

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของ พยาบาลวิชาชีพ

พัชรีย์ พรหมสิงห์* พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

ภาวนา กิริติยุตวงศ์** ปร.ด. (การพยาบาล)

วัลภา คุณทรงเกียรติ*** พย.ด.

บทคัดย่อ

การดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นสิ่งที่พยาบาลวิชาชีพควรให้ความสำคัญและควรพัฒนาศักยภาพของตนในการให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การดูแลด้านจิตวิญญาณ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณ การรับรู้ความสามารถในการดูแลด้านจิตวิญญาณ และความเชื่อเรื่องศาสนา กับ การดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 112 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณ การรับรู้ความสามารถการดูแลด้านจิตวิญญาณ ความเชื่อเรื่องศาสนา และการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติเชิงบรรยาย และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเฉลี่ย 6.61 ปี ร้อยละ 33.90 ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และส่วนใหญ่ได้รับการอบรม 1 วัน คิดเป็นร้อยละ 47.37 คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณ การรับรู้ความสามารถในการดูแลด้านจิตวิญญาณ ความเชื่อเรื่องศาสนา และการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ความเชื่อเรื่องศาสนา ความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณ และการรับรู้ความสามารถในการดูแลด้านจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนประสบการณ์การดูแลด้านจิตวิญญาณ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายควร มีการเตรียมความรู้ มีการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการดูแลด้านจิตวิญญาณ รวมทั้งได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การดูแลด้านจิตวิญญาณ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย พยาบาลวิชาชีพ

*นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

**Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, E-mail: keratiyutawong@gmail.com

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

Factor Associated with Spiritual Care for Terminally Ill Patients of Professional Nurses

Pachcharee Promsing M.N.S. (Adult Nursing)*

*Pawana Keeratiyutanawong** Ph.D. (Nursing)*

*Wanlapa Kunsongkeit** D.N.S.*

Abstract

Spiritual care for terminally ill patients should be emphasized and abilities to provide care for these patients by professional nurses should be developed. This descriptive correlational study examined the relationship among spiritual care's experience, knowledge in spiritual care, perception of ability for spiritual care, religious belief, and spiritual care for terminally ill patients performed by professional nurses. The sample consisted of 112 professional nurses who work in community hospitals. They were recruited by the simple random sampling technique. Instruments were questionnaires enquiring personal data, the spiritual care knowledge, the perception of spiritual care ability, the religious belief, and the spiritual care for terminally ill patients of professional nurses. Descriptive statistics and Pearson's correlation coefficients were employed for data analysis. The results showed that the sample had average experience in caring for terminally ill patients for 6.61 years; 33.90 % of them had been trained in caring for terminally ill patients and 47.37% were one-day training. The average score of spiritual care knowledge, perception of spiritual care ability, religious belief, and spiritual care to terminally ill patients were at a moderate level. Religious belief, spiritual care knowledge, and perception of spiritual care ability of professional nurses had a positive correlation with the spiritual care for terminally ill patients. Spiritual care's experience was not significantly correlated to the spiritual care for terminally ill patients among these professional nurses. The results of this study suggested that nurses who care for terminally ill patients should be prepared knowledge and enhanced their perception of spiritual care ability. Moreover, the nurses should continue to be trained in providing spiritual care for terminally ill patients.

Keywords: Spiritual care, Terminally ill patients, Professional nurses

* Master's Student, Master of Nursing Science Program (Adult Nursing), Faculty of Nursing, Burapha University

**Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University, E-mail: keeratiyutawong@gmail.com

***Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันวิวัฒนาการทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางการแพทย์มีความเจริญก้าวหน้าในการรักษามากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการรักษาด้วยเครื่องมือที่ทันสมัย ช่วยให้ผู้ป่วยมีอายุยืนยาวขึ้น จากข้อมูลของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขในกลุ่มโรคที่มีแนวโน้มการเจ็บป่วยและเสียชีวิตสูง เช่น โรคมะเร็งและโรคเอดส์ พบว่า โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประเทศไทย และมีแนวโน้มสูงขึ้นจาก 43.8 ในปี พ.ศ. 2540 เป็น 98.5 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2555 เช่นเดียวกับผู้ติดเชื้อเอดส์ มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์รายใหม่ในปี พ.ศ. 2557 จำนวน 29,000 ราย และจำนวนผู้ป่วยเอดส์ในขั้นรุนแรง ที่ต้องการการรักษาพยาบาลจำนวน 55,000 ราย¹ ซึ่งในที่สุดการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะประคับประคองและระยะสุดท้าย ส่งผลให้ความต้องการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะในสุดท้ายเพิ่มสูงขึ้น ดังนั้นการเตรียมความพร้อมของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะสุดท้ายและครอบครัวให้มีคุณภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญ

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นมิติใหม่ที่ทำหยาบบาทของพยาบาล เนื่องจากการดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีจะต้องดูแลแบบองค์รวม ไม่สามารถแบ่งแยกเป็นส่วน ๆ ได้ เพราะบุคคลประกอบไปด้วยร่างกายจิตใจอารมณ์สังคม และจิตวิญญาณ² พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องมีความสามารถทางการพยาบาลที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ แต่จากการศึกษาพบว่า การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมุ่งรักษาและดูแลเฉพาะด้านร่างกายเป็นสำคัญ โดยให้ความสำคัญกับการดูแลด้านอื่น ๆ โดยเฉพาะด้านจิตวิญญาณน้อย ซึ่งความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นมิติที่สำคัญไม่น้อยไปกว่าการดูแลด้านร่างกาย³ และดาวดี และเครบทรี่⁴ ได้กล่าวว่า ถึงแม้

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่ต้องการยาหรือการรักษาเพื่อให้หายจากโรค แต่ผู้ป่วยยังต้องการความสนใจ ความเอาใจใส่ และการช่วยเหลือเพื่อเผชิญกับความทุกข์ทรมาน ความเจ็บปวด และความตาย จากการศึกษพบว่า ร้อยละ 57 ของพยาบาลไม่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้านจิตวิญญาณ และพยาบาลยังขาดความรู้ ความสามารถ ไม่สามารถตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้^{5,6}

จากทฤษฎีของโอเร็ม⁷ กล่าวว่า ความสามารถทางการพยาบาล (nursing agency) หมายถึง พลังความสามารถที่พยาบาลใช้ในการช่วยเหลือบุคคลที่พร้อมในการดูแลตนเอง ทั้งด้านที่เป็นสสาร (material) และพลังงาน (energy) ซึ่งสสารและพลังงานเหล่านี้มีความจำเป็นมากสำหรับการดำรงภาวะสุขภาพของเขาเหล่านั้น ความสามารถทางการพยาบาล เป็นพลังความสามารถที่ไม่หยุดนิ่ง (dynamic system) สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเอง (self care agency) สอดคล้อง และเหมาะสมกับความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น (therapeutic self care demand) ของแต่ละบุคคล สามารถพัฒนาระบบการดูแลตนเองให้มีคุณภาพสอดคล้องกับสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งความสามารถทางการพยาบาลเป็นการผสมผสานความสามารถของพยาบาลที่เกิดขึ้นจากการได้รับความรู้ และมีประสบการณ์ที่เฉพาะเจาะจงในสถานการณ์จริง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพดังนี้

ประสบการณ์การดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพจะช่วยบอกถึงความสามารถในการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งโอเร็ม⁷ อธิบายว่า ประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลเป็นปัจจัยหนึ่งที่กำหนดระดับของความเชี่ยวชาญทางการพยาบาล สอดคล้องกับเบนเนอร์⁸ ที่กล่าวว่า พยาบาลที่มีจำนวนปีหรือมีระยะเวลาในการ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยมาก ความสามารถในการปฏิบัติงานก็จะสูงไปด้วย ซึ่งการศึกษาของศิริวรรณ วรรณศิริ⁹ พบว่า ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานมีผลต่อการดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณของพยาบาล สอดคล้องกับผลการศึกษาของอารีญา ด่านผาทอง¹⁰ ที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานด้านการพยาบาลมาก มีการรับรู้พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเอื้ออาทรสูงกว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานด้านการพยาบาลน้อย

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณ พยาบาลวิชาชีพจะต้องมีพื้นฐานของความรู้เฉพาะและความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยและมีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง⁷ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าพยาบาลที่ได้รับการเตรียมความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความวิตกกังวลลดลงและมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายดีกว่าพยาบาลที่ไม่ได้รับการเตรียมความรู้¹¹ สอดคล้องกับการศึกษาของชอตตัน¹² อธิบายว่า พยาบาลที่มีความมุ่งมั่นในการที่จะพัฒนาตนเองทั้งด้านความรู้และทักษะโดยเข้ารับการอบรมอย่างต่อเนื่องจะทำให้พยาบาลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพ

การรับรู้ความสามารถในการดูแลด้านจิตวิญญาณ เป็นการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการกระทำของตนเองว่าให้การปฏิบัติพยาบาลอยู่ระดับใด ประกอบด้วย ด้านการสื่อสาร ด้านความคิดและความทรงจำ ด้านการกระตุ้นประสาทการรับรู้และด้านศาสนา ในการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย การศึกษาของคูฟิโลมากี¹³ เรื่องการประคับประคองมิติจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายพบว่า พยาบาลขาดทักษะในการดูแลมิติจิตวิญญาณและสมรรถนะร้อยละ 75

ความเชื่อเรื่องศาสนาของพยาบาลวิชาชีพ เป็นความรู้สึกละม้ายอมรับ ความศรัทธา ในเรื่องศาสนาของ

พยาบาลวิชาชีพ การที่พยาบาลวิชาชีพมีความเชื่อและมีการปฏิบัติในเรื่องศาสนาจะช่วยให้ยอมรับและสามารถตอบสนองความต้องการความทุกข์ทรมานทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้¹⁴ จากการศึกษาของวิชัยและวรรณกรรมที่ผ่านมา ผู้วิจัยยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อเรื่องศาสนาของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การศึกษาเกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศเช่น เบคสเตรนและเคร์ทซอพอฟี¹⁵ ได้สำรวจพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 864 ราย พบว่า พฤติกรรมการดูแลที่มีความถี่สูงสุดคือ เปิดโอกาสให้ครอบครัวได้อยู่กับผู้ป่วยตามลำพัง ในสถานที่ที่จัดเตรียมไว้ให้สำหรับผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะสุดท้ายแห่งชีวิตอย่างสงบ และการศึกษาของวงและเยา¹⁶ ได้ศึกษาประสบการณ์ในการดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาล ในเกาะฮ่องกง พบว่า อุปสรรคของการดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาล ได้แก่ การขาดความรู้ ทักษะ ขาดแหล่งสนับสนุน/ปรึกษา และความแตกต่างด้านวัฒนธรรมของผู้ป่วย และสำหรับในประเทศไทย ส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยและญาติ เช่น การศึกษาของอนงค์ภิบาล¹⁷ ได้ศึกษาความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณและการได้รับการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยไทยมุสลิมระยะสุดท้าย ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า ถึงแม้ผู้ป่วยและญาติจะรับรู้ได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณในระดับสูง แต่พยาบาลยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามความต้องการได้ และการศึกษาของกนกกร กองจันทร์¹⁸ ได้ศึกษาความผูกพันทางด้านจิตวิญญาณและความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยวิกฤต พบว่า ผู้ป่วยภาวะวิกฤตมีความผูกพันทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง และมี

ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้ไปเป็นแนวทางในวางแผนเตรียมพยาบาลวิชาชีพให้มีความรู้ความสามารถในการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้มีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแลด้านจิตวิญญาณ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณ การรับรู้ความสามารถในการดูแลด้านจิตวิญญาณ ความเชื่อเรื่องศาสนา และการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย ประสบการณ์การดูแลด้านจิตวิญญาณ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณ การรับรู้ความสามารถในการดูแลด้านจิตวิญญาณ และความเชื่อเรื่องศาสนา

สมมติฐานของการวิจัย

ประสบการณ์การดูแลด้านจิตวิญญาณ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณ การรับรู้ความสามารถในการดูแลด้านจิตวิญญาณ และความเชื่อเรื่องศาสนา มีความสัมพันธ์กับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ

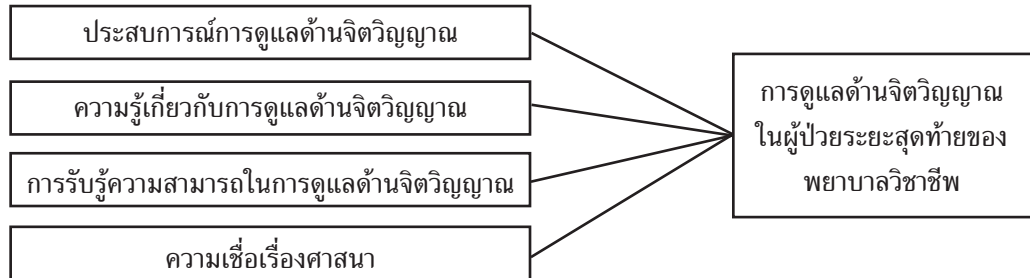
กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม⁷ โดยใช้โมเดลทัศนความสามารถทางการพยาบาล (nursing agency) ซึ่งโอเร็ม⁷ กล่าวว่า

การพยาบาลเป็นศาสตร์แห่งการปฏิบัติที่พยาบาลให้การช่วยผู้ป่วยที่มีความพร่องในการดูแลตนเอง ช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง (self care agency) ให้ผู้ป่วยและช่วยตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น (therapeutic self care demand) ของผู้ป่วย โดยความสามารถของพยาบาลได้มาจากการศึกษา และฝึกปฏิบัติในศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล การที่พยาบาลจะปฏิบัติดูแลหรือมีความสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้นั้นจะต้องเป็นผู้มีประสบการณ์ ความรู้ ความสามารถ มีความเชี่ยวชาญ มีความปรารถนาดีที่จะให้การดูแล และมีความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเป็นอย่างดี โดยพยาบาลสามารถให้การดูแลครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ โดยเฉพาะด้านจิตวิญญาณมีความสำคัญมากขึ้นตามระยะของโรค¹⁹ ซึ่งในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายพยาบาลวิชาชีพต้องมีความสามารถ คือ 1) ดูแลการรักษาเฉพาะโรค (curative/disease-modifying therapy) 2) ดูแลแบบประคับประคองหรือการดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์ (palliative care) 3) ดูแลช่วงสุดท้ายของชีวิต (last weeks of life) และ 4) ดูแลหลังความตาย (family bereavement care) ซอดตัน¹² พบว่า พยาบาลที่มีความมุ่งมั่นในการที่จะพัฒนาตนเองทั้งด้านความรู้และทักษะ โดยเข้ารับการอบรมอย่างต่อเนื่องจะทำให้พยาบาลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพ

จากแนวคิดความสามารถทางการพยาบาลของโอเร็ม ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาปัจจัยที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ ประสบการณ์การดูแลด้านจิตวิญญาณ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณ การรับรู้ความสามารถในการดูแลด้านจิตวิญญาณ และความเชื่อเรื่องศาสนาของพยาบาลวิชาชีพ ดังแสดงในแผนภาพที่ 1

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlation research)

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 9 โรงพยาบาล ในจังหวัดชลบุรี จำนวน 155 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน และเป็นผู้มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างน้อย 1 ราย โดยปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดชลบุรี และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากสูตรของยามานะ²⁰ ได้จำนวน 112 ราย แล้วคำนวณสัดส่วนจำนวนของกลุ่มตัวอย่างจากแต่ละโรงพยาบาล เมื่อได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยทำการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยผู้วิจัยการนำรายชื่อพยาบาลวิชาชีพของแต่ละหอผู้ป่วยในแต่ละโรงพยาบาลมารวมกัน แล้วจับฉลากรายชื่อพยาบาลวิชาชีพให้ได้ตามจำนวนสัดส่วนที่คำนวณได้ในแต่ละโรงพยาบาล ระยะเวลาการเก็บข้อมูลตั้งแต่ เดือนเมษายน พ.ศ. 2558 ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2558

เครื่องมือในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำไป

ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (content validity index [CVI]) ของแบบสอบถาม โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะสุดท้าย จำนวน 5 ท่าน และนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาแล้ว ทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 20 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 5 แบบสอบถามดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ หอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ประสบการณ์การดูแลด้านจิตวิญญาณ การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับกิจกรรมทางศาสนา

2. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณ เป็นแบบสอบถามที่ประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีจำนวน 31 ข้อ การตอบ เป็นแบบเลือกตอบ ถูก = 1 คะแนน ผิดหรือไม่แน่ใจ = 0 คะแนน คะแนนรวมที่เป็นไปได้ 0-31 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณมาก คะแนนน้อย หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณน้อย มีความตรงด้านเนื้อหาเท่ากับ .94 คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของ

เครื่องมือ ด้วยการใช้สูตรคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (Kuder Richardson 20) ได้เท่ากับ .79 ในกลุ่มตัวอย่าง 112 ราย ได้เท่ากับ .84

3. แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการดูแลด้านจิตวิญญาณ เป็นการประเมินการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถในการกระทำของตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประเมินโดยแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการดูแลด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีจำนวน 23 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ด้านการสื่อสาร จำนวน 10 ข้อ 2) ด้านความคิดและความทรงจำ จำนวน 6 ข้อ 3) ด้านการกระตุ้นประสาทการรับรู้ จำนวน 3 ข้อ และ 4) ด้านศาสนาจำนวน 4 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุดได้ 4 คะแนน จนถึงน้อยที่สุดได้ 0 คะแนน คะแนนรวมที่เป็นไปได้ 0-92 คะแนน มีความตรงด้านเนื้อหาเท่ากับ 1 คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยการใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .96 และในกลุ่มตัวอย่าง 112 ราย ได้ค่าเท่ากับ .94

4. แบบสอบถามความเชื่อเรื่องศาสนาของพยาบาลวิชาชีพ เป็นการประเมินความรู้สึกรับ ความศรัทธา ในเรื่องศาสนาของพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีจำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุดได้ 4 คะแนน จนถึงน้อยที่สุดได้ 0 คะแนน คะแนนรวมที่เป็นไปได้ 0-40 คะแนน มีความตรงด้านเนื้อหาเท่ากับ 1 คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยการใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .86 และในกลุ่มตัวอย่าง 112 ราย ได้ค่าเท่ากับ .89

5. แบบสอบถามการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ เป็นการประเมิน

กิจกรรมหรือพฤติกรรมที่พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีจำนวน 26 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ด้านการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความหวัง กำลังใจ จำนวน 8 ข้อ 2) ด้านการค้นหาเป้าหมายและสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจ จำนวน 6 ข้อ 3) ด้านการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้อยู่กับบุคคลหรือสิ่งของที่ผู้ป่วยผูกพันในระยะสุดท้ายของชีวิต จำนวน 6 ข้อ และ 4) ด้านการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามความเชื่อ ความศรัทธาที่ผู้ป่วยนับถือจำนวน 6 ข้อ แบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเป็นประจำได้ 4 คะแนน จนถึงไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลยได้ 0 คะแนน คะแนนรวมที่เป็นไปได้คือ 0-104 คะแนน มีความตรงด้านเนื้อหาเท่ากับ 1 คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ด้วยการใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .97 และในกลุ่มตัวอย่าง 112 ราย ได้ค่าเท่ากับ .95

แบบสอบถามที่ 2-5 การแปลผลคะแนนโดยพิจารณาตามเกณฑ์ของบลูม²¹ โดยนำคะแนนทุกข้อมารวมกัน มีการแปลงคะแนนคำนวณเป็นค่าเฉลี่ยร้อยละ และมีเกณฑ์กำหนดระดับ ดังนี้ คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 หมายถึง ระดับดี คะแนนระหว่างร้อยละ 60-80 หมายถึง ระดับปานกลาง และคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 หมายถึง ระดับต่ำ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เลขที่ 05-03-2558 และได้รับ อนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ศึกษาให้ทำเนิ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ

การวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่ได้รับ การเข้าร่วมงานวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจและสามารถถอนตัวออกจากการเข้าร่วมงานวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงาน ข้อมูลที่ได้ถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณะกรรมการจริยธรรมมหาวิทยาลัยบูรพา ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยใน เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาล และหัวหน้าแผนกผู้ป่วยในเพื่อชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย

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

3. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อพยาบาลวิชาชีพในแต่ละโรงพยาบาลตามคุณสมบัติที่กำหนด และทำการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลากรายชื่อพยาบาลวิชาชีพให้ได้ตามจำนวนที่คำนวณได้ในแต่ละโรงพยาบาล

4. เมื่อได้รายชื่อครบตามจำนวนที่ต้องการ ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างโดยแนะนำตัวอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล วิธีการตอบแบบสอบถาม พร้อมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่าง

ตอบแบบสอบถามในห้องที่ผู้วิจัยจัดเตรียมไว้จำนวน 5 แบบสอบถาม

5. ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยรับแบบสอบถามคืนภายหลังจากกลุ่มตัวอย่างทำเสร็จ ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ก่อนนำไปประมวลผลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (descriptive statistics) และสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation) ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน โดยตัวแปรทุกตัวอยู่ในมาตราอัตราส่วน มีความเป็นอิสระต่อกัน และทดสอบด้วยสถิติโคลโมโกรอฟ-สเมียร์นอฟ (Kolmogorov Sminov Test) พบว่าการแจกแจงของข้อมูลเป็นแบบปกติ

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดชลบุรี จำนวน 112 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุตั้งแต่ 23-54 ปี เฉลี่ย 33.38 ปี (SD = 7.81, Mode = 28) นับถือศาสนาพุทธ และจบการศึกษาปริญญาตรีทุกคน ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพตั้งแต่ 1-29 ปี เฉลี่ย 10.60 ปี (SD = 7.37, Mode = 5) โดยพบในช่วง 1-5 ปี มากที่สุด มีประสบการณ์ในการดูแลด้านจิตวิญญาณ ตั้งแต่ 1-27 ปี เฉลี่ย 6.61 ปี (SD = 5.11, Mode = 5) ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายร้อยละ 66.10 ส่วนกลุ่มที่ได้รับการอบรมจำนวนวันที่อบรมสูงสุดคือ 6 วันมีเพียง 2 คน (ร้อยละ 5.26) และได้รับการอบรม 1 วันมากที่สุด (ร้อยละ 47.37) กลุ่มตัวอย่างเป็นคณะกรรมการเกี่ยวกับการ

ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลร้อยละ 18.80 ส่วนใหญ่มีการทำกิจกรรมที่ส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายร้อยละ 86.60 โดยกิจกรรมที่ทำมากที่สุดได้แก่ ใส่บาตร ร้องลงมา สวดมนต์ น้อยที่สุดคือ การเปิดเพลงธรรมะให้ผู้ป่วยฟัง และพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับกิจกรรมทางศาสนา โดยนั่งสมาธิมากที่สุด รองลงมาคือ เข้าอบรมการปฏิบัติธรรม น้อยที่สุดคือ ฟังธรรมะ

คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณ ความเชื่อเรื่องศาสนาของพยาบาลวิชาชีพ และการรับรู้ความสามารถในการดูแลด้านจิตวิญญาณโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้

เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณเท่ากับ 21.10 (SD = 4.12) มีคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 68.06 มีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อเรื่องศาสนาเท่ากับ 27.37 (SD = 4.31) มีคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 68.42 คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการดูแลด้านจิตวิญญาณเท่ากับ 57.19 (SD = 9.80) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ด้านการสื่อสารมีคะแนนเฉลี่ยร้อยละสูงสุด (Mean% = 67.35) รองลงมาคือ ด้านการกระตุ้นประสาทการรับรู้ (Mean% = 61.67) ด้านความคิดและความทรงจำ (Mean% = 57.87) และด้านศาสนา (Mean% = 56) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าพิสัย คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าเฉลี่ยร้อยละของความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณ ความเชื่อเรื่องศาสนาและการรับรู้ความสามารถในการดูแลด้านจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่าง (N = 112)

ตัวแปร	พิสัย		Mean	SD	Mean %	การแปลผล
	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่เป็นจริง				
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณ	0-31	4-27	21.10	4.12	68.06	ปานกลาง
ความเชื่อเรื่องศาสนา	0-40	19-40	27.37	4.31	68.42	ปานกลาง
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	

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 73.83 (SD = 12.49) เมื่อพิจารณาทางด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างให้การดูแลด้านการส่งเสริมให้ได้ปฏิบัติตามความเชื่อ ความศรัทธาที่ผู้ป่วยนับถือมีคะแนนเฉลี่ยร้อยละสูงสุด (Mean% = 68.75) รองลง

มาคือ ด้านการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความหวังกำลังใจ (Mean% = 67.35) ด้านการค้นหาเป้าหมายและสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจ (Mean% = 67.29) และด้านการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้อยู่กับบุคคลหรือสิ่งของที่ผู้ป่วยผูกพันในระยะสุดท้ายของชีวิต (Mean% = 64.33) ตามลำดับดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าพิสัย คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าเฉลี่ยร้อยละของการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของกลุ่มตัวอย่าง (N = 112)

ตัวแปร	พิสัย		M	SD	Mean %	การแปลผล
	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่เป็นจริง				
การดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย	0-104	45-104	73.83	12.49	70.99	ปานกลาง
1. ด้านการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามความเชื่อ ความศรัทธาที่ผู้ป่วยนับถือ	0-24	8-24	16.50	3.33	68.75	
2. ด้านการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความหวังกำลังใจ	0-32	14-32	23.78	4.28	67.35	
3. ด้านการค้นหาเป้าหมาย และสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจ	0-24	8-24	16.15	3.09	67.29	
4. ด้านการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้อยู่กับบุคคลหรือสิ่งของที่ผู้ป่วยผูกพันในระยะสุดท้าย ของชีวิต	0-24	8-24	17.37	3.51	64.33	

เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา พบว่า ความเชื่อเรื่องศาสนาของพยาบาลวิชาชีพ การรับรู้ความสามารถการดูแลด้านจิตวิญญาณ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .55, .54, p < .001$

ตามลำดับ) และความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .23, p = .01$) ส่วนประสมการการดูแลด้านจิตวิญญาณพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ($r = .10, p = .28$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เลือกสรรกับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของกลุ่มตัวอย่าง (N = 112)

ตัวแปร	การดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย	
	r	p-value
1. ความเชื่อเรื่องศาสนา	.55	< .001
2. การรับรู้ความสามารถการดูแลด้านจิตวิญญาณ	.54	< .001
3. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณ	.23	.01
4. ประสบการณ์การดูแลด้านจิตวิญญาณ	.10	.28

อภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ในการดูแลด้านจิตวิญญาณ ตั้งแต่ 1–27 ปี เฉลี่ย 6.61 ปี ผลการวิจัยอธิบายว่า ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ดูแลด้านจิตวิญญาณ เฉลี่ย 6.61 ปี ได้รับการอบรมความรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณระยะเวลาสั้นๆ แต่ผลการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องจากบางครั้งประสบการณ์ของกลุ่มตัวอย่างอาจได้มาจากการสังเกตตนเอง หรือจากสิ่งแวดล้อมภายในครอบครัว หรือสังคมจึงนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณ คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องจากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ในการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย เฉลี่ย 6.61 ปี และร้อยละ 33.90 ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และส่วนใหญ่ได้รับการอบรม 1 วัน จึงส่งผลทำให้กลุ่มตัวอย่างพร่องความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งไม่เป็นไปตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข ที่กำหนดให้พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ต้องผ่านการอบรมหลักสูตรระยะสั้นการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ระยะเวลาการอบรมไม่น้อยกว่า 3 วัน

ส่วนพยาบาลวิชาชีพที่ต้องรับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยประคับประคองโดยตรง จะต้องผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ระยะเวลา 4 เดือน²² ทั้งนี้เนื่องจากนโยบายของผู้บริหารที่จะส่งเฉพาะผู้ที่รับผิดชอบหลักเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเข้ารับการอบรมเป็นลำดับแรกก่อน และด้วยภาระงานรวมทั้งข้อจำกัดด้านอัตรากำลังของพยาบาลวิชาชีพ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่ได้ผ่านการอบรมตามเกณฑ์ทุกคน รวมทั้งการจัดการอบรมเกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณมีน้อย โดยการจัดอบรมระยะเวลาส่วนใหญ่มีการจัดระยะเวลาหลักสูตร 1–3 วัน ส่วนการจัดหลักสูตรมากกว่า 5 วันหรือระยะสั้น 4 เดือนมีน้อย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จึงได้รับการอบรม 1 วันมากที่สุด และจากประสบการณ์การอบรมของผู้วิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ผ่านมาพบว่า สัดส่วนเนื้อหาการอบรมส่วนใหญ่จะเกี่ยวกับการดูแลด้านกาย ด้านการจัดการความปวดมากกว่าการดูแลด้านจิตวิญญาณ เช่นการอบรม 3 วัน จะมีเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณและการฝึกปฏิบัติประมาณ 3 ชั่วโมง ซึ่งการอบรมเพิ่มเติม จะเป็นการเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้

ผลการศึกษาสอดคล้องกับที่ โอเร็ม⁷ กล่าวว่า การพัฒนาที่ตัวพยาบาลเองมีความจำเป็นและสำคัญเนื่องจากพยาบาลวิชาชีพจะสามารถช่วยเหลือ ดูแล

ผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลวิชาชีพจึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ในเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแล เพื่อให้เกิดคุณภาพในการดูแล และกิตติกร นิลมานันต์¹⁴ ได้กล่าวว่า ความรู้เป็นสมรรถนะพื้นฐานทางคลินิกที่สำคัญสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการศึกษาของเฟอร์เรลล์และคณะ²³ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล พบว่าพยาบาลร้อยละ 72 ที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้มีประสิทธิภาพมากกว่าพยาบาลที่ไม่ผ่านการอบรม เช่นเดียวกับการศึกษาของคูฟีโลมากี¹³ ที่พบว่าการสนับสนุนด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเต็มหลักสูตร จะให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าพยาบาลที่ได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 1-2 ชั่วโมง นอกจากนี้ ผลการศึกษาของชนิตฐา หาญประสิทธิ์คำ อัจฉริยา ปทุมวัน สมทรง จุไรทัศน์ย์ และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช²⁴ พบว่า โครงการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล สามารถเพิ่มความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้

การรับรู้ความสามารถในการดูแลด้านจิตวิญญาณ คณะนเรญ์การรับรู้ความสามารถการดูแลด้านจิตวิญญาณโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ความสามารถด้านการสื่อสารมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านการกระตุ้นประสาทการรับรู้ด้านความคิดและความทรงจำ และด้านศาสนา อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการเรียนรู้และฝึกฝนทักษะการสื่อสารจากการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ ด้วยเหตุนี้กลุ่มตัวอย่างจึงรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถ มีทักษะจึงสามารถให้การดูแลทางด้านจิตวิญญาณด้านการสื่อสารได้ดี เพราะการสื่อสารเป็นสิ่งจำเป็นในการให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรคและอาการที่เป็นอยู่สามารถ

ทำให้ผู้ป่วยและญาติบรรเทาความทุกข์ได้ ซึ่งการสื่อสารให้ได้ทราบข้อมูล เป็นบทบาทสำคัญยิ่งของพยาบาล ดังนั้นพยาบาลควรต้องตื่นตัวกับการฝึกทักษะการสื่อสาร การมีสัมพันธภาพกับผู้ป่วย เนื่องจากการฝึกทักษะเป็นการเพิ่มโอกาสให้พยาบาลได้พัฒนาตนเอง สามารถมาปรับใช้กับการดูแลผู้ป่วยและญาติได้ และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติได้รับการตอบสนองที่ตรงตามความต้องการ^{25,26}

ความเชื่อเรื่องศาสนา คณะนเรญ์ความเชื่อเรื่องศาสนาของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ มีความเชื่อศาสนาเป็นสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ เป็นที่พึ่งทางใจ และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนายังช่วยให้จิตใจสงบและสามารถบรรเทาความทุกข์ได้ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างดูแลด้านจิตวิญญาณได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของศิริวรรณ วรรณศิริ⁹ พบว่า ความเชื่อเรื่องศาสนาของพยาบาลวิชาชีพ มีความสำคัญสำหรับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย นอกจากนี้ความเชื่อเรื่องศาสนาเป็นแหล่งเกื้อหนุนที่สำคัญที่สุดในการเพิ่มความเข้มแข็งและสนับสนุนต่อผู้ป่วยเมื่อต้องเผชิญกับความตาย ศาสนาที่ต่างกันจะมีมุมมองและอธิบายความตายที่ต่างกัน ส่วนการฝึกเจริญสติอย่างต่อเนื่อง และสามารถนำมาสอนญาติและผู้ป่วยระยะสุดท้าย กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนต่ำสุด อาจเนื่องจากการฝึกเจริญสติเป็นความสนใจส่วนบุคคลและการฝึกเจริญสติต้องอาศัยการฝึกปฏิบัติ และฝึกฝนจึงจะสามารถปฏิบัติได้ดีและนำมาสอนผู้อื่นได้ และการเจริญสติต้องใช้ระยะเวลาในการปฏิบัติจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ถึงความสามารถในการสอนการฝึกเจริญสติแก่ญาติและผู้ป่วยระยะสุดท้ายน้อย

การดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ คณะนเรญ์การดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวมอยู่ในระดับ

ปานกลาง พบว่า กลุ่มตัวอย่างให้การดูแลด้านการส่งเสริมให้ได้ปฏิบัติตามความเชื่อ ความศรัทธาที่ผู้ป่วยนับถือมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด รองลงมา คือ ด้านการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความหวัง กำลังใจ ด้านการค้นหาเป้าหมายและสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจ และด้านการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้อยู่กับบุคคลหรือสิ่งของที่ผู้ป่วยผูกพันในระยยะสุดท้ายของชีวิต ตามลำดับ สามารถอภิปรายได้ว่าการดูแลด้านการส่งเสริมให้ได้ปฏิบัติตามความเชื่อ ความศรัทธาที่ผู้ป่วยนับถือเป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้ง่าย ซึ่งส่วนใหญจะเป็นการให้คำแนะนำให้ญาติมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ ด้านการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความหวัง กำลังใจ กลุ่มตัวอย่างให้การดูแลน้อยสุดในด้านนี้คือ ได้พูดคุยกับผู้ป่วยเกี่ยวกับเรื่องชีวิตหลังความตาย ช่วยให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายในชีวิต และวางแผนในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับสภาพการเจ็บป่วยในปัจจุบัน อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จึงทำให้ยังไม่มีความรู้ความเข้าใจที่ลึกซึ้งเกี่ยวกับความหมายของชีวิตและความตายอย่างถ่องแท้จึงทำให้ไม่สามารถดูแลได้อย่างเหมาะสม

ด้านการค้นหาเป้าหมายและสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจ กลุ่มตัวอย่างให้การดูแลน้อย คือเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้มีการสั่งลาหรืออโหสิกรรมต่อกันในระยยะสุดท้ายของชีวิต ดูแลสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยให้เงียบสงบอยู่เสมอโดยลดเสียงรบกวนผู้ป่วย อาจเนื่องจากหอผู้ป่วยพื้นที่คับแคบ ไม่สามารถที่จะจัดแบ่งโซนให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยเฉพาะ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องพักรวมกับผู้ป่วยทั่วไป ดังนั้นจึงไม่สะดวกที่จะจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้มีการสั่งลาหรืออโหสิกรรมต่อกันในระยยะสุดท้ายของชีวิต และด้านการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้อยู่กับบุคคลหรือสิ่งของที่ผู้ป่วยผูกพันในระยยะสุดท้ายของชีวิต กลุ่มตัวอย่างให้การดูแลน้อยสุดในด้านนี้คือให้ความเคารพในความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยโดยไม่เปิดเผยร่างกายของผู้ป่วยเกินความจำเป็นขณะที่ให้การพยาบาล และ

อยู่กับผู้ป่วยและญาติตลอดเวลาในช่วงที่ผู้ป่วยกำลังจะสิ้นใจ พร้อมทั้งได้สัมผัสและบอกกล่าวให้ผู้ป่วยระลึกถึงสิ่งที่ผู้ป่วยนับถือตามความเชื่อทางศาสนา อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างไม่คุ้นเคยกับการปฏิบัติดูแลในระยยะที่ผู้ป่วยกำลังจะสิ้นใจ พร้อมทั้งยังไม่มีความเข้าใจเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย และมองว่าช่วงเวลา que ผู้ป่วยกำลังจะสิ้นใจ ควรจะเป็นเวลาสำหรับญาติและครอบครัวที่จะได้กล่าวลาและอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากกว่าจะต้องมีพยาบาลเข้าไปร่วมด้วย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยความเชื่อเรื่องศาสนาของพยาบาลวิชาชีพ การรับรู้ความสามารถในการดูแลด้านจิตวิญญาณ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอภิปรายได้ว่า การที่พยาบาลวิชาชีพมีความเชื่อ ยอมรับศรัทธา และมีความรู้ความเข้าใจศาสนาที่ผู้ป่วยนับถือ จะทำให้พยาบาลวิชาชีพทำความเข้าใจและยอมรับภูมิหลังของผู้ป่วยเรื่องความเชื่อเรื่องศาสนา และสามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเหมาะสม นอกจากนี้การรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถมีทักษะการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ก็เป็นสิ่งที่สำคัญ ที่ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความมั่นใจสามารถให้การดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้

ส่วนความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอภิปรายได้ว่า นอกจากความเชื่อเรื่องศาสนาของพยาบาลวิชาชีพ การรับรู้ความสามารถการดูแลด้านจิตวิญญาณ มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแล้ว ความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณมีความสำคัญในการดูแลด้านจิตวิญญาณ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ

ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของคูฟิโลมา¹³ ศึกษาการสนับสนุนด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลพบว่า พยาบาลร้อยละ 54 มีความเห็นว่า ทักษะ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับประสิทธิภาพในการสนับสนุนด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ส่วนประสบการณ์การดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ สามารถอธิบายได้ว่าถึงแม้กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นระยะเวลา นาน แต่ก็ไม่ได้สัมพันธ์กับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย อาจเนื่องมาจากพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่นานกว่าแต่เป็นการดูแลเหมือนกับผู้ป่วยปกติทั่วไป เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพร้อยละ 66.10 ไม่ได้รับการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือพยาบาลที่ได้รับการอบรมเพียง 1 วันสูงถึงร้อยละ 47.37 ดังนั้นถึงแม้จะทำงานมาเป็นเวลานาน แต่ทักษะความสามารถในการดูแลด้านจิตวิญญาณ ไม่ได้พัฒนาเพิ่มขึ้น จึงทำให้ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่สัมพันธ์กับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ สอดคล้องกับผลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลเอื้ออาทรของพยาบาลไทยในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของสุภาพร ดาวดี²⁷ พบว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 10 ปี ยังต้องการพัฒนาทักษะการดูแลอย่างเอื้ออาทรต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้านจิตวิญญาณ การสื่อสาร และทักษะการเผชิญอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัว

จากผลการศึกษาพบว่า ผลการวิจัยสนับสนุนทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม⁷ มโนทัศน์ความ

สามารถทางการพยาบาลบางส่วน ที่กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถทางการพยาบาลว่า พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ต้องมีความรู้ที่จำเป็น มีความเชี่ยวชาญสามารถปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตวิญญาณได้ดี มีความสามารถในทักษะในด้านต่างๆ ที่จำเป็น ได้แก่ ทักษะด้านการสื่อสาร ด้านความคิดและความทรงจำ ด้านการกระตุ้นประสาทการรับรู้ และด้านศาสนาในการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งทักษะเหล่านี้เกิดจากการใช้องค์ความรู้ที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ มีแรงจูงใจที่แน่วแน่ และมีความปรารถนาที่จะให้การดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย สอดคล้องกับ สภาการพยาบาลของประเทศสหรัฐอเมริกา ได้กำหนดสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งประกอบด้วย ทักษะที่เชี่ยวชาญในการประเมินสภาพผู้ป่วย การคิดอย่างมีวิจารณญาณ การมีความรู้ และทักษะในศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยในระยะสุดท้าย²⁸ และประเทศไทย สภาการพยาบาล ได้กำหนดสมรรถนะพื้นฐานที่สำคัญสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้ 5 สมรรถนะ¹⁴ คือ 1) สมรรถนะทางคลินิก หมายถึง ความรู้ ทักษะ และความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลและการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2) สมรรถนะทางวัฒนธรรม หมายถึง ความรู้และประสบการณ์ส่วนบุคคลเกี่ยวกับความเชื่อ และพฤติกรรมความหลากหลายทางวัฒนธรรม 3) สมรรถนะทางจริยธรรม หมายถึง ความรู้ ทศนคติ และทักษะทางจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 4) สมรรถนะทางจิตวิญญาณ หมายถึง ทักษะและการปฏิบัติเพื่อให้เกิดความเข้าใจตัวตนที่แท้จริงที่อยู่ภายในของผู้ป่วยและสามารถตอบสนองความต้องการที่เป็นหนึ่งเดียวของผู้ป่วยระยะสุดท้าย และ 5) สมรรถนะทางการสื่อสาร หมายถึง ความรู้ทักษะ ในการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลวิชาชีพควรฝึกตนเองในการพัฒนา ด้านจิตวิญญาณ ความเชื่อ ความศรัทธาการปฏิบัติตาม หลักศาสนาอย่างต่อเนื่อง และนำประสบการณ์ดังกล่าว มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติ

2. หน่วยงานหรือองค์กรควรส่งเสริมให้พยาบาล วิชาชีพเข้าร่วมอบรมเกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณ ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย การฝึกทักษะต่าง ๆ เช่น ทักษะ ด้านสังคม สัมพันธภาพทางด้านบุคคล ทักษะทางการ พยาบาล ทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับการสะท้อนคิด การ กระตุ้นและค้นหาสิ่งที่ยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจ เพื่อ เพิ่มพูนความรู้ความสามารถ ทักษะให้พยาบาลวิชาชีพ และนำมาพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในการดูแลด้าน จิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

3. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ผู้วิจัยควร

3.1 ศึกษาความต้องการปัญหาอุปสรรคของ พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะ สุดท้ายโดยงานวิจัยเชิงคุณภาพ

3.2 พัฒนาแนวทางการปฏิบัติการดูแลด้าน จิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โดยผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการดูแล

เอกสารอ้างอิง

- Ministry of Public Health. Statistical Thailand 2013: Bureau of policy and strategy, Ministry of Public Health. Nontaburi: Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health; 2013. (in Thai)
- Narayanasamy A. Nurses' awareness and educational preparation in meeting their patient's spiritual needs. Nurse Educ Today. 1993;13:196-201.
- Sulmasy, D. P. A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. GSA. 2003;4(3): 24-33.
- Daodee S, Crabtree K. Development of an instrument to measure Thai nurses' caring behaviors for dying patients. Bangkok: Prachumthong Printing Group; 2005. (in Thai)
- Stranahan S. Spiritual perception attitudes about spiritual care and spiritual care practices among nurse practitioners. WJNR. 2000;23(1): 90-104.
- Teno JM, Clarridge BR, Casy V, Welch LC, Wetle T, Shield R. Family perspectives on end-of life care at the last place of care. JAMA. 2004; 291(1):88-93.
- Orem DE. Nursing: concept of practices. 6th ed. New York: MC Graw-Hill Book; 2001.
- Benner P. From novice to expert: excellence and power in nursing practice. Menlo Park, CA: Addison-Wesley; 1984.
- Wannasiri S. A study of needs of family caregivers of cancer patients and related factors [thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2005. (in Thai)
- Danphatong A. Nurses perceptions of caring behavior for terminally ill patients in Phrae Hospital. Thai Journal of Nursing Council. 2009;36(1):15-26. (in Thai)
- Degner LF, Gow CM. Preparing nurse for care of the dying: longitudinal study. J Canc Nurs. 1988;11(3):160-9.
- Shotton L. Can nurses contribute to better end-of-life care?. Educ Ethics Nurs. 2000;7(2):134-140.
- Kuuppelomaki M. Spiritual support for terminally ill patients: nursing staff assessments. JCN. 2001;10(4) :660-70.
- Nilmanat K. The end of life care. Songkla: Chanmuang Press; 2012. (in Thai)
- Beckstrand RL, Kirchhoff KT. Providing end of life care to patients: critical care nurses' perceived obstacles and supportive behaviors. Am J Clin Change. 2005;14 (5):395-403.
- Wong KF, Yau SY. Nurses' experience in spirituality and spiritual care in Hong Kong. Appl Nurs Res. 2010;23:242-44.
- Pribral A. Spiritual care needs and spiritual care receival among Muslim patients at the end of life in hospitals [thesis]. Songkla: Prince of Songkla University; 2009. (in Thai)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ

18. Kongjun K. Spiritual well being and spiritual needs in critically ill patients [thesis]. Khonkaen: Khonkaen University; 2011. (in Thai)
19. Leecharern P. Palliative care: reflection of nurse on the value of their profession. HCU Journal. 2014;34(17):127-36. (in Thai)
20. Yamane T. Statistics: an introductory analysis. 3rd ed. New York: Harper and Row Publication; 1973.
21. Bloom BS. Mastery learning. UCLA-CSEIP evaluation comment. 1968;1(2): 1-6.
22. Department of Medical Services, Ministry of Public Health; 2014; [cited 2015 April 05]. Available from: <http://www.dms.moph.go.th> (in Thai)
23. Ferrell B, Virani R, Grant M, Coyne P, Uman G. Dignity in dying. Nursing Management. 2000;31(9):52-7.
24. Hanprasitkam K, Patoomwan A, Churaitatsanee S, Paisansuthideth U. The effect of an end-of-life care education program on nurses' knowledge, attitude, and practice in caring for end-of-life patients. Rama Nurs J. 2011;17(1):126-40. (in Thai)
25. Srisuwan N. Factors related to nurses' competency in communication with patients at the end of life and their families [thesis]. Songkla: Prince of Songkla University; 2013. (in Thai)
26. Rawlins RP. Mental Health Psychiatric Nursing: a holistic life-cycle approaches 3rd ed. Philadelphia: Mosby Year Book; 1993.
27. Daodee S. Thai nurses' caring behaviors: dying patients' care. Journal of Nursing Science Naresuan University. 2008;2(2):62-9. (in Thai)
28. Hospice and Palliative Nurses Association. HPNA position paper: value of the professional nurse in end-of-life care. J Hope Palliat Nurs. 2004;6(1):65-6.