่มีการเปิดเผยชื่อของท่าน และไม่มีข้อมูลใด ๆ ที่จะบ่งชี้ตัวท่าน

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัย ในวันทำการเก็บรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่นาง พัชรีย์ พรหมสิงห์ หมายเลขโทรศัพท์ 083-007-1544 หรือที่ ผศ.ดร. ภาวนา กิระดิษฐ์วงศ์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 086-549-1853

ผู้วิจัยขอขอบคุณท่านเป็นอย่างยิ่ง ในการร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

นางพัชรีย์ พรหมสิงห์

ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ”

วันให้คำยินยอม วันที่ เดือน พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่า จะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้ทำวิจัย

(.....)

ภาคผนวก ค
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โดยปัจจัยประกอบด้วย ประสิทธิภาพการทำงาน ความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณ การรับรู้ความสามารถในการดูแลด้านจิตวิญญาณ และความเชื่อเรื่องศาสนาของพยาบาลวิชาชีพ

คำชี้แจง แบบสอบถามฉบับถามนี้ใช้รวบรวมข้อมูลเพื่อทำการวิจัย จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณ จำนวน 31 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการดูแลด้านจิตวิญญาณ จำนวน 23 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความเชื่อเรื่องศาสนาของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพจำนวน 26 ข้อ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

กรุณาเติมคำในช่องว่าง หรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง

1. หอผู้ป่วย.....

2. เพศ

ชาย

หญิง

3. อายุ.....ปี

4. ศาสนา

พุทธ

คริสต์

อิสลาม

อื่น ๆ ระบุ

.....

5. ระดับการศึกษา

ปริญญาตรี

ปริญญาโท สาขา

.....

6. ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ.....ปี.....เดือน

7. ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย.....ปี.....เดือน

8. การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ไม่เคย

เคย.....ชม. ระบุรายละเอียด.....

.....

9. การเป็นคณะกรรมการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาล

ไม่เป็น

เป็น

10. การทำกิจกรรมที่ส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ไม่ทำ

ทำ

() ใส่นาฬิกา () สวดมนต์ () ถวายสังฆทาน () บริจาค

() เชิญพระหรือผู้นำทางศาสนามาประกอบพิธีทางศาสนา () อื่น ๆ.....

11 . การฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับกิจกรรมทางศาสนา

ไม่เคย

เคย

นั่งสมาธิ เจริญภาวนา เดินจงกรม เข้าอบรมการปฏิบัติธรรม

เข้าโบสถ์ อื่น ๆ.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณ

คำชี้แจง โปรดอ่านเนื้อหาแล้ว ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

ถูก หมายถึง เนื้อหาถูกต้องตรงกับความเป็นจริง

ผิด หมายถึง เนื้อหาไม่ถูกต้อง

ไม่แน่ใจ หมายถึง ไม่ทราบว่าเนื้อหาถูกต้องหรือไม่ถูกต้อง

เนื้อหา	ถูก	ผิด	ไม่ แน่ใจ
1. จิตวิญญาณเกี่ยวข้องกับศรัทธา ความเชื่อ และค่านิยมของบุคคลต่อศาสนาและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่นับถือ			
2. จิตวิญญาณช่วยให้บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ต่อบุคคลอื่น ธรรมชาติสิ่งแวดล้อม ตลอดจนสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรืออำนาจที่นอกเหนือจากมนุษย์			
3.....			
4.....			
5.....			
6.....			
7.....			
8.....			
9.....			
10.....			
11.....			
12.....			
13.....			
14.....			
15.....			
16.....			
31.....			

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถในการดูแลด้านจิตวิญญาณ

คำชี้แจง โปรดอ่านเนื้อหาแล้ว ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับการรับรู้ความสามารถในการดูแลด้านจิตวิญญาณของท่าน

มากที่สุด	หมายถึง ท่านมีความสามารถมากที่สุด
มาก	หมายถึง ท่านมีความสามารถมากโดยมีข้อบกพร่องเพียงเล็กน้อย
ปานกลาง	หมายถึง ท่านมีความสามารถปานกลาง
น้อย	หมายถึง ท่านมีความสามารถเพียงเล็กน้อย
น้อยที่สุด	หมายถึง ท่านไม่มีความสามารถเลย

การรับรู้ความสามารถ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ด้านการสื่อสาร					
1.1 ท่านสามารถรับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยและญาติบอกเล่าอย่างตั้งใจเสมอ					
1.10.....					
2. ด้านความคิดและความทรงจำ					
2.1 ท่านสามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยเล่าถึงความทรงจำเกี่ยวกับความสำเร็จ ความภาคภูมิใจ ความดีที่ได้กระทำมาในอดีต					
2.4					
3. การกระตุ้นประสาทการรับรู้					
3.1 ท่านมีทักษะในการสัมผัสผู้ป่วยโดยการจับมือ โอบกอด เพื่อให้กำลังใจและรู้สึกผ่อนคลาย					
3.3					
4. ด้านศาสนา					
4.1 ท่านเป็นผู้นำในการริเริ่มกิจกรรมที่เกี่ยวกับความเชื่อทางศาสนาที่ผู้ป่วยนับถือ เช่น การสวดมนต์ การใส่บาตร การฟังเทศธรรมะ การถวายสังฆทาน เป็นต้น					
4.4					

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความเชื่อเรื่องศาสนาของพยาบาลวิชาชีพ

คำชี้แจง โปรดอ่านเนื้อหาแล้ว ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความเชื่อเรื่องศาสนาของท่าน

- มากที่สุด หมายถึง เนื้อหาตรงกับความเชื่อเรื่องศาสนาสำหรับท่าน โดยไม่มีข้อยกเว้น
- มาก หมายถึง เนื้อหาตรงกับความเชื่อเรื่องศาสนาสำหรับท่าน โดยมีข้อยกเว้นเพียงเล็กน้อย
- ปานกลาง หมายถึง เนื้อหาตรงกับความเชื่อเรื่องศาสนาสำหรับท่านเพียงบางส่วน
- น้อย หมายถึง เนื้อหาตรงกับความเชื่อเรื่องศาสนาสำหรับท่านเพียงเล็กน้อย
- น้อยที่สุด หมายถึง เนื้อหาไม่ตรงกับความเชื่อเรื่องศาสนาสำหรับท่านเลย

เนื้อหา	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ท่านมีความเชื่อเกี่ยวกับเรื่องศาสนาของตนเองอย่างชัดเจน					
2. ความเชื่อเรื่องศาสนาไม่สามารถพิสูจน์ได้ด้วยกระบวนการทางวิทยาศาสตร์					
3. ศาสนาเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ เป็นที่พึ่งทางใจของท่าน					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ

คำชี้แจง โปรดอ่านเนื้อหาแล้ว ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับการดูแลด้านจิตวิญญาณ
ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของท่าน

- เป็นประจำ หมายถึง ท่านปฏิบัติตรงตามเนื้อหาเป็นประจำทุกครั้งที่หรือเกือบทุกครั้ง
บ่อยครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติตรงตามเนื้อหาบ่อยครั้ง
ปานกลาง หมายถึง ท่านปฏิบัติตรงตามเนื้อหาเป็นบางครั้ง
น้อยครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติตรงตามเนื้อหาบ่อยครั้ง
ไม่เคย หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติตรงตามเนื้อหาเลย

กิจกรรม	เป็น ประจำ	บ่อย ครั้ง	ปาน กลาง	น้อย ครั้ง	ไม่ เคย
1. ด้านการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความหวัง กำลังใจ 1. ท่านปฏิบัติต่อผู้ป่วยเสมือนเป็นบุคคลที่มีคุณค่า ยอมรับในความเป็นตัวตนของผู้ป่วย และปฏิบัติต่อ ผู้ป่วยอย่างให้เกียรติ เช่น ใช้สรรพนามเรียกผู้ป่วยอย่าง เหมาะสมและใช้คำพูดที่สุภาพ					
2.					
2. ด้านการค้นหาเป้าหมายและสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจ 9. ท่านค้นหาความต้องการของผู้ป่วยและช่วยเหลือให้ ผู้ป่วยได้รับสิ่งที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย					
10.					
3. ด้านการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้อยู่กับบุคคลหรือสิ่งของ ที่ผู้ป่วยผูกพันในระยะสุดท้ายของชีวิต 15. ท่านค้นหาสิ่งที่ผู้ป่วยรัก ผูกพัน หรือยึดเหนี่ยว จิตใจ เช่น บุคคล สิ่งของ สัตว์เลี้ยง เป็นต้น					
16.					

กิจกรรม	เป็น ประจำ	บ่อย ครั้ง	ปาน กลาง	น้อย ครั้ง	ไม่ เคย
<p>4.ด้านการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามความเชื่อ ความศรัทธาที่ผู้ป่วยนับถือ</p> <p>21. ท่านส่งเสริมโดยไม่ขัดขวางเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติ ศาสนกิจหรือกิจกรรมตามความเชื่อและสิ่งยึดเหนี่ยว ทางจิตใจที่ผู้ป่วยต้องการ</p>					
22.					

ภาคผนวก ง

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุพิน ถนัดวิชย์ อาจารย์ภาควิชาสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง
โรงพยาบาลสกลนคร
จังหวัดสกลนคร
2. คุณเทวี ไชยเสน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง
โรงพยาบาลสกลนคร
จังหวัดสกลนคร
3. คุณจันจิรา กิจแก้ว พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง
โรงพยาบาลชลบุรี
จังหวัดชลบุรี
4. คุณปาริชาติ เนตรแก้ว พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลพุทธชินราช
จังหวัดพิษณุโลก
5. คุณสีฟ้า เวหะชาติ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลบางละมุง
จังหวัดชลบุรี

ภาคผนวก จ
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การวิจัยนี้ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพและนำเสนอผลในรูปแบบตาราง แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของกลุ่มตัวอย่าง (N = 112)

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย (คะแนนเต็ม 1)	<i>M</i>	<i>SD</i>
1. จิตวิญญาณเกี่ยวข้องกับศรัทธา ความเชื่อ และค่านิยมของบุคคล ต่อศาสนาและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่นับถือ	.98	.13
2. ความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณจะทำให้บุคคลมีความสุข มีความสงบ และสามารถปรับตัว ต่อการเปลี่ยนแปลงในชีวิตได้ดี	.96	.20
3. พยาบาลคือส่วนหนึ่งที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้าถึงจิตวิญญาณของตน ด้านความหวัง และกำลังใจ	.95	.23
4. การพยาบาลด้านจิตวิญญาณเป็นส่วนสำคัญในการพยาบาลแบบองค์รวม	.94	.24
5. บุคคลที่มีความสำคัญในการสนับสนุนด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว เพื่อน คนรัก ผู้สอนศาสนา พระภิกษุ เป็นต้น	.93	.26
6. การพยาบาลด้านจิตวิญญาณ ควรเป็นส่วนหนึ่งในการวางแผนปฏิบัติการพยาบาล	.93	.26
7. การประกอบศาสนกิจ เป็นกิจกรรมหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณของบุคคล	.91	.29
8. การพยาบาลด้านจิตวิญญาณ คือการแสดงออกถึงการเคารพในความแตกต่างของบุคคล (Uniqueness)	.90	.30
9. จิตวิญญาณทำหน้าที่ในการเชื่อมประสาน ร่างกาย จิตใจและสังคมให้ทำงานได้ในลักษณะที่เป็นองค์รวม	.88	.32
10. การพยาบาลด้านจิตวิญญาณ คือส่วนหนึ่งที่แสดงถึงคุณภาพของการพยาบาล	.88	.32

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย (คะแนนเต็ม 1)	<i>M</i>	<i>SD</i>
11. ความเชื่อด้านจิตวิญญาณ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล	.87	.34
12. ความเชื่อที่มีความสำคัญในการสนับสนุนด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ หลักธรรมคำสอนใน ศาสนา ความเชื่อ พระเจ้า หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เป็นต้น	.87	.33
13. พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย	.86	.35
14. การอนุญาตให้ผู้ป่วยและญาติประกอบพิธีกรรมทางศาสนาจะเป็นการรบกวนผู้ป่วยรายอื่น ๆ	.86	.35
15. จิตวิญญาณ คือ คุณค่าที่สูงส่ง เป็นพลังช่วยสร้างสรรคสุขภาพที่ดี สมบูรณ์แก่ทั้งบุคคล องค์กร และสังคม	.84	.37
16. ความหมายของจิตวิญญาณ จะเปลี่ยนแปลงตามประสบการณ์ชีวิต วัฒนธรรม ค่านิยม และการเลี้ยงดูของแต่ละบุคคล	.84	.37
17. จิตวิญญาณช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับปัญหาการเจ็บป่วยได้	.80	.40
18. จิตวิญญาณช่วยให้บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ต่อบุคคลอื่น ชรรษชาติ สิ่งแวดล้อม ตลอดจนสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรืออำนาจที่นอกเหนือจากมนุษย์	.79	.41
19. ความเชื่อเรื่องจิตวิญญาณเป็นรากฐานของ ความหมาย ความหวังและกำลังใจของบุคคล	.79	.41
20. พยาบาลควรใช้เวลากับการดูแลผู้ป่วยที่มีความหวังรายอื่นมากกว่าผู้ป่วยระยะสุดท้าย	.75	.44
21. ความผาสุกทางจิตวิญญาณ (spiritual well-being) คือส่วนหนึ่งของ สุขภาวะตามความหมายขององค์การอนามัยโลก	.73	.45
22. วัตถุหรือสิ่งของที่มีความสำคัญในการสนับสนุนด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ พระพุทธรูป ไม้กางเขน โบ โปธิ์ ลูกประคำ ตุ๊กตา หรือหนังสือ เป็นต้น	.71	.46
23. การดูแลด้านจิตวิญญาณเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับการปฏิบัติทางศาสนาเท่านั้น	.68	.47
24. ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย ควรถูกสื่อสารระหว่างพยาบาล โดยทาง การบันทึกทางการพยาบาล หรือการประชุมทางการพยาบาล (Nursing care conference)	.65	.48
25. การอนุญาตให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาหรือตามความเชื่อของผู้ป่วยและญาติเป็นเรื่องไร้สาระ	.59	.49

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย (คะแนนเต็ม 1)	<i>M</i>	<i>SD</i>
26. ธรรมชาติที่มีความสำคัญในการสนับสนุนด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ ภูเขา ต้นไม้ พระอาทิตย์ หรือพระจันทร์ เป็นต้น	.54	.50
27. บุคคลที่ขาดความผาสุกทางจิตวิญญาณจะขาดความสมบูรณ์ในตัวและ ไม่พบความสุขที่แท้จริง	.49	.50
28. บุคคลที่ไม่ได้นับถือศาสนา จิตวิญญาณจะหมายถึงปรัชญาในการ ดำเนิน ชีวิต	.47	.50
29. พยาบาลที่ไม่มีความเชื่อเรื่องศาสนา สามารถดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณ ได้ดี	.36	.48
30. จิตวิญญาณทางการแพทย์พยาบาลคือ เรื่องของชีวิตที่อยู่เบื้องหลังความตาย	.28	.45
31. การดูแลที่สำคัญที่สุดในผู้ป่วยระยะสุดท้ายคือการบรรเทาความ เจ็บปวดด้านร่างกาย	.27	.45
คะแนนเฉลี่ยความรู้โดยรวม (31 คะแนน)	21.10	4.12

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความสามารถดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลวิชาชีพ

การวิจัยนี้ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถดูแลด้านจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพและนำเสนอผลในรูปแบบตาราง แสดงดังตารางที่ 5 - 6

ตารางที่ 5 คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ความสามารถดูแลด้านจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่าง ($N = 112$)

การรับรู้ความสามารถ(คะแนนเต็ม 4)	<i>M</i>	<i>SD</i>
1.ด้านการสื่อสาร	2.96	.61
1.1 ท่านสามารถรับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยและญาติบอกเล่าอย่างตั้งใจเสมอ		
1.2 ท่านสามารถรับฟังการสนทนาของผู้ป่วยและญาติด้วยท่าทีสงบโดยไม่ตัดสินว่าถูกหรือผิด	2.79	.62
1.3 ท่านสามารถให้กำลังใจ และแสดงความเห็นอกเห็นใจและเข้าใจผู้ป่วยได้โดยการส่งสายตาหรือสัมผัสผู้ป่วย	2.88	.65
1.4 ท่านให้การยอมรับพฤติกรรมที่ผู้ป่วยและญาติแสดงออก	2.85	.51
1.5 ท่านสามารถสื่อสารกับญาติในการช่วยดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายได้	2.69	.62
1.6 ท่านสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยเกี่ยวกับความเชื่อ ความศรัทธา ความหวัง หรือสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจของผู้ป่วย	2.61	.740
1.7 ท่านสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยเกี่ยวกับเป้าหมายของชีวิต ความเจ็บป่วย หรือการดำเนินชีวิต	2.58	.62
1.8 ท่านสามารถแปลความรู้สึกของผู้ป่วยและญาติที่แสดงออกหรือสื่อออกมาเป็นคำพูดอย่างเข้าใจ ชัดเจน	2.57	.61
1.9 ท่านสามารถสะท้อนความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วยและญาติได้ตรงประเด็น	2.53	.54
1.10 ท่านมีความมั่นใจในการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ ณะให้การพยาบาลเกี่ยวกับความเชื่อเรื่องศาสนา	2.49	.68

ตารางที่ 5 (ต่อ)

การรับรู้ความสามารถ (คะแนนเต็ม 4)	<i>M</i>	<i>SD</i>
2. ด้านความคิดและความทรงจำ		
2.1 ท่านให้ออกาสผู้ป่วยทำความเข้าใจ ความหมายของชีวิต และธรรมชาติของชีวิต (การเกิด แก่ เจ็บ ตาย)	2.41	.65
2.2 ท่านสามารถกระตุ้นและสนับสนุนให้ผู้ป่วยค้นหาสิ่งที่ยึดเหนี่ยว ศรัทธาและผูกพันในชีวิต เช่น บุคคล สิ่งของ สัตว์เลี้ยง สิ่งศักดิ์สิทธิ์ เป็นต้น	2.37	.71
2.3 ท่านสามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยค้นหาแหล่งที่เป็นความหวังและกำลังใจของผู้ป่วย	2.37	.66
2.4 ท่านสามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกที่เป็นความยากลำบาก ความสูญเสีย ความกังวลและปัญหาต่าง ๆ ที่เผชิญมาในอดีตเพื่อไม่ให้ค้างคาใจ	2.33	.65
2.5 ท่านสามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยเล่าถึงความทรงจำเกี่ยวกับความสำเร็จ ความภาคภูมิใจ ความดีที่ได้กระทำมาในอดีต	2.30	.67
2.6 ท่านสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับความเชื่อเรื่องชีวิตหลังการตาย	2.11	.68
3. การกระตุ้นประสาทการรับรู้		
3.1 ท่านมีทักษะในการสัมผัสผู้ป่วยโดยการจับมือ โอบกอด เพื่อให้กำลังใจและรู้สึกผ่อนคลาย	2.54	.78
3.2 ท่านมีทักษะในการค้นหาสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการเพื่อสนองตอบการดูแลจิตวิญญาณ เช่น ดนตรี บทสวด ธรรมะ หนังสือ เป็นต้น	2.46	.75
3.3 ท่านจัดสิ่งแวดล้อมโดยคำนึงถึงความชอบ ความต้องการ และความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย	2.41	.64
4. ด้านศาสนา		
4.1 ท่านเป็นผู้นำในการริเริ่มกิจกรรมที่เกี่ยวกับความเชื่อทางศาสนาที่ผู้ป่วยนับถือ เช่น การสวดมนต์ การใส่บาตร การฟังเทศน์ธรรมะ การถวายสังฆทาน เป็นต้น	2.14	.77

ตารางที่ 5 (ต่อ)

การรับรู้ความสามารถ (คะแนนเต็ม 4)	<i>M</i>	<i>SD</i>
4.2 ท่านได้ประเมินและอำนวยความสะดวกให้ผู้นำทางศาสนาหรือบุคคลที่ผู้ป่วยนับถือมาปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตามความเชื่อที่ผู้ป่วยและญาติต้องการ	2.36	.72
4.3 ท่านจัดหาอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ส่งเสริมด้านจิตวิญญาณและเหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย เช่น บทสวดมนต์ เทปธรรมะ เป็นต้น	2.32	.76
4.4 ท่านจัดเตรียมสถานที่และจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยและญาติได้ประกอบพิธีตามความเชื่อทางศาสนา เช่น ที่ทำละหมาด ที่สวดมนต์	2.13	.80
คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถโดยรวม (92 คะแนน)	57.19	9.80

ส่วนที่ 4 ความเชื่อเรื่องศาสนาของพยาบาลวิชาชีพ

การวิจัยนี้ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลความเชื่อเรื่องศาสนาของกลุ่มตัวอย่างและนำเสนอผลในรูปแบบตาราง แสดงดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวน และร้อยละของความเชื่อเรื่องศาสนาของกลุ่มตัวอย่าง ($N = 112$)

ความเชื่อเรื่องศาสนา (คะแนนเต็ม 4)	<i>M</i>	<i>SD</i>
1. ศาสนาเป็นสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ เป็นที่พึ่งทางใจของท่าน	3.10	.63
2. ท่านมีความเชื่อเกี่ยวกับเรื่องศาสนาของตนเองอย่างชัดเจน	3.03	.62
3. การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาช่วยให้ท่านจิตใจสงบ และสามารถ บรรเทาความทุกข์ของท่านได้	3.03	.69
4. ท่านมีความเชื่อ ความศรัทธาในศาสนาที่ท่านนับถือ	2.98	.70
5. ท่านคิดว่าผู้นำทางศาสนามีส่วนช่วยตอบสนองความ ต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้	2.79	.70
6. ท่านปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาเป็นประจำ เช่น บริจาคทาน ไปวัด/ไปโบสถ์ ใส่บาตร สวดมนต์ เป็นต้น	2.73	.68
7. ท่านสามารถยอมรับและตอบสนองตามความเชื่อทางศาสนาของผู้ป่วยที่ อาจไม่สอดคล้องกับตัวท่าน	2.69	.67
8. ความเชื่อเรื่องศาสนาไม่สามารถพิสูจน์ได้ด้วยกระบวนการ ทางวิทยาศาสตร์	2.46	.89
9. ท่านเป็นผู้เคร่งครัดในศาสนา	2.41	.77
10. ท่านฝึกเจริญสติอย่างต่อเนื่องและสามารถนำมาสอนญาติ และผู้ป่วยระยะสุดท้าย	2.14	.83
คะแนนเฉลี่ยความเชื่อเรื่องศาสนาโดยรวม (40 คะแนน)	27.37	4.31

ส่วนที่ 5 การดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ

การวิจัยนี้ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ แสดงดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของกลุ่มตัวอย่างและนำเสนอผลในรูปแบบตาราง ($N = 112$)

การดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย (คะแนนเต็ม 4)	<i>M</i>	<i>SD</i>
1. ท่านปฏิบัติต่อผู้ป่วยเสมือนเป็นบุคคลที่มีคุณค่า ขอมรับในความเป็นตัวตนของผู้ป่วย และปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างให้เกียรติ เช่น ใช้สรรพนามเรียกผู้ป่วยอย่างเหมาะสมและใช้คำพูดที่สุภาพ	3.19	.70
2. ท่านให้เกียรติและให้ความเคารพในสิ่งที่ผู้ป่วยและญาติเชื่อถือและศรัทธา	3.14	.72
3. ท่านปฏิบัติกรพยาบาลต่อผู้ป่วยอย่างอ่อนโยน ด้วยความรัก ความเอื้ออาทร ความเอาใจใส่ ประารถนาดี และเต็มใจให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย โดยไม่แสดงท่าทีรังเกียจ	3.12	.65
4. ท่านเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสอบถามเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและให้ข้อมูลอย่างตรงไปตรงมา	3.03	.73
5. ท่านให้การยอมรับการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติ ในการจัดการดูแลสุขภาพในระยะสุดท้ายของผู้ป่วย	3.03	.73
6. ท่านเอื้อและเปิดโอกาสให้ครอบครัวหรือบุคคลที่ผู้ป่วยรักมีส่วนร่วมในการดูแลหรือได้อยู่กับผู้ป่วยเป็นการส่วนตัวมากที่สุด	3.02	.70
7. ท่านเข้ามาเยี่ยมเยียน หรือ ถามอาการของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ	2.97	.68
8. ท่านทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณเป็นที่พึ่งพิงให้กับผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยต้องการ เช่น คอยสอบถามว่าผู้ป่วยต้องการให้ช่วยเหลืออะไร ตอบคำถามข้อสงสัยอย่างชัดเจน	2.96	.66
9. ท่านส่งเสริมโดยไม่ขัดขวางเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติศาสนกิจหรือกิจกรรมตามความเชื่อและสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจที่ผู้ป่วยต้องการ	2.96	.73
10. ท่านให้ความเคารพในความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยโดยไม่เปิดเผยร่างกายของผู้ป่วยเกินความจำเป็นขณะที่ให้การพยาบาล	2.96	.72
11. ท่านสนับสนุน และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจทางศาสนาที่ผู้ป่วยนับถือเช่น การทำบุญตักบาตร สวดมนต์ ไหว้พระ อ่านหนังสือธรรมะ อ่านคัมภีร์ ทำละหมาด เป็นต้น	2.96	.73

ตารางที่ 8 (ต่อ)

การดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย (คะแนนเต็ม 4)	<i>M</i>	<i>SD</i>
12. ท่านทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใจ มั่นคง เช่น พูดยกมือให้กำลังใจ อยู่เป็นเพื่อน เป็นต้น	2.95	.72
13. ท่านเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้สัมผัสกับธรรมชาติ ฟังดนตรี ฟังเทศน์ หรือมีเวลาอยู่กับครอบครัว บุคคลที่ผู้ป่วยรักตามต้องการ	2.95	.71
14. ท่านอนุญาตให้สมาชิกในครอบครัวเข้าเยี่ยมตามที่ผู้ป่วยต้องการได้ตลอดเวลา	2.93	.80
15. ท่านเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกหรือความทุกข์และรับฟังอย่างตั้งใจ	2.82	.63
16. ท่านดูแลสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยให้เงียบสงบอยู่เสมอ โดยลดเสียงรบกวนผู้ป่วย เช่น ปิดไฟ ปิดหรือลดเสียงทีวี ไม่พูดคุยเสียงดัง เป็นต้น	2.80	.75
17. ท่านกระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญและคุณค่าในชีวิตของตนเองที่ผ่านมา เช่น ความสำเร็จ ความประทับใจ หรือความภาคภูมิใจ	2.77	.75
18. ท่านค้นหาความต้องการของผู้ป่วยและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับสิ่งที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย	2.75	.73
19. ท่านเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้มีการสั่งลาหรืออโหสิกรรมต่อกันในระยะสุดท้ายของชีวิต	2.74	.76
20. ท่านไม่ทอดทิ้งในยามที่ผู้ป่วยมีความวุ่นวายใจหรือมีความทุกข์ทรมานทางกาย โดยอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย	2.73	.62
21. ท่านช่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสงบสุขทางใจ เช่น การพูดคุยถึงคุณงามความดีของชีวิต การรู้จักปล่อยวาง การรักษาจิตใจให้สงบ เป็นต้น	2.72	.66
22. ท่านช่วยให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายในชีวิต และวางแผนในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับสภาพการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	2.62	.67
23. ท่านให้เวลาผู้ป่วยในการพูดคุยกันเรื่องความเข้าใจในธรรมชาติของชีวิต	2.54	.67
24. ท่านค้นหาสิ่งที่ผู้ป่วยรัก ผูกพัน หรือยึดเหนี่ยวจิตใจ เช่น บุคคล สิ่งของ สัตว์เลี้ยง เป็นต้น	2.49	.81
25. ท่านอยู่กับผู้ป่วยและญาติตลอดเวลาในช่วงที่ผู้ป่วยกำลังจะสิ้นใจ พร้อมทั้งได้สัมผัสและบอกกล่าวให้ผู้ป่วยระลึกถึงสิ่งที่ผู้ป่วยที่นับถือตามความเชื่อทางศาสนา	2.47	.81
26. ท่านได้พูดคุยกับผู้ป่วยเกี่ยวกับเรื่องชีวิตหลังความตาย	2.19	.93
คะแนนเฉลี่ยดูแลด้านจิตวิญญาณโดยรวม (104 คะแนน)	73.83	12.49

ภาคผนวก จ

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

NPar Tests

[DataSet1] D:\Untitled1 วิเคราะห์ข้อมูล palliative care.sav

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		ประสบการณ์ ดูแลศพ
N		112
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	6.61350
	Std. Deviation	5.11202
	Absolute	.091
Most Extreme Differences	Positive	.062
	Negative	-.091
Kolmogorov-Smirnov Z		.961
Asymp. Sig. (2-tailed)		.314

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		ความถี่
N		112
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	21.10055
	Std. Deviation	4.1224
	Absolute	.118
Most Extreme Differences	Positive	.118
	Negative	-.081
Kolmogorov-Smirnov Z		1.247
Asymp. Sig. (2-tailed)		.089

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		การรับรู้
N		112
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	57.1911
	Std. Deviation	9.80258
	Absolute	.120
Most Extreme Differences	Positive	.120
	Negative	-.083
Kolmogorov-Smirnov Z		1.274
Asymp. Sig. (2-tailed)		.078

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		ความเชื่อ
N		112
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	27.3661
	Std. Deviation	4.30586
	Absolute	.094
Most Extreme Differences	Positive	.083
	Negative	-.094
Kolmogorov-Smirnov Z		.997
Asymp. Sig. (2-tailed)		.273

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		การคูณ
N		112
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	73.82614
	Std. Deviation	12.48799
	Absolute	.091
Most Extreme Differences	Positive	.062
	Negative	-.091
Kolmogorov-Smirnov Z		.961
Asymp. Sig. (2-tailed)		.314

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.