

**การรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลและการรับรู้การได้รับการดูแล  
ด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยในโรงพยาบาลภาคใต้ของประเทศไทย**

**Perceived Spiritual Care Provided by Nurses and Perceived Spiritual Care  
Received among Hospitalized Patients in Southern Thailand**

**อวยพร ภัทรภักดีกุล**

**Uaiporn Pattrapakdikul**

**โสเพ็ญ ชุนวล**

**Sophen Chunuan**

**มัลลิกา สุนทรวิภาต**

**Mallika Sunthornwipat**

**รายงานวิจัย**

**มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์**

งานวิจัยฉบับนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากเงินรายได้มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ประเภททั่วไป ประจำปี 2550

## บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายประเภทศึกษาความสัมพันธ์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับการรับรู้ของพยาบาลในการดูแลด้านจิตวิญญาณในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคใต้ของประเทศไทย 2) เปรียบเทียบการรับรู้ของพยาบาลในการดูแลด้านจิตวิญญาณระหว่างโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคใต้ของประเทศไทย 3) เปรียบเทียบการรับรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณจากพยาบาลระหว่างโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคใต้ของประเทศไทย 4) เปรียบเทียบการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลกับการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณที่ผู้ป่วยได้รับจริง และ 5) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านอายุ ศาสนา ประสบการณ์การเรียนรู้ด้านจิตวิญญาณและประสบการณ์ความสูญเสียกับการดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาล กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพจำนวน 505 คน ผู้ป่วย 373 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลและการรับรู้การได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยที่ผู้วิจัยสร้างเอง มีค่าความเที่ยงทั้งฉบับเท่ากับ 0.95 และ 0.86 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าที การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว และการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า 1) การรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับมาก 2) พยาบาลในโรงพยาบาลที่ระดับบริการต่างกัน มีระดับการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 3) ผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่ระดับบริการต่างกัน ได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 4) การรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลมากกว่าการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณที่ผู้ป่วยได้รับจริง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 5) ปัจจัยด้านอายุ ประสบการณ์การเรียนรู้ด้านจิตวิญญาณ และประสบการณ์ความสูญเสีย มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนปัจจัยด้านศาสนา ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาล

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า โรงพยาบาลควรพัฒนาทักษะของพยาบาลในการดูแลด้านจิตวิญญาณ โดยเฉพาะด้านการช่วยเหลือด้านความคิดและความทรงจำ ส่งเสริมกิจกรรมด้านศาสนา ประเมินการดูแลด้านจิตวิญญาณให้สอดคล้องกับการรับรู้ของผู้ป่วย ส่งเสริมให้มีการจัดอบรม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ระหว่างพยาบาล จะช่วยให้การดูแลด้านจิตวิญญาณมีความสมบูรณ์มากขึ้น

**คำสำคัญ** การดูแลด้านจิตวิญญาณ การได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณ พยาบาล ผู้ป่วย ประเทศไทย

## Abstract

The objectives of the descriptive-correlational research were to measure the nurses' perception of spiritual care in general hospital, regional hospital and the University hospital in Southern Thailand; to compare the nurses' perception of spiritual care; to compare the patients' perception of spiritual care received; to compare spiritual care with spiritual care received; and to find out the factors associated with spiritual care. The study sample was 505 register nurses and 373 patients from the hospitals in Southern Thailand selected by simple random technique. Percentage, mean, standard deviation, independent t-test, one way ANOVA and Pearson's correlation were used to analyze data.

Results of the study showed that the overall nurses' perception of spiritual care were at high level, the nurses' perception of spiritual care and the patients' perception of spiritual care received among hospitals were significantly difference ( $p < .01$ ,  $p < .001$  respectively). The spiritual care and spiritual care received were significantly difference ( $p .001$ ). The significant factors associated with nurses' spiritual care were age, spiritual learning experience and loss experience ( $r = .15, .26, .16$  respectively).

It was suggested that to improve quality of spiritual care by increasing nurses' skill of spiritual interventions especially cognitive interventions, promote religious activities, evaluate spiritual nursing interventions, provide nursing conference and knowledge sharing about the spiritual care experiences among nurses.

Keywords: Spiritual care, Spiritual care received, Nurse, Patient, Thailand

## กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยความช่วยเหลือจากผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่าย คณะผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ช่วยตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย ขอขอบพระคุณนายแพทย์ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล ขอขอบคุณพยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วยทั้ง 3 โรงพยาบาล ผู้ประสานงานและผู้ช่วยเก็บข้อมูลทุกท่าน ที่ช่วยให้การทำวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ ขอขอบคุณมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ให้ทุนอุดหนุนในการวิจัยครั้งนี้

อวยพร ภัทธภักดีกุล

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	(2)
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	(3)
กิตติกรรมประกาศ.....	(4)
สารบัญ.....	(5)
รายการตาราง.....	(6)
รายการภาพประกอบ.....	(8)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของเรื่องที่ทำวิจัย.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	3
คำถามวิจัย.....	3
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	4
ขอบเขตการวิจัย.....	5
นิยามศัพท์.....	5
ความสำคัญของการวิจัย.....	5
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	6
แนวคิดการดูแลแบบองค์รวม.....	6
แนวคิดด้านจิตวิญญาณ.....	7
การรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณ.....	13
การได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณ.....	31
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลด้านจิตวิญญาณ.....	34
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	40
บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล.....	46
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	71
บรรณานุกรม.....	75
ภาคผนวก.....	86

## รายการตาราง

ตาราง	หน้า
1	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล.....47
2	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย.....50
3	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ในการดูแลด้านจิตวิญญาณจำแนกตามรายด้านและ โดยรวม.....53
4	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณ ของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมและจำแนกเป็นรายด้าน.....54
5	ผลการเปรียบเทียบการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณในภาพรวม เฉลี่ยรายคู่ภายหลังของพยาบาลตามประเภทโรงพยาบาล.....55
6	ผลการเปรียบเทียบการรับรู้ของพยาบาลในการดูแลด้านจิตวิญญาณ ด้านการช่วยเหลือ โดยใช้เทคนิคการสื่อสารเฉลี่ยรายคู่ภายหลัง ตามประเภท โรงพยาบาล.....55
7	ผลการเปรียบเทียบการรับรู้ของพยาบาลในการดูแลด้านจิตวิญญาณ ด้านการช่วยเหลือกิจกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินชีวิต เฉลี่ยรายคู่ภายหลังตามประเภทโรงพยาบาล.....56
8	ผลการเปรียบเทียบการรับรู้ของพยาบาลในการดูแลด้านจิตวิญญาณ ด้านการช่วยเหลือด้านศาสนาเฉลี่ยรายคู่ภายหลังตามประเภทโรงพยาบาล.....56
9	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวการรับรู้ของผู้ป่วย ที่ได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณจากพยาบาลตามประเภทโรงพยาบาล ในภาพรวมและจำแนกเป็นรายด้าน.....57
10	ผลการเปรียบเทียบการรับรู้การได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณ ในภาพรวมเฉลี่ยรายคู่ภายหลังของผู้ป่วยตามประเภทโรงพยาบาล.....58
11	ผลการเปรียบเทียบการรับรู้การได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณ ด้านการช่วยเหลือ โดยใช้เทคนิคการสื่อสารเฉลี่ยรายคู่ภายหลัง ของผู้ป่วยตามประเภทโรงพยาบาล.....58

## รายการตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
12	ผลการเปรียบเทียบการรับรู้การได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณ ด้านการช่วยเหลือด้านความคิดและความทรงจำเฉลี่ยรายคู่ภายหลัง ของผู้ป่วยตามประเภทโรงพยาบาล.....59
13	ผลการเปรียบเทียบการรับรู้การได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณ ด้านการช่วยเหลือโดยการกระตุ้นประสาทการรับรู้เฉลี่ยรายคู่ภายหลัง ของผู้ป่วยตามประเภทโรงพยาบาล.....59
14	ผลการเปรียบเทียบการรับรู้การได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณ เกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินชีวิตเฉลี่ยรายคู่ภายหลังของผู้ป่วย ตามประเภทโรงพยาบาล.....60
15	ผลการเปรียบเทียบการรับรู้การได้รับการดูแลจิตวิญญาณ ด้านการช่วยเหลือด้านศาสนาเฉลี่ยรายคู่ภายหลังของผู้ป่วย ตามประเภทโรงพยาบาล.....60
16	ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณ ของพยาบาลกับการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณที่ผู้ป่วยได้รับจริง.....61
17	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่างอายุ ศาสนา และ ประสบการณ์การเรียนรู้ด้านจิตวิญญาณและความสูญเสีย กับระดับการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาล.....62

## รายการภาพประกอบ

ภาพประกอบ

หน้า

1 กรอบแนวคิดในการศึกษา.....	4
-----------------------------	---



# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของเรื่องที่ท้าวิจัย

จิตวิญญาณเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่มีความสำคัญในการให้การพยาบาลแบบองค์รวม (ทศนีย์, 2543) เพราะบุคคลประกอบด้วย ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ การดูแลสุขภาพบุคคลไม่สามารถแบ่งแยกเป็นส่วนๆ ได้ แต่ต้องดูแลคนทั้งคนในทุกองค์ประกอบอย่างบูรณาการเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีของบุคคล (Narayanasamy, 1993) จิตวิญญาณเป็นลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคลที่ต้องการการตอบสนอง สำหรับคนบางคน ความเชื่อทางศาสนาอาจเป็นจิตวิญญาณ แต่บางคนจิตวิญญาณก็อาจไม่ได้หมายถึงศาสนา อาจเป็น สิ่งอื่นๆ เช่น ตัวบุคคลผู้เป็นที่รัก วัตถุชิ้นสำคัญที่มีความหมายพิเศษ สถานที่บางแห่ง เสียงเพลง วัฒนธรรมความเชื่อ ฯลฯ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดพลังใจเกิดความมีชีวิตชีวาสำหรับบุคคลนั้น (สิวลี, 2547) บุคคลทุกคนมีความต้องการด้านจิตวิญญาณ ไม่ว่าจะนับถือศาสนาใดหรือแม้แต่คนไม่มีศาสนา (ทศนีย์, 2543) เมื่อเกิดการเจ็บป่วยจะเกิดผลกระทบทางจิตวิญญาณของบุคคล การดูแลด้านจิตวิญญาณ หรือ การเยียวยาจิตวิญญาณ (spiritual care or spiritual healing) เป็นคำที่รู้จักและใช้กันแพร่หลาย ของการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยเน้นภาวะธรรมชาติ ความเป็นองค์รวมของมนุษย์ที่ประกอบด้วยมิติ 4 ด้านคือ ร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ตามที่องค์การอนามัยโลกให้ความหมายไว้ การดูแลผู้ป่วยเพื่อให้บรรลุถึงภาวะของความผาสุก (wellness) และเพื่อตอบสนองความต้องการทั้ง 4 ด้านของผู้ป่วย (World Health Organization, 1998; Dossey, Keegan, & Guzzetta, 2005) โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อการรักษาพยาบาลไม่บรรลุผล อาการของโรคทรุดลง และอยู่ในภาวะใกล้ตาย การตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้เผชิญกับวาระสุดท้ายอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (สิวลี, 2547)

การที่จะให้การดูแลด้านจิตวิญญาณได้ดีนั้น คุณสมบัติของพยาบาลมีความสำคัญต่อคุณภาพ การดูแลด้านจิตวิญญาณ การที่พยาบาลจะให้การดูแลด้านจิตวิญญาณได้สมบูรณ์ขึ้นนั้น พยาบาลควรมีลักษณะดังนี้ 1) มองโลกตามความเป็นจริง (nonidealism) และเข้าใจผู้อื่น 2) มีความเมตตากรุณา (kindness) 3) มีความอดทน (patient) 4) ไวต่อความรู้สึกของคนอื่น (immediacy) 5) ประณีประนอม เสียสละและอุทิศตนเพื่อส่วนรวม (sense of the sacred) 6) เป็นบุคคลที่แสวงหาความรู้ด้วยตนเอง มีใจเปิดกว้าง (questioning) 7) ยืดหยุ่น (flexibility) 8) สามารถยอมรับข้อบกพร่องของชีวิตได้ (embracing opposites) 9) มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี (relationship) และ 10) เป็นคนเรียบง่าย (ordinariness) (Kornfield, 1993)

แม้ว่าจิตวิญญาณจะมีความสำคัญต่อบุคคลหรือผู้เจ็บป่วยอย่างยิ่ง แต่ในปัจจุบันนี้พยาบาลให้ดูแลที่คำนึงถึงด้านจิตวิญญาณยังน้อยอยู่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเซลเลอร์สและแฮก (Sellers & Haag, 1998) ที่ศึกษาพยาบาลชาวอเมริกันจำนวน 208 คน พบว่า พยาบาลหนึ่งในสามไม่ได้ให้การพยาบาลด้านจิตวิญญาณ ครึ่งหนึ่งของพยาบาล ให้เหตุผลว่าขาดเอกสารทางวิชาการและเครื่องมือประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณ เช่นเดียวกับกับการศึกษาของสตรานาฮาน (Stranahan, 2001) ที่พบว่า พยาบาลร้อยละ 57 ระบุว่าไม่เคยดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณ และพยาบาลยังขาดความรู้ด้านการดูแลด้านจิตวิญญาณ สอดคล้องกับการศึกษาของนารายาซามิและโอเวนส์ (Narayanasamy & Owens, 2001) พบว่าพยาบาลมีความสับสนในบทบาทของพยาบาลที่เกี่ยวกับการให้การพยาบาลด้านจิตวิญญาณ โดยเฉพาะการขาดความรู้ ข้อมูล เอกสาร และแนวทางในการดูแลด้านจิตวิญญาณ

อย่างไรก็ตามการให้การดูแลของพยาบาลอาจแตกต่างกันได้เพราะ โดยทั่วไปบุคคลจะแตกต่างกันทางร่างกาย สติปัญญา ทางสังคม และทางอารมณ์ ซึ่งมีสาเหตุมาจากพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม (สร้อยตระกูล, 2545) ความแตกต่างเหล่านี้ทำให้พฤติกรรมการทำงานของบุคคลต่างกันไป คุณลักษณะที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคลเป็นเหตุให้การปฏิบัติงานของบุคคลต่างกันเสมอ (พรรณราย, 2538) ศิริวรรณและคณะ (2541) ได้กล่าวถึงภูมิหลังของบุคคลได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ ความสามารถ สติปัญญา ลักษณะ โครงสร้างของร่างกาย และระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน ปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อพฤติกรรมการทำงานของแต่ละบุคคล เนื่องจากบุคคลในวัยต่างๆ จะมีพัฒนาการด้านจิตวิญญาณต่างกัน ประสบการณ์ของชีวิตแต่ละบุคคลในอดีตที่ผ่านมาที่ต่างกัน เช่นการสูญเสีย การพลัดพราก การได้รับการเลี้ยงดูตั้งแต่เยาว์วัย วัฒนธรรม ความเชื่อ วิธีการดำเนินชีวิตที่หล่อหลอมมาจนถึงปัจจุบัน การเรียนรู้ด้านจิตวิญญาณ ตลอดจนความแตกต่างด้านความเชื่อทางศาสนาซึ่งถือเป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อแนวคิดทัศนคติและการดำเนินชีวิตของบุคคล ดังนั้นปัจจัยด้านอายุ ประสบการณ์ชีวิตและความเชื่อทางศาสนาที่แตกต่างกันอาจมีผลต่อการให้การรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลได้

สำหรับการได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณของบุคคลอาจแตกต่างกันได้ จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัย พบว่า การได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณแตกต่างกันไปตามปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ ผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นทางจิตวิญญาณสูงกว่าผู้ที่มีอายุน้อย (Carpenito, 1993) แรงสนับสนุนทางสังคม เช่น คู่สมรส สภาพครอบครัว มีผลต่อสภาวะจิตวิญญาณของบุคคล (ชนัดดา, 2545) นอกจากนี้ระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยเป็นสิ่งเร้าที่บุคคลรับรู้โดยตรงและมีผลกระทบต่อองค์รวมของบุคคล ระดับความรุนแรงของโรคโดยเฉพาะโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด การเจ็บป่วยระยะสุดท้ายเป็นภาวะที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดด้านจิตวิญญาณ (สุพิน, 2547) ระดับความรุนแรงของความ

เจ็บป่วยดังกล่าวแตกต่างกันในโรงพยาบาลที่มีระดับการให้บริการต่างกันทั้งระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ (รุจิรา, สุนีย์รัตน์ และวัชรวิ, 2549) ดังนั้นผู้ป่วยจากโรงพยาบาลแต่ละระดับจึงอาจมีการรับรู้การได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณที่แตกต่างกันได้ ยิ่งหากการดูแลจากพยาบาลที่อาจแตกต่างกันแล้ว ยิ่งทำให้การรับรู้การได้รับการดูแลของผู้ป่วยแตกต่างกันมากขึ้นได้

จากความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาถึงการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาล และการได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลภาคใต้ของประเทศไทย เพื่อนำผลการวิจัยมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลให้เหมาะสมต่อไป เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณในโรงพยาบาลภาคใต้ของประเทศไทย
2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ของพยาบาลในการดูแลด้านจิตวิญญาณระหว่างโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในภาคใต้ของประเทศไทย
3. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณจากพยาบาลระหว่างโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในภาคใต้ของประเทศไทย
4. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลกับการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณที่ผู้ป่วยได้รับจริง
5. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ศาสนา ประสบการณ์กับการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาล

### คำถามการวิจัย

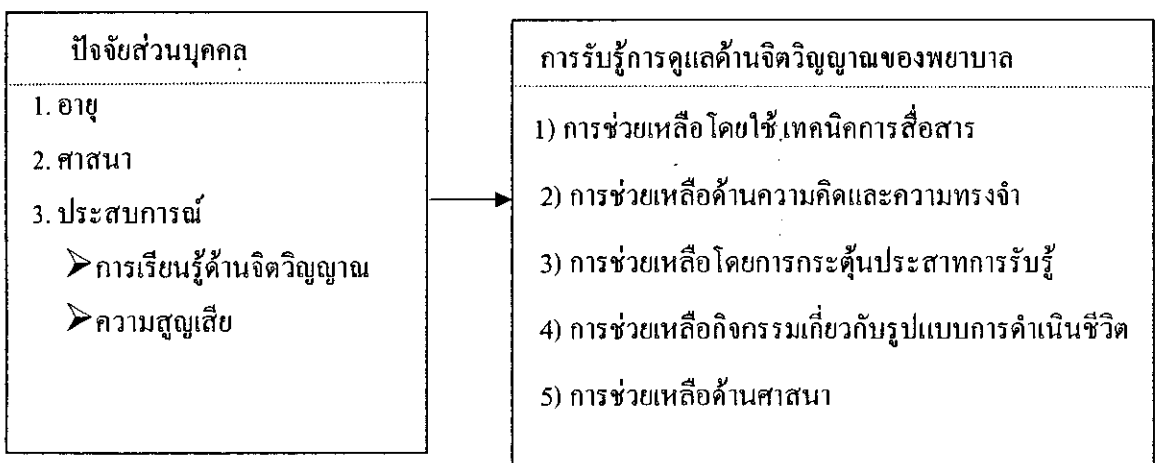
1. การรับรู้ของพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณในโรงพยาบาลภาคใต้ของประเทศไทย อยู่ในระดับใด
2. การรับรู้ของพยาบาลในการดูแลด้านจิตวิญญาณ ระหว่างโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย มีความแตกต่างกันหรือไม่

3. การรับรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณจากพยาบาลระหว่างโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย มีความแตกต่างกันหรือไม่
4. การรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลกับการรับรู้การได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณที่ผู้ป่วยได้รับจริง แตกต่างกันหรือไม่
5. ปัจจัยด้าน อายุ ศาสนา และประสบการณ์มีความสัมพันธ์กับการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาล หรือไม่อย่างไร

#### กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการพยาบาลด้านจิตวิญญาณของ เซลเลอร์สและแฮก (Sellers & Haag, 1998) ซึ่ง ทศนีย์ (2543) ได้ประยุกต์ให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมไทย แบ่งเป็น 5 ด้าน คือ 1) การช่วยเหลือโดยใช้เทคนิคการสื่อสาร 2) การช่วยเหลือด้านความคิดและความทรงจำ 3) การช่วยเหลือโดยการกระตุ้นประสาทการรับรู้ 4) การช่วยเหลือกิจกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินชีวิต 5) การช่วยเหลือด้านศาสนา ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่อาจมีความสัมพันธ์กับการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาล ได้แก่ อายุ ศาสนา ประสบการณ์การเรียนรู้ด้านจิตวิญญาณและประสบการณ์เกี่ยวกับความสูญเสียในชีวิต สามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดได้

ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษา

## ขอบเขตการวิจัย

เป็นการศึกษาแบบบรรยายประเภทหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เลือกสรรกับระดับการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณในกลุ่มพยาบาลและผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังใน 3 โรงพยาบาลในภาคใต้ของประเทศไทย ช่วงเดือนตุลาคม 2550 - กุมภาพันธ์ 2551

## นิยามศัพท์

การรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมใดๆ ที่พยาบาลในหอผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นการกระทำที่แสดงออกถึงการให้การดูแลด้านจิตวิญญาณต่อผู้ป่วยซึ่งประกอบด้วยช่วยเหลือโดยใช้เทคนิคการสื่อสาร ด้านความคิดและความทรงจำ การกระตุ้นประสาทการรับรู้ กิจกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินชีวิต และกิจกรรมด้านศาสนา ประเมินได้จากแบบสอบถามการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตามกรอบแนวคิดการพยาบาลด้านจิตวิญญาณของเซลเลอร์สและแฮก (Sellers & Haag, 1998)

การรับรู้การได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณ หมายถึง การได้รับการพยาบาลที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของตนเอง ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาลด้านการได้รับการดูแลโดยใช้เทคนิคการสื่อสาร ด้านความคิดและความทรงจำ ด้านการกระตุ้นประสาทการรับรู้ กิจกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินชีวิต และกิจกรรมเกี่ยวกับศาสนา ประเมินได้จากแบบสอบถามการรับรู้การได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการพยาบาลด้านจิตวิญญาณของ เซลเลอร์สและแฮก (Sellers & Haag, 1998)

## ความสำคัญของการวิจัย

1. เป็นแนวทางในการพัฒนาความรู้ด้านจิตวิญญาณสำหรับพยาบาล
2. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับนำไปพัฒนากิจกรรมการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ
3. เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ

## บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่องการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลและการได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยในโรงพยาบาลในโรงพยาบาลจังหวัดภาคใต้ของประเทศไทย ผู้วิจัยได้ประมวลแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

แนวคิดการดูแลแบบองค์รวม

แนวคิดด้านจิตวิญญาณ

การรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาล

การรับรู้การได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลกับการรับรู้การได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาล

### แนวคิดการดูแลแบบองค์รวม

มิติจิตวิญญาณนับเป็นองค์ประกอบหนึ่งในสภาวะของบุคคลแบบองค์รวมตามคำประกาศขององค์การอนามัยโลก คำว่าองค์รวม “Holism” มาจากรากศัพท์ในภาษากรีกคือ “Holos” หมายถึง Whole หรือโดยภาพรวม ในทางการแพทย์เชื่อว่า คนเป็นองค์รวมของร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ไม่สามารถแยกจากกันและมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา การดูแลแบบองค์รวมจึงเป็นการดูแลเยียวยา (Healing) ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของบุคคล (ศิริรัตน์, 2547) การดูแลบุคคลแบบองค์รวมเป็นแนวคิดที่พยาบาลให้ความสนใจและถือเป็นเป้าหมายสำคัญในการวางแผนให้การพยาบาลผู้ใช้บริการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2530 ต่อมาในปี พ.ศ. 2533 สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ได้จัดการประชุมระดับชาติ เรื่องการพยาบาลในมิติจิตวิญญาณ (สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2533) โดยเชิญนักปรัชญาและผู้นำศาสนาต่างๆ มา ร่วมแสดงความคิดเห็น ซึ่งนับเป็นก้าวที่สำคัญของการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ (นุศ, ทศนีย์และพิสมัย, 2548)

การดูแลแบบองค์รวม เป็นการดูแลสุขภาพบุคคลให้มีความสมดุลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สิ่งแวดล้อม สังคม รวมทั้งความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ตามความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับสังคม แนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสรุปได้ดังนี้ (รุจิรา, สุทธิพันธ์และวัชร, 2549)

1. เป็นการพยาบาลที่มองคนทั้งคน และถือว่าบุคคลเป็นหน่วยเดียวที่มีการผสมผสานระหว่าง ภาย จิต วิญญาณ อารมณ์ สังคมและสิ่งแวดล้อม ไม่สามารถแยกจากกันได้

2. บุคคลถือเป็นระบบเปิดและเป็นระบบย่อยของระบบอื่น เช่นครอบครัว ชุมชนหรือสังคม

3. เจตคติ ค่านิยม การรับรู้และความเชื่อ จะมีผลต่อภาวะสุขภาพและเป็นปัจจัยชักนำที่สามารถทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพได้

4. การมีสุขภาพดีและมีความสุขสูงสุดต้องใช้แหล่งประโยชน์ทั้งภายนอกและภายในตัวของบุคคล

5. การพยาบาลมุ่งช่วยบุคคลทั้งคน ที่ประกอบด้วยภาย จิตวิญญาณ อารมณ์ สังคมและสิ่งแวดล้อมให้พัฒนาความสามารถที่จะตอบสนองความต้องการของตนเอง

### แนวคิดด้านจิตวิญญาณ

#### ความหมาย

คำว่าจิตวิญญาณมาจากรากศัพท์ภาษาละตินซึ่งใช้คำว่า “spiritus” หมายถึง ลมหายใจ (breath) ภาษาฮีบรูใช้คำว่า “ruach” โดยมีความเกี่ยวข้องกับลมหายใจของชีวิต (breath with life) (Delgado, 2005) คำว่าจิตวิญญาณแปลมาจากคำว่า “spirituality” ในภาษาอังกฤษ ซึ่งมีการให้ความหมายของจิตวิญญาณตามวัฒนธรรมในประเทศตะวันตก

คาร์สัน (Carson, 1989) กล่าวว่า จิตวิญญาณ เป็นแก่นของความเป็นตัวตนในฐานะบุคคล ยิ่งที่บุคคลนั้นเป็นอยู่และพึงเป็น เป็นเป้าหมายในชีวิตของบุคคลนั้น ในการมีชีวิตอยู่ รู้สึกถึงการได้สัมผัสกับพระเจ้าเป็นเจ้าในฐานะตัวตนซึ่งอยู่เหนือธรรมชาติ เป็นแรงจูงใจให้บุคคลมุ่งมั่น ในคุณค่าสูงสุดของความรัก ความหวัง ความงามและความจริง เป็นประสบการณ์สูงสุดของชีวิตและเป็นความศรัทธาในสิ่งศักดิ์สิทธิ์อื่นจะบันดาลความสุขและความสมหวังในชีวิต

พีเบอร์ดี (Peberdy, 2000) กล่าวว่า จิตวิญญาณ เป็นความต้องการมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่าและมีความหมายซึ่งเป็นความต้องการสูงสุดของมนุษย์ เกิดจากความเข้มแข็งภายใน นำไปสู่การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น รวมถึงการมีศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ

คอบบ์ (Cobb, 2001) กล่าวว่า จิตวิญญาณ เป็นลมหายใจของชีวิตและเป็นพลังคำจูนแสดงออกในทางความคิด ความรู้สึก ความเชื่อ เป็นแรงจูงใจให้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น รู้จักให้ความรักและรับความรักจากผู้อื่น มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ อาจเป็นความศรัทธาในศาสนา หรือความต้องการอื่นเพื่อมีชีวิตอยู่อย่างมีความหมาย เกิดความสำเร็จแห่งตนและยังช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับความยากลำบาก

ความทุกข์ ความเจ็บป่วยและความตาย

ไบร์น (Byrne, 2002) กล่าวว่า จิตวิญญาณเป็นองค์ประกอบหนึ่งของบุคคล มีความเกี่ยวข้องกับศาสนา ศีลธรรมและจิตวิทยา เป็นพลังของชีวิตที่ช่วยค้ำจุนให้มีชีวิตอยู่และพึงพอใจในชีวิต

สำหรับประเทศไทย คำว่าจิตวิญญาณเป็นศัพท์ใหม่และไม่มีการระบุชัดเจนว่าบัญญัติขึ้นโดยผู้ใดและเมื่อไร โดยในพจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 มีคำว่า จิต หมายถึง ใจ สิ่งที่น่ารู้ คิดและนึก และคำว่าวิญญาณ หมายถึง สิ่งที่อยู่ในกายเมื่อมีชีวิต ความรับรู้ (นิพนธ์และสมชัย, 2547) อย่างไรก็ตาม มีนักวิชาการที่สนใจศึกษาได้ให้ความหมายของจิตวิญญาณไว้ ดังนี้

พรจันทร์ (2533) ให้ความหมายของจิตวิญญาณว่า หมายถึงองค์ประกอบด้านความหมายและชีวิต ได้แก่ หลักการของชีวิต ความเป็นชีวิตมนุษย์ผู้แสวงหาความหมายและคุณค่าของชีวิต การมีอุดมการณ์ เป็นต้น

ประสาน (2538) กล่าวว่า จิตวิญญาณ หมายถึง การใช้จิตปัญญา เข้าใจตนเอง เรียนรู้ความจริง ธรรมชาติ มีเป้าหมายของการอยู่ร่วมกันของมวลชีวิตทั้งหลายด้วยความรักและสันติ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) การทำงานของจิตเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ การศึกษาค้นคว้าด้านปรัชญา ศาสนา จิตวิทยา และวิทยาศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการค้นหาคุณค่าและความหมายของชีวิต 2) ความเข้าใจกฎแห่งสัมพันธภาพ ซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดของจิตวิญญาณเพราะสัมพันธภาพช่วยให้เกิดการเรียนรู้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น เกิดความไว้วางใจ ยอมรับและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน 3) การแสวงหาความจริงของชีวิต เข้าใจความแท้จริงของธรรมชาติ (supreme reality) และจิตที่เป็นสมาธิล้ำลึก (transcendence) ช่วยให้มีชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่าและมีความหมาย

สิวลี (2542) กล่าวว่า จิตวิญญาณเป็นสภาวะของจิตใจที่ลึกซึ้งซึ่งทำให้เกิดพลังต่อองค์รวมของบุคคล จิตวิญญาณเป็นลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคลที่ต้องการการตอบสนอง สำหรับคนบางคนความเชื่อทางศาสนาอาจเป็นจิตวิญญาณ แต่บางคนจิตวิญญาณก็อาจไม่ได้หมายถึงศาสนา อาจเป็นสิ่งอื่นๆ เช่น ตัวบุคคลผู้เป็นที่รัก วัตถุชิ้นสำคัญที่มีความหมายพิเศษ สถานที่บางแห่ง เสียงเพลง วัฒนธรรมความเชื่อ ฯลฯ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดพลังใจเกิดควมมีชีวิตชีวาสำหรับบุคคลนั้น

จิตวิญญาณยังมีได้อีกหลายความหมาย เช่น นักจิตวิทยาได้ให้ความหมายจิตวิญญาณว่า เป็นแรงขับหรือความปรารถนาภายในที่ทำให้บุคคลมีความหมาย ความมั่นคงภายในและความพยายามเพื่อความสำเร็จในชีวิต (Dombeck & Karl, 1997 อ้างใน ทศนีย์, 2543) ส่วนนักสังคมวิทยาจะให้ความหมายของจิตวิญญาณว่าเป็นการปฏิบัติตามความเชื่อหรือพิธีกรรมต่างๆ ร่วมกันของบุคคล สำหรับวิชาชีพพยาบาล นักการศึกษาทางการพยาบาลได้ให้ความหมายของจิตวิญญาณว่าเป็นส่วนหนึ่งของความคิด ความศรัทธา ความรู้สึกละพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับศาสนา ความเชื่อ ปรัชญาในการดำเนิน



ชีวิต เครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ สิ่งศักดิ์สิทธิ์ และแหล่งของความหมายหรือกำลังใจ ซึ่งเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ หรือแหล่งของกำลังใจอาจจะเป็นบุคคล วัตถุสิ่งของ สถานที่ ธรรมชาติหรือสัตว์เลี้ยง เป็นต้น (Bensley, 1991; Burkhardt, 1993; Burnard, 1988; Carson, 1989) อย่างไรก็ตาม การพยายามให้คำนิยามหรือ อธิบายความหมายที่ชัดเจนตายตัวของคำว่า จิตวิญญาณเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ยาก ในสังคมตะวันตกในอดีตคำว่า “จิตวิญญาณ” เป็นคำที่ใช้ตามความหมายของศาสนาคริสต์ แต่ปัจจุบันเมื่อนำคำนี้มาใช้ใน บริกรสุขภาพ ความหมายก็เปลี่ยนแปลงไปและมีลักษณะของการบูรณาการความคิดจากหลายด้าน โดยสาระสำคัญของจิตวิญญาณจะมีลักษณะเป็น “ความรู้สึกซึ่งละเอียดอ่อนของบุคคลแต่ละคนที่ผูกพัน รักใคร่ เคารพบูชา กับบางสิ่งบางอย่าง และความรู้สึกดังกล่าวนี้ทำให้บุคคลเกิดพลังใจอย่างมหาศาล ทำให้ชีวิตมีความหมาย มีความหวัง เกิดความปีติสุข สามารถเผชิญสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนได้อย่างสงบ” อาจกล่าวได้ว่า จิตวิญญาณเป็นสภาวะของจิตใจที่ลึกซึ้งทำให้เกิดพลังต่อองค์รวมของบุคคล

(สิวลี, 2547)

นอกจากความหมายดังกล่าวแล้ว ยังมีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับจิตวิญญาณอีกมากมาย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบริบทที่ผู้ใช้ต้องการจะสื่อความหมายนั้นๆ การให้ความหมายของจิตวิญญาณในฐานะที่เป็น องค์ประกอบหนึ่งของภาวะสุขภาพ คงไม่ใช่มีความหมายเดียวกับที่ตายตัว แต่ควรมีความชัดเจนและ ยึดหยุ่นอย่างเพียงพอ ที่สำคัญความหมายนั้นจะต้องช่วยให้บุคลากรในทีมสุขภาพสามารถพัฒนาการ รับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณที่สามารถปฏิบัติได้ เช่นเดียวกับการศึกษาครั้งนี้ซึ่งเป็นการศึกษาดูแลด้าน จิตวิญญาณในมิติด้านสุขภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสรุปความหมายของจิตวิญญาณว่า จิตวิญญาณเป็น องค์ประกอบหนึ่งของบุคคล มีความเกี่ยวข้องกับของความคิด ความศรัทธา ความรู้สึกและพฤติกรรม ของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อ ปรัชญาในการดำเนินชีวิต เครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ สิ่งศักดิ์สิทธิ์ ศาสนาและแหล่งของความหมายหรือกำลังใจ ทำให้บุคคลเกิดพลังใจอย่างมหาศาล ทำให้ชีวิตมี ความหมาย มีความหวัง เกิดความปีติสุข สามารถเผชิญสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนได้อย่างสงบ

### พัฒนาการทางจิตวิญญาณ

การเจริญงอกงามทางจิตวิญญาณเป็นกระบวนการทางพลศาสตร์ทำให้บุคคลตระหนักถึง ความหมาย เป้าหมายและคุณค่าของชีวิต คาร์สัน (Carson, 1989) อธิบายว่า กระบวนการเจริญงอกงาม ของจิตวิญญาณมี 2 ทิศทาง ซึ่งมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดและเกิดอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิตของบุคคล ดังนี้ (เขวาลักษณ์และลัดดา, 2541)

1. กระบวนการในแนวราบ เป็นกระบวนการที่มีกับตนเอง บุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อม เป็นการ เจริญงอกงามที่สามารถมีพัฒนาการได้สูงถึงขั้นตระหนักถึงค่านิยมสูงเลิศที่มีอยู่ในความสัมพันธ์

ทั้งหลายกับกิจกรรมต่างๆของชีวิต เช่น บุคคลมีความซาบซึ้งกับดนตรี ธรรมชาติศิลปะหรือบทกวี เป็นต้น

2. กระบวนการในแนวสูง เป็นพัฒนาการที่ผลักดันให้บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ใกล้ชิดกับสิ่งยึดเหนี่ยวศรัทธา มีพัฒนาการจากพื้นฐานขั้นสู่ระดับสูง โดยเริ่มจากความต้องการการคุ้มครองจากอำนาจ สิ่งศักดิ์สิทธิ์ ที่พึงพอใจ และพยายามพัฒนาให้เข้าถึงและรับใช้พระพุทธเจ้า/พระเจ้าหรือสัญลักษณ์ไปจนถึงระดับสุดยอดเป็นอันหนึ่ง อันเดียวกันกับธรรมชาติ ซึ่งเป็นกระบวนการที่เป็นไปได้น้อยกว่ากระบวนการในแนวราบ เช่น ผู้ปฏิบัติธรรมขั้นสูง

พัฒนาการของจิตวิญญาณเริ่มต้นตั้งแต่ในครรภ์ไปจนตลอดช่วงวัยของชีวิตคือ(เขาวลักษณะและถัดคา, 2541)

1. ระยะในครรภ์ มารดาที่ตั้งครรภ์จะมีการมองการกำเนิดชีวิตที่แตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับความแตกต่างของวัฒนธรรมและศาสนา
2. วัยทารก วัยนี้จะยังไม่รู้สึกถึงสิ่งดีงาม แต่จะเป็นรากฐานต่อการพัฒนาการทั้งหลายในอนาคต โดยเด็กจะเริ่มรับรู้พิธีการต่างๆ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและมีอำนาจ
3. วันก่อนเรียน เด็กจะยึดถือการแสดงสิทธิและการมีวินัย เริ่มเรียนรู้ดีเลวและเลียนแบบ
4. วัยเรียน เริ่มเป็นผู้มีความปรารถนาที่จะเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในการกระทำสิ่งต่างๆ รับรู้เหตุผล เลือกที่จะศรัทธาและปฏิบัติตามที่ตนศรัทธา
5. วัยรุ่น เป็นช่วงวัยแห่งความขัดแย้งและต่อต้านเพื่อความกระฉ่างชัด ต้องการรู้จักตัวเองที่ชัดเจน และพัฒนาไปสู่ความจริงใจต่อบุคคลอื่น ต่อพระหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรือระบบความคิดเกี่ยวกับศาสนา
6. วัยผู้ใหญ่ เป็นช่วงวัยที่มีความพร้อมยอมรับและพัฒนาคุณค่าทางศาสนาในตนเองและมีพัฒนาทางจิตสังคมในระดับก้าวหน้าจนถึงจุดที่สามารถอุทิศตนเอง รักและพร้อมที่จะให้ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้อื่น
7. วัยสูงอายุ วัยนี้เป็นวัยเสื่อมถอย จึงต้องพยายามสร้างความสมดุลระหว่างความรู้สึกมั่นคงในจิตใจกับความรู้สึกสูญเสีย ซึ่งต้องอาศัยสติปัญญาและความรอบคอบ แนวทางที่ช่วยให้บุคคลวัยนี้ประสบความสำเร็จคือการยึดศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยว การบำเพ็ญสมาธิ ภาวนาเพื่อแสวงหาความอบอุ่นและความมั่นคงทางจิตใจในขณะที่ใกล้วาระสุดท้ายของช่วงชีวิต

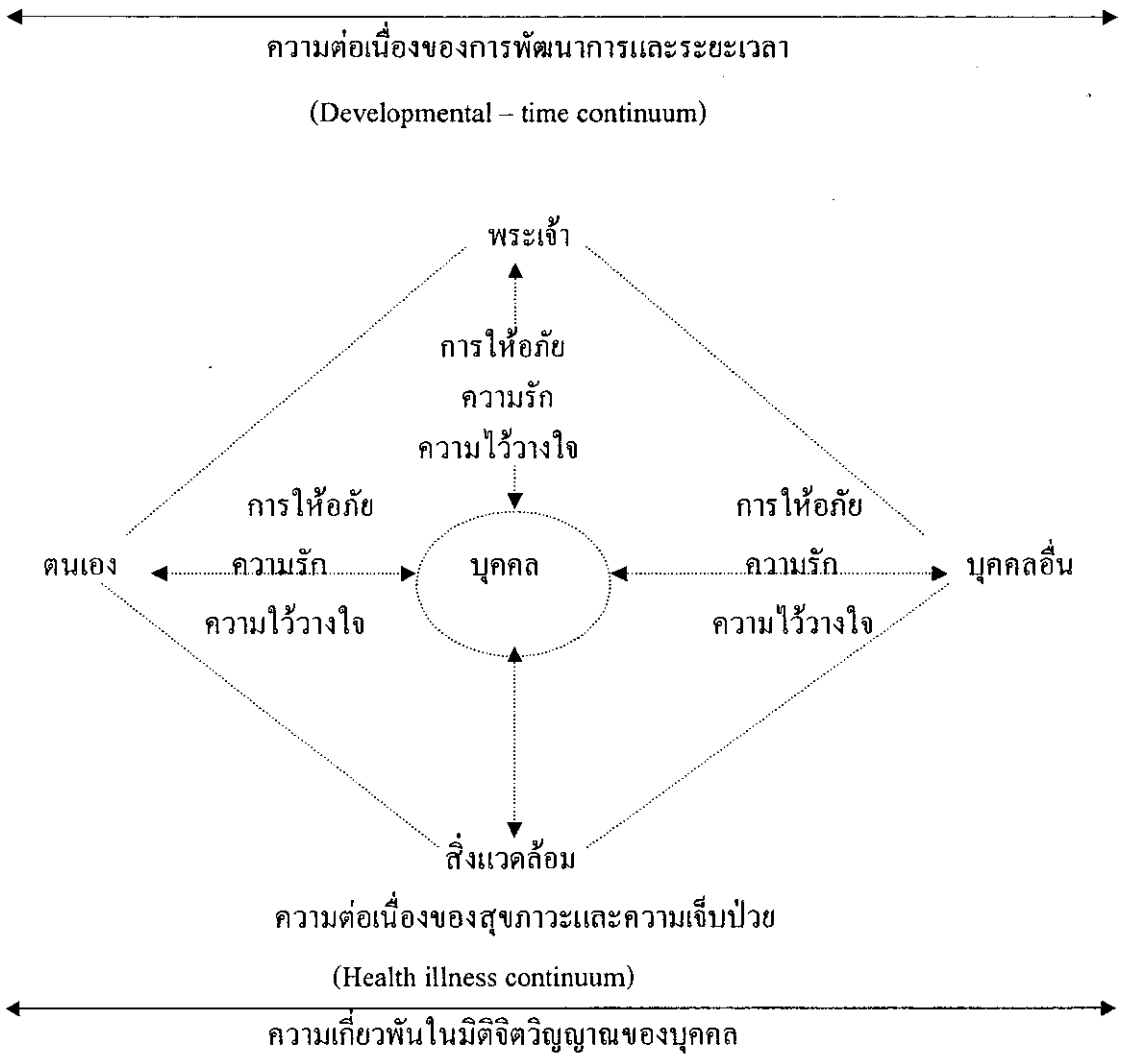
พัฒนาการทางจิตวิญญาณที่ได้รับการตอบสนองความต้องการทางจิตวิญญาณอย่างเหมาะสมย่อมทำให้ผู้นั้นมีจิตวิญญาณสมบูรณ์สูงสุด เป็นภาวะที่มีความสมดุลสูงสุดระหว่างสภาพร่างกายกับสภาวะอื่นๆ ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นสุข อิ่มเอิบ สมบูรณ์และพึงพอใจในทุกสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิต

### ความสำคัญของจิตวิญญาณ

ความสำคัญของจิตวิญญาณต่อบุคคลเปรียบเหมือนเป็นแหล่งของความหมาย ความหวัง กำลังใจหรือเครื่องยึดเหนี่ยวของจิตใจ ทำให้บุคคลสามารถก้าวผ่านปัญหา อุปสรรค ความลำบากหรือความยุ่งยากในชีวิตได้ (พินิจ, 2547) ในขณะที่เจ็บป่วยจิตวิญญาณจะช่วยให้บุคคลมีความหวังและสามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้ (Meraviglia, 1999) และอาจกล่าวได้ว่าจิตวิญญาณเป็นส่วนที่เป็นแก่นหลักของชีวิตที่ทำหน้าที่เชื่อมประสานการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจและสังคม ให้มีความหมาย เป็นองค์รวมและมีความสุขในชีวิต (Fahlberg & Fahlberg, 1991; Meraviglia, 1999; Reed, 1992) จิตวิญญาณทำหน้าที่เชื่อมประสาน (connection) กับส่วนประกอบอื่นๆของบุคคลทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ให้เกิดความสมดุลในชีวิต (Golberg, 1998)

### มิติด้านจิตวิญญาณ

จิตวิญญาณของบุคคลเป็นมิติที่ซับซ้อน มีลักษณะที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับภายในจิตใจของตนเอง บุคคล พระเจ้าหรือสิ่งยึดเหนี่ยวอื่นๆ ที่เหนือตนเองหรือสิ่งที่มีคุณค่าสูงสุดในชีวิตและสิ่งแวดล้อม โดยความสัมพันธ์ดังกล่าวมีความรัก ความไว้วางใจและการให้อภัยเป็นพื้นฐานแสดงได้ดังแผนภูมิข้างล่างนี้



คัดลอกจาก Carson, V.B. (1989). *Spiritual dimension of nursing practice* (p 8). Philadelphia: WB Saunders.

เมื่อกล่าวถึงมิติที่เป็นองค์ประกอบด้านจิตวิญญาณ จากการศึกษาของประทีป (Tongprateep, 2000) พบว่า องค์ประกอบด้านจิตวิญญาณในกลุ่มผู้สูงอายุในชนบทไทยจำนวน 12 คนพบว่า มี 3 ประเด็นหลักคือ 1) ความเชื่อด้านจิตวิญญาณ (กฎแห่งกรรม ชีวิตหลังการตาย) 2) การปฏิบัติทางศาสนา (การทำความดี ความยินดี การดูแลเอื้ออาทรในครอบครัว และสมาธิ) 3) ผลจากการปฏิบัติด้านจิตวิญญาณ (การเผชิญความยากลำบากในชีวิต การมีความหวัง และการมีจิตใจที่สงบ) ส่วนคุณทรงเกียรติ สุจฉายา ปานอุทัยและเศรษฐบุปผา (Kunsongkeit, Suchaxaya, Panuthai, & Sethabouppha, 2004) ทำการศึกษาสุขภาพจิตวิญญาณของคนไทยพบว่า สุขภาพจิตวิญญาณตามการรับรู้ของคนไทยแบ่งเป็น 3 ประเด็นหลักคือ 1) มีสิ่งยึดเหนี่ยวในชีวิต ซึ่งหมายถึงมีสิ่งยึดเหนี่ยวที่มีความหมายกับศาสนา พลังอำนาจที่เหนือธรรมชาติ และบุคคล สิ่งยึดเหนี่ยวนี้ประกอบด้วย การมีความเชื่อมั่นในศาสนา การมี

ความเชื่อในพลังอำนาจที่เหนือธรรมชาติ การมีสัมพันธภาพกับบุคคล การมีความยึดมั่นในศาสนา 2) มีความสุขในชีวิตซึ่งเกิดจากการมีความพอใจในชีวิตและมีชีวิตที่มีความหมาย ความพอใจในชีวิตเกิดจากความพอใจในชีวิตส่วนตัว ครอบครัวและสังคม ขณะที่ชีวิตที่มีความหมายเกิดจากการมีคุณค่าในตนเอง และการมีความภาคภูมิใจในตนเอง 3) มีพลังที่จะมีชีวิตอยู่ซึ่งพลังนี้เป็นผลจากการมีความต้องการที่จะมีชีวิต และมีความสามารถในการจัดการกับปัญหาในชีวิต ความต้องการที่จะมีชีวิตอยู่แสดงให้เห็นจากการที่มีกำลังใจ มีความเข้มแข็งภายในตนเอง มีความหวัง และมีการวางแผนในอนาคต

### การประเมินสภาวะด้านจิตวิญญาณ

ภาวะจิตวิญญาณเป็นภาวะที่ไม่คงที่ เปลี่ยนแปลงได้ การวัดหรือการประเมินสภาวะด้านจิตวิญญาณจึงต้องกระทำอย่างต่อเนื่องเช่นเดียวกับการประเมินสภาพด้านร่างกาย จิตใจและสังคม จะใช้วิธีการสังเกตผู้ป่วยต่างๆ เช่น กิริยาท่าทาง การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น สีหน้า อารมณ์ การพูดจาเกี่ยวกับความเชื่อ ความศรัทธาต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์ (อวยพร , 2534) หรือใช้วิธีการสัมภาษณ์โดยมีแบบประเมินเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณก็ได้ ทั้งนี้ก่อนการประเมินพยาบาลจะต้องสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ เนื่องจากจิตวิญญาณเกี่ยวข้องกับศาสนาและความเชื่อ ซึ่งมีความละเอียดอ่อน พยาบาลต้องตระหนักว่าการแสดงออกถึงความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยจะไม่เหมือนกัน ขึ้นกับวัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยม ภูมิภาวะและประสบการณ์ของแต่ละคน (Labun, 1988)

ในประเทศทางตะวันตกได้มีการสร้างแบบประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณไว้มากมาย เช่น ไฮฟีลด์ (Highfield, 1992) ได้พัฒนาแบบวัดสุขภาพจิตวิญญาณเป็นแบบประเมินภาวะจิตวิญญาณโดยมีการประเมินเกี่ยวกับการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต การมีความหวัง การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งแวดล้อมและสิ่งที่อยู่เหนือธรรมชาติ เป็นแบบประเมินค่า สำหรับวัฒนธรรมไทยอาจมีคำถามเกี่ยวกับเคราะห์กรรม โชคชะตา พระเจ้า สิ่งศักดิ์สิทธิ์ ความสงสัยเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

### การรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณ

#### การรับรู้ (Perception)

การรับรู้เป็นกระบวนการที่เราารู้สึกได้ต่อสิ่งใด เป็นการแปลหรือการตีความการรับรู้ความรู้สึกที่ได้มาออกเป็นหนึ่งสิ่งใดที่มีความหมายที่รู้จักหรือเข้าใจ (ประนอม, 2522) การรับรู้เป็นความสามารถของบุคคลในการทำความเข้าใจความเป็นจริงของสรรพสิ่ง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและดำรงอยู่ แสดง

ออกเป็นความคิด ความเชื่อส่วนบุคคล ซึ่งเป็นผลมาจากการเรียนรู้และประสบการณ์ของบุคคลนั้นๆ (Wehmeier, 2000) การรับรู้ของพยาบาลในการให้การรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณ เป็นการรับรู้ถึงประสบการณ์ของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล เพื่อดูแลด้านจิตวิญญาณต่อผู้ป่วยที่ผ่านมา

### การดูแล

การดูแล ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (เสริมและคณะ, 2525) หมายถึง เป็นการเอาใจใส่ ปกป้องรักษา ปกครอง ส่วนพยอม (2539) กล่าวว่า การดูแลเป็นการแสดงถึงความสัมพันธ์ ระหว่างบุคคลต่อบุคคลตามบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบทางสังคม โดยมีความเมตตา ความเอื้ออาทร ความสนใจ ความเอาใจใส่ เป็นพื้นฐานเพื่อการดำรงอยู่ของชีวิต เมื่อบุคคลเจ็บป่วย เป็นหน้าที่ของพยาบาลในการให้การดูแลเพื่อให้บุคคลดำรงอยู่ในภาวะเจ็บป่วยนั้นอย่างมีความสุข มีความเจ็บป่วยทั้งทางกายและทางใจน้อยที่สุด หากจากการเจ็บป่วยสู่ความเป็นผู้มีสุขภาพดีโดยเร็ว การดูแลเป็นการช่วยเหลือสนับสนุนส่งเสริมหรืออำนวยความสะดวกเพื่อให้บุคคล ได้พบกับความต้องการ พยาบาลจะมีหน้าที่ดูแลและมีบทบาทด้านการดูแลมากที่สุด จุดมุ่งหมายใหญ่ของบทบาทด้านนี้ เพื่อเป็นการช่วยเหลือสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย การดูแลของพยาบาลเป็นเนื้อหาของการปฏิบัติวิชาชีพการพยาบาลที่มองเห็นได้ ระบุได้และเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยบอกได้ว่าเป็นอย่างไร (พวงรัตน์, 2536; Leininger, 1981)

การดูแลประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ ดังนี้ 1) ผู้ป่วยรับรู้ความต้องการหรือความปรารถนาของตนเอง 2) พยาบาลควรตระหนักรู้ถึงความต้องการนั้นทำความเข้าใจและกำหนดแผนการดูแลร่วมกัน 3) การตอบสนองต่อความต้องการ เป็นการปฏิบัติดูแลที่ผู้ป่วยบอกได้ชัดเจนว่าได้รับการดูแลแล้ว และ 4) การรับรู้ร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย แสดงถึงการดูแลได้ปฏิบัติแล้วด้วยความพอใจของผู้ป่วยและผู้ให้บริการ หรือการประเมินการดูแลนั้น (พวงรัตน์, 2536) นักวิชาการได้กล่าวถึงทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการดูแลมากมาย เช่น วัตสัน (Watson, 1985) ได้กล่าวถึงการดูแลที่เน้นการกระทำด้วยคุณธรรมและการดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ รวมถึงการให้ความสำคัญต่อจิตวิญญาณของผู้ป่วยในการดูแลด้วย โดยมีองค์ประกอบการดูแล 10 ประการ คือ

1. การสร้างค่านิยมเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่นและมีความเมตตาเพื่อนมนุษย์
2. การสร้างความศรัทธาและความหวัง
3. การมีความไวต่อการรับรู้ต่อตนเองและผู้อื่น
4. การสร้างสัมพันธภาพ การช่วยเหลือไว้วางใจ
5. การยอมรับการแสดงออกถึงความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบ
6. การใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางวิทยาศาสตร์อย่างสร้างสรรค์

7. การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล
8. การประทับใจประคอง สนับสนุน แก่ใจถึงเวดล้อมทั้งทางกายภาพ จิตสังคมและจิตวิญญาณ
9. การช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล
10. การเสริมสร้างพลังจิตวิญญาณในการมีชีวิตอยู่

### ผู้ดูแล

คุณสมบัติพื้นฐานที่สำคัญที่ผู้ดูแลทุกคนควรมีได้แก่ ความรัก ความห่วงใย ความเอื้ออาทร และความตั้งใจอันแน่วแน่ (จารุวรรณ, 2544) การพยาบาลเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ การให้การดูแลและปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลจึงมิใช่เป็นการกระทำบนพื้นฐานทางทฤษฎีเท่านั้น แต่ต้องทำควบคู่ไปกับศิลปะของการปฏิบัติที่เพียบพร้อมด้วยความรัก ความนุ่มนวลและความอ่อนโยน ตลอดจนความเข้าใจในความรู้สึกของผู้ป่วย สามารถสัมผัสความต้องการด้านจิตวิญญาณซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของบทบาทพยาบาลได้ (Ross, 1995) พยาบาลที่เป็นผู้ดูแลด้านจิตวิญญาณจึงควรเสริมคุณลักษณะที่สำคัญของตนเองเพื่อให้การดูแลให้ดีที่สุด ดังที่พรจันท์ (2533) กล่าวว่าพยาบาลที่ปฏิบัติกรพยาบาลด้านจิตวิญญาณ ควรจะมีลักษณะดังนี้

1. เป็นผู้มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นและมีส่วนร่วมรับรู้เรื่องที่ทำให้บุคคลมีความเจ็บปวด เป็นผู้ฟังที่ดีแม้ว่าจะเป็นเรื่องราวที่ทำให้รู้สึกไม่สะดวกใจ ควรจะพูดน้อยที่สุดหรือไม่พูดเลยในบางขณะ ถ้าจำเป็นอาจถามประเด็นที่สอดคล้องกับเหตุการณ์ในช่วงเวลาที่เหมาะสม
2. เป็นเพื่อนร่วมทุกข์ที่ดีของผู้อื่น ไม่ใช่เป็นผู้แก้ปัญหาหรือผู้ช่วยประคับประคองชีวิต เพียงแต่เป็นมิตรแท้ที่จะอยู่ร่วมด้วยกันเท่านั้น ในขณะที่ด้วยกันนั้นก็ให้ความสนใจในสภาวะความเป็นสุข/ทุกข์ร้อนของผู้อื่นด้วย โดยเสนอตัวให้ความช่วยเหลือได้ทันทีเมื่อมีความจำเป็น และต้องรู้จักจำกัดความสามารถของตนเองด้วยว่าจะช่วยเหลือได้หรือไม่เพียงใด
3. ให้ความรักในความเป็นมนุษย์ของคนทุกคน แม้ว่าผู้นั้นจะมีพฤติกรรมที่ไม่น่ารัก ไม่ให้ความร่วมมือและเข้าถึงยาก
4. ให้การยอมรับส่วนที่บกพร่องของตนเอง เช่น ความอ่อนไหว ความเปราะบาง
5. เอื้ออำนวยให้บุคคลได้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้วยตนเอง
6. สนับสนุนและช่วยเหลือให้ผู้อื่นดำเนินการตัดสินใจด้วยตนเอง
7. ให้การยอมรับผู้อื่นดังที่เขาเป็น ไม่ควรพยายามเปลี่ยนเขาให้เป็นไปตามสมัยนิยม
8. ส่งเสริมสนับสนุนผู้อื่นให้มีการวิเคราะห์ตนเองเกี่ยวกับค่านิยม เป้าหมายชีวิตและโลกทัศน์

ส่วนชนิกา (2549) ได้กล่าวถึงพยาบาลที่จะสัมผัสถึงจิตวิญญาณของผู้ป่วยได้นั้น ต้องมีจิตวิญญาณของการเป็นพยาบาลด้วยเพื่อใช้ในการดูแล ซึ่งพยาบาลสามารถพัฒนาตนเองได้ ดังนี้

1. พัฒนาคณะเองให้เป็นผู้ที่มีภาวะเป็นสุขทางจิตวิญญาณ หมายถึง ภาวะที่เป็นสุข เพราะมีจิตใจที่สูงขึ้น ละเอียดประณีตขึ้น โน้มนำไปในทางที่ค้ำจุนเป็นศรัทธา มีปัญญาที่เข้าใจแยกแยะได้ในเหตุผล คิชั่ว บาปบุญคุณโทษ ยึดมั่นในศีลธรรม ความจริง ซื่อสัตย์สุจริต ทั้งทางกาย วาจา ใจ จิตที่ลดละความเห็นแก่ตัวลง เสียสละ เห็นแก่คนอื่นและมีส่วนร่วมมากขึ้น มีความเมตตา อยากให้ผู้อื่นเป็นสุข มีความกรุณา อยากช่วยผู้อื่นให้พ้นทุกข์

2. พัฒนาคณะเองให้เป็นผู้มีความรู้ ความเข้าใจในธรรมชาติของบุคคลโดยรวม ให้เข้าใจโครงสร้างทั้งในส่วนร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณซึ่งสิ่งเหล่านี้จะฟอร์มบุคลิกภาพให้แตกต่างกันไป พยาบาลจะต้องสำรวจความรู้สึกนึกคิดของตัวเอง ทำความเข้าใจกับศาสนาและความรู้สึกนึกคิดในเรื่องชีวิต ตอบคำถามของการค้นหาความหมายของชีวิตให้ได้ และยอมรับว่าจิตวิญญาณเป็นพลังหรือแรงผลักดันของชีวิตที่สำคัญในการดำเนินชีวิต

3. เข้าใจและยอมรับพฤติกรรมตามธรรมชาติของบุคคลในยามปกติและยามเจ็บป่วย
4. พยาบาลจำเป็นต้องเข้าใจในวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณี ภาษา และศาสนาของผู้ป่วย นับถือเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ตรงตามภูมิหลังของเขาอย่างเหมาะสม
5. พยาบาลจะต้องยอมรับขีดจำกัดของตนเอง และจะต้องศึกษาเพิ่มเติมเมื่อขาดความรู้
6. พัฒนาคณะเองให้เป็นผู้ที่มีทักษะการสื่อสาร เนื่องจากพยาบาลต้องใช้ทักษะการสื่อสารอย่างมาก พยาบาลต้องฟังและสังเกตผู้ป่วยอย่างระมัดระวัง เนื่องจากภาวะจิตวิญญาณของบุคคลมีลักษณะเฉพาะและมีความละเอียดอ่อนมาก

คอนฟีลด์ (Kornfield, 1993) ได้กล่าวถึงพยาบาลที่จะให้การรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณได้สมบูรณ์ขึ้นนั้น ควรมีลักษณะดังนี้ 1) มองโลกตามความเป็นจริง (nonidealism) และเข้าใจผู้อื่น 2) มีความเมตตากรุณา (kindness) 3) มีความอดทน (patient) 4) ไวต่อความรู้สึกของผู้อื่น (immediacy) 5) ประณีประนอม เสียสละและอุทิศตนเพื่อส่วนรวม (sense of the sacred) 6) เป็นบุคคลที่แสวงหาความรู้ด้วยตนเอง มีใจเปิดกว้าง (questioning) 7) ยืดหยุ่น (flexibility) 8) สามารถยอมรับข้อบกพร่องของชีวิตได้ (embracing opposites) 9) มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี (relationship) และ 10) เป็นคนเรียบง่าย (ordinariness)

#### การดูแลด้านจิตวิญญาณ

นักวิชาการได้กล่าวถึงการดูแลด้านจิตวิญญาณไว้มากมาย เขวาลักษณ์และลัดดา (2541) กล่าวถึงการดูแลด้านจิตวิญญาณ ดังนี้



1. ส่งเสริมความผาสุกด้วยการดูแลความสุขสบายของผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจมีการประเมินสภาพทางจิตวิญญาณ โดยประเมินควบคู่ไปกับการประเมินสภาพทางกายโดย

1.1 สังเกตพฤติกรรมการแสดงออก ทั้งสีหน้าท่าทางตลอดจนการแสดงอารมณ์ เช่น หงุดหงิด ซึมเศร้า นอนไม่หลับ เป็นต้น

1.2 สัมภาษณ์ ชักถามเกี่ยวกับแนวคิดที่ข้องเกี่ยวกับสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ เช่น พระเจ้ามีผลต่อการกำหนดความเจ็บป่วยหรือไม่ วัตถุประสงค์ที่สวมไว้ช่วยป้องกันอันตรายอย่างไร การสอบถามถึงแหล่งกำลังใจและความหวังในชีวิต

2. ส่งเสริมความรู้สึกมีอำนาจในตนเอง โดยการยอมรับและสนับสนุนความเชื่อของผู้รับ บริการให้สามารถปฏิบัติตามสิ่งที่เชื่อถ้อยยึดเหนี่ยว

2.1 ให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย เป็นข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจรักษา ทำให้เกิดความรู้สึกมีอำนาจควบคุมตนเองได้

2.2 ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมรับรู้และตัดสินใจด้วยตนเอง โดยให้ข้อมูลที่เพียงพอ และเสนอทางเลือกเพื่อเลือกสิ่งที่เหมาะสมที่สุด

2.3 ร่วมตั้งเป้าหมายในการรักษาพยาบาล ซึ่งต้องอยู่บนพื้นฐานที่เป็นจริง มีเหตุมีผล ถูกต้องเหมาะสม

3. ให้ความสนใจ เอาใจใส่กับสภาพอารมณ์ของผู้ป่วยเมื่อพบเหตุการณ์วิกฤตต่างๆ ตลอด จนการสร้าง ความหวังและกำลังใจ

4. พยาบาลใช้ตนเองเป็นผู้รักษา โดยร่วมรับรู้ความรู้สึกของผู้ป่วย การเข้าหาและอยู่กับผู้ป่วย การสัมผัส การแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับความเชื่อ ศาสนาหรือพระเจ้า

5. จัดหาแหล่งสนับสนุนทางจิตวิญญาณ

5.1 การสวดมนต์ภาวนา เป็นการติดต่อกับสิ่งที่ตนรู้สึกว่าทรงพลังอำนาจ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการที่จะสวดมนต์เพราะช่วยให้ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ให้ความรู้สึกได้ใกล้ชิดกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์แต่ต้องระวังการใช้ให้เหมาะสมไม่ให้เกิดการแปรเปลี่ยนเจตนาเป็นความคาดหวังที่ไม่เป็นจริง

5.2 ปฏิบัติพิธีกรรม การเอื้ออำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยได้ร่วมประกอบกิจทางศาสนาในบางโอกาส เช่น การนิมนต์พระ หรือการเชิญบุคคลสำคัญทางศาสนามาพูดคุยชี้แนะ การให้อภัย จัดหาพระพุทธรูป รูปภาพหรือสัญลักษณ์สำคัญทางศาสนามาติดไว้เพื่อให้ผู้ป่วยได้มองเห็นและสามารถเคารพบูชาได้ การประกอบพิธีกรรมตามความเชื่อทางศาสนาในหอผู้ป่วย เป็นต้น

6. ฟังอย่างมีเทคนิคและมีเทคนิคในการสื่อสารอย่างเหมาะสม

6.1 การฟังเป็นประโยชน์อย่างมากสำหรับการพยาบาลในการเข้าใจความรู้สึกนึกคิด

เรื่องราวต่างๆ ของผู้ป่วยอย่างแท้จริง การตั้งใจฟังสิ่งที่ผู้ป่วยพูด ไม่มีการต่อต้านหรือเลือกฟัง ไม่ใส่ความรู้สึกส่วนตัวหรือการตัดสินใดๆ ลงในข้อมูลนั้นและฟังด้วยความเข้าใจ

6.2 เทคนิคการสื่อสารอย่างเหมาะสม การสื่อสารเพื่อการบำบัด ช่วยให้พยาบาลติดต่อ

สัมพันธ์กับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยแสดงออกถึงความคิดและความต้องการช่วยเหลือทางจิตวิญญาณ โดยการเลือกใช้การสื่อสารที่เหมาะสมกับสภาพการณ์ เช่น เทคนิคกระตุ้นการสนทนา เทคนิคให้ระบายความรู้สึกนึกคิด การทำให้กระจ่างด้านค่านิยมเป็นต้น การนั่งเงียบ รับฟัง พุดคุยเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก

อวยพร (2534) เสนอแนวทางการดูแลด้านจิตวิญญาณ ดังนี้

1. การปรากฏกายของพยาบาลและการสัมผัส
2. การนั่งเงียบ แต่ฟังและสังเกต เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก
3. การแสดงความอาทร ร่วมทุกข์ ร่วมสุขกับผู้ป่วย
4. การเข้าหาผู้ป่วยทันทีที่ต้องการ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจว่าพยาบาลสามารถเป็นที่พึ่งได้เมื่อต้องการ
5. การสวดมนต์ภาวนาให้เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ รมณ์ระวังไม่ให้เกิดความคาดหวังเกินจริง เช่น ปาฏิหาริย์
6. การอ่านหนังสือธรรมะ คัมภีร์ สิ่งที่เกี่ยวข้องกับศาสนาที่ผู้ป่วยนับถือ
7. การเอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยมีส่วนในพิธีทางศาสนา เช่น ไปวัด/โบสถ์เพื่อประกอบศาสนกิจ เป็นต้น
8. การเปิดโอกาสให้ใช้วัตถุมงคลต่างๆ
9. การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยโดยการให้ปฏิบัติตามสิ่งที่เชื่อถือ ยึดเหนี่ยวและได้รับการรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง

เทลเลอร์และคณะ (Taylor et al.,1994) เสนอแนวทางการดูแลด้านจิตวิญญาณ ดังนี้

1. ส่งเสริมความผาสุกด้วยการดูแลความสบายของผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ
2. ยอมรับและสนับสนุนความเชื่อของผู้ป่วย
3. ให้การดูแลเอาใจใส่สภาพอารมณ์ของผู้ป่วยเมื่อพบกับเหตุการณ์วิกฤตต่างๆ
4. ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความสงบ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเข้มแข็ง
5. พยาบาลใช้ตนเองเป็นผู้รักษา ร่วมรับรู้ความรู้สึกของผู้ป่วย ดูแลให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล สุภาพ อ่อนโยน ยอมรับการแสดงออกของผู้ป่วย
6. ส่งเสริมให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับพระเจ้า สิ่งศักดิ์สิทธิ์ ครอบครัว

บุคคลอื่นแม้แต่ตัวเอง

7. อนุญาตให้ประกอบกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนา
8. พุดคุยและรับฟังผู้ป่วย

โอไบรอัน (O'Brien, 1999) ได้กล่าวถึงการดูแลด้านจิตวิญญาณไว้ว่า การปฏิบัติพยาบาลเพื่อการดูแลด้านจิตวิญญาณประกอบด้วยกิจกรรมที่สำคัญ 3 ประการ คือ

1. อยู่กับผู้ป่วย (being with patients) หมายถึงการอยู่กับผู้ป่วยในขณะที่ผู้ป่วยมีความทุกข์จากความปวด ความทุกข์ทรมานหรือมีปัญหา/ความต้องการอื่นๆ
2. ฟังผู้ป่วย (listening to patients) เมื่อผู้ป่วยแสดงออกถึงความวิตกกังวล ความกลัว ความโกรธ ความอ้างว้าง ความซึมเศร้า เสียใจ
3. สัมผัสผู้ป่วย (touching patients) ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์และจิตวิญญาณเพื่อให้ผู้ป่วยมั่นใจถึงการได้ติดต่อกับพระเจ้าหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ผู้ป่วยนับถือ

นอกจากนี้ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณ เช่น เสาวลักษณ์ (2545) ได้ศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยวิกฤต โดยศึกษาเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม/อายุรกรรมจำนวน 10 ราย ผลการศึกษาพบว่า การปฏิบัติพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของพยาบาลมี 8 กิจกรรม ได้แก่ คอยดูแลช่วยเหลือ สร้างความหวัง ดูแลยิ่งกว่าญาติ บอกให้รับรู้อาการ สัมผัสถ่ายทอดความรู้สึกทางใจ เสริมกำลังใจจากญาติ ช่วยให้สุขสงบ และเคารพความเป็นบุคคล

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณตามที่นักวิชาการทั้งหลายกล่าวไว้ มีความสอดคล้องกัน แต่สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิดการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณของเชลเลอร์สและแฮก ที่ได้ศึกษากิจกรรมการพยาบาลด้านจิตวิญญาณในพยาบาลในประเทศสหรัฐอเมริกา และได้จัดกลุ่มกิจกรรมการพยาบาลที่เกี่ยวกับการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณไว้ที่น่าสนใจ ซึ่งทัศนีย์ (2543) ได้ประยุกต์ให้เหมาะสมกับพื้นฐานความเชื่อและวัฒนธรรมไทย โดยแบ่งการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณออกเป็น 5 ด้าน คือ 1) การช่วยเหลือโดยใช้เทคนิคการสื่อสาร 2) การช่วยเหลือด้านความคิดและความทรงจำ 3) การช่วยเหลือโดยการกระตุ้นประสาทการรับรู้ 4) การช่วยเหลือกิจกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินชีวิต 5) การช่วยเหลือด้านศาสนา โดยมีรายละเอียดดังนี้

## สำนักทรัพยากรการเรียนรู้คุณหญิงหลง อรรถกระวีสุนทร

### การช่วยเหลือ โดยใช้เทคนิคการสื่อสาร (communication interventions)

การสื่อสารมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อสังคมมนุษย์ เป็นกระบวนการสำคัญที่มีการถ่ายทอดข่าวสาร ความคิด ความรู้สึก ทสนคติจากบุคคลหนึ่งไปยังบุคคลอื่น ที่ทำให้บุคคลและสิ่งแวดล้อมมีความเข้าใจกัน ได้รับความต้องการและสามารถตอบสนองตามความต้องการได้อย่างเหมาะสม (ฉวีวรรณ, 2541; สุภาพร, วรรณนิภาและจัญญา, 2543) การสื่อสารเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นตลอดเวลาอย่างต่อเนื่อง ความหมายของข่าวสารจะถูกสร้างขึ้นและแปลความหมายได้โดยผู้รับสารตามแนวคิดของนักพฤติกรรมศาสตร์ ถือว่าการติดต่อสื่อสารเป็นเรื่องของการปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมายและเกิดขึ้นเมื่อมีบุคคลอย่างน้อย 2 ฝ่าย คือ ผู้ส่งสารและผู้รับสาร การสื่อสารจำแนกได้ 4 ประเภท ดังนี้

จำแนกตามทิศทางการสื่อสาร แบ่งออกเป็น 2 แบบ คือ

1. การสื่อสารทางเดียว (one way communication) เป็นการสื่อสารที่ผู้ส่งข่าวสารส่งข่าวโดยปราศจากข้อมูลย้อนกลับจากผู้รับข่าวสาร โดยทั่วไปการสื่อสารแบบนี้จะเป็นไปในรูปของนโยบาย ของผู้บริหาร ระดับสูงในองค์กรและสื่อมวลชน เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ เป็นต้น

2. การสื่อสารสองทาง (two way communication) เป็นการสื่อสารที่ผู้ส่งและผู้รับสามารถตอบสนองต่อกัน เพื่อสร้างความเข้าใจอย่างแจ่มแจ้งทั่วถึง

จำแนกตามลักษณะการใช้ แบ่งออกเป็น 2 แบบ คือ

1. การสื่อสารแบบไม่เป็นทางการ (informal communication) หมายถึง การแสดงออกถึงพฤติกรรมการสื่อสารที่กระทำกันเองเป็นการส่วนตัวโดยใช้คำพูดเป็นส่วนใหญ่ มีการแสดงออกถึงพฤติกรรมเหล่านี้ได้แก่ มีการสื่อสารแบบ 2 ทาง มีการถาม-ตอบ ให้ข้อมูล รับข้อมูล มีการใส่ใจ ความรู้สึกของผู้ฟัง สามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีได้

2. การสื่อสารแบบเป็นทางการ (formal communication) หมายถึง การสื่อสารที่มีการกำหนดระเบียบแบบแผนที่กำหนดไว้ชัดเจน มีการแสดงออกถึงพฤติกรรมเหล่านี้ ได้แก่ แจ้งให้ผู้อื่นทราบถึงเหตุการณ์และกิจกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ได้ทราบสถานการณ์ที่เป็นปัจจุบันตลอดเวลา นำเสนอข้อมูลต่อสาธารณะด้วยรูปแบบที่จูงใจและตอบคำถามต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม เขียนได้ชัดเจน สั้นกระชับรัด และมีประสิทธิผล โดยใช้ข้อมูลต่างๆ จากคอมพิวเตอร์ การสื่อสารแบบนี้มีลักษณะสำคัญบางประการ เช่น การถ่ายทอดนโยบาย การวินิจฉัยสั่งการไปตามสายการบังคับบัญชา การเขียนรายงานต่างๆ เป็นต้น (Hellriegel, Jackson, & Slocum, 2005)

จำแนกตามสัญลักษณ์ที่ใช้ในการสื่อสาร แบ่งออกเป็น 2 แบบคือ

1. การติดต่อสื่อสารโดยใช้คำพูด (verbal communication) การสื่อสารแบบนี้ต้องใช้หลัก

มนุษย์สัมพันธ์เป็นอย่างมาก มีการใช้ภาษาและคำพูดที่เหมาะสมเข้าใจง่าย มีความชัดเจน การใช้ น้ำเสียง ถูกต้องตามกาลเทศะ น้ำเสียงเป็นเครื่องบอกถึงความรู้สึกของผู้พูดและเรื่องที่จะพูด ผู้พูดต้องรู้จัก วิธีการกำหนดน้ำเสียงให้เหมาะสม นุ่มนวล ชวนฟัง เพื่อให้การสื่อสารดำเนินไปด้วยดี

2. การสื่อสาร โดยไม่ใช้คำพูด (non-verbal communication) บางครั้งเรียกว่าภาษากาย ซึ่งรวมถึง ท่าทางการเคลื่อนไหวและการแต่งกาย บุคคลจะสามารถรับรู้และแสดง ออกด้วยภาษากายได้ง่ายและ ก่อนภาษาพูด การติดต่อสื่อสาร โดยไม่ใช้คำพูดอาจแสดงออกทางสีหน้า การแสดงอารมณ์ต่างๆ การ แสดงท่าทาง เช่น การนอน การนั่ง ผู้ที่มีความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง อาจนั่งในลักษณะหลังค่อม มือกุม ขมับ คอดก การมองและการสบตาเป็นการสื่อสารที่สามารถแสดงออกทางสายตา บอกถึงความต้องการ/ ไม่ต้องการ ความพร้อม/ไม่พร้อมที่จะสนทนาด้วย นอกจากนี้การสัมผัสเป็นการติดต่อสื่อสาร ที่ แสดงออกถึงความห่วงใย ความรัก การให้กำลังใจ การสัมผัสด้วยความอ่อนโยนจะถ่ายทอดความรู้สึกที่ ดีให้แก่กัน ได้มาก การสัมผัสจะช่วยให้แสดงออกถึงความรู้สึกบางอย่างที่ไม่สามารถพูดออกมาได้ เป็นการ ช่วยให้การติดต่อสื่อสารสมบูรณ์ขึ้น (บุญศรีและศิริพร, 2538; ปรียาพร, 2542 ; สุภาพร, วรรณนิภา และจัญญา, 2543)

ปัจจัยที่มีผลต่อการสื่อสารมีหลายประการ ดังนี้

1. วัฒนธรรม (culture) บุคคลที่อยู่ในสังคมวัฒนธรรมต่างกันจะมีรูปแบบการสื่อสารที่ต่างกัน กลุ่มสังคม เช่น ครอบครัว ศาสนา ระดับชั้นของบุคคลต่างสังคม เศรษฐกิจ มีอิทธิพลต่อทัศนคติและ ค่านิยมของบุคคลและเป็นสิ่งชี้นำพฤติกรรมในการติดต่อสื่อสารของบุคคลนั้นๆ ทั้งภาษาพูดและภาษา ท่าทางในการสื่อสารอาจมีความหมายต่างกัน ในสังคมที่ต่างกัน การแปลภาษาท่าทางวัฒนธรรมก็มี อิทธิพลมาก เช่น การแต่งกาย การใช้เครื่องประดับ เป็นต้น

2. ความวิตกกังวล (anxiety) ความวิตกกังวลมีผลต่อการสื่อสาร โดยเฉพาะการใส่รหัสและ ถอดรหัสของข่าวสาร ความวิตกกังวลเป็นปรากฏการณ์ที่ซับซ้อนซึ่งมีผลในการรับรู้ความรู้สึก ร่างกาย และการตอบสนองต่อพฤติกรรม ความวิตกกังวลระดับต่ำ จะเป็นผลให้เกิดแรงจูงใจ การเรียนรู้และก่อ ประโยชน์ แต่ถ้าความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง จะไม่มีแรงจูงใจและไม่รับรู้

3. การรับรู้ (perception) การรับรู้ หมายถึง การรับข่าวสารและการเลือกรับข่าวสารและการ แปลข้อมูลที่ได้รับ ปกติบุคคลจะเลือกรับรู้และตีความข่าวสารนั้นให้สอดคล้องกับทัศนคติและความ ต้องการของตนเอง ที่ทำให้ตัวเองพอใจ มีความสุข

4. อารมณ์ ความโกรธ ความกลัว ความรู้สึกเสียใจ มีอิทธิพลต่อสิ่งที่รับรู้การสื่อสาร ทำให้ไม่ ตั้งใจที่จะฟังการพูดสื่อสารจากบุคคลอื่น

5. การเลือกเปิดรับหรือเลือกความสนใจ โดยปกติคนเราจะเลือกสนใจต่อข่าวสารที่เกี่ยวข้อง

สอดคล้องและเป็นประโยชน์ต่อตนเอง และยังเลือกที่จะจดจำเฉพาะเรื่องที่สำคัญกับตนเองหรือมีผลกระทบกับตัวเองเท่านั้น

ส่วนประกอบของการสื่อสาร ส่วนประกอบต่างๆ ที่พยาบาลควรจะทราบเพื่อใช้เป็นแนวทางในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยให้ได้ผลดี มีดังนี้ (ฉวีวรรณ, 2541)

1. ผู้ป่วย พยาบาลควรทราบภูมิหลังของผู้ป่วยแต่ละคนทางด้านวัฒนธรรม สังคม ฐานะทางเศรษฐกิจและระดับความรู้ เพื่อเป็นพื้นฐานในการใช้คำพูด พูดคุย ชักถามตามระดับความรู้ ความเข้าใจ และสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย
2. พยาบาล ต้องพัฒนาตนให้เป็นผู้มีบุคลิกดี มีความรู้กว้างขวางทั้งความรู้ทั่วไป ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ พัฒนาการของมนุษย์เพราะจะทำให้เข้าใจผู้ป่วยได้ดีขึ้น
3. ภาษา ภาษาที่ใช้ควรใช้ภาษาเดียวกันซึ่งจะทำให้เกิดความเข้าใจได้ดีกว่า
4. บรรยากาศ ควรสร้างบรรยากาศให้รู้สึกปลอดภัย เป็นกันเอง มีความสบายพอเหมาะสม
5. สถานที่ เหมาะสม ไม่พลุกพล่านหรือลึบตาคนเกินไป
6. จังหวะเวลาที่เหมาะสม

ดังนั้นการสื่อสารเพื่อช่วยเหลือด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยจึงมีความสำคัญ เพราะหมายถึงการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลการสื่อสารที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย จะช่วยสร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงจิตวิญญาณของตนเองได้ เพราะจิตวิญญาณเป็นเรื่องละเอียดอ่อน ไม่ควรเป็นประเด็นสนทนาระหว่างผู้ที่พบกันครั้งแรกหรือยังไม่คุ้นเคยกัน (ทัศนีย์, 2543) การใช้ทักษะการสื่อสาร เช่น การตั้งใจฟัง (active listening) การใช้เทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัด (therapeutic communication) เช่น การสะท้อนคำพูดและความคิดของผู้ป่วย (clarifying & validating) การให้คำแนะนำ การใช้คำถามทั้งชนิดปลายปิดและปลายเปิด การสรุปความ การรับฟังด้วยท่าทียอมรับ เป็นต้น การสื่อสารเพื่อการตอบสนองด้านความหวังโดยการค่อยๆ เติมความหวัง (instilling hope) การค้นหาแหล่งพลังและความหวัง ตลอดจนบุคคลที่ผู้ป่วยยึดเหนี่ยวยามที่ต้องการความช่วยเหลือ การพูดคุยเกี่ยวกับการให้คุณค่าและประสพ การณ์ทางจิตวิญญาณ การช่วยเหลือโดยใช้เทคนิคการสื่อสารอีกวิธีหนึ่งที่ใช้ การปรากฏกายในยามที่ผู้ป่วยต้องการ ซึ่งไม่ใช่เพียงแค่ การอยู่ข้างเตียงเฉยๆ แต่ต้องเป็นการอยู่ด้วยกับผู้ป่วย ผู้ป่วยบางรายอาจได้คำตอบเรื่องความหมายของการเจ็บป่วยและเป้าหมายของชีวิตด้วยตนเอง โดยพยาบาลเพียงแต่รับฟังให้ผู้ป่วยแสดงความคิดและความรู้สึกเท่านั้น การสื่อสารจึงเป็นเครื่องมือหนึ่งในการพยาบาล ดังคำกล่าวที่ว่า ไม่มีกิจกรรมการพยาบาลใดๆ ที่ไม่ใช้การสื่อสาร (บุญศรีและศิริพร, 2538) เช่นการศึกษาของกาญจนา (2540) ได้ศึกษารูปแบบการสื่อสาร ความพึงพอใจในการสื่อสาร ความพึงพอใจในงานกับความสามารถในการปฏิบัติงานพยาบาลประจำการในโรงพยาบาล

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลประจำการมีการสื่อสารแนวนอนในระดับสูง เนื่องจากจิตวิญญาณเป็นเรื่องเกี่ยวกับความคิด ความรู้สึก ความศรัทธา ปรัชญา และกำลังใจ การสื่อสารที่ดีจึงเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญ ในการถ่ายทอดความรู้สึกนึกคิด ความศรัทธาของบุคคล ส่งผลให้บุคคลสามารถเข้าถึงและเข้าใจจิตวิญญาณของตนเองได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของคลากและไฮเคนริช

(Clark & Heidenreich, 1995) ที่ศึกษาการดูแลทางจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยวิกฤต และพบว่า การรับฟังสนใจใส่ใจในสิ่งที่ผู้ป่วยพูด เป็นกุญแจสำคัญนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลจิตวิญญาณ เช่นเดียวกับเชลเลอร์สและแฮก ที่พบว่า การฟังผู้ป่วยอย่างตั้งใจ การสะท้อนความรู้สึกและความคิดของผู้ป่วย การยอมรับผู้ป่วย เป็นกิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติในการให้การพยาบาลด้านจิตวิญญาณ

#### *การช่วยเหลือด้านการคิดและการทรงจำ (cognitive interventions)*

การคิด เป็นกลไกของสมองที่เกิดขึ้นตลอดเวลา ซึ่งเป็นไปตามธรรมชาติของมนุษย์ที่ใช้ในการสร้างแนวความคิดรวบยอดด้วยการจำแนกความแตกต่าง การจัดกลุ่มและการกำหนดชื่อเรื่องเกี่ยวกับข้อเท็จจริงที่ได้รับ กระบวนการที่ใช้ในการแปลความหมายของข้อมูล รวมถึงการสรุปอ้างอิงด้วยการจำแนกรายละเอียด การเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของข้อมูลที่ได้รับ การคิดเป็นผลที่เกิดขึ้นจากการที่สมองถูกรบกวนจากสิ่งแวดล้อม สังคมรอบตัว และประสบการณ์ดั้งเดิมของมนุษย์ การคิดเป็นกระบวนการของสมองที่ใช้ประสบการณ์มาสัมผัสกับสิ่งเร้าและข้อมูล หรือสิ่งแวดล้อมเพื่อแก้ปัญหา แสวงหาคำตอบ ตัดสินใจหรือสร้างสรรค์สิ่งใหม่ การคิด เป็นพฤติกรรมที่เกิดในสมองเป็นนามธรรม ไม่สามารถมองเห็นได้ด้วยตาเปล่า การที่จะรู้ว่ามีมนุษย์คิดอะไร คิดอย่างไร จะต้องสังเกตจากพฤติกรรมที่แสดงออกหรือคำพูดที่พูดออกมา (วัฒนา, 2548)

ปัจจัยที่ส่งผลให้สมองเกิดพัฒนาการด้านการคิด ได้แก่ การทำงานของสมอง พื้นฐานทางครอบครัว การอบรมเลี้ยงดู พื้นฐานความรู้ การพัฒนาการคิดมีหลายระดับ พื้นฐานความรู้เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพัฒนาการคิด ผู้มีความรู้สูงมีความรู้ดีย่อมมีข้อมูลข่าวสารประสบการณ์ และพื้นฐานความรู้ที่หลากหลาย พอที่จะเป็นเครื่องนำทางในการคิด นอกจากนี้ประสบการณ์ชีวิต เป็นพื้นฐานความรู้ของบุคคลอีกประเภทที่ได้จากการปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง สถานการณ์ สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม และประสบการณ์ สภาพแวดล้อม เป็นแรงกระตุ้นแรงเสริม แรงกดดันให้เกิดพัฒนาการคิด เพราะสภาพแวดล้อมบางชนิดก่อให้เกิดจินตนาการ ซึ่งทั้งหมดนี้คือการเรียนรู้ที่จะคิดอย่างมีเหตุผล และตัดสินใจที่เหมาะสมในที่สุดได้ การพัฒนาการคิดของมนุษย์ อาจขึ้นอยู่กับวัย เพศ พันธุกรรม วุฒิ

ภาวะ ระดับการศึกษาและสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ยังมีพฤติกรรมที่ส่งเสริมการคิด เช่น มีการใฝ่รู้และจินตนาการ กล้าเผชิญกับความ คิดที่ซับซ้อน สนุกต่อการตัดสินใจ วางแผนให้ประสบความสำเร็จ สามารถมองเห็น โอกาสและทางเลือกได้มากขึ้น สร้างสรรค์ความคิดได้ง่าย อย่างไรก็ตาม มีสิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการคิด เช่น การที่สมองถูกกระทบกระเทือน การรับมลภาวะแวดล้อมที่ทำให้ร่างกายอ่อนแอ เช่น การรับสารเป็นพิษจากอาหารการออกกำลังกายพักผ่อนไม่เพียงพอ การคิดสิ่งร้าย การเครียดขาดสมาธิและไม่กล้าเผชิญปัญหา เป็นต้น (สุดารัตน์, 2548)

ส่วนความจำ เป็นความสามารถในการเก็บรักษาเรื่องราวและประสบการณ์ในอดีต รวมทั้งการระลึกเรื่องราวนั้นได้ ขบวนการที่เกี่ยวข้องกับความจำ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ การบันทึกความจำ การเก็บความจำและการระลึกความจำ ความจำแบ่งออกได้เป็น 3 ชนิดคือ 1) ความจำรับสัมผัส (sensory memory) เป็นขบวนการของความจำขั้นต้น ที่สามารถเก็บสัญญาณที่สัมผัส ไว้เป็นระยะเวลาสั้น 2) ความจำระยะสั้น (short-term memory) เป็นความจำซึ่งอาจประกอบด้วย คำพูด ตัวเลข ตัวหนังสือ หรือข้อมูลอื่นๆ ในระยะเวลาสั้นและจะถูกลบหายไปเมื่อข้อมูลใหม่เข้ามา คุณลักษณะที่สำคัญที่สุดของความจำระยะสั้นคือ สามารถระลึกได้ทันที ซึ่งแตกต่างจากความจำระยะยาวที่ต้องใช้เวลานานในการรำลึก 3) ความจำระยะยาว (long-term memory) หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่าเป็นความจำถาวร แบ่งออก ได้เป็น 2 ชนิด คือ secondary memory เป็นความจำอย่างอ่อนหรือปานกลาง สามารถลืมง่าย บางครั้งระลึก ได้ยากและtertiary memory ความจำชนิดนี้ฝังอยู่นานชั่วอายุและสามารถระลึก ได้อย่างรวดเร็วได้แก่การจำชื่อตนเอง จำตัวเลข สภาพแวดล้อมที่คุ้นเคยเป็นอย่างดี (ราตรีและวีระชัย, 2545) การช่วยเหลือด้านการทรงจำสามารถกระทำได้โดยการเพิ่มความสามารถในการจำ วิธีการเพิ่มความสามารถและประสิทธิภาพในการจำนั้นมีเทคนิคหลายประการ เช่น

1. คิดถึงเรื่องหรือข้อมูลที่ต้องการจำให้นานและบ่อยเท่าที่จะจำได้
2. พยายามแยกแยะและเรียงข้อมูลให้เหมาะสมใหม่
3. ใช้ข้อมูลร่วมหรือสัมพันธ์กับข้อมูลที่สามารถรำลึกได้ง่าย
4. คิดและเขียนแนวทางโครงสร้างของข้อมูล เพื่อค้นหาวิธีที่จะตั้งชื่อองค์ประกอบที่สำคัญของโครงสร้างนั้นๆ เพื่อจะได้ใช้คำเหล่านั้นเป็นแนวทางในการรำลึกความจำ (ชูศักดิ์, 2540)

ดังนั้นการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่เกี่ยวกับการกระตุ้นด้านการคิดอาจเป็นเพียงการกระตุ้นความรู้จากง่าย ๆ ไปสู่การวิเคราะห์ สังเคราะห์ ตามความเหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย และส่วนการกระตุ้นความทรงจำสามารถกระทำได้ที่ความทรงจำระยะสั้นจนถึงความทรงจำระยะยาว ตามเหตุการณ์และความจำเป็นเช่นเดียวกัน

ปัจจัยที่มีผลต่อความจำระยะสั้น ได้แก่ ปัจจัยใดก็ตามที่มีผลกระทบกระเทือนต่อหน้าที่ของ



สมอง เช่นความกลัวที่เกิดขึ้นทันที เสียงที่ดังมาก สิ่งกระตุ้นที่ดึงดูดความสนใจอื่น จะทำให้ความจำระยะสั้นหายไปได้ ส่วนความจำระยะยาวนั้น สมองที่ถูกกระทบกระเทือน การได้รับยาเสพติดทำให้การทำหน้าที่ของสมองหยุดชะงักชั่วคราว บุคคลที่ตื่นตัวอยู่จะเกิดการจำดีกว่าสมองแล้ง

ปัจจัยที่ทำให้ลืม ได้แก่ 1) ระยะเวลาผ่านไปนานขึ้นทำให้ลืมมากขึ้น 2) ความสนใจ ความตั้งใจ ถ้าความสนใจถูกเบี่ยงเบนขณะได้รับข้อมูลครั้งแรก ข้อมูลนั้นจะไม่บันทึกไว้ 3) ปฏิกิริยาการรบกวนที่คล้ายๆกัน ทำให้จำได้ยาก 4) ปัจจัยด้านอารมณ์ เหตุการณ์ที่ส่งผลต่ออารมณ์รุนแรงจะจำได้ดีกว่า เช่นเหตุการณ์ตื่นเต้น เสียใจ โศกเศร้า

การช่วยเหลือด้านการคิดและความจำสามารถกระทำได้ในลักษณะต่างๆ เช่น การเล่าถึงประสบการณ์ ความจำเกี่ยวกับเหตุการณ์ หรือเรื่องราวต่างๆ ในอดีต ชีวิตส่วนตัวหรือครอบครัว เช่นความสำเร็จ ความภาคภูมิใจ ความยากลำบาก ความสามารถในการเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคในชีวิต การประเมินความสามารถในการใช้ความคิด การจำลองหรือจินตนาการ ความนึกคิดต่างๆ การบันทึกเรื่องราวเกี่ยวกับภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วย เช่น ความรู้สึกเกี่ยวกับการเดินทางเพื่อได้สัมผัสพระเจ้า การรับรู้ว่าจะขณะนี้พวกเขาอยู่ที่ใดและกำลังจะไปที่ไหน การกระตุ้นความทรงจำต่างๆ โดยการสร้าง

เกาะแห่งความทรงจำ (memory island) ขึ้น จากนั้นผู้ป่วยและครอบครัวนำเหตุการณ์หรือเรื่องราวต่างๆ ที่ควรจำมาใส่ไว้ นอกจากนี้ยังรวมถึงการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเขียนจดหมายเล่าเรื่องราวต่างๆ เกี่ยวกับชีวิตของตนให้กับบุคคลสำคัญอื่นๆ ด้วย การส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ระลึกถึงความเชื่อเกี่ยวกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ การปฏิบัติตามคำสอนทางศาสนา แหล่งกำลังใจอื่นๆ การให้เวลาและตั้งใจฟังสิ่งที่ผู้ป่วยบอกเล่าระบายความรู้สึกหรือเปิดโอกาสให้ซักถาม การช่วยสะท้อนความคิดและความรู้สึกเหล่านั้น จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายขึ้น เมื่อกระบวนการคิดของผู้ป่วยดีขึ้น กระตุ้นความทรงจำได้มากขึ้น (ทศนีย์, 2543; Sellers & Haag, 1998) ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถระลึกถึงสิ่งที่ยึดเหนี่ยวในชีวิต สิ่งศักดิ์สิทธิ์ สิ่งที่เป็นแหล่งความหมายหรือกำลังใจของตนเอง ช่วยให้มีหวังและพลังใจ ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงจิตวิญญาณของตนเองได้ดีขึ้น จากการศึกษาของแวนซ์และคณะ (Vance et al., 2007) ซึ่งได้ศึกษาการบำบัดด้วยกระบวนการคิดในผู้ป่วยสูงอายุ โดยพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุ ร้อยละ 20-56 มีปัญหาด้านการคิดและการจำ การช่วยเหลือด้านการคิดและการจำ เช่นการกระตุ้นกระบวนการคิด การฝึกการจำ การฝึกด้านการใช้เหตุผล กิจกรรมเหล่านี้ ช่วยให้สภาพจิตใจดีขึ้น ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมด้วยตนเองได้มากขึ้น ส่วนบราวน์และคณะ (Brown et al., 2005) ได้ศึกษาการบำบัดด้วยการคิดและการจำ โดยทำการศึกษาเชิงทดลองในผู้ป่วยกลุ่มที่พยายามฆ่าตัวตาย เปรียบเทียบกลุ่มที่ให้การดูแลตามปกติและกลุ่มที่ให้การดูแลด้วยการบำบัดด้วยการคิดและการจำ พบว่ากลุ่มที่ได้รับดูแลด้วยการบำบัดด้วยการคิดและการจำ ช่วย

ป้องกันการคิดฆ่าตัวตายซ้ำ และผู้ป่วยกลุ่มนี้มีคะแนนความสิ้นหวังและความซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับ การดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญ

### การช่วยเหลือ โดยการกระตุ้นประสาทการรับรู้ (sensory nursing interventions)

สำหรับระบบประสาทการรับรู้ นั้น นักวิชาการบางท่านเรียกว่าระบบประสาทรับรู้ความรู้สึก (คณาจารย์ภาควิชาสรีรวิทยา, 2545) หรือระบบประสาทสัมผัส (ชูศักดิ์, 2540) ซึ่งมีความหมายเดียวกัน ระบบประสาทดังกล่าว ช่วยให้เราสามารถรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมทั้งภายนอกและภายในร่างกาย เพื่อให้ร่างกายมีการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมและมีชีวิตอยู่ได้ ประสาทการรับรู้หรือประสาทรับรู้ความรู้สึก จำแนกได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือระบบรับรู้ความรู้สึกทางกาย และระบบรับรู้ความรู้สึกพิเศษ (ชูศักดิ์, 2540; คณาจารย์ภาควิชาสรีรวิทยา, 2545; โรงเรียนแสนสนุกไตรทัษะ, 2551) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ประสาทสัมผัส (sense of touch) เป็นการรับรู้ที่ทำให้เรารู้ขนาด (boundary) ของตัวเราเอง เรารับรู้สัมผัสที่ผิวหนัง ที่ผิวหนังของเรามีเซลล์ประสาทหลายประเภททั้งเซลล์ที่รับรู้ความอุ่น อุณหภูมิ และเซลล์ประสาทสัมผัสเป็นหนึ่งในนั้นความรู้ถึงการสัมผัสนี้เองทำให้ความรู้สึกถึงความเป็นตัวตน การสัมผัสทำให้เราเกิดความเข้าใจ ทำให้รู้สึกถึงความปลอดภัย ไม่รู้สึกกลัว

2. ประสาทรับรู้ถึงการดำรงอยู่ (sense of life) ประสาทการรับรู้ตัวนี้รวมไปถึงการรับรู้ความรู้สึกทั้งหลาย การรู้สึกสบายดี ความสุขหรือความเจ็บป่วย หน่วยรับรู้ที่อยู่ตามไขสันหลัง เยื่อหุ้มกระดูกและข้อต่อต่างๆ ของร่างกาย โดยมีศูนย์กลางอยู่บริเวณค้ำจากปอด ประสาทรับรู้ตัวนี้จะมีหน้าที่รายงานถึงความผิดปกติของร่างกาย เช่น ปวดหัวหรือความต้องการของร่างกาย เช่น หิว เหนื่อย หิวน้ำ และเป็นตัวตัดสินใจถึงสิ่งเร้าที่มากระทบร่างกาย เช่น กลิ่น กลิ่นนั้นเหม็นหรือหอม อากาศร้อนหรือเย็น

3. ประสาทรับรู้การเคลื่อนไหวของตนเอง (sense of own movement) เซลล์ประสาทนี้อยู่ในกล้ามเนื้อและข้อต่อต่างๆ ของร่างกาย เช่น ที่อยู่กล้ามเนื้อแขนจะทำให้เรารู้ถึงตำแหน่งแขนของเรา ให้ความรู้สึกเป็นอิสระ

4. ประสาทรับรู้ถึงความสมดุล (sense of balance) เซลล์ประสาทนี้อยู่ในหูเป็น โครงสร้างที่มี 3 มิติและมีของเหลวและใยประสาทบรรจุอยู่ได้ลงมามีเซลล์ประสาทที่ปลายมีก้อนแข็งๆ เล็กๆ อยู่ซึ่งทำให้เรารู้ถึงแรงโน้มถ่วงของโลกทำให้เรารู้ถึงตำแหน่งของศีรษะความรู้สึกถึงสมดุลนี้เองที่ทำให้เกิดความสงบ ขึ้นภายในความรู้สึกความสมดุลก่อให้เกิดความสามารถในการตัดสินใจ

ประสาทรับรู้ทั้ง 4 นี้ทำงานอยู่ภายในร่างกายเมื่อมีสิ่งเร้าจากภายนอกมากระตุ้นภายนอก ร่างกายเรา (ไม่ลึกเข้ามาภายในลึกเกินกว่าผิวหนัง) ความรู้สึกเหล่านี้เป็นพื้นฐานของมนุษย์ที่จะทำให้เขา คนนั้นๆ สามารถมีความรักและความกรุณา ความกตัญญู ความชื่นชอบ เขาคนนั้นสามารถพัฒนา ความรู้สึกเคารพ ความซื่อสัตย์ ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นพื้นฐานของศีลธรรม จรรยา (moral, value) ประสาทการรับรู้ทั้ง 4 นี้เปรียบเป็นตัวค้ำจุนด้านการสัมผัสทำให้เรารู้จักความไว้วางใจ มองโลกในแง่ดี ด้าน ความรู้สึกถึงการดำรงอยู่ทำให้รู้ถึงการมีสิ่งดีๆ อยู่ในตัว ด้านการเคลื่อนไหว ทำให้รู้สึกสนุกจากการ เคลื่อนไหวของตัวเอง เป็นสิ่งสำคัญที่มีผลกับชีวิตเมื่อคนได้เคลื่อนไหวตามที่ต้องการและรู้สึกว่าได้

นอกจากนี้ยังมีประสาทสัมผัสรับความรู้สึกอีก 5 ชนิดที่เกี่ยวข้องกับประสาทการรับรู้ คือ

1. ประสาทรับกลิ่น โดยจมูก กลิ่นเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดอารมณ์ (emotion) เราเกิดมาพร้อมกับกลิ่น ของเรา บางกลิ่นผลดีขึ้นขณะที่มีกิจกรรมบางอย่าง กลิ่นนำมาซึ่งสุขภาพที่ดีหรืออาจทำให้เกิดสุขภาพไม่ ดีก็ได้ การรับรู้กลิ่นนี้ทำให้เรารู้จักความคิด ความเร็วและมีอิทธิพลกับศีลธรรมของเรา

2. ประสาทรับรส โดยลิ้น ลิ้นสามารถรับรู้เฉพาะสารที่อยู่ในรูปของเหลวเท่านั้น ถ้าเราเอา อาหารหรือสารที่เป็นผงตะลึงบนลิ้นน้ำลายจะช่วยทำให้ความสามารถนั้นอยู่ในรูปของเหลวแล้วรับรส ได้ เวลาที่ได้รสมขมจะกระตุ้นให้เราบ้วนทิ้ง รสเปรี้ยวจะกระตุ้นให้ตื่น (awake) ขณะที่รสหวานทำให้เรา รู้สึกสบาย

3. ประสาทรับรู้การมองเห็นด้วยตา ตาเราเห็นได้ชัดเมื่อแสงที่ผ่านจากเลนส์ตาไปตกกระทบที่ จอรับภาพพอดี ตาซ้ายจะรายงานไปที่สมอง ส่วนตาขวาจะรายงานไปที่สมองส่วนซ้าย บุคคลรับรู้สิ่ง ต่างๆ โดย etheric body จะออกมาสัมผัสกับสิ่งต่างๆ เรารับรู้สิ่งต่างๆ โดยผ่านทางตา การทำงานของตา เกี่ยวเนื่องกับประสาทการรับรู้ การดำรงอยู่ เรารับรู้ความงดงามของดอกไม้ด้วยตา senses of balance ทำงานร่วมกับตา ในขณะเดียวกันการมองเห็นยังทำงานร่วมกับการรับรู้ความเคลื่อนไหวการที่เราเห็นสิ่ง ต่างๆ จะเป็นการกระตุ้นความมุ่งมั่นด้วย

4. ประสาทรับรู้เสียงด้วยหู เมื่อคลื่นเสียงเข้าสู่หูทำให้ของเหลวที่อยู่ในหูสั่น การสั่นจะรายงาน ไปยังสมอง การรับรู้นี้นับเฉพาะเมื่อได้ยินเสียง บุคคลสามารถเลือกที่จะได้ยินเสียงที่ต้องการ โดย อาจจะไม่เลือกที่จะฟังเสียงใดเสียงหนึ่งขณะที่ไม่รับฟังอีกเสียงอื่นๆ ที่แหล่งกำเนิดเสียงอยู่ใกล้กับเรา การ ฟัง ใซ้อวัยวะการรับรู้ตัวเดียวคือหูและสมองส่วนหนึ่งที่เป็นคนละส่วนกับการได้ยินจะทำงาน เวลาที่ผู้ พุคส่งภาษาไม่เพียงกล่องเสียงหรือสายเสียงเท่านั้นที่สั่น แต่ทุกส่วนทั้งตัวนับตั้งแต่กะโหลกศีรษะ แขน ขา ออก ผิวหนัง จะทำหน้าที่เป็นตัวสร้างเสียง ดังนั้นการสื่อสารไม่เพียงเป็นการส่งเสียงแต่เราส่ง ความรู้สึกผ่านไปยังผู้รับด้วย อย่างไรก็ตาม ระบบการได้ยินจะเสื่อมไปตามวัย พบว่าผู้สูงอายุ 1 ใน 4 มี อาการหูตึงมีการเปลี่ยนแปลง เสื่อมสลายของส่วนที่เกี่ยวข้อง

5. ประสบการณ์รับรู้ความคิด การรับรู้ความคิดของผู้อื่นจะเกิดได้ดี เมื่อเราไม่นึกถึงตัวตนของเรา เอาความรู้สึกชอบหรือไม่ออกไปจากจิตใจในขณะที่ฟัง เราจึงจะสามารถรับรู้ความคิดชอบคนอื่นได้อย่างสมบูรณ์

ประสบการณ์รับรู้ที่ต่างกัน จะทำงานร่วมกัน ทำให้เราเข้าใจรู้จักผู้อื่นอย่างที่เขาเป็น เราจะรู้จักผู้อื่นอย่างที่เขาเป็นจริงๆ โดยต้องไม่นำสิ่งต่างๆ มาบดบัง เช่น เชื้อชาติ เพศ อายุ รูปร่าง เป็นต้น การทำงานของประสาทสัมผัสแต่ละตัวไม่ได้แยกออกจากตัวอื่นๆ อย่าง โคดเดี่ยว แต่ทุกตัวจะทำงานร่วมกันอย่างสอดคล้องและประสานกันอย่างซับซ้อน เช่น ในการที่เราสัมผัสผู้อื่น การสัมผัสนั้นบอกเราถึงความอ่อนโยนของมือ ซึ่งส่งความหมายสืบเนื่องถึงว่าเขาเป็นอย่างไรสบายดีหรือไม่ (sense of life) sense กลุ่มหลังนี้เป็นsocial sense คือ ทำให้เราสามารถอยู่ร่วมกับคนอื่นในสังคมได้ (โรงเรียนเสนาสนุก ไตร ทักษะ, 2551)

ปัจจัยที่มีผลต่อประสบการณ์รับรู้คือ พบว่าผู้สูงอายุ มีการรับสัมผัสเสื่อมลง โดยเฉพาะบริเวณปลายมือปลายเท้า ซึ่งเกิดจากการสูญเสียเซลล์ประสาทส่วนปลาย นอกจากนั้นผู้สูงอายุยังมีการรับรู้ อุณหภูมิ ความสามารถแยกร้อนเย็นลดลง มีความทนต่อความรู้สึกปวดมากขึ้น

การรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณโดยการกระตุ้นประสบการณ์รับรู้หรือประสบการณ์รับรู้ที่นั้น เป็นการดูแลโดยใช้สิ่งเร้าที่มีความหมายที่มีความหมายกับผู้ป่วย มีความคุ้นเคย สัมพันธ์กับประสบการณ์เดิม การให้แรงเสริมและการกระตุ้นการรับรู้ทางประสาทสัมผัสต่างๆ โดยผ่านทางผิวหนัง ทางตา ทางหูและทางลิ้น ซึ่งเกี่ยวข้องกับประสบการณ์รับรู้ทั้งหมดที่กล่าวมา กิจกรรมบางอย่างจะช่วยกระตุ้นหรือเสริมการรับรู้ได้หลายทาง เช่น การสัมผัสมือ การโอบไหล่ เป็นการสัมผัสเพื่อการรักษาที่สามารถถ่ายทอดความเห็นอกเห็นใจสู่ผู้ป่วย การสัมผัสเป็นการแสดงความหมายของการดูแลเอาใจใส่ ความห่วงใย เข้าใจ เห็นอกเห็นใจ ปลอบโยน ให้กำลังใจ ผู้ป่วยจะรู้สึกสุขสบาย มั่นใจ อบอุ่นใจ มีกำลังใจ จากการศึกษาของทัศนีย์ (2542) เรื่องการสัมผัสเพื่อการดูแลต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงอายุ แรกรับไว้รักษาในโรงพยาบาล แผนกอายุรกรรม พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสัมผัสมีคะแนนความวิตกกังวลเฉลี่ยน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการสัมผัสเพื่อการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของประภาศรี (2536) ที่ศึกษาเรื่องผลของการสัมผัสต่อการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยหลังผ่าตัด จากการศึกษาพบว่า การสัมผัสช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งนี้เนื่องจากการสัมผัสเป็นการกระตุ้นประสาทสัมผัสทางสัมผัส ทำให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย รู้สึกสุขสบาย อบอุ่นปลอดภัยและมีกำลังใจ นอกจากนี้อาจกระตุ้นประสบการณ์รับรู้ความรู้สึก โดยการเปิดเสียงเพลง การใช้ดนตรีบำบัด ซึ่งไม่เพียงแต่เปิดเพลงให้ฟังเท่านั้น แต่ควรมีส่วนร่วมกับผู้ป่วย โดยอาจมีการพูดคุยเกี่ยวกับดนตรีหรือแม้แต่การร้องเพลงด้วยกัน การนวด การตรวจ

เยี่ยมเพื่อให้การช่วยเหลืออย่างสม่ำเสมอ การแนะนำสถานที่ เช่น ห้างสรรพสินค้า ชั้นวางหนังสือเกี่ยวกับศาสนา พยาบาลควรให้ความเคารพหรือให้เกียรติต่อสิ่งที่ผู้ป่วยเคารพนับถือ เช่น พระพุทธรูป โบสถ์ หนังสือสวดมนต์ คัมภีร์ สร้อยประคำ เป็นต้น ผู้ป่วยบางรายอาจมีเครื่องยึดเหนี่ยวที่ไม่ใช่ศาสนา แต่จะเป็นบุคคล เช่น พ่อแม่ ญาติพี่น้อง เพื่อน ซึ่งการอนุญาตให้เยี่ยมหรือให้เฝ้าในเวลาที่เหมาะสมจะมีความหมายมากสำหรับผู้ป่วย นอกจากนี้การจัดสิ่งแวดล้อมที่เงียบสงบเพื่อส่งเสริมความเป็นส่วนตัว ก็เป็นการช่วยเหลือโดยการกระตุ้นประสาทการรับรู้อีกทางหนึ่งด้วย (ทัศนีย์, 2543)

การกระตุ้นประสาทการรับรู้หรือประสาทรับความรู้สึกจึงเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย อบอุ่น มีกำลังใจ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าไม่ได้โดดเดี่ยว ช่วยให้จิตวิญญาณของผู้ป่วยเข้มแข็งขึ้นด้วย เพราะจิตวิญญาณเกี่ยวข้องกับของความคิด ความศรัทธา ความรู้สึก แหล่งของความหมายหรือกำลังใจ เป็นพลังของชีวิตที่ช่วยดำรงให้มีชีวิตอยู่และพึงพอใจในชีวิต (Byrne, 2002)

#### *การช่วยเหลือกิจกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินชีวิต (lifestyle alteration interventions)*

การช่วยเหลือกิจกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงจิตวิญญาณของตนเอง เน้นการกระตุ้นและช่วยผู้ป่วย/ครอบครัว ให้มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือตนเองเพื่อส่งเสริมภาวะสุขภาพ ค้นหาความหมายและการมีคุณค่าในตนเอง ส่งเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างกาย จิตและจิตวิญญาณ กิจกรรมเหล่านี้ได้แก่ การให้ความรู้ด้านสุขภาพ การเล่นเพื่อการรื่นเริงผ่อนคลาย การแก้ปัญหา การตั้งเป้าหมายและข้อจำกัดของเป้าหมายนั้น ความหลากหลายของการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันความเจ็บป่วย โปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ การจัดบอร์ดให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพประจำทุกเดือน การเผยแพร่ข่าวสารด้านสุขภาพตามสถานที่ประกอบพิธีทางศาสนาเช่น โบสถ์ต่างๆ ที่ครอบคลุมถึงโรคเรื้อรัง เช่น มะเร็ง พิษสุราเรื้อรัง จัดคลินิกตรวจวัดความดันโลหิต การตรวจเต้านมด้วยตนเอง ตลอดจนให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับผลงานวิจัยใหม่ๆ ด้านสุขภาพและจิตวิญญาณด้วย กิจกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินชีวิตนี้ครอบคลุมถึง กิจกรรมการช่วยเหลือในกิจกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินชีวิต สุขวิทยาส่วนบุคคล การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ การสวมใส่เสื้อผ้า และการขับถ่ายของเสียออกจากร่างกาย กิจกรรมเหล่านี้ได้แก่ การล้างหน้า หวีผม การอาบน้ำ การถูสบู่ ถ้างตัว ถูตัว เช็ดตัว การแต่งตัว เช่นการ โกนหนวด แต่งหน้า การสระผมและ ตกแต่งทรงผม การทำความสะอาดภายในช่องปาก บ้วนปากแปรงฟัน การทำความสะอาดภายหลังขับถ่าย การจัดทำที่สบาย ซึ่งพยาบาลควรปรับการดูแลให้เหมาะสมกับรายบุคคล กิจกรรมเหล่านี้เป็นกิจกรรมเป็นการดูแลด้านร่างกาย ที่พยาบาลส่วนใหญ่ปฏิบัติมากที่สุด (บุญวดีและจรัสศรี, 2541) การ

ช่วยเหลือในกิจกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินชีวิตเป็นการตอบสนองความต้องการพื้นฐานทางสรีระ ซึ่งความต้องการในขั้นนี้ เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานที่มีอำนาจมากที่สุด และเห็นได้ชัดที่สุดกว่าความต้องการทั้งหมด เป็นความต้องการที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต ได้แก่ ความต้องการด้านปัจจัย 4 นำบัค ความหิวกระหาย การพักผ่อนนอนหลับ ความต้องการทางเพศ ตลอดจนความต้องการ ที่จะถูกระตุ้น อวัยวะรับสัมผัส แรงขับของร่างกายเหล่านี้ จะเกี่ยวข้องโดยตรงกับความอยู่รอดของร่างกาย (ปริยาพร, 2542) การให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณเองมีคุณค่าที่ได้รับการดูแลเยี่ยงบุคคล ในฐานะบุคคล เกิดความภาคภูมิใจ และพลังใจ กล่าวได้ว่า กิจกรรมการพยาบาลเกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรมในชีวิต จึงช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณได้

#### การช่วยเหลือทางด้านศาสนา (religious interventions)

ศาสนาเป็นสิ่งที่ให้ความหมายแก่นมนุษย์ตั้งแต่เกิดจนตาย ศาสนาเป็นส่วนหนึ่งของจิตวิญญาณ การปฏิบัติในทางศาสนาช่วยให้จิตวิญญาณของคนสมบูรณ์ขึ้น บุคคลจะนำศาสนาไปเติมเต็มความต้องการด้านจิตวิญญาณ (Craven & Himle, 2000) โดยพบว่าบุคคลปฏิบัติดังนี้ 1) ให้ความหมายในชีวิต ความเจ็บป่วย ภาวะวิกฤตอื่นๆ และความตาย 2) สร้างความรู้สึถึงความปลอดภัยในปัจจุบันและอนาคต 3) หาแนวทางในการดำรงชีวิตประจำวัน 4) เป็นแรงขับให้มีการยอมรับหรือปฏิเสธบุคคลอื่น 5) การประคับประคองทางจิตสังคมกับบุคคลในกลุ่มซึ่งมีสภาพจิตใจเหมือนกัน 6) สร้างความเข้มแข็งในการพบกับภาวะวิกฤตในชีวิต 7) ให้ความเข้มแข็งในการเยียวยาและประคับประคองจิตวิญญาณ ศาสนาจะให้ทัศนคติในการมองชีวิต ความจริงสูงสุด ช่วยให้นมนุษย์เข้าใจตนเอง เข้าใจธรรมชาติของชีวิต มีกำลังใจ ความทุกข์ทรมานลดลง หลุดพ้นจากความตาย นอกจากนี้บางคนยังใช้ศาสนาเป็นสิ่งศักดิ์สิทธิ์ สามารถทำให้เกิดกำลังใจ ให้ความคุ้มครอง ให้ความหวัง (Shaffer, 1991) พุทธศาสนาสอนถึงการมีชีวิตว่า สิ่งใดมีเกิด สิ่งนั้นมีดับ ไม่มีสิ่งใดเที่ยงแท้ ต้องดำเนินไปตามกฎธรรมชาติ เมื่อมีชีวิตอยู่ควรประกอบกรรมดี ละเว้นกรรมชั่ว ให้ดำเนินชีวิตโดยไม่เบียดเบียนตนเองและผู้อื่น (พุทธทาสภิกขุ, ม.ป.ป.) ศาสนาอิสลามเชื่อว่า ชีวิตมนุษย์ ความเป็นความตาย เป็นไปตามพระประสงค์ของอัลลอฮ์ การประสบความสำเร็จทุกอย่างต่างๆ ในโลกนี้เป็นการทดลองของพระองค์ (ฟาริดา, 2541) ส่วนศาสนาคริสต์นั้น เชื่อว่ามนุษย์เป็นสิ่งที่พระเจ้าสร้างขึ้นมา จุดมุ่งหมายที่สำคัญในชีวิตมนุษย์มี 3 ประการ คือ 1) การดำเนินชีวิตตามพระประสงค์ของพระองค์ 2) รักเพื่อนมนุษย์เสมือนรักตัวเอง 3) การเตรียมพร้อมสำหรับชีวิตนิรันดรหลังความตาย (สิวลี, 2542)

การช่วยเหลือทางด้านศาสนา หมายถึงการอนุญาตให้ผู้ป่วยและญาติมีโอกาสปฏิบัติตามหลัก

ศาสนาและความเชื่อที่ไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น การสวดมนต์ การฟังเทศน์ธรรมะ การอ่านคัมภีร์ การทำพิธีละหมาด การนั่งสมาธิ การขอให้พระภิกษุหรือผู้นำทางศาสนามาสวดมนต์หรือปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาข้างเตียงผู้ป่วย พยาบาลควรช่วยเตรียมสิ่งแวดล้อมให้เป็นส่วนตัวตามความเหมาะสม การดูแลให้ผู้ป่วยได้กราบไหว้หรือบูชาหรือขอขมาผู้ป่วยที่ล่วงลับไปแล้ว การนำวัตถุมงคลหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ตามความเชื่อของศาสนานั้นๆ มาไว้กับตัวที่เตียง

### การได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณ

สภาวะจิตวิญญาณของบุคคลเป็นตัวบ่งบอกถึงการได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณ หากผู้ป่วยได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณได้ดี จะเกิดความผาสุกด้านจิตวิญญาณ หากไม่ได้รับการดูแลหรือตอบสนองทำให้เกิดการบั่นทอนทางจิตวิญญาณ ดังรายละเอียดดังนี้

### ความผาสุกด้านจิตวิญญาณ (spiritual well being)

ความผาสุกด้านจิตวิญญาณ เป็นมิติหนึ่งของคุณภาพชีวิต เป็นภาวะที่บุคคลได้รับการตอบสนองทางจิตวิญญาณอย่างเพียงพอ ทำให้บุคคลคงไว้ซึ่งความหวัง กำลังใจ มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ สามารถก้าวผ่านปัญหา อุปสรรค ความลำบากและความยุ่งยากในชีวิตได้ (Ross, 1997) ความผาสุกทางจิตวิญญาณ เป็นความรู้สึกส่วนลึกภายในจิตใจของบุคคลที่แสดงถึงภาวะสงบ เป็นสุข มีความเข้มแข็งในจิตใจ ยอมรับความจริง มีเป้าหมายในชีวิต มีความหวัง ยอมรับและพึงพอใจในสิ่งที่เป็นอย่างของตนเอง รู้สึกมั่นใจในความสัมพันธ์กับสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรือสิ่งที่ตนเองยึดเหนี่ยว (ธนัญญา, 2545) ความผาสุกทางจิตวิญญาณ มี 2 องค์ประกอบคือ 1) ความผาสุกในการดำเนินชีวิต เป็นการรู้ถึงเป้าหมาย ความพึงพอใจและความหวังในชีวิต รู้สึกว่าชีวิตเป็นสิ่งที่มีความหมาย ไม่รู้สึกแคว้งคว้าง มีกำลังใจ มีความพึงพอใจในสิ่งที่พอใจในประสบการณ์ที่มีคุณค่าของตนเองในอดีต ช่วยให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง และพึงพอใจที่จะมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลรอบข้าง มีอารมณ์ที่เบิกบาน มองโลกในแง่ดี 2) ความผาสุกในความศรัทธาคือศาสนา การมีความเชื่อต่อหลักคำสอนทางศาสนาและปฏิบัติตามคำสอน เช่นการประกอบพิธีกรรมทางศาสนา การสวดมนต์ภาวนา การขอพร เพื่อเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจในการเผชิญและปรับตัวต่อสถานการณ์ที่คุกคามชีวิต เช่นภาวะความเจ็บป่วย ภาวะใกล้ตาย รวมถึงการเข้าใจธรรมชาติความจริงของชีวิต และยอมรับความตายที่จะมาถึงได้ จากการศึกษาของคลากและไฮเดนริช (Clark & Heidenreich, 1995) ได้ศึกษาเรื่องการดูแลทางจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤต โดยศึกษาผู้ป่วยที่พ้นภาวะวิกฤตแล้วจำนวน 63 คน ใช้วิธีการสัมภาษณ์ พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเพื่อก่อให้เกิดความ

ความสุขทางจิตวิญญาณมี 3 ประการ คือ ผู้ดูแล ครอบครัวหรือเพื่อนและความศรัทธาหรือความเชื่อทางศาสนา ส่วนการดูแลด้านจิตวิญญาณนั้นมี 3 ประการคือ การสร้างสัมพันธ์ภาพให้เกิดความไว้วางใจ การประเมินจิตวิญญาณในแนวคิด การใช้ความสามารถและเทคนิคในการดูแล การอำนวยความสะดวกให้กับครอบครัว บาทหลวงและผู้ให้การดูแลอื่นๆ ส่วนการศึกษาของฉวีวรรณ (2540) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การปฏิบัติกิจทางศาสนา พฤติกรรมการดูแลทางการพยาบาลกับความผาสุกด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลบาราศนราจตุร พบว่า พฤติกรรมการดูแลทางการพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความผาสุกด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยเอดส์

ลักษณะของผู้ที่มีความสุขทางจิตวิญญาณคือ

- มีความพึงพอใจในชีวิต
- ค้นหาเป้าหมายและมีเป้าหมายในชีวิต
- ตระหนักและเห็นความสำคัญของการมีชีวิตอยู่
- รู้จักให้ความรัก ให้อภัยผู้อื่นและต้องการได้รับจากผู้อื่น
- ตอบสนองต่อความรักของผู้อื่นด้วยความจริงใจ
- ยอมรับและเห็นคุณค่าของตนเอง
- มีความหวัง
- มีศีลธรรมและคุณธรรม
- มีความสงบสุขภายในใจ

การส่งเสริมสุขภาวะทางจิตวิญญาณมีดังนี้ (ทศนีย์, 2548)

1. การปฏิบัติตามคำสอนในศาสนาที่ตนนับถือ ช่วยให้มีความหนักแน่นในการดำเนินชีวิตหรือมีเรื่องยึดเหนี่ยวของจิตใจ
2. การบำเพ็ญกิจกรรมสาธารณประโยชน์ การช่วยเหลือผู้ทุกข์ยากเดือดร้อนให้มีความสุข ผู้ให้ย่อมได้รับความสุขใจ ความภาคภูมิใจและตระหนักในคุณค่าตนเองที่สร้างประโยชน์ต่อผู้อื่นได้
3. การได้มีเวลาศึกษาธรรมชาติ ได้สัมผัสความสวยงามของธรรมชาติ ทำให้เข้าใจถึงการดำรงอยู่อาศัยพึ่งพิงซึ่งกันและกัน
4. การศึกษาศิลปต่างๆ ทำให้อารมณ์สงบ อ่อนโยน ผ่อนคลายและเป็นสุข
5. การออกกำลังกายหรือการเล่นกีฬา เป็นการเสริมสร้างสมรรถภาพของร่างกายในทุกมิติทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ
6. การใช้เวลากับญาติมิตร การมีปฏิสัมพันธ์กับญาติพี่น้อง มิตรสหาย มีความสำคัญในการหล่อหลอมความเป็นมนุษย์ เพราะมนุษย์ไม่สามารถอยู่คนเดียวได้



7. การใช้เวลากับตนเอง มนุษย์ทุกคนต้องการเวลาส่วนตัว เพื่อไตร่ตรองความคิดและการปฏิบัติ ทำให้เข้าใจตนเอง เข้าใจธรรมชาติ การเปลี่ยนแปลงของชีวิต เพื่อพัฒนาตนเองต่อไป

### การบีบคั้นทางจิตวิญญาณ (spiritual distress)

หมายถึงการบีบคั้นความเป็นจิตวิญญาณของมนุษย์ซึ่งจะรบกวนต่อหลักการทางชีวิต นำไปสู่ความไม่ผาสุก จึงเป็นภาวะที่เป้าหมายหรือหลักยึดในการดำเนินชีวิตของบุคคลถูกบั่นทอนและผสมผสานถูกระทบกระเทือนไปสู่กาย จิต สังคมของมนุษย์ ภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณในผู้ป่วย เกิดได้จากสาเหตุ 3 ประการคือ

1. ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาได้ จากแนวคำสอนของศาสนาส่วนใหญ่ที่ว่าทุกชีวิตประกอบด้วยกายซึ่งมีอายุเพียงชั่วคราวและวิญญาณ ซึ่งทำหน้าที่ชีวิตและเป็นสิ่งที่ไม่ตาย แต่จะแยกจากเรือนร่างที่ตายไปสู่ชีวิตใหม่ ด้วยความเชื่อนี้ทำให้บุคคลต้องการเตรียมตัวในชีวิตปัจจุบัน เพื่อให้ชีวิตหลังการตายของตนไปสู่ทิศทางที่ดีที่ชอบ ความเชื่อเหล่านี้ช่วยให้บุคคลมีแนวทางดำเนินชีวิตของตนให้ปลอดภัย อบอุ่นใจและมั่นใจยิ่งขึ้น โดยการปฏิบัติตนให้อยู่ในศีลธรรมและมอบชีวิตไว้กับสิ่งที่ตนเคารพศรัทธา โดยแสดงออกทางพิธีกรรมต่างๆ ตามลัทธิศาสนาเพื่อขอพรคุ้มครอง พลังศรัทธาเหล่านี้ทำให้บุคคลเกิดกำลังใจ สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตได้อย่างมีความสุข เมื่อเกิดเหตุการณ์บีบคั้นหรือมีข้อจำกัดทำให้ไม่สามารถปฏิบัติศาสนกิจได้ตามที่เคยปฏิบัติเป็นประจำหรือขาดสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจทำให้เกิดความรู้สึกสั่นคลอนทางจิตวิญญาณ เกิดความรู้สึกขาดความเชื่อมั่นในการดำเนินชีวิต การแสดงออกถึงความสับสนอย่างมากมายของบุคคลที่มีต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรือของสูงที่เคารพศรัทธาได้ในยามที่ต้องเผชิญกับภาวะคับขัน ยามเจ็บป่วย มีความทุกข์ทรมานและการสูญเสีย เช่น การต้องการสวมครุฑ อ้อนวอนจากพระพุทธรูปหรือสัญลักษณ์อื่นที่ยึดถือ เป็นต้น

2. การเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยและสถานการณ์ตึงเครียด ความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย ความไม่สุขสบาย ความทุกข์ทรมานใจ ผิดหวังในชีวิต สิ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่อคุณภาพของบุคคลทำให้เกิดการเสียสมดุลทางจิตวิญญาณได้เสมอ และด้วยความสำนึกถึงภัยชีวิต บุคคลพยายามค้นหาความหมายของชีวิต เมื่อไม่สามารถหาคำตอบให้กับชีวิตได้ เกิดความรู้สึกโกรธเคืองและสิ้นหวัง

3. ความขัดแย้งระหว่างความเชื่อกับแบบแผนการรักษา ระบบความเชื่อทางศาสนาเป็นสิ่งสำคัญประการหนึ่งของจิตวิญญาณซึ่งทำให้บุคคลมีพลังงานในตน มีกำลังใจและความหวัง รู้จักผูกพันรักใคร่เอาใจใส่ ประคับประคอง แต่ในบางโอกาสบุคคลอาจถูกขัดแย้งต่อระบบความเชื่อโดยเฉพาะในยามเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องปฏิบัติตามแผนการรักษา เช่นการปฏิเสธการรักษาแบบดั้งเดิมของผู้ป่วย การตัดสินใจรักษาด้วยเหตุผลทางการแพทย์ที่ขัดกับหลักคำสอนทางศาสนาที่ผู้ป่วยถือปฏิบัติ เกิด

ความรู้สึกขัดแย้งในใจระหว่างความเชื่อต่างๆ กับแผนการรักษา จทำให้เกิดความรู้สึกหวาดกลัว วิตกกังวล เป็นต้น

การแสดงออกถึงความบีบคั้นทางจิตวิญญาณ

1. แสดงความสงสัยต่อความหมายของชีวิต ความตาย ระบบความเชื่อ
2. ถามเกี่ยวกับการมีชีวิตและความทุกข์ทรมานใจ
3. ถามระหว่างความสัมพันธ์กับพระผู้ศักดิ์สิทธิ์
4. แสดงความโกรธต่อพระเจ้า พระพุทธเจ้า ตนเองและผู้อื่น
5. แสดงออกถึงการสูญเสียอำนาจ
6. เชื่อว่าการเจ็บป่วยเป็นการลงโทษ
7. แสดงออกของอาการทางการเช่น เบื่ออาหาร กล้ามเนื้อตึงเครียด ปวดศีรษะ
8. ไม่ยอมรับตนเอง
9. ปฏิเสธหรือไม่สามารถเข้าร่วมในการปฏิบัติศาสนกิจตามปกติ
10. มีการเบี่ยงเบนทางพฤติกรรมหรืออารมณ์

ความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลกับการได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย

การพยาบาลเป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ของพยาบาลและผู้ป่วย โดยทั้งสองฝ่ายมีการสื่อสารและรับรู้สถานการณ์ร่วมกัน มีการตั้งเป้าหมายและกำหนดจุดหมายของความสำเร็จร่วมกัน (สุทธิพันธ์, บังอรและรัตนภรณ์, 2549) การรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยมีผลต่อกระบวนการปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ซึ่งตามแนวคิดทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงกล่าวว่า เป้าหมายของบุคลากรในที่มสุขภาพและผู้รับบริการอาจไม่สอดคล้องกันได้ เมื่อพิจารณาจากประเด็นของพยาบาลซึ่งเป็นผู้ให้บริการอาจไม่มีเวลาเพียงพอในการให้การดูแลด้านจิตวิญญาณเนื่องจากผู้รับบริการมีมากและการให้การดูแลด้านจิตวิญญาณต้องใช้เวลาเช่น ต้องอยู่กับผู้ป่วยเมื่อต้องการ การดูแลจึงไม่อาจสนองความต้องการของผู้รับบริการตามที่คาดหวังได้ หากพิจารณาประเด็นของผู้ป่วย หากการเจ็บป่วยที่เป็นระยะเวลายาวนาน เช่น ผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งจะมีความผิดปกติของการรับรู้ความรู้สึกและการตอบสนองต่อสิ่งเร้า อาจสูญเสียความรู้สึก ความจำ การคิด การตัดสินใจ อารมณ์เปลี่ยนแปลงได้ง่าย ทำให้การรับรู้ต่อสิ่งเร้าและการตอบสนองต่อสิ่งเร้าลดลง (จารุวรรณ, 2544) การเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยและสถานการณ์ตึงเครียด ความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย ความไม่สุขสบาย ความทุกข์ทรมานใจ ผิดหวังในชีวิต สิ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่อ

คุณลักษณะของบุคคลทำให้เกิดการเสียสมดุลทางจิตวิญญาณได้เสมอ (ฉวีวรรณ, 2541) นอกจากนี้สภาวะการเจ็บป่วย บุคคลจะมีความวิตกกังวลและจะสนใจเฉพาะปัญหาที่จะทำให้ตนไม่สบายใจเท่านั้น (กาญจน์กวี, 2548) โดยจะมุ่งที่ตนเองก่อนบุคคลอื่น (self centered) เพราะร่างกายกำลังได้รับการคุกคามจากความเจ็บป่วย ทำให้ขาดความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมอื่นๆ ปัจจัยดังกล่าวจึงอาจมีผลให้การรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลกับการรับรู้การได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยแตกต่างกันได้

### ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลด้านจิตวิญญาณ

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัย พบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลด้านจิตวิญญาณสรุปได้ ดังนี้

#### ปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง คุณลักษณะหรือข้อเท็จจริงที่แสดงความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ทำให้เกิดการกระทำหรือพฤติกรรมเฉพาะบุคคลและแตกต่างกันออกไป (พรรณราย, 2538) โดยทั่วไปบุคคลจะแตกต่างกันทางร่างกาย สติปัญญา ทักษะสังคม และทางอารมณ์ ซึ่งมีสาเหตุมาจากพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม (สร้อยตระกูล, 2545) ความแตกต่างเหล่านี้ทำให้พฤติกรรมการทำงานของบุคคลต่างกันออกไป คุณลักษณะที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคลเป็นเหตุให้การปฏิบัติงานของบุคคลต่างกันเสมอ เช่นความสามารถในการแก้ปัญหา ความรวดเร็ว ความแม่นยำ ความอดทนต่อความเครียด ทักษะในการพูด การเขียน เป็นต้น (พรรณราย, 2538) ศิริวรรณและคณะ (2541) ได้กล่าวถึงภูมิหลังของบุคคลได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ ความสามารถ สติปัญญา ลักษณะโครงสร้างของร่างกาย และระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน ปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อพฤติกรรมการทำงานของแต่ละบุคคล เช่นเดียวกับกับ ธงชัยและชัยยศ (2542) ได้กล่าวถึงปัจจัยด้านบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมการทำงานของบุคคลในองค์การได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ เป้าหมายของตัวบุคคล เนื่องจากปัจจัยส่วนบุคคลมีผลต่อพฤติกรรมการทำงานดังกล่าวแล้ว จึงกล่าวได้ว่าปัจจัยส่วนบุคคลอาจมีต่อการให้การรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลได้ สำหรับการศึกษาคั้งนี้ศึกษาเฉพาะปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ ศาสนา และประสบการณ์การให้การรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณ

#### อายุ

แมคคอร์มิกและอิลเจน (McCormick & Ilgen 1985) กล่าวว่าไว้ว่า อายุเป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่มี

ผลต่อการปฏิบัติงาน เป็นสาเหตุภายในที่กระตุ้นหรือผลักดันให้บุคคลมีความต้องการที่จะแสดงพฤติกรรมต่างๆ อายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้คนมีความแตกต่างกันในเรื่องความคิดเห็นและพฤติกรรมการทำงาน เพราะความสามารถของบุคคลสามารถเรียนรู้ได้ในระหว่างที่อยู่ในวัยต่างๆ (ศิริวรรณและคณะ, 2541) เนื่องจากคนวัยต่างกันมีความต้องการและประสบการณ์ต่างกัน เมื่ออายุมากขึ้นมีการเรียนรู่มากขึ้น ความคิดและพฤติกรรมจะปรับเปลี่ยนไปด้วย บุคคลในวัยต่างๆ จะมีพัฒนาการด้านจิตวิญญาณต่างกัน วัยและวุฒิภาวะจึงเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการทางจิตวิญญาณของบุคคล (เกสริน, 2544) พยาบาลที่ให้การดูแลด้านจิตวิญญาณต้องเข้าใจภาวะจิตวิญญาณของตนเองด้วย ดังนั้นพยาบาลที่อายุต่างกัน อาจมีผลต่อการให้การดูแลด้านจิตวิญญาณได้ จากการศึกษาของลีมอน (Lemoine, 2002) ได้ศึกษามุมมองและการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตวิญญาณของพยาบาล โดยทำการศึกษาในพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินจำนวน 50 คน ผลการศึกษา พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบการดูแลด้านจิตวิญญาณ และการศึกษาของพัฒน์ (2540) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติงาน อย่างไรก็ตามเนื่องจากพัฒนาการทางจิตวิญญาณและการเจริญงอกงามของจิตวิญญาณเป็นกระบวนการทางพลศาสตร์ การที่มีอายุเพิ่มขึ้นอาจจะเป็นเพียงปัจจัยบางส่วน แต่ไม่เกี่ยวข้องกับความเจริญวัยของบุคคลซึ่งประกอบด้วยความรู้ ความสามารถ และเทคนิคในการทำงาน (สมยศ, 2538) ดังนั้นอายุอาจไม่สัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติงานได้ เพราะเมื่อมีอายุมากขึ้นอาจมีปัญหาสุขภาพ บางครั้งเป็นที่ยอมรับกันว่าผลงานของบุคคลจะลดน้อยถอยลงในขณะที่มีอายุเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของวรดา (2542) ที่พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติงาน

### ประสบการณ์

แมคคอร์มิกและอิลเจน (McCormick & Ilgen 1985:14) กล่าวไว้ว่าประสบการณ์ เป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน ความสามารถของบุคคลเป็นผลมาจากองค์ประกอบ 3 ประการ คือ ความสามารถทางสมอง ประสบการณ์ การศึกษาและการฝึกอบรม การมีประสบการณ์จึงส่งผลให้บุคคลสามารถปฏิบัติงานได้ดี การมีประสบการณ์มีส่วนช่วยให้บุคคลมีความรู้ ความเข้าใจในสิ่งต่างๆ เพิ่มขึ้น กล่าวที่จะเผชิญกับปัญหา สามารถคิดวิเคราะห์อย่างรอบคอบและตัดสินใจแก้ปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม พยาบาลที่ผ่านประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลด้านจิตวิญญาณ เช่นผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะสูญเสีย ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาแล้ว จะมีทักษะด้านนี้มากขึ้น

นอกจากนี้ประสบการณ์ของชีวิตแต่ละบุคคลในอดีตที่ผ่านมา เช่นการสูญเสีย การพลัดพราก การเผชิญกับเหตุการณ์ความยากลำบากในชีวิต เช่นไฟไหม้บ้าน น้ำท่วม แม้แต่การได้รับการเลี้ยงดู

ตั้งแต่เยาว์วัย วัฒนธรรม ความเชื่อ วิธีการดำเนินชีวิตที่หล่อหลอมมาจนถึงปัจจุบัน ซึ่งเกี่ยวข้องกับพัฒนาการด้านจิตวิญญาณของบุคคล ประสบการณ์วิกฤตในชีวิตและการสูญเสีย ช่วยให้บุคคลสร้างกลไกใหม่ในการเผชิญกับปัญหา ความแข็งแกร่งและความสามารถในการแก้ปัญหาที่ผ่านเข้ามาในชีวิต (วงรัตน์, 2544) บุคคลที่พัฒนาการทางจิตวิญญาณได้รับการตอบสนองอย่างเหมาะสมย่อมทำให้ผู้นั้นมีจิตวิญญาณสมบูรณ์สูงสุด เป็นภาวะที่มีความสมดุลสูงสุดระหว่างสภาพร่างกายกับสภาวะอื่นๆ ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นสุข อิ่มเอิบ สมบูรณ์และพึงพอใจในทุกสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิต อาจมีผลต่อการให้การพยาบาลด้านจิตวิญญาณได้

ประสบการณ์การเรียนรู้ด้านจิตวิญญาณ การศึกษาหาความรู้ด้วยตนเอง รวมทั้งการฝึกอบรม ซึ่งเป็นการพัฒนาความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงาน ทำให้บุคคลมีความเข้าใจถึงวิธีการปฏิบัติงานที่ถูกต้องทันสมัย (อุทัย, 2531) การฝึกอบรมเป็นวิธีการที่ช่วยให้ผู้มีประสบการณ์น้อยเพิ่มจิตความสามารถในการพัฒนาตนเอง ทั้งในด้านความคิด การกระทำ ความรู้ ความสามารถ ความชำนาญต่างๆ ทั้งยังช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานเข้าใจชัดเจนถึงบทบาทของตนเองที่ต้องปฏิบัติ ประสบการณ์การเรียนรู้ด้านจิตวิญญาณของพยาบาลแต่ละคนจึงอาจมีผลต่อการให้การดูแลด้านจิตวิญญาณได้ สอดคล้องกับการศึกษาของวนิภา (2535) ที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานแตกต่างกัน มีความสามารถในการทำงานต่างกัน เช่นเดียวกันกับการศึกษาของวรดา (2542) ที่พบว่า ประสบการณ์ในการดำรงตำแหน่งมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติบทบาทด้านบริหารของหัวหน้าหอผู้ป่วยอย่างไรก็ตาม มีหลายงานวิจัยที่พบว่า ประสบการณ์อาจไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของบุคคลก็ได้ ทั้งนี้เพราะการเรียนรู้จากประสบการณ์ขึ้นอยู่กับความสามารถของบุคคล ไม่อาจวัดได้จากจำนวนปีที่ปฏิบัติงาน (เบญจลักษณ์, 2546) ประสบการณ์อย่างหนึ่งในเหตุการณ์หนึ่งและในเวลาหนึ่ง บางครั้งก็อาจไม่สามารถนำมาใช้กับเหตุการณ์อันหนึ่ง บุคคลจะฉลาดเฉลียวมีไหวพริบ หรือชั้นเชิงที่แนบเนียนมากกว่ากันนั้นจึงอาจมิได้ขึ้นอยู่กับการเป็นผู้มีประสบการณ์ในการทำงานมานานกว่ากัน แต่ขึ้นอยู่กับผู้นั้นมีความสามารถในการที่จะรู้จักเรียนรู้เอาประโยชน์จากประสบการณ์นั้นๆ และใช้ให้เป็นประโยชน์ในชีวิตการทำงานจริง (มนูญ, 2540) สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่าประสบการณ์การทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติงาน (กัศรา, 2544; สุภาภรณ์, 2544)

### ศาสนา

ศาสนาของแต่ละศาสนาจะมีลักษณะที่แตกต่างกันทั้งในส่วนของคัมภีร์ทางศาสนา หลักคำสอนที่เกี่ยวข้องกับศาสนา หลักจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับความถูกต้องหรือความผิด รวมทั้งความปรารถนาหรือสิ่งที่คาดหวัง สิ่งดังกล่าวเป็นปัจจัยที่มีผลต่อจิตวิญญาณของบุคคล (Craven & Hirmler, 1996)

ความเชื่อทางศาสนากับชีวิตมนุษย์เป็นสิ่งที่ไม่อาจแยกออกจากภาวะความเป็นมนุษย์ของบุคคล ศาสนาถือเป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อแนวคิด ความเชื่อ ทศนคติและการดำเนินชีวิตของบุคคล ไม่ว่าจะเชื้อชาติ หรือเผ่าพันธุ์ใด เพราะศาสนาเปรียบเสมือนรากเหง้าที่ฝังลึกอยู่ในจิตใจของคน อันส่งผลต่อความคิด ความเชื่อ และพฤติกรรมของคนมาทุกยุคทุกสมัย ศาสนาจะให้กรอบแนวคิดหรือการปฏิบัติทางจิตวิญญาณ ศาสนาจะมีอิทธิพลต่อความเชื่อและและศรัทธาของบุคคลตั้งแต่เกิดจนกระทั่งตาย การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาจะช่วยให้จิตวิญญาณของคนสมบูรณ์ขึ้น จากการศึกษาสมพร (2541) พบว่าศาสนามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะจิตวิญญาณของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล จากการศึกษาของลิโมน (Lemoine, 2002) ได้ศึกษามุมมองและการปฏิบัติกรพยาบาลด้านจิตวิญญาณของพยาบาล โดยทำการศึกษาในพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินจำนวน 50 คน ผลการศึกษา พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่ร้อยละ 70 เคยสวดมนต์ให้ผู้ป่วย ร้อยละ 4 ร่วมสวดมนต์กับผู้ป่วย ร้อยละ 84 เคยพูดคุยกับผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และร้อยละ 96 เคยส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณ นอกจากนี้เซลเลอร์สและแฮก ได้ทำการศึกษากิจกรรมการพยาบาลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลจากรัฐต่างๆ ในอเมริกาจำนวน 208 คน พบว่าการส่งผู้ป่วยไปพบพระอนุศาสนาจารย์หรือผู้ให้คำแนะนำด้านจิตวิญญาณเป็นกิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติมากที่สุด รองลงมาคือการสวดมนต์กับผู้ป่วย

โดยสรุปจากการทบทวนเอกสาร พบว่า จิตวิญญาณเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่มีความสำคัญในการให้การพยาบาลแบบองค์รวม เพราะบุคคลประกอบด้วย ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ การดูแลสุขภาพบุคคลไม่สามารถแบ่งแยกเป็นส่วนๆ ได้ แต่ต้องดูแลคนทั้งคนในทุกองค์ประกอบอย่างบูรณาการเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีของบุคคล เมื่อเกิดการเจ็บป่วยจะเกิดผลกระทบทางจิตวิญญาณของบุคคล แม้ว่าจิตวิญญาณจะมีความสำคัญต่อบุคคลหรือผู้เจ็บป่วยอย่างยิ่ง แต่ในปัจจุบันนี้พยาบาลให้ดูแลที่คำนึงถึงด้านจิตวิญญาณยังน้อยอยู่ โดยเหตุผลต่างๆ เช่น ขาดเอกสารทางวิชาการ เครื่องมือประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณ เป็นต้น จากการศึกษาของเซลเลอร์สและแฮก พบว่า การดูแลด้านจิตวิญญาณประกอบด้วย กิจกรรมการพยาบาล 5 ด้านได้แก่ การช่วยเหลือโดยใช้เทคนิคการสื่อสาร ด้านความคิดและความทรงจำ การกระตุ้นประสาทการรับรู้ กิจกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินชีวิต และด้านศาสนา โดยกิจกรรมการพยาบาลดังกล่าวสามารถเชื่อมโยงไปสู่จิตวิญญาณของผู้ป่วยได้ อย่างไรก็ตามการให้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลอาจแตกต่างกันได้ เพราะโดยทั่วไปบุคคลจะแตกต่างกันทางร่างกาย สติปัญญา ทางสังคม และทางอารมณ์ ซึ่งมีสาเหตุมาจากพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม ความแตกต่างเหล่านี้ทำให้พฤติกรรมการทำงานของบุคคลต่างกันออกไป คุณลักษณะที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคลเป็นเหตุให้การปฏิบัติงานของบุคคลต่างกันเสมอ

บุคคลในวัยต่างๆ จะมีพัฒนาการด้านจิตวิญญาณต่างกัน ประสบการณ์ของชีวิตแต่ละบุคคลในอดีตที่ผ่านมาที่ต่างกัน เช่นการสูญเสีย การพลัดพราก การได้รับการเลี้ยงดูตั้งแต่เยาว์วัย วัฒนธรรม ความเชื่อ วิธีการดำเนินชีวิตที่หล่อหลอมมาจนถึงปัจจุบัน การเรียนรู้ด้านจิตวิญญาณ ตลอดจนความแตกต่างด้านความเชื่อทางศาสนาซึ่งถือเป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อแนวคิด ทักษะคติและการดำเนินชีวิตของบุคคล ดังนั้นปัจจัยด้านอายุ ประสบการณ์ชีวิตและความเชื่อทางศาสนาที่แตกต่างกันอาจมีผลต่อการให้การรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลได้ เมื่อเกิดการเจ็บป่วย ผู้ป่วยทุกคนย่อมต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณ การได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณอาจแตกต่างกันไปตามปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ แรงสนับสนุนทางสังคม ระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วย ระดับความรุนแรงของโรคและความเจ็บป่วย ปัจจัยดังกล่าวแตกต่างกันในโรงพยาบาลที่มีระดับการให้บริการต่างกันทั้งระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ ดังนั้นผู้ป่วยจากโรงพยาบาลแต่ละระดับจึงอาจมีการรับรู้การได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณที่แตกต่างกันได้ การศึกษาถึงการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลรวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลด้านจิตวิญญาณ และการได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลภาคใต้ของประเทศไทย จึงเป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลให้เหมาะสมเพื่อทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นต่อไป

### บทที่ 3

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายประเภทศึกษาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) ระหว่างปัจจัยที่เลือกสรรได้แก่ อายุ ศาสนา และประสบการณ์การเรียนรู้ด้านจิตวิญญาณและความสูญเสียกับระดับการให้การรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณ การดำเนินการวิจัยประกอบด้วยรายละเอียดดังนี้

#### ประชากร

ประชากร มี 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในภาคใต้ของประเทศไทย และกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังที่นอนพักรักษาในโรงพยาบาลดังกล่าว การเลือกศึกษาผู้ป่วยเรื้อรังเนื่องจากเป็นกลุ่มประชากรส่วนใหญ่ของโรงพยาบาล

#### กลุ่มตัวอย่าง

คณะผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลโดยพิจารณาจากระดับการให้บริการของโรงพยาบาลแต่ละระดับคือ ระดับตติยภูมิ ระดับตติยภูมิและระดับโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โดยคัดเลือกมาระดับละ 1 แห่ง ส่วนการคัดเลือกหอผู้ป่วย ได้คัดเลือกจากทุกหอผู้ป่วยที่มีผู้ป่วยเรื้อรังผู้ใหญ่พักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลนั้นๆ

#### กลุ่มพยาบาล

เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรม อายุรกรรมและนรีเวชในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย จำนวน 530 คน ได้จากการกำหนดขนาดตัวอย่างตามตารางสำเร็จรูปของเครจซี่และมอร์แกนที่ระดับ .05 (Krejcie & Morgan, 1970) โดยแยกกลุ่มประชากรแต่ละโรงพยาบาลไปกำหนดขนาดตัวอย่าง และเลือกตัวอย่างโดยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) ตามสัดส่วนของแต่ละโรงพยาบาล ดังนี้

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย จำนวน 218 คน

โรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 175 คน

โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 137 คน



## กลุ่มผู้ป่วย

เป็นผู้ป่วย โรคเรื้อรัง ที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม นรีเวช ในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ระหว่างเดือนเดือน ตุลาคม 2550 – กุมภาพันธ์ 2551 จำนวน 385 คน ที่รู้สึกตัวดี สามารถสื่อสารด้วยวาจาได้ และนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลอย่างน้อยเป็นวันที่ 2 กำหนดขนาดตัวอย่างตามตารางสำเร็จรูปของเครจซี่และมอร์แกนที่ระดับ .05 (Krejcie and Morgan, 1970) โดยนำประชากรทั้ง 3 โรงพยาบาลมารวมกัน ไปกำหนดขนาดตัวอย่าง และเลือกตัวอย่างโดยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) ตามสัดส่วนของแต่ละโรงพยาบาล ดังนี้

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย	จำนวน 100 คน
โรงพยาบาลศูนย์	จำนวน 150 คน
โรงพยาบาลทั่วไป	จำนวน 135 คน

## เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามมี 2 ชุด สำหรับพยาบาลและสำหรับผู้ป่วย แบบสอบถามสำหรับพยาบาล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษาสูงสุด ประสบการณ์การทำงาน หอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน ความเข้าใจเกี่ยวกับการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณ ประสบการณ์การเรียนรู้ด้านจิตวิญญาณ ประสบการณ์ชีวิตเกี่ยวกับความสูญเสียการมีประสบเหตุการณ์ความยุ่งยากในชีวิต ภาระทางครอบครัวที่ต้องดูแลรับผิดชอบ การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ความเชื่อเกี่ยวกับการตาย ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ความเชื่ออื่นๆ เกี่ยวกับความตาย คำสอนหรือหลักปฏิบัติที่ใช้ในการดำเนินชีวิต หลักธรรมหรือคำสอนที่ใช้ในการปฏิบัติงานในวิชาชีพ รวม 26 ข้อ โดยคำถามมีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิดให้เลือกตอบ และคำถามปลายเปิดให้เติมในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการพยาบาลด้านจิตวิญญาณของ เซลเลอร์สและแฮก ซึ่งทศนีย์ (2543) ได้ประยุกต์ให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมไทย แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ การช่วยเหลือโดยใช้เทคนิคการสื่อสาร 9 ข้อ ด้านการช่วยเหลือความคิดและความทรงจำ 6 ข้อ การกระตุ้นประสาทการรับรู้ 8 ข้อ กิจกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินชีวิต 7 ข้อ การช่วยเหลือด้านศาสนา 8 ข้อ รวมทั้งหมด 38 ข้อ คำถามมีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด

ให้เลือกตอบ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ โดยแต่ละระดับมีความหมายดังนี้

ทุกครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวทุกครั้ง	ให้ 4	คะแนน
บ่อยมาก	หมายถึง	ท่านปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวบ่อยครั้ง	ให้ 3	คะแนน
นานๆ ครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวนานๆ ครั้ง	ให้ 2	คะแนน
น้อยที่สุด	หมายถึง	ท่านปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวน้อยที่สุด	ให้ 1	คะแนน
ไม่ปฏิบัติ	หมายถึง	ท่านไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวเลย	ให้ 0	คะแนน

เกณฑ์การแปลผลระดับการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณ แบ่งช่วงการแปลผลตามหลักการของการแบ่งอันตรภาคชั้น (class interval) โดยใช้คะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด แล้วนำมาหารด้วยจำนวนชั้นที่ต้องการ ตามแนวคิดของเบสท์ (Best, 1989) จึงได้เกณฑ์การแปลผลดังนี้

0.00 – 1.33	ปฏิบัติกิจกรรมในระดับน้อย
1.34 – 2.67	ปฏิบัติกิจกรรมปานกลาง
2.68 – 4.00	ปฏิบัติกิจกรรมมาก

แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วย สอบถามแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ศาสนา ระดับการศึกษา สูงสุด อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ บุคคลที่คอยให้คำปรึกษา/ช่วยเหลือ หอผู้ป่วยที่นอนพัก วินิจฉัยโรค ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคนี้ จำนวนวันที่นอนพักในโรงพยาบาลครั้งนี้ จำนวนครั้งที่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา/ความเชื่อ รวม 15 ข้อ โดยคำถามมีลักษณะเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ และคำถามปลายเปิดให้เติมในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้การได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการพยาบาลด้านจิตวิญญาณของ เซลเลอร์สและแสก ซึ่งทศนิยม (2543) ได้ประยุกต์ให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมไทย แบ่งเป็น 5 ด้านได้แก่ การช่วยเหลือโดยใช้เทคนิคการสื่อสาร 9 ข้อ ด้านความคิดและความทรงจำ 6 ข้อ การกระตุ้นประสาทการรับรู้ 8 ข้อ กิจกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินชีวิต 7 ข้อ การช่วยเหลือด้านศาสนา 8 ข้อ รวม 38 ข้อ คำถามมีลักษณะเป็นคำถามปลายปิด ให้เลือกตอบ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ โดยแต่ละระดับมีความหมายดังนี้

ทุกครั้ง	หมายถึง	ท่านได้รับการดูแลดังกล่าวทุกครั้ง	ให้ 4	คะแนน
บ่อยมาก	หมายถึง	ท่านได้รับการดูแลดังกล่าวบ่อยครั้ง	ให้ 3	คะแนน
นานๆ ครั้ง	หมายถึง	ท่านได้รับการดูแลดังกล่าวนานๆ ครั้ง	ให้ 2	คะแนน
น้อยที่สุด	หมายถึง	ท่านได้รับการดูแลดังกล่าวน้อยที่สุด	ให้ 1	คะแนน
ไม่ได้รับ	หมายถึง	ท่านไม่ได้รับการดูแลดังกล่าวเลย	ให้ 0	คะแนน

เกณฑ์การแปลผลระดับการรับรู้การได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณ แบ่งช่วงการแปลผลตามหลักการของการแบ่งอันตรภาคชั้น (class interval) โดยใช้คะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด แล้วนำมาหารด้วยจำนวนชั้นที่ต้องการ ตามแนวคิดของเบสท์ (Best, 1989) จึงได้เกณฑ์การแปลผลดังนี้

0.00 – 1.33	ได้รับการดูแลในระดับน้อย
1.34 – 2.67	ได้รับการดูแลในระดับปานกลาง
2.68 – 4.00	ได้รับการดูแลในระดับมาก

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีขั้นตอนในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือดังต่อไปนี้

1. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นมาให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม ความเหมาะสมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ หลังจากที่ผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมดได้พิจารณาแล้ว ผู้วิจัยได้นำมาแก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำก่อนนำไปทดลองใช้ โดยได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ 0.81

2. ตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม (reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับพยาบาลและผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับตัวอย่างที่ศึกษา จำนวนกลุ่มละ 30 คน แล้วนำมาหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณและการรับรู้การได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณ เท่ากับ 0.95 และ 0.86 ตามลำดับ

## วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

### 1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ส่งโครงร่างวิจัยถึงคณะกรรมการจริยธรรม คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อขออนุญาตทำวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 นำหนังสือจากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

### 2. ขั้นดำเนินการ

2.1 มอบแบบสอบถามให้ผู้ช่วยเก็บข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบว่าในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยโดยการคำนึง ถึงศักดิ์ศรีและสิทธิความเป็นมนุษย์ คือการดูแลปกป้องสิทธิประโยชน์ การรักษาความลับ และการได้รับความยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัย ไม่มีการนำเสนอข้อมูลโดยใช้ชื่อของผู้ให้ข้อมูล ชี้แจงการทำแบบสอบถาม และขอความร่วมมือในการทำแบบสอบถาม พร้อมทั้งชี้แจงถึงการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

2.2 กำหนดส่งแบบสอบถามคืนภายใน 2 สัปดาห์ โดยมีผู้รับผิดชอบคือผู้ช่วยเก็บข้อมูลเป็นผู้รวบรวมแบบสอบถามส่งคืนผู้วิจัย ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเข้าใจของผู้ช่วยเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการใช้แบบสอบถาม โดยการใช้คำถามย้อนกลับและอธิบายจนแน่ใจว่าผู้ช่วยเก็บข้อมูลเข้าใจแบบสอบถามเป็นอย่างดี

2.3 หลังจากได้รับแบบสอบถามคืน ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูล ก่อนนำข้อมูลมาวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากข้อมูลปฐมภูมิ ผู้วิจัยมีการคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. การให้ความยินยอมและการดูแลปกป้องสิทธิประโยชน์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์การวิจัย และการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ พร้อมทั้งอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบอย่างชัดเจนว่าการให้ข้อมูลไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งทางร่างกาย จิตใจ ตลอดจนการปฏิบัติงาน และสามารถที่จะปฏิเสธหรือยุติจากการเป็นกลุ่มตัวอย่างได้หากไม่พร้อมโดยไม่มีผลกระทบใดๆต่อกลุ่มตัวอย่าง

2. การรักษาความลับโดยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าในการเก็บรวบรวมข้อมูล การรายงานผลการวิจัย ตลอดจนการนำเสนอผลการวิจัย จะไม่มีชื่อหรือรายละเอียดที่จะเป็นการเปิดเผยกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม

3. ความซื่อสัตย์ต่อกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลตามข้อเท็จจริงจากข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่าง รายงานผลการวิจัย และนำเสนอผลการวิจัยโดยไม่บิดเบือนข้อมูล

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ประมวลผลข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติดังต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) คือ การแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ ในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนระดับคะแนนการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณและการรับรู้การได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณ ได้หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติอ้างอิง (inferential statistics) โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One way – ANOVA) เพื่อเปรียบเทียบระดับคะแนนการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณระหว่างพยาบาลแต่ละโรงพยาบาล และเปรียบเทียบระดับคะแนนการรับรู้การได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณระหว่างผู้ป่วยแต่ละโรงพยาบาล ใช้การทดสอบค่าทีอิสระ (independent t – test) เพื่อเปรียบเทียบระดับการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณและการรับรู้การได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณ และใช้การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ศาสนา และประสบการณ์การเรียนรู้ด้านจิตวิญญาณและความสูญเสีย กับระดับการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณ

## บทที่ 4

### ผลการวิจัยและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาล การรับรู้การได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยในโรงพยาบาลภาคใต้ของประเทศไทย เปรียบเทียบการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลแต่ละโรงพยาบาล การรับรู้การได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยแต่ละโรงพยาบาล การรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลกับการรับรู้การได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณที่ผู้ป่วยได้รับจริง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาล โดยเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามกับพยาบาลและผู้ป่วยจากโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ที่ตั้งอยู่ในจังหวัดทางภาคใต้ตอนล่างของประเทศไทย โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลจำนวน 530 คน ได้รับแบบสอบถามคืนมา 505 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 95.28 ผู้ป่วยจำนวน 385 คนได้รับแบบสอบถามคืนมา 373 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 96.88 ผู้วิจัยได้นำไปวิเคราะห์ทางสถิติและนำเสนอผลการศึกษาเป็น 7 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาล
- ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วย
- ส่วนที่ 3 ระดับการรับรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณ
- ส่วนที่ 4 ความแตกต่างระหว่างระดับการรับรู้ของพยาบาลในการดูแลด้านจิตวิญญาณ
- ส่วนที่ 5 ความแตกต่างระหว่างระดับการรับรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณจากพยาบาล
- ส่วนที่ 6 ความแตกต่างระหว่างการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลกับการรับรู้การได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณที่ผู้ป่วยได้รับจริง
- ส่วนที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล

ตาราง 1

แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล (N = 505)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ประเภทโรงพยาบาล			รวม
	รพ.ทั่วไป n = 128	รพ.ศูนย์ n = 172	รพ.มหาวิทยาลัย n = 205	n = 505
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
อายุ (ปี)				
21-30	39 (32.0)	42(26.8)	100(50.8)	181(38)
31-40	36 (29.5)	57(36.3)	61(31)	154(32.4)
41-50	40 (32.8)	58(36.9)	27(13.7)	125(26.3)
>50	7(5.7)	0(0)	9(4.5)	16(3.3)
	$\bar{X} = 32.05$	$\bar{X} = 36.10$	$\bar{X} = 36.34$	$\bar{X} = 34.53$
	SD = 7.67	SD = 6.65	SD = 7.98	SD = 7.68
	Min = 21.16	Min = 21.83	Min = 22.00	Min = 21.16
	Max = 56.00	Max = 49.41	Max = 58.60	Max = 58.60
เพศ				
หญิง	126 (98.4)	172 (100)	203 (99)	501(99.2)
ชาย	2 (1.6)	-	2 (1)	4 (0.8)
ศาสนา				
พุทธ	119 (93.7)	165 (95.9)	189 (92.2)	473 (93.8)
อิสลาม	7 (5.5)	6 (3.5)	15 (7.3)	28(5.6)
คริสต์	1 (0.8)	1 (0.6)	1 (0.5)	3(0.6)
สถานภาพ				
โสด	43 (33.6)	66 (38.4)	124 (60.5)	233 (46.1)
คู่	76 (59.4)	98 (57.0)	80 (39.0)	254 (50.3)
หย่า/แยก	7 (5.5)	3 (1.7)	0	10 (2.0)
หม้าย	2 (1.6)	5 (2.9)	1 (0.5)	8 (1.6)

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ประเภทโรงพยาบาล			รวม
	รพ.ทั่วไป	รพ.ศูนย์	รพ.มหาวิทยาลัย	n = 505
	n = 128	n = 172	n = 205	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
<b>ระดับการศึกษา</b>				
ต่ำกว่าปริญญาตรี	1 (0.8)	0	0	1(0.2)
ปริญญาตรี	111 (87.4)	157 (91.3)	191 (93.2)	459(91.1)
ปริญญาโท	15 (11.8)	15 (8.7)	14 (6.8)	44(8.7)
<b>หอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน</b>				
อายุรกรรม	52 (40.6)	91 (53.2)	94 (45.9)	237 (47.0)
ศัลยกรรม	64 (50.0)	72 (42.1)	94 (45.9)	230 (45.6)
นรีเวชกรรม	11(8.6)	0	14 (6.8)	25 (5.0)
อื่นๆ	1 (0.8)	8(4.7)	3 (1.5)	12 (2.4)
<b>ประสบการณ์ในการทำงาน (ปี)</b>				
1-2	3 (2.5)	2 (1.2)	16 (9.9)	21 (4.7)
3-4	2 (1.6)	5 (3.0)	12 (7.5)	19 (4.2)
5-7	24 (19.7)	22 (13.3)	23 (14.3)	69 (15.4)
8-10	17 (13.9)	17 (10.2)	13 (8.1)	47 (10.5)
มากกว่า 10	76 (62.3)	120 (72.3)	97 (60.2)	293 (65.3)
	$\bar{X} = 14.13$	$\bar{X} = 14.12$	$\bar{X} = 9.55$	$\bar{X} = 12.28$
	SD = 8.17	SD = 6.95	SD = 7.48	SD = 7.80
	Min = 0.58	Min = 1.08	Min = 0.58	Min = 0.58
	Max = 36.75	Max = 27.08	Max = 34	Max = 36.75
<b>การสวดมนต์(พุทธ)</b>				
ไม่แน่นอน	58 (50.4)	95 (57.9)	111 (59.4)	264 (56.7)
1-2 ครั้ง/เดือน	9 (7.8)	15 (9.1)	5 (2.7)	29 (6.2)
1-2 ครั้ง/สัปดาห์	19 (16.5)	17 (10.4)	16 (8.6)	52 (11.2)
ทุกวัน	25 (21.7)	31 (18.9)	46 (24.6)	102 (21.9)
อื่นๆ	4 (03.5)	6 (3.7)	9 (4.8)	19 (4.1)
<b>การไปวัด(พุทธ)</b>				
ไม่แน่นอน	91 (79.1)	138 (83.6)	157 (83.1)	386 (82.3)
ทุกวันพระ/ตามเทศกาล	24 (20.9)	27 (16.4)	32 (16.9)	83 (17.7)



ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ประเภทโรงพยาบาล			รวม n = 505
	รพ.ทั่วไป	รพ.ศูนย์	รพ.มหาวิทยาลัย	
	n = 128	n = 172	n = 205	
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
<b>การละหมาด</b>				
ไม่แน่นอน	3 (42.9)	2 (33.3)	3 (20.0)	8 (28.6)
1-2 ครั้ง/เดือน	-	-	1(6.7)	1 (3.6)
1-2 ครั้ง/สัปดาห์	-	-	1(6.7)	1 (3.6)
ทุกวัน	4 (57.1)	3 (50.1)	10 (66.7)	17 (60.7)
<b>การไปมัสยิด</b>				
ไม่แน่นอน	4 (57.1)	3 (50)	6 (40)	13 (46.4)
ข้อกำหนดของศาสนา	3 (42.9)	3 (50)	9 (60)	15 (53.6)
<b>ความเข้าใจเกี่ยวกับการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณ</b>				
น้อย	13 (10.4)	18 (10.6)	22 (10.9)	53 (10.7)
ปานกลาง	102 (81.6)	134 (78.8)	154 (76.2)	390 (78.5)
มาก	10 (8.0)	18 (10.6)	26 (12.9)	54 (10.9)
มีประสบการณ์การเรียนรู้ด้านจิตวิญญาณ	74 (60.2)	79 (47.3)	130 (64)	283 (57.4)
<b>จิตวิญญาณ</b>				
มีประสบการณ์ชีวิตเกี่ยวกับ	61 (50.8)	78 (46.2)	88 (43.6)	227 (46.2)
<b>ความสุขเสีย</b>				

จากตาราง 1 พบว่า พยาบาลปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 25.34 โรงพยาบาลศูนย์ ร้อยละ 34.05 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ร้อยละ 40.59 เพศหญิง ร้อยละ 99.2 มีอายุเฉลี่ย 34.53 ปี ศาสนาพุทธ ร้อยละ 93.8 สถานภาพคู่ ร้อยละ 50.5 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 91.17 ประสบการณ์ในการทำงานเฉลี่ย 12.28 ปี ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ร้อยละ 47.1 ด้านการปฏิบัติศาสนกิจ ไทยพุทธมีการสวดมนต์ทุกวัน ร้อยละ 11.2 การไปวัด ไม่แน่นอน ร้อยละ 82.3 ไทยมุสลิมมีการละหมาดทุกวัน ร้อยละ 60.7 การไปมัสยิดตามข้อกำหนดของศาสนา ร้อยละ 53.6 ส่วนความเข้าใจเกี่ยวกับการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณ มีความเข้าใจเกี่ยวกับการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณ ในระดับปานกลาง ร้อยละ 78.5 มีประสบการณ์การเรียนรู้ด้านจิตวิญญาณ ร้อยละ 57.4 โดยมีการศึกษาเรียนรู้และปฏิบัติด้วยตนเอง ร้อยละ 50.3 ประสบการณ์ชีวิตเกี่ยวกับความสุขเสีย ร้อยละ 46.2

ส่วนที่ 2 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย

ตาราง 2

แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (N = 373)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ประเภทโรงพยาบาล			รวม n = 373
	รพ.ทั่วไป n = 132	รพ.ศูนย์ n = 137	รพ.มหาวิทยาลัย n = 104	
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
อายุ				
< 21	10 (7.5)	7 (4.8)	11 (10.9)	28 (7.4)
21- 40	50 (37.3)	20 (13.8)	46 (45.5)	116 (30.5)
41- 60	41 (30.6)	58 (40.0)	29 (28.7)	128 (33.7)
> 60	33 (24.6)	60 (41.4)	15 (14.9)	108 (28.4)
	$\bar{X} = 45.35$	$\bar{X} = 54.28$	$\bar{X} = 41.07$	$\bar{X} = 47.44$
	SD = 18.15	SD = 16.95	SD = 17.54	SD = 18.47
	Min = 14.08	Min = 16.33	Min = 15.50	Min = 14.08
	Max = 85.00	Max = 84.08	Max = 82.58	Max = 85.00
สถานภาพสมรส				
โสด	29 (22)	12 (8.8)	37 (35.9)	78 (21.0)
คู่	89 (67)	97 (71.3)	54 (52.4)	240 (64.7)
หย่า/แยกกันอยู่	4 (3)	5 (3.7)	2 (1.9)	11 (3.0)
หม้าย	10 (7.6)	22 (16.2)	10 (9.7)	42 (11.3)
ศาสนา				
พุทธ	106 (80.3)	126 (92.6)	78 (75.7)	310 (83.6)
อิสลาม	25 (18.9)	9 (6.6)	23 (22.3)	57 (15.4)
คริสต์	1 (0.8)	1 (0.7)	2 (1.9)	4 (1.1)

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ประเภทโรงพยาบาล			รวม
	รพ.ทั่วไป	รพ.ศูนย์	รพ.มหาวิทยาลัย	n = 373
	n = 128	n = 172	n = 205	
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
<b>ระดับการศึกษาสูงสุด</b>				
ไม่ได้รับการศึกษา	9 (6.9)	11 (8.1)	3 (2.9)	23 (6.2)
ประถม	55 (42.3)	77 (56.6)	37 (35.6)	169 (45.7)
มัธยม	34 (26.2)	28 (20.6)	33 (31.7)	95 (25.7)
ปวช/ปวส	11 (8.5)	8 (5.9)	10 (9.6)	29 (7.8)
ปริญญาตรี	19 (14.6)	9 (6.6)	20 (19.2)	48 (13.0)
สูงกว่าปริญญาตรี	1 (0.8)	3 (2.2)	-	4 (1.1)
อื่นๆ	1 (0.8)	-	1 (1.0)	2 (0.5)
<b>อาชีพ</b>				
ไม่ได้ทำงาน	33 (25.0)	16 (11.9)	18 (17.3)	67 (18.1)
รับจ้าง/แรงงาน	34 (25.8)	18 (13.3)	10 (9.6)	62 (16.7)
พนักงานบริษัท	6 (4.5)	3 (2.2)	6 (5.8)	15 (4.0)
ค้าขาย	16 (12.1)	15 (11.1)	14 (13.5)	45 (12.1)
ธุรกิจส่วนตัว	8 (6.1)	9 (6.7)	7 (6.7)	24 (6.5)
รับราชการ	16 (12.1)	9 (6.7)	9 (8.7)	34 (9.2)
ทำสวน/ทำนา	14 (10.6)	49 (36.3)	25 (24.0)	88 (23.7)
นักเรียน/นักศึกษา	3 (2.3)	11 (8.1)	10 (9.6)	24 (6.5)
อื่น	2 (1.5)	5 (3.7)	5 (4.8)	12 (3.2)
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว	$\bar{X} = 11,963$	$\bar{X} = 14,652$	$\bar{X} = 13,764$	$\bar{X} = 13393$
ต่อเดือน(บาท)	SD = 14,300.99	SD = 18,854.06	SD = 10,885.22	SD = 15,309
	Min = 1000	Min = 300	Min = 1000	Min = 300
	Max = 100,000	Max = 120,000	Max = 50000	Max = 120,000

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ประเภทโรงพยาบาล			รวม n = 373
	รพ.ทั่วไป	รพ.ศูนย์	รพ.มหาวิทยาลัย	
	n = 128 จำนวน (ร้อยละ)	n = 172 จำนวน (ร้อยละ)	n = 205 จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ความเพียงพอของรายได้				
พอใช้และมีเงินเก็บ	44 (33.6)	38 (29.5)	32 (32.7)	114 (31.8)
พอใช้แต่ไม่มีเงินเก็บ	64 (48.9)	73 (56.6)	57 (58.2)	194 (54.2)
ไม่พอใช้และมี หนี้สิน	23 (17.6)	18 (14.0)	9 (9.2)	50 (14.0)
บุคคลที่คอยให้คำปรึกษาและช่วยเหลือเรื่องต่างๆ				
สามี/ภรรยา/ลูก	75 (56.8)	69 (50.3)	44 (42.3)	188 (50.4)
มารดา/บิดาของตนเอง	41 (31.1)	22 (16.1)	52 (50.0)	120 (32.2)
พี่น้อง	34 (25.8)	43 (31.3)	55 (52.9)	132 (35.3)
เพื่อน/ญาติ	36 (27.2)	38 (27.7)	47 (44.2)	121 (32.2)
ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคนี้ (ปี)	$\bar{X} = 1.33$ SD = 3.66 Min = .01 Max = 28	$\bar{X} = 3.65$ SD = 5.41 Min = .08 Max = 30	$\bar{X} = 2.46$ SD = 4.46 Min = .08 Max = 24	$\bar{X} = 2.5$ SD = 4.6 Min = .01 Max = 30
ระยะเวลาที่นอนพักใน โรงพยาบาลครั้งนี้ (วัน)	$\bar{X} = 8.56$ SD = 3.66 Min = 2 Max = 252	$\bar{X} = 17.74$ SD = 57.34 Min = 2 Max = 575	$\bar{X} = 16.32$ SD = 31.53 Min = 1 Max = 270	$\bar{X} = 14.11$ SD = 41.12 Min = 2 Max = 575
การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา/ความเชื่อ (พุทธ)				
การสวดมนต์ (นานๆครั้ง)	67 (64.4)	69 (55.2)	27 (36.5)	163 (53.8)
การฝึกสมาธิ (นานๆครั้ง)	66 (62.3)	58 (48.7)	29 (40.3)	153 (51.5)
ไปวัด(นานๆครั้ง)	66 (62.3)	74 (58.3)	40 (54.1)	180(58.6)
การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา/ความเชื่อ (มุสลิม)				
ละหมาด (บ่อยครั้ง)	22 (81.5)	7 (87.5)	14 (63.6)	43 (75.4)
ถือศีลอด (บ่อยครั้ง)	22 (81.5)	7 (87.5)	12 (57.1)	41 (73.2)
ไปสุเหร่า (บ่อยครั้ง)	14 (51.9)	7 (71.4)	6 (30.0)	25 (46.3)

จากตาราง 2 พบว่า ผู้ป่วยโรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 35.6 โรงพยาบาลศูนย์ ร้อยละ 36.4 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ร้อยละ 27.9 มีอายุเฉลี่ย 47 ปี สถานภาพคู่ ร้อยละ 64.7 ศาสนาพุทธ ร้อยละ 83.6 จำนวนบุตรเฉลี่ย 3 คน สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 45.7 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 23.7 มีรายได้พอใช้แต่ไม่มีเงินเก็บ ร้อยละ 54.2 มีสามี/ภรรยา/บุตรคอยให้คำปรึกษาและช่วยเหลือเรื่องต่างๆ ร้อยละ 50.4 ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคเฉลี่ย 2.5 ปี ระยะเวลาที่นอนพักรักษาตัวในครั้งนี้อยู่เฉลี่ย 14 วัน ไทยพุทธมีการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา/ความเชื่อ ร้อยละ 53-59 ไทยมุสลิมมีการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา/ความเชื่อ ร้อยละ 46-76

### ส่วนที่ 3 ระดับการรับรู้ของพยาบาลในการให้การดูแลด้านจิตวิญญาณในโรงพยาบาลภาคใต้ของประเทศไทย

ตาราง 3

แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณรายด้านและ โดยรวม ( $N = 505$ )

การรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาล	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. การช่วยเหลือโดยใช้เทคนิคการสื่อสาร	2.99	.38	มาก
2. การช่วยเหลือด้านความคิดและความทรงจำ	2.49	.61	ปานกลาง
3. การช่วยเหลือโดยการกระตุ้นประสาทการรับรู้	2.89	.41	มาก
4. การช่วยเหลือกิจกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินชีวิต	3.16	.40	มาก
5. การช่วยเหลือด้านศาสนา	2.37	.67	ปานกลาง
การรับรู้การดูแลในภาพรวม	2.78	.39	มาก

จากตาราง 3 พบว่า การรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณ โดยรวมของพยาบาลอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 2.78$ ,  $SD = .39$ ) เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า ระดับการช่วยเหลือโดยใช้เทคนิคการสื่อสาร การกระตุ้นประสาทการรับรู้ และกิจกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินชีวิตอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 2.99$ ,  $SD = .38$ ;  $\bar{X} = 2.89$ ,  $SD = .41$ ;  $\bar{X} = 3.16$ ,  $SD = .40$  ตามลำดับ) ส่วนระดับการช่วยเหลือด้านความคิดและความทรงจำและด้านศาสนาอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.49$ ,  $SD = .61$ ;  $\bar{X} = 2.37$ ,  $SD = .67$  ตามลำดับ)

ส่วนที่ 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาล  
โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคใต้ของประเทศไทย

ตาราง 4

แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่าง  
ในภาพรวมและจำแนกเป็นรายด้าน (N = 505)

การรับรู้การดูแล ด้านจิตวิญญาณของพยาบาล	แหล่งความ แปรปรวน	SS	df	MS	F	p
1. การช่วยเหลือ โดยใช้เทคนิคการสื่อสาร	ระหว่างกลุ่ม	1.007	2	.503	3.382	.035*
	ภายในกลุ่ม	74.726	502	.149		
	รวม	75.733	504			
2. การช่วยเหลือด้านความคิดและความทรงจำ	ระหว่างกลุ่ม	1.476	2	.738	1.991	.138
	ภายในกลุ่ม	186.110	502	.371		
	รวม	187.586	504			
3. การช่วยเหลือ โดยการกระตุ้นประสาทการรับรู้	ระหว่างกลุ่ม	.943	2	.471	2.731	.066
	ภายในกลุ่ม	86.637	502	.173		
	รวม	87.579	504			
4. การช่วยเหลือกิจกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการ ดำเนินชีวิต	ระหว่างกลุ่ม	1.623	2	.812	5.095	.006**
	ภายในกลุ่ม	79.967	502	.159		
	รวม	81.590	504			
5) การช่วยเหลือด้านศาสนา	ระหว่างกลุ่ม	7.091	2	3.546	7.884	.000***
	ภายในกลุ่ม	225.765	502	.450		
	รวม	232.856	504			
การรับรู้การดูแลในภาพรวม	ระหว่างกลุ่ม	1.772	2	.886	5.956	.003**
	ภายในกลุ่ม	74.685	502	.149		
	รวม	76.457	504			

\*\*\* p < 0.001 \*\* p < 0.01 \* p < 0.05

จากตาราง 4 พบว่า ระดับการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ระดับการช่วยเหลือด้านการสื่อสาร ด้านศาสนา กิจกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, .01 และ .001 ตามลำดับ ส่วนการช่วยเหลือด้านความคิดและความทรงจำและการกระตุ้นประสาทการรับรู้ พบว่าไม่แตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงได้ทดสอบความแตกต่างรายคู่ต่อไป

## ตาราง 5

แสดงผลการเปรียบเทียบการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณในภาพรวมเฉลี่ยรายคู่ภายหลังของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประเภทโรงพยาบาล ( $N = 505$ )

	$\bar{X}$	โรงพยาบาลทั่วไป	โรงพยาบาลศูนย์	โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย
		2.86	2.71	2.80
โรงพยาบาลทั่วไป	2.86	-	.1551*	.0818
โรงพยาบาลศูนย์	2.71		-	.0733
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย	2.80			-

\*  $p < .05$

จากตาราง 5 ผลการทดสอบภายหลังโดยใช้ LSD-test พบว่า พยาบาลโรงพยาบาลทั่วไปมีการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณโดยรวมแตกต่างจากพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์ โดยพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไปมีระดับการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณโดยรวมสูงกว่าพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์

## ตาราง 6

แสดงผลการเปรียบเทียบการรับรู้ของพยาบาลในการดูแลด้านจิตวิญญาณด้านการช่วยเหลือโดยใช้เทคนิคการสื่อสารเฉลี่ยรายคู่ภายหลังตามประเภทโรงพยาบาล ( $N = 505$ )

	$\bar{X}$	โรงพยาบาลทั่วไป	โรงพยาบาลศูนย์	โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย
		3.06	2.94	2.98
โรงพยาบาลทั่วไป	3.06	-	.1157*	.0804
โรงพยาบาลศูนย์	2.94		-	.0354
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย	2.98			-

\*  $p < .05$

ผลการทดสอบภายหลังโดยใช้ LSD-test พบว่า พยาบาลโรงพยาบาลทั่วไปมีการรับรู้การรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณด้านการช่วยเหลือโดยใช้เทคนิคการสื่อสารแตกต่างจากพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์ โดยพยาบาลโรงพยาบาลทั่วไปมีระดับการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณด้านการช่วยเหลือโดยใช้เทคนิคการสื่อสารโดยรวมสูงกว่าพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์

## ตาราง 7

แสดงผลการเปรียบเทียบการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณด้านการช่วยเหลือกิจกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินชีวิตเฉลี่ยรายคู่ภายหลังตามประเภทโรงพยาบาล ( $N = 505$ )

	$\bar{X}$	โรงพยาบาลทั่วไป	โรงพยาบาลศูนย์	โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย
		3.19	3.08	3.21
โรงพยาบาลทั่วไป	3.19	-	.1097*	.0150
โรงพยาบาลศูนย์	3.08		-	.1247*
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย	3.20			-

\*  $p < .05$

ผลการทดสอบภายหลังโดยใช้ LSD-test พบว่า พยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์มีการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณด้านการช่วยเหลือกิจกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินชีวิตแตกต่างจากพยาบาลโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โดยพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์มีระดับการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณด้านการช่วยเหลือกิจกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินชีวิตโดยรวมต่ำกว่าพยาบาลโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

## ตาราง 8

แสดงผลการเปรียบเทียบการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลด้านการช่วยเหลือด้านศาสนาเฉลี่ยรายคู่ภายหลังตามประเภทโรงพยาบาล ( $N = 505$ )

	$\bar{X}$	โรงพยาบาลทั่วไป	โรงพยาบาลศูนย์	โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย
		2.55	2.24	2.36
โรงพยาบาลทั่วไป	2.55	-	.3097*	.1984*
โรงพยาบาลศูนย์	2.24		-	.1113
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย	2.35			-

\*  $p < .05$

ผลการทดสอบภายหลังโดยใช้ LSD-test พบว่า พยาบาลโรงพยาบาลทั่วไปมีการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณด้านการช่วยเหลือด้านศาสนาแตกต่างจากพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โดยพยาบาลโรงพยาบาลทั่วไปมีระดับการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณด้านการช่วยเหลือด้านศาสนาโดยรวมสูงกว่าพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย



ส่วนที่ 5 การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระดับการรับรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลด้านจิต  
 วิญญาณจากพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และ โรงพยาบาล  
 มหาวิทยาลัย ในภาคใต้ของประเทศไทย

ตาราง 9

แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวการรับรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณจาก  
 พยาบาลตามประเภทโรงพยาบาล ในภาพรวมและจำแนกเป็นรายด้าน (N = 373)

การรับรู้การได้รับการดูแล ด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย	แหล่งความ แปรปรวน	SS	df	MS	F	P
1. การช่วยเหลือโดยใช้เทคนิคการสื่อสาร	ระหว่างกลุ่ม	2.613	2	1.306	3.301	.038*
	ภายในกลุ่ม	146.419	370	.396		
	รวม	149.032	372			
2. การช่วยเหลือด้านความคิดและความทรงจำ	ระหว่างกลุ่ม	8.225	2	4.113	3.968	.020*
	ภายในกลุ่ม	383.493	370	1.036		
	รวม	391.718	372			
3. การช่วยเหลือโดยการกระตุ้นประสาทการรับรู้	ระหว่างกลุ่ม	9.289	2	4.645	5.662	.004**
	ภายในกลุ่ม	303.500	370	.820		
	รวม	312.789	372			
4. การช่วยเหลือกิจกรรมการดำเนินชีวิต	ระหว่างกลุ่ม	26.606	2	13.303	20.066	.000***
	ภายในกลุ่ม	245.288	370	.663		
	รวม	271.894	372			
5. การช่วยเหลือด้านศาสนา	ระหว่างกลุ่ม	18.012	2	9.006	9.202	.000***
	ภายในกลุ่ม	362.114	370	.979		
	รวม	380.126	372			
การรับรู้การดูแลในภาพรวม	ระหว่างกลุ่ม	9.769	2	4.884	8.946	.000***
	ภายในกลุ่ม	202.007	370	.546		
	รวม	211.776	372			

\*\*\*  $p < 0.001$  \*\*  $p < 0.01$  \*  $p < 0.05$

จากตาราง 9 พบว่า ผู้ป่วยรับรู้การได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณโดยรวมแตกต่างกัน อย่างมี  
 นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ระดับการช่วยเหลือด้านการสื่อสาร ด้าน  
 ความคิดความทรงจำ การกระตุ้นประสาทการรับรู้ กิจกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินชีวิตและด้าน  
 ศาสนา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, .05, .01, .01 และ .001 ตามลำดับ ผู้วิจัยจึงได้  
 ทดสอบความแตกต่างรายคู่ต่อไป

ตาราง 10

แสดงผลการเปรียบเทียบการรับรู้การได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณในภาพรวมเฉลี่ยรายคู่ภายหลังของผู้ป่วยตามประเภทโรงพยาบาล ( $N = 373$ )

	$\bar{X}$	โรงพยาบาลทั่วไป	โรงพยาบาลศูนย์	โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย
		2.31	1.95	2.24
โรงพยาบาลทั่วไป	2.31	-	-.3654*	-.0831
โรงพยาบาลศูนย์	1.95		-	-.2822*
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย	2.24			-

\*  $p < .05$

จากตาราง 10 ผลการทดสอบภายหลังโดยใช้ LSD-test พบว่า ผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์มีการรับรู้การได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณโดยรวมแตกต่างจากผู้ป่วยโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โดยผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์รับรู้การได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณโดยรวมในระดับต่ำกว่าผู้ป่วยโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

ตาราง 11

แสดงผลการเปรียบเทียบการรับรู้การได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณ ด้านการช่วยเหลือโดยใช้เทคนิคการสื่อสารเฉลี่ยรายคู่ภายหลังของผู้ป่วยตามประเภทโรงพยาบาล ( $N = 373$ )

	$\bar{X}$	โรงพยาบาลทั่วไป	โรงพยาบาลศูนย์	โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย
		2.91	2.77	2.96
โรงพยาบาลทั่วไป	2.91	-	.1407	.2538
โรงพยาบาลศูนย์	2.77		-	.1945*
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย	2.96			-

\*  $p < .05$

ผลการทดสอบภายหลังโดยใช้ LSD-test พบว่า ผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยรับรู้การได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณด้านการช่วยเหลือโดยใช้เทคนิคการสื่อสารแตกต่างจากผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์ โดยผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยรับรู้การได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณด้านการช่วยเหลือโดยใช้เทคนิคการสื่อสารในระดับสูงกว่าผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์

ตาราง 12

แสดงผลการเปรียบเทียบการรับรู้การได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณด้านการช่วยเหลือด้านความคิดและความทรงจำเฉลี่ยรายคู่ภายหลังของผู้ป่วยตามประเภทโรงพยาบาล ( $N = 373$ )

	$\bar{X}$	โรงพยาบาลทั่วไป	โรงพยาบาลศูนย์	โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย
		1.83	1.48	1.68
โรงพยาบาลทั่วไป	1.83	-	.3608*	.1573
โรงพยาบาลศูนย์	1.47		-	.2035
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย	1.68			-

\*  $p < .05$

จากตาราง 12 ผลการทดสอบภายหลังโดยใช้ LSD-test พบว่า ผู้ป่วยโรงพยาบาลทั่วไปมีการรับรู้การได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณด้านการช่วยเหลือด้านความคิดและความทรงจำแตกต่างจากผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์ โดยผู้ป่วยโรงพยาบาลทั่วไปรับรู้การได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณด้านการช่วยเหลือด้านความคิดและความทรงจำในระดับสูงกว่าผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์

ตาราง 13

แสดงผลการเปรียบเทียบการรับรู้การได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณ ด้านการช่วยเหลือ โดยการกระตุ้นประสาทการรับรู้ เฉลี่ยรายคู่ภายหลังของผู้ป่วย ตามประเภทโรงพยาบาล ( $N = 373$ )

	$\bar{X}$	โรงพยาบาลทั่วไป	โรงพยาบาลศูนย์	โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย
		2.47	2.10	2.32
โรงพยาบาลทั่วไป	2.47	-	.3596*	.1551
โรงพยาบาลศูนย์	2.10		-	.2045
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย	2.32			-

\*  $p < .05$

จากตาราง 13 ผลการทดสอบภายหลังโดยใช้ LSD-test พบว่า ผู้ป่วยโรงพยาบาลทั่วไปมีการรับรู้การได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณด้านการช่วยเหลือ โดยการกระตุ้นประสาทการรับรู้ แตกต่างจากผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์ โดยผู้ป่วยโรงพยาบาลทั่วไปรับรู้การได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณด้านการช่วยเหลือ โดยการกระตุ้นประสาทการรับรู้ ในระดับสูงกว่าผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์

ตาราง 14

แสดงผลการเปรียบเทียบการรับรู้การได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินชีวิตเฉลี่ย รายคู่ภายหลังของผู้ป่วยตามประเภทโรงพยาบาล ( $N = 373$ )

	$\bar{X}$	โรงพยาบาลทั่วไป	โรงพยาบาลศูนย์	โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย
		2.78	2.32	2.96
โรงพยาบาลทั่วไป	2.78	-	.4520*	.1655
โรงพยาบาลศูนย์	2.32		-	.6175*
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย	2.96			-

\*  $p < .05$

จากตาราง 14 ผลการทดสอบภายหลังโดยใช้ LSD-test พบว่า ผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์มีการรับรู้การได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณด้านการช่วยเหลือกิจกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินชีวิตแตกต่างจากผู้ป่วยโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โดยผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์รับรู้การได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณด้านการช่วยเหลือกิจกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินชีวิตในระดับต่ำกว่าผู้ป่วยโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

ตาราง 15

แสดงผลการเปรียบเทียบการรับรู้การได้รับการดูแลจิตวิญญาณด้านการช่วยเหลือด้านศาสนาเฉลี่ย รายคู่ภายหลังของผู้ป่วยตามประเภทโรงพยาบาล ( $N = 373$ )

	$\bar{X}$	โรงพยาบาลทั่วไป	โรงพยาบาลศูนย์	โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย
		1.59	1.07	1.25
โรงพยาบาลทั่วไป	1.59	-	.5163*	.3428*
โรงพยาบาลศูนย์	1.07		-	.1736
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย	1.25			-

\*  $p < .05$

ผลการทดสอบภายหลังโดยใช้ LSD-test พบว่า ผู้ป่วยโรงพยาบาลทั่วไปมีระดับการรับรู้การดูแลจิตวิญญาณด้านการช่วยเหลือด้านศาสนาแตกต่างจากพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โดยผู้ป่วยในโรงพยาบาลทั่วไปมีระดับการรับรู้การได้รับการดูแลจิตวิญญาณด้านการช่วยเหลือด้านศาสนาโดยรวมสูงกว่าผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 6 การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลกับการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณที่ผู้ป่วยได้รับจริง

ตาราง 16

แสดงผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลกับการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณที่ผู้ป่วยได้รับจริง ( $N = 878$ )

การรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณ	ระดับการรับรู้	ระดับการรับรู้การ	t
	การดูแลด้านจิต วิญญาณ	ดูแลด้านจิตวิญญาณ ที่ผู้ป่วยได้รับ	
1. การช่วยเหลือโดยใช้เทคนิคการสื่อสาร	2.98 (.38)	2.87 (.62)	-3.254**
2. การช่วยเหลือด้านความคิดและความทรงจำ	2.49 (.61)	1.65 (1.02)	-15.178***
3. การช่วยเหลือโดยการ กระตุ้นประสาทการรับรู้	2.89 (.41)	2.29 (.91)	-12.970***
4. การช่วยเหลือกิจกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินชีวิต	3.16 (.40)	2.66 (.85)	-11.524***
5) การช่วยเหลือด้านศาสนา	2.37 (.67)	1.30 (1.00)	-18.886***
รวม	2.78 (.38)	2.15 (.75)	-16.005***

\*\*\*  $p < .001$  \*\*  $p < .01$

จากตาราง 16 พบว่า การรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลมากกว่าการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณที่ผู้ป่วยได้รับจริง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณด้านการช่วยเหลือด้านการสื่อสาร มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) การช่วยเหลือด้านความคิดความทรงจำ การช่วยเหลือโดยการกระตุ้นประสาท การช่วยเหลือกิจกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินชีวิตและการช่วยเหลือด้านศาสนา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

## ส่วนที่ 7 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาล

ตาราง 17

ค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่าง อายุ ศาสนา ประสบการณ์การเรียนรู้ด้านจิตวิญญาณ และความสูญเสีย กับระดับการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาล ( $N = 505$ )

ตัวแปร	การรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณ	แปลผล
1. อายุ	.157**	ต่ำ
2. ศาสนา	.043	NS
3. ประสบการณ์การเรียนรู้ด้านจิตวิญญาณ	.255**	ต่ำ
4. ประสบการณ์ความสูญเสีย	.156**	ต่ำ

\*\*  $p < .01$  NS = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

จากตาราง 17 พบว่า ปัจจัยด้านอายุ ประสบการณ์การปฏิบัติงาน และประสบการณ์ความสูญเสีย มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) ส่วนปัจจัยด้านศาสนา ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาล

### อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) ประเภทศึกษาความสัมพันธ์ โดยศึกษาปัจจัยที่เลือกสรรได้แก่ อายุ ศาสนา ประสบการณ์ กับระดับการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาล ในโรงพยาบาลภาคใต้ของประเทศไทย จากผลการวิเคราะห์ร่วมกับการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยนำมาอภิปรายผล ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

### ส่วนที่1 การรับรู้ของพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณ

ผลการศึกษา พบว่าพยาบาลโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในภาคใต้ของประเทศไทย มีการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 2.78$ ,  $SD = .39$ ) แสดงให้เห็นว่าปัจจุบันพยาบาลได้ให้ความสำคัญกับการให้การพยาบาลในมิติองค์รวมที่

ครอบคลุมการดูแลด้านจิตวิญญาณมากขึ้น สอดคล้องกับการกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล และการผดุงครรภ์ของสภาการพยาบาลแห่งประเทศไทย ที่กำหนดให้พยาบาลต้องใช้กระบวนการพยาบาลในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมทั้งในระดับบุคคล กลุ่มบุคคล ครอบครัว และชุมชน (สภาการพยาบาล, 2540) ดังนั้นพยาบาลในสถานบริการทุกแห่งจึงต้องมีการพัฒนาการดูแลด้านจิตวิญญาณเพื่อให้ครอบคลุมองค์รวมให้มากขึ้น

เมื่อพิจารณาการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลรายด้าน พบว่า ระดับการช่วยเหลือโดยใช้เทคนิคการสื่อสาร การช่วยเหลือการกระตุ้นประสาทการรับรู้ และการช่วยเหลือกิจกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินชีวิตอยู่ในระดับมาก (ตาราง 3) จึงส่งผลให้การดูแลในภาพรวมอยู่ในระดับมากด้วย เนื่องจากกิจกรรมการพยาบาลดังกล่าวเป็นเครื่องมือสำคัญ ในการนำไปสู่การเข้าถึงจิตวิญญาณของผู้ป่วย โดยเฉพาะการสื่อสารเป็นทักษะสำคัญในการให้การพยาบาลด้านจิตวิญญาณ (Narayanasamy, 1999) จากการศึกษาของคลาและไฮเดนริช (Clark & Heidenreich, 1995) ที่ศึกษาการดูแลทางจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยวิกฤตพบว่า การรับฟังและการอยู่ด้วยอย่างตั้งใจ สนใจใส่ใจในสิ่งที่ผู้ป่วยพูด เป็นกุญแจสำคัญนำไปสู่การปฏิบัติกรพยาบาลจิตวิญญาณ เป็นหัวใจของการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณ (สุมน, 2546) การสื่อสารจึงเป็นเครื่องมือสำคัญที่สุดในการพยาบาล ดังคำกล่าวที่ว่า ไม่มีกิจกรรมการพยาบาลใดๆ ที่ไม่ใช้การสื่อสาร (บุญศรีและศิริพร, 2538) สอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา (2540) ที่ศึกษารูปแบบการสื่อสาร ความพึงพอใจในการสื่อสาร ความพึงพอใจในงานกับความสามารถในการปฏิบัติงานพยาบาลประจำการในโรงพยาบาล โดยผลการวิจัย พบว่า พยาบาลประจำการมีการสื่อสาร แนวนอนในระดับสูง ส่วนการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาล โดยการกระตุ้นประสาทการรับรู้หรือประสาทรับความรู้สึก ผลการศึกษาคั้งนี้ พบว่า พยาบาลมีการสัมผัสมือ โอบไหล่ เป็นการสัมผัสเพื่อการรักษาที่สามารถถ่ายทอดความเห็นอกเห็นใจสู่ผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก การสัมผัสเป็นการแสดงความหมายของการดูแลเอาใจใส่ ความห่วงใย เข้าใจ เห็นอกเห็นใจ ปลอดภัย ให้กำลังใจ ผู้ป่วยจะรู้สึกสุขสบาย มั่นใจ อบอุ่นใจ มีกำลังใจ ทั้งนี้เนื่องจากการสัมผัสเป็นการกระตุ้นประสาทสัมผัส ทำให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย รู้สึกสุขสบาย อบอุ่นปลอดภัยและมีกำลังใจ (ประภาศรี, 2536) เป็นพลังของชีวิตที่ช่วยค้ำจุนให้มีชีวิตอยู่และพึงพอใจในชีวิต (Byrne, 2002) ส่วนการช่วยเหลือในกิจกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินชีวิตเป็นการตอบสนองความต้องการพื้นฐานทางร่างกาย ซึ่งความต้องการในขั้นนี้เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานที่มีอำนาจมากที่สุด และเห็นได้ชัดที่สุดกว่าความต้องการทั้งหมด เป็นความต้องการที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต กิจกรรมเหล่านี้เป็นกิจกรรมการดูแลด้านร่างกาย ที่พยาบาลส่วนใหญ่ปฏิบัติมากกว่าด้านอื่นๆ (บุญวดีและจรัสศรี, 2541; เสาวรักษ์, 2545)

สำหรับการช่วยเหลือด้านความคิดความทรงจำและกิจกรรมทางศาสนาเป็นกิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติในระดับปานกลาง โดยกิจกรรมทางศาสนาเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติน้อยกว่ากิจกรรมด้านอื่นๆ อีก 4 ด้าน ทั้งนี้เพราะพยาบาลกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70.4 อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นอายุ 21-40 ปี (ตาราง 1) ซึ่งวัยนี้ให้ความสนใจเรื่องศาสนาน้อยมาก (อุบลรัตน์, 2542) จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลที่นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 93.8 แต่ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาไม่สม่ำเสมอ เช่น สวดมนต์ไม่แน่นอน ร้อยละ 56.7 และไปวัดไม่แน่นอนร้อยละ 82.3 (ตาราง 1) สอดคล้องกับการศึกษาของเครือข่ายครอบครัว เรื่อง พุทธศาสนิกชนกับการทำกิจกรรมทางศาสนา ที่พบว่าชาวไทยพุทธร้อยละ 42.7 ทำกิจกรรมทางศาสนาเพียงเดือนละครั้งเดียว รองลงมาร้อยละ 30.3 แล้วแต่โอกาส กล่าวได้ว่าคนไทยส่วนใหญ่เป็นชาวพุทธแต่ในนาม ไม่รู้จักนำธรรมะไปใช้ในชีวิตประจำวัน (แก้ว-ขวัญ, 2544; พระเทพเวที, 2535) เมื่อพยาบาลมีความสนใจทางศาสนาน้อยก็จะทำให้การให้การดูแลด้านกิจกรรมทางศาสนาน้อยตามไปด้วย

## ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการรับรู้ของพยาบาลในการดูแลด้านจิตวิญญาณในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในโรงพยาบาลภาคใต้ของประเทศไทย

ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลโดยภาพรวมในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในโรงพยาบาลภาคใต้ของประเทศไทย มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) โดยพยาบาลโรงพยาบาลทั่วไปมีการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณโดยรวมสูงกว่าพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์และ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (ตาราง 4-5) อธิบายได้ว่า โรงพยาบาลของรัฐในปัจจุบันมีผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (เชิดชู, 2550) และปัจจุบันประเทศไทยอยู่ในสภาวะวิกฤตขาดแคลนพยาบาลและถือเป็นวิกฤตชาติ (สำนักงานสารสนเทศ, 2550) ทำให้จำนวนพยาบาลมีไม่เพียงพอในการให้บริการ ซึ่งการดูแลด้านจิตวิญญาณนั้น พยาบาลต้องรับฟังผู้ป่วย อยู่กับผู้ป่วย เข้าหาผู้ป่วยทันทีที่ต้องการ กิจกรรมเหล่านี้ต้องใช้เวลาในการปฏิบัติ (อวยพร, 2534; O'Brien, 1999; Taylor et al., 1994) เมื่อพยาบาลขาดแคลน ยิ่งทำให้ไม่มีเวลาเพียงพอในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลด้านจิตวิญญาณ เพียงให้การพยาบาลด้านร่างกายให้ครบถ้วนตามแผนการรักษาทั้งหมดเวลาแล้ว สอดคล้องกับการศึกษาของทัศนีย์ (2544) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติกรพยาบาลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลในสังกัดสำนักงานแพทย์ พบว่าพยาบาลมีกิจกรรมการพยาบาลในการดูแลปัญหาทางด้านร่างกายและการ



ดูแลเรื่องเทคโนโลยีใช้เวลามาก จึงทำให้ไม่มีเวลาดูแลด้านจิตวิญญาณ เช่นเดียวกับการศึกษาของบัทธ (Bath, 1992) ที่ศึกษาเรื่องการพยาบาลและการดูแลในมิติจิตวิญญาณ ความท้าทายและทางเลือกในการศึกษาพยาบาลและปฏิบัติพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลประจำการและนักศึกษาพยาบาล พบว่าอุปสรรคที่สำคัญของการดูแลทางจิตวิญญาณ คือการไม่มีเวลา โดยพยาบาลเป็นแหล่งสนับสนุนสำคัญในการให้การดูแลทางจิตวิญญาณ นอกจากนี้จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าระดับการรับรู้ของพยาบาลในการดูแลด้านจิตวิญญาณ โรงพยาบาลศูนย์น้อยกว่าโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (ตาราง 5) ทั้งนี้เพราะโรงพยาบาลศูนย์เป็นองค์กรใหญ่ มีภาระงานที่หนักทำให้พยาบาลมีความเหน็ดเหนื่อยมาก จึงทำให้การพัฒนาคุณภาพเป็นไปได้ด้วยความยากลำบาก (สนองและพยอม, 2547) สอดคล้องกับสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) ที่พบว่าโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (hospital accreditation) และการรับรองซ้ำ (re-accreditation) แล้ว ในขณะที่โรงพยาบาลศูนย์ อยู่ในขั้นตอนการรับรองคุณภาพ บันไดขั้น 2 เท่านั้น (พรพ, 2551)

เมื่อพิจารณาทางด้าน พบว่าพยาบาลให้การช่วยเหลือด้านศาสนา การช่วยเหลือกิจกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$  และ  $p < .001$  ตามลำดับ) (ตาราง 4) สำหรับการช่วยเหลือด้านศาสนาพบว่า พยาบาลโรงพยาบาลทั่วไปอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง อายุ 41-60 ปี ร้อยละ 38.5 โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ร้อยละ 36.9 และ 18.3 ตามลำดับ ซึ่งบุคคลวัยกลางคนเป็นวัยที่เริ่มให้ความสนใจศาสนาอย่างจริงจัง และมีกิจกรรมทางศาสนามากกว่าวัยที่ผ่านมา โดยเฉพาะเพศหญิงให้ความสนใจมากกว่าเพศชาย (อุบลรัตน์, 2542) พยาบาลที่ทำงานในโรงพยาบาลทั่วไปจึงมีความเข้าใจทางศาสนามากกว่าโรงพยาบาลอีก 2 แห่ง สามารถให้การช่วยเหลือด้านศาสนาได้มากกว่า ส่วนการช่วยเหลือกิจกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินชีวิตนั้น พบว่าโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลด้านนี้มากที่สุด เมื่อพิจารณารายละเอียดของกิจกรรม พบว่า การช่วยเหลือด้านอนามัยส่วนบุคคล การจัดทำให้สุขสบายอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้เพราะโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเป็นโรงพยาบาลที่มีการจำกัดจำนวนเตียง ไม่อนุญาตให้ญาติเฝ้า ยกเว้นรายที่จำเป็น พยาบาลจึงปฏิบัติกิจกรรมการช่วยเหลือด้านอนามัยส่วนบุคคล การจัดทำให้สุขสบายตลอดจนกิจกรรมอื่นๆ ให้ผู้ป่วยด้วยตนเอง จึงทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลด้านช่วยเหลือกิจกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินชีวิตมากกว่าอีก 2 โรงพยาบาล

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการรับรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณจากพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในโรงพยาบาลภาคใต้ของประเทศไทย

ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณจากพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในโรงพยาบาลภาคใต้ของประเทศไทย มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ตามตาราง 9-10 โดยผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์รับรู้การได้รับการดูแลน้อยกว่าโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ซึ่งเกิดจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ โดยเมื่อพิจารณาจากจำนวนผู้ป่วยจากโรงพยาบาลทั้ง 3 ประเภท พบว่าโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลทั่วไป มีอัตราการครองเตียงที่ไม่แตกต่างกันมาก คือ มีอัตราการครองเตียงร้อยละ 80-100 แต่โรงพยาบาลศูนย์ อัตราการครองเตียงถึงร้อยละ 200 ในหอผู้ป่วย โดยเฉพาะกลุ่มอายุกรรมและศัลยกรรม ซึ่งเป็นผู้ป่วยจำนวนมาก จึงทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลน้อยกว่าอีก 2 โรงพยาบาล นอกจากนี้เมื่อพิจารณาปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย พบว่า ปัจจัยด้านช่วงอายุของผู้ป่วยทั้ง 3 โรงพยาบาลต่างกัน โดยโรงพยาบาลศูนย์มีผู้ป่วยช่วงอายุอยู่ในวัยชราถึงร้อยละ 41.4 ในขณะที่โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมีผู้ป่วยช่วงอายุอยู่ในวัยชราเพียงร้อยละ 24.6 และ 14.9 ตามลำดับ ซึ่งวัยชราเป็นวัยที่มีความเสื่อมถอยลง การทำงานของเซลล์สมองไม่สมบูรณ์ จดจำสิ่งต่างๆ ได้ไม่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในระยะเวลาใกล้ๆ และไม่สามารถเรียนรู้ได้อย่างเต็มที่ (อุบลรัตน์, 2542) ทำให้ความคิดและความจำของผู้สูงอายุลดลง การเข้าใจภาษาพูดจะแตกต่างไปจากเดิม (บุญศรี และศิริพร, 2538) ดังนั้นวิธีการให้การพยาบาล ต่างๆ ที่พยาบาลปฏิบัติ เพื่อชักนำให้ผู้ป่วยเข้าถึงจิตวิญญาณของตนเอง เช่น เทคนิคการสื่อสาร การกระตุ้นความคิดและการจำ การกระตุ้นประสาทการรับรู้ ฯลฯ กิจกรรมเหล่านี้ผู้ป่วยจึงจดจำได้ไม่ดีเท่าที่ควร จึงทำให้ผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์มีความรู้สึกว่าได้ได้รับการดูแลน้อยกว่าโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (ตาราง 10)

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ผู้ป่วยจากโรงพยาบาลศูนย์ได้รับการช่วยเหลือด้านศาสนาได้รับน้อยกว่าโรงพยาบาลอีก 2 แห่ง ทั้งนี้เนื่องจากโรงพยาบาลศูนย์มีผู้ป่วยวัยชรามากที่สุด ซึ่งวัยชราเป็นวัยที่มีความสนใจทางศาสนามากที่สุด (อุบลรัตน์, 2542) มีการปฏิบัติตามคำสั่งสอนทางพุทธศาสนา มีการไปวัดเพื่อฟังเทศน์บ่อยๆ แต่เมื่อมารับการรักษาในโรงพยาบาลจึงไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมดังที่เคยปฏิบัติได้ จึงทำให้ผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์มีความรู้สึกว่าได้ได้รับการดูแลด้านศาสนาน้อยกว่าที่อื่นๆ สอดคล้องกับการศึกษาของรอส (Ross, 1997) ที่ศึกษาการรับรู้ความต้องการและการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุ พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุสะท้อนว่าเขาจะได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณดีขึ้นหาก

เขามีสถานที่หรือห้องที่เงียบสงบสำหรับการสวดมนต์และการได้รับการอธิบายเกี่ยวกับการไปร่วมกิจกรรมทางศาสนาที่โบสถ์

#### ส่วนที่ 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลกับการรับรู้การได้รับดูแลด้านจิตวิญญาณที่ผู้ป่วยได้รับจริงโดยรวม

ผลการศึกษา พบว่าการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลสูงกว่าการรับรู้การรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณที่ผู้ป่วยได้รับจริงโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) (ตาราง 16) ทั้งนี้เพราะว่า ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังมีผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวหลายด้านอย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิตและแตกต่างกันในแต่ละราย (บำเพ็ญจิต, 2543; Phipps, 1999; Stephen, 1992) ผู้ป่วยเรื้อรังอาจสูญเสียความรู้สึก ความจำ การคิด การตัดสินใจ ทำให้การรับรู้ต่อสิ่งเร้าและการตอบสนองต่อสิ่งเร้าลดลง (จารุวรรณ, 2544) จึงทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าการได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณน้อยกว่าที่พยาบาลให้การดูแล การเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยและสถานการณ์ตึงเครียด ความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย ความไม่สุขสบาย ความทุกข์ทรมานใจ ผิดหวังในชีวิต สิ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่อคุณภาพของบุคคลทำให้เกิดการเสียสมดุลทางจิตวิญญาณได้เสมอ (ฉวีวรรณ, 2541) นอกจากนี้สภาวะการเจ็บป่วย บุคคลจะมีความวิตกกังวล จะสนใจเฉพาะปัญหาที่จะทำให้ตนไม่สบายใจเท่านั้น (กาญจน์กวี, 2548) โดยจะมุ่งที่ตนเองก่อน บุคคลอื่น เพราะร่างกายกำลังได้รับการคุกคามจากความเจ็บป่วย ทำให้ขาดความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมอื่นๆ ทำให้การรับรู้เรื่องต่างๆ แคบลง มีผลให้การรับรู้การได้รับการดูแลของผู้ป่วยน้อยกว่าการรับรู้การดูแลจากพยาบาลในทุกด้านทั้งการสื่อสาร การกระตุ้นความคิดและความทรงจำ และการกระตุ้นประสาทการรับรู้

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณมีความแตกต่างกับการรับรู้การได้รับการดูแลของผู้ป่วยในทุกด้าน เช่น ด้านการช่วยเหลือเทคนิคการสื่อสาร พบว่า ผู้ป่วยรับรู้การได้รับการดูแลน้อยกว่าที่ผู้ให้บริการให้การดูแล ทั้งนี้อุปสรรคของการสื่อสารคือการเลือกเปิดรับ (selective exposure) ข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับตนเองหรือที่อยู่ในความสนใจ นอกจากนี้ยังเลือกรับรู้และเลือกตีความ ให้สอดคล้องกับความเชื่อหรือความต้องการของตนเอง ตลอดจนเลือกจดจำเรื่องที่สำคัญเฉพาะตนเองด้วย (บุญศรีและศิริพร, 2538) ดังนั้นผู้ป่วยจึงไม่สามารถรับรู้การให้บริการทั้งหมดของพยาบาลได้ สอดคล้องกับการศึกษาของนวัตน์และคณะ (2550) ที่ศึกษาเรื่องการสื่อสารและพฤติกรรมบริการ: ข้อขัดแย้งภายใต้นโยบาย 30 บาท โดยศึกษาจากกลุ่มผู้ป่วยจำนวน 850 คน พบว่า ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการยังมีปัญหาความไม่พึงพอใจต่อกัน โดยผู้ให้บริการร้อยละ 75.5 มีความไม่พึงพอใจคำพูดของผู้ป่วย ในขณะที่ผู้ป่วยร้อยละ 16.2 ไม่พอใจผู้ให้บริการ ปัญหาเกิดจากความไม่เข้าใจ

สิทธิประโยชน์และระบบการบริการจากการขาดการติดต่อสื่อสารที่ดีในทุกขั้นตอนของบริการ ส่วนการรับรู้การกระตุ้นความคิดและความทรงจำ พบว่า ผู้ป่วยได้รับน้อยกว่าการดูแลที่พยาบาลให้จริง ทั้งนี้เนื่องจากการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะสมองล้าทำให้การกระตุ้นความทรงจำไม่ได้ผลเท่าที่ควร (ชูศักดิ์, 2540) นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ทำให้เกิดความบีบคั้นทางจิตวิญญาณ (ฉวีวรรณ, 2541) ทำให้ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง สูญเสียพลังอำนาจหรือสิ้นหวัง ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การได้รับการช่วยเหลือด้านศาสนาอยู่ในระดับน้อยกว่าด้านอื่นๆ เมื่อประมวลกิจกรรมที่เกี่ยวกับศาสนาแล้ว ทั้งในหัวข้อการช่วยเหลือโดยการสื่อสาร เช่น การชวนคุยให้ระลึกถึงสิ่งดีงามการสร้างบุญกุศล การช่วยเหลือด้านการคิดและความทรงจำเช่น การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าถึงประสบการณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติตามคำสอนทางศาสนา และในกิจกรรมย่อยของหัวข้อการช่วยเหลือด้านศาสนาเกือบทุกข้อ พบว่า ผู้ป่วยได้รับการดูแลในระดับต่ำที่ระดับคะแนน 0.66-1.79 เท่านั้น แม้ว่าพยาบาลให้ความสนใจในการช่วยเหลือด้านศาสนาในระดับปานกลางที่ระดับ 1.34-2.73 คะแนน(ตาราง 1-2 ภาคผนวก ก) แสดงให้เห็นว่า กิจกรรมเหล่านั้นยังไม่เข้าถึงส่วนลึกในจิตใจของผู้ป่วย เช่นเดียวกับกิจกรรมที่เกี่ยวกับการดูแลและการค้นหาเกี่ยวกับศรัทธาที่ยึดถือ สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ หรือการกระตุ้นให้ระลึกถึงสิ่งดีงาม ความทรงจำ ความสำเร็จ หรือความยากลำบากในชีวิต ซึ่งเหตุการณ์เหล่านี้เป็นเหตุการณ์ที่มีผลต่ออารมณ์รุนแรง เช่น ตื่นเต้น ดีใจ โศกเศร้า ที่ทำให้นุคคลเกิดความทรงจำได้ดีกว่าปกติ (ราตรีและวีระชัย, 2545) ซึ่งผู้ป่วยจะจดจำได้ดี แต่ได้รับการดูแลในระดับต่ำที่ระดับ 1.41-1.7 คะแนน ซึ่งอาจเกิดจากพยาบาลขาดประสบการณ์และทักษะในการปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาของบาส (Bath, 1992) ที่พบว่า อุปสรรคที่สำคัญของการดูแลทางจิตวิญญาณคือการขาดทักษะและมีประสบการณ์ไม่เพียงพอของพยาบาล ดังนั้นจึงทำให้พยาบาลไม่สามารถให้การดูแลด้านจิตวิญญาณตามความต้องการของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้เป็นการประเมินการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาล ซึ่งเป็นการประเมินสมรรถนะของตนเอง ซึ่งการประเมินสมรรถนะมีประเด็นที่ควรคำนึงถึงคือหากกิจกรรมนั้นเป็นที่คาดหวังของสังคม อาจทำให้ได้คำตอบไม่ตรงได้ (ทัศนีย์, 2544) ดังนั้นการที่ผู้ป่วยรับรู้การได้รับการดูแลน้อยกว่าที่พยาบาลรับรู้การให้การดูแลอาจจะเกี่ยวข้องกับที่พยาบาลประเมินสมรรถนะตนเองเกินจริงก็ได้

##### ส่วนที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาล

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านอายุ ประสบการณ์การเรียนรู้ด้านจิตวิญญาณ ประสบการณ์ความสูญเสียมีความสัมพันธ์กับการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณอย่างมีสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

อภิปรายผลได้ดังนี้

## 1. ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณ

อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณ อายุเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน (McCormick & Ilgen, 1985) โดยพยาบาลที่มีอายุมากขึ้น สามารถให้ดูแลด้านจิตวิญญาณได้ดีขึ้น เพราะอายุเป็นสาเหตุภายในที่กระตุ้นหรือผลักดันให้บุคคลมีความต้องการที่จะแสดงพฤติกรรมต่างๆ อายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้คนมีความแตกต่างกันในเรื่องความคิดเห็นและพฤติกรรมการทำงาน ความสามารถของบุคคลสามารถเรียนรู้ได้ในระหว่างที่อยู่ในวัยต่างๆ (ศิริวรรณและคณะ, 2541) เนื่องจากคนวัยต่างกันมีความต้องการและประสบการณ์ต่างกัน เมื่ออายุมากขึ้นมีการเรียนรู้มากขึ้น ความคิดและพฤติกรรมจะปรับเปลี่ยนไปด้วย บุคคลในวัยต่างๆ จะมีพัฒนาการด้านจิตวิญญาณต่างกัน พยาบาลที่อายุมากขึ้น จึงมีพัฒนาการทางด้านจิตวิญญาณของตนเองมากขึ้น เข้าใจภาวะจิตวิญญาณของตนเองดีขึ้นและเข้าใจความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมากขึ้น อายุจึงมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการให้การรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณ สอดคล้องกับการศึกษาของพัฒน์ (2540) ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติงาน แต่ตรงกันข้ามกับการศึกษาของลิโมน (Lemoine, 2002) ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณ ซึ่งอาจเป็นเพราะพัฒนาการทางจิตวิญญาณและการเจริญงอกงามของจิตวิญญาณเป็นกระบวนการทางพลศาสตร์การที่มีอายุเพิ่มขึ้นอาจจะเป็นเพียงปัจจัยบางส่วน แต่ไม่เกี่ยวข้องกับความรู้ ความสามารถ และเทคนิคในการทำงาน (สมยศ, 2538)

## 2. ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การเรียนรู้ด้านจิตวิญญาณกับการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณ

จากการศึกษาพบว่า ประสบการณ์การเรียนรู้ด้านจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์กับการให้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลซึ่งสอดคล้องกับแมคคอร์มิกและอิลเจน (McCormick & Ilgen, 1985) ที่กล่าวว่าประสบการณ์เป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน ความสามารถของบุคคลเป็นผลมาจากองค์ประกอบ 3 ประการ คือ ความสามารถทางสมอง ประสบการณ์ การศึกษาและการฝึกอบรม การมีประสบการณ์จึงส่งผลให้บุคคลสามารถปฏิบัติงานได้ดี การมีประสบการณ์มีส่วนช่วยให้บุคคลมีความรู้ ความเข้าใจในสิ่งต่างๆ เพิ่มขึ้น ประสบการณ์การเรียนรู้ด้านจิตวิญญาณจากการศึกษารั้งนี้พบว่า พยาบาลมีการศึกษาหาความรู้ด้วยตนเอง ได้รับการฝึกอบรม มีการปฏิบัติกิจกรรมด้านจิตวิญญาณด้วยตนเอง ซึ่งเป็นการพัฒนาความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงาน ทำให้บุคคลมีความเข้าใจถึงวิธีการปฏิบัติงานที่ถูกต้องมีคุณภาพ (อุทัย, 2531) ประสบการณ์การเรียนรู้ด้านจิตวิญญาณของพยาบาลทั้งในด้านการศึกษาหาความรู้และการปฏิบัติด้วยตนเองจึงมีผลต่อการให้การดูแลด้านจิตวิญญาณ สอดคล้องกับการศึกษาของโดเวอร์และบาคอน (Dover & Bacon, 2001) ที่พบว่า ประสบการณ์การรับรู้การดูแลด้าน

จิตวิญญาณเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการดูแลด้านจิตวิญญาณเช่นเดียวกับการศึกษาของทศนีย์ (2544) ที่ศึกษาเรื่องความรู้ ทศนคติและการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลในสังกัดสำนักงานการแพทย์ โดยพบว่า ความรู้ด้านการพยาบาลด้านจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตวิญญาณอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

### 3. ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ความสูญเสียกับการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณ

จากการศึกษาพบว่า ประสบการณ์ความสูญเสียมีความสัมพันธ์กับการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาล ประสบการณ์ความสูญเสียในชีวิตแต่ละบุคคลจากอดีตที่ผ่านมา เช่น การสูญเสียพ่อแม่ พี่น้อง หรือญาติใกล้ชิด การพลัดพราก การเผชิญกับเหตุการณ์ความยากลำบากในชีวิต เช่น ไฟไหม้ น้ำท่วม เป็นประสบการณ์ที่เป็นวิกฤตของชีวิต ภาวะวิกฤตทำให้จิตวิญญาณของบุคคลเข้มแข็งขึ้น (Craven & Hernle, 1996) ประสบการณ์ความสูญเสียพี่หรือน้อง ทำให้เกิดพัฒนาการด้านจิตวิญญาณ ทำให้มีการแสวงหาเป้าหมายในชีวิต ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง ผู้อื่น สัมพันธภาพระหว่างพี่น้อง สิ่งสูงสุด ความตายและชีวิตมากขึ้น (Batten & Oltjenbruns, 1999) บุคคลที่มีประสบการณ์ความสูญเสียมาแล้ว จะมีการเรียนรู้จากภาวะวิกฤตทำให้เกิดความองงามในจิตใจและปรับตัวได้ (ลัดดา, 2541) ประสบการณ์รับรู้ความสูญเสียดังกล่าวทำให้บุคคลเข้าใจความทุกข์ยากของผู้อื่น เข้าใจชีวิตดีขึ้น สามารถสนองความต้องการนั้นได้ดีขึ้น ดังนั้นประสบการณ์ความสูญเสียจึงมีความสัมพันธ์ต่อการให้การพยาบาลด้านจิตวิญญาณ

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) ประเภทศึกษาความสัมพันธ์ โดยศึกษาปัจจัยที่เลือกสรร ได้แก่ อายุ ศาสนา ประสบการณ์ กับระดับการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาล ในโรงพยาบาลภาคใต้ของประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่ม คือ กลุ่มพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรม อายุรกรรมและนรีเวชในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ทำการเลือกตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) ตามสัดส่วนพยาบาลของแต่ละโรงพยาบาล กำหนดขนาดตัวอย่างจากตารางสำเร็จรูปของเครกซ์ และมอร์แกนที่ระดับ .05 (Krejcie and Morgan, 1970) ได้กลุ่มตัวอย่างพยาบาลจำนวน 530 คน และกลุ่มผู้ป่วย ที่เป็น โรคเรื้อรัง ที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม นรีเวช จำนวน 385 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามแบ่งเป็น 2 ชุด ชุดที่ 1 ใช้สำหรับพยาบาล ชุดที่ 2 ใช้สำหรับผู้ป่วย แต่ละชุดประกอบด้วยคำถาม 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล/ผู้ป่วย ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาล/ การรับรู้การได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.81 ตรวจสอบความเที่ยงโดยการทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวนกลุ่มละ 30 คน นำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.95 และ 0.86 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ มีผู้ช่วยเก็บข้อมูลจากข้อมูลปฐมภูมิ มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร โดยใช้เวลาเก็บข้อมูล 5 เดือนระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2550 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2551 โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาล ได้รับแบบสอบถามคืนมา 505 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 95.28 ผู้ป่วยได้รับแบบสอบถามคืนมา 373 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 96.88 จากนั้นผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าที การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว และและการทดสอบสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

### 1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย พบว่า พยาบาลที่ศึกษาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 25.34 โรงพยาบาลศูนย์ ร้อยละ 34.05 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ร้อยละ 40.59 เพศหญิง ร้อยละ 99.2 มีอายุเฉลี่ย 34.53 ปี ศาสนาพุทธ ร้อยละ 93.8 สถานภาพคู่ ร้อยละ 50.5 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 91.17 ประสบการณ์ในการทำงานเฉลี่ย 12.28 ปี ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ร้อยละ 47.1 ด้านการปฏิบัติศาสนกิจ ไทยพุทธมีการสวดมนต์ทุกวัน ร้อยละ 11.2 การไปวัด ไม่น่านอน ร้อยละ 82.3 ไทยมุสลิมมีการละหมาดทุกวัน ร้อยละ 60.7 การไปมัสยิดตามข้อกำหนดของศาสนา ร้อยละ 53.6 ส่วนความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณ ร้อยละ 78.5 มีความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณ ในระดับปานกลาง ด้านประสบการณ์การเรียนรู้ด้านจิตวิญญาณ มีการศึกษาเรียนรู้และปฏิบัติด้วยตนเอง ร้อยละ 50.3 และมีประสบการณ์ชีวิตเกี่ยวกับความสูญเสีย ร้อยละ 46.2

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยในโรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 35.6 โรงพยาบาลศูนย์ ร้อยละ 36.4 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ร้อยละ 27.9 มีอายุเฉลี่ย 47 ปี สถานภาพคู่ ร้อยละ 64.7 ศาสนาพุทธ ร้อยละ 83.6 จำนวนบุตรเฉลี่ย 3 คน สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 45.7 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 23.7 มีรายได้พอใช้แต่ไม่มีเงินเก็บ ร้อยละ 54.2 มีสามี/ภรรยา/บุตรคอยให้คำปรึกษาและช่วยเหลือเรื่องต่างๆ ร้อยละ 50.4 ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคเฉลี่ย 2.5 ปี ระยะเวลาที่นอนพักรักษาตัวในครั้งนี้อยู่เฉลี่ย 14 วัน ไทยพุทธมีการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา/ความเชื่อ ร้อยละ 53-59 ไทยมุสลิมมีการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา/ความเชื่อ ร้อยละ 46-76

### 2. ระดับการรับรู้ของพยาบาลในการดูแลด้านจิตวิญญาณ ในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในภาคใต้ของประเทศไทย

ผลการวิจัย พบว่า การรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณ โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อจำแนกรายด้านตามประเภทโรงพยาบาล พบว่า ระดับการช่วยเหลือโดยใช้เทคนิคการสื่อสาร การกระตุ้นประสาทการรับรู้ และการช่วยเหลือกิจกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินชีวิตอยู่ในระดับมาก ส่วนระดับการช่วยเหลือด้านความคิดและความทรงจำและด้านศาสนาอยู่ในระดับปานกลาง

### 3. ความแตกต่างระหว่างระดับการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในภาคใต้ของประเทศไทย

ผลการวิจัย พบว่า พยาบาลในโรงพยาบาลที่ระดับบริการต่างกัน ระดับการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ระดับการ



ช่วยเหลือด้านการสื่อสาร ด้านศาสนา กิจกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, .01 และ .001 ตามลำดับ ส่วนการช่วยเหลือด้านความคิดและความทรงจำ และการกระตุ้นประสาทการรับรู้ พบว่าไม่แตกต่างกัน

#### 4. ความแตกต่างระหว่างระดับการรับรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณจากพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคใต้ของประเทศไทย

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่ระดับบริการต่างกัน รับรู้การได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณโดยรวมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าระดับการช่วยเหลือด้านการสื่อสาร ด้านความคิดและความทรงจำ การกระตุ้นประสาทการรับรู้ กิจกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินชีวิตและด้านศาสนา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, .05, .01, .01 และ .001 ตามลำดับ

#### 5. ความแตกต่างระหว่างการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลกับการรับรู้การได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณที่ผู้ป่วยได้รับจริงโดยรวม

ผลการวิจัย พบว่า การรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลมากกว่าการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณที่ผู้ป่วยได้รับจริง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณด้านการช่วยเหลือด้านการสื่อสารความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การช่วยเหลือด้านความคิดความทรงจำ การช่วยเหลือโดยการกระตุ้นประสาท การช่วยเหลือกิจกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินชีวิตและการช่วยเหลือด้านศาสนา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

#### 6. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาล

ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยด้านอายุ ประสบการณ์การเรียนรู้ด้านจิตวิญญาณ และประสบการณ์ความสูญเสีย มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนปัจจัยด้านศาสนา ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาล

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การรับรู้การดูแลด้านการช่วยเหลือด้านความคิดและความทรงจำ จากผลการวิจัย พบว่า การรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณด้านการช่วยเหลือด้านความคิดและความทรงจำอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นโรงพยาบาลทั้ง 3 ระดับ ควรพัฒนาทักษะของพยาบาลในด้านการช่วยเหลือด้านความคิดและความทรงจำ โดยการจัดการฝึกอบรมหรือแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้มากขึ้น

2. การรับรู้การได้รับการดูแลด้านการช่วยเหลือด้านศาสนา จากผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยรับรู้การได้รับการดูแลด้านการช่วยเหลือด้านศาสนาอยู่ในระดับต่ำ ดังนั้นโรงพยาบาลทั้ง 3 ระดับ โดยเฉพาะโรงพยาบาลศูนย์ ควรให้ความสำคัญในการจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับศาสนา อันจะช่วยให้ภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยสมบูรณ์ขึ้น

3. จากผลการวิจัย พบว่า การรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลมากกว่าการรับรู้การรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณที่ผู้ป่วยได้รับจริง ดังนั้น พยาบาลในโรงพยาบาลทั้ง 3 ระดับ ควรมีการประเมินการดูแลด้านจิตวิญญาณเพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการดูแลที่ผู้ป่วยสามารถรับรู้ได้มากขึ้น

4. จากผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยด้านอายุ ประสบการณ์การเรียนรู้ด้านจิตวิญญาณและประสบการณ์ความสูญเสียมีความสัมพันธ์กับการให้การรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณ ดังนั้น โรงพยาบาลทั้ง 3 ระดับ ควรส่งเสริมให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านความรู้ ทักษะและประสบการณ์ร่วมกันระหว่างพยาบาล ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลมีความสามารถในการให้การดูแลด้านนี้มากขึ้น

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยและญาติที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง เพื่อจะได้ตอบสนองได้เหมาะสม
2. ควรศึกษาเชิงลึกถึงปัญหาและอุปสรรคในการให้การดูแลด้านจิตวิญญาณในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ในการจัดการเรียนการสอน

ควรมีการสอนหรือฝึกอบรมการดูแลด้านจิตวิญญาณให้กับนักศึกษาพยาบาลเพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการทำงานได้อย่างเหมาะสม

**บรรณานุกรม**

## บรรณานุกรม

- กาญจนา โล่ห์ประเสริฐ. (2540). *รูปแบบการสื่อสาร ความพึงพอใจในการสื่อสาร ความพึงพอใจในงานกับความสามารถในการปฏิบัติงานพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลตำรวจ*. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต. สาขานิเทศศาสตร์พัฒนาการ คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- กาญจน์ฤดี. (2548). *ยาใจ*. ค้นวันที่ 23 เดือน สิงหาคม พ.ศ.2551 จาก [http://www.jj-book.com/jjstory1/view.php?qs\\_qno=2188](http://www.jj-book.com/jjstory1/view.php?qs_qno=2188)
- เกสรินทร์ ศรีสง่า. (2544). *การรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณ: บทบาทที่ท้าทายสำหรับพยาบาล*. วิทยาสารพยาบาล. วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย, 26(2),112-120.
- แก้ว-ขวัญ. (2544). *พุทธศาสนาสำหรับคนรุ่นใหม่ หนังสือเพื่อพัฒนาชีวิตเพื่อสันติภาพ* อันดับที่ 4. กรุงเทพฯ: เฟื่องฟ้า พรินต์ติ้งจำกัด.
- คณาจารย์ภาควิชาสรีรวิทยา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. (2545). *สรีรวิทยา*. คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จารุวรรณ มานะสุรการ. (2544). *ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง : ผลกระทบและการพยาบาล*. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ฉวีวรรณ ไพรวลัย. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การปฏิบัติกิจทางศาสนา พฤติกรรมการดูแลของพยาบาลกับความผาสุกด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยเอดส์* โรงพยาบาลบำรุงสมรสาร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- ฉวีวรรณ ลัดยารธรรม. (2541). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์.
- ชนิดดา ผาสุกมุล. (2545). *สภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่เข้ารับการรักษา ณ วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- ชนิกา เจริญจิตต์กุล. (2549). *จิตวิญญาณ: การดูแล*. ค้นเมื่อวันที่ 19 เดือนสิงหาคม พ.ศ.2550 จาก [http://www.academic.hcu.ac.th/forum/board\\_posts.asp?FID=33&UID=](http://www.academic.hcu.ac.th/forum/board_posts.asp?FID=33&UID=)
- เชิดชู อริยศรีวัฒนา. (2550). *ภาระงานข้าราชการ*. ค้นเมื่อวันที่ 4 เดือนกันยายน พ.ศ. 2551 จาก <http://medchula.com/question.asp?class=58&GID=970>

- ทัศนีย์ เชื้อมทอง. (2542). ผลของการสัมผัสเพื่อการดูแล ต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงอายุแรกรับไว้รักษาในโรงพยาบาล แผนกอายุรกรรม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2545). การส่งเสริมสุขภาวะด้านจิตวิญญาณ. *วารสารสภาการพยาบาล* 17(3), 51-62.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2543). กิจกรรมการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ. *วารสารสภาการพยาบาล*, 15(3), 55-62.
- ทัศนีย์ ทองประทีป, นงลักษณ์ นฤวัตร, สุณี พนาสกุลการ, นุศ ทิพย์แสนคำ และบุญทิวา สุวิทย์. (2544). ความสัมพันธ์ของความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติการพยาบาล ด้านจิตวิญญาณของพยาบาลในสังกัดสำนักงานการแพทย์. *วารสารสภาการพยาบาล*, 16(4), 12-27.
- ทัศนีย์ ประสบกิตติคุณ. (2544). การวัดการรับรู้สมรรถนะของตนเองในงานวิจัยทางการพยาบาล. *วารสารสภาการพยาบาล*, 16(4): 1-11.
- ธัญญา น้อยเปียง. (2545). การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคมและความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ธงชัย สันติวงษ์และชัยศ สันติวงษ์. (2542). พฤติกรรมบุคคลในองค์การ. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช.
- นวรรตน์ สุวรรณพ่องและคณะ. (2550). การสื่อสารและพฤติกรรมบริการ: ข้อขัดแย้งภายใต้้นนโยบาย 30 บาท. กรุงเทพมหานคร: สำนักบริการประชาชน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์ และสมชัย บวรกิตติ. (2547). จิตวิญญาณ ใน *วารสารราชบัณฑิตสถาน*. 29(1), 243-245.
- นุศ ทิพย์แสนคำ, ทัศนีย์ ทองประทีป และพิศมัย พิทักษาวรากร. (2548). ความต้องการได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน. รายงานวิจัย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- บุญวดี เพชรรัตน์ และจรัสศรี บัวบาน. (2541). การวิเคราะห์การปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคมของพยาบาลในโรงพยาบาล. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 18(1-4), 29-46.
- บุญศรี ปรานณศักดิ์ และศิริพร จิรวัดน์กุล. (2538). การสื่อสารเพื่อคุณภาพพยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- เบญจลักษณ์ สหุมติระ. (2546). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความฉลาดทางอารมณ์ การสนับสนุนจากครอบครัวกับความเป็นผู้นำที่มีประสิทธิผลของหัวหน้าหอผู้ป่วย* โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- บำเพ็ญจิต แสงชาติ. (2543). *การบำบัดทางการพยาบาลในผู้ป่วยเรื้อรัง: แนวคิดและการประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม*. ขอนแก่น: ห้างหุ้นส่วนจำกัดขอนแก่นการพิมพ์.
- บทความนำอ่านไม่ปรากฏผู้เขียน. *ประสาทรู้ทั้ง 12*. จากโรงเรียนแสนสนุกไตรทัศน์ ค้นเมื่อวันที่ 30กรกฎาคม พ.ศ.2550 จาก <http://www.tridhaksa.ac.th/article/12%20sense.doc>
- ประนอม สโรชมาน. (2522). *จิตวิทยาทั่วไป*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ประภาศรี จิระยิ่งมงคล. (2536). *ผลของการสัมผัสต่อการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยหลังผ่าตัด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ประสาน ต่างใจ. (2538). *จักรวาลกับสังขารม แคว้นดัมจิตวิญญาณ*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์กรีนพีช.
- ปรีชาพร วงศ์อนุตรโรจน์. (2542). *จิตวิทยาอุตสาหกรรม*. กรุงเทพมหานคร: บริษัทพิมพ์ดีจำกัด.
- พัฒน์ นาคฤทธิ์. (2540). *การศึกษาสมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- พยาบาลแห่งประเทศไทย สมาคม. (2533). *การพยาบาลในมิติจิตวิญญาณ เอกสารประกอบการสัมมนาวิชาการ ณ อาคารพิทยพัฒน์ 26-27 พฤศจิกายน 2533 นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช*.
- พยอม อยู่สวัสดิ์. (2539). *การดูแล: แนวคิดและทฤษฎีการพยาบาลเชิงมนุษยนิยม*. ใน ฟาริดา อิบราฮิม (บรรณาธิการ), *ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกและการดูแล*. (หน้า 9-20) กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สามเจริญพานิชย์.
- พรรณราย ทรัพย์ประภา. (2538). *จิตวิทยาอุตสาหกรรม*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์.
- พินิจ รัตกุล. (2547). *จิตวิญญาณ: มิติใหม่ของการดูแลสุขภาพ*. *วารสารเกื้อการุณย์*, 11(1),3-9.
- พุทธทาสภิกขุ, (ม.ป.ป.). *คู่มือมนุษย์(ฉบับย่อ)*. กรุงเทพมหานคร: เจริญรัฐการพิมพ์.
- พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. (2536). *ศาสตร์การดูแล ใน ศาสตร์การดูแล: การสัมมนานำร่องตุลาคม 2536*. ณ ห้องประชุมสารนิเทศ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรจันทร์ สุวรรณชาติ. (2533). *แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลในมิติจิตวิญญาณ ใน อรพินธ์ วีระนัทร*. (บรรณาธิการ). *การพยาบาลในมิติจิตวิญญาณ*. หน้า 1-7 กรุงเทพมหานคร:

เรือนแก้วการพิมพ์.

พระเทพเวที(ประยูร ปยุตโต). (2535). คนไทยหลงทางหรือไร. กรุงเทพมหานคร:

โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.

พาริดา อิบราฮิม. (2541). นิเทศวิชาชีพและจริยศาสตร์สำหรับพยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่ 2).

กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพานิชย์.

ภัสรา จารุสินธุ์. (2544). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สภาพแวดล้อมในการทำงานและ  
การได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานกับการรับรู้ความสามารถด้านการจัดการของหัวหน้า  
หรือผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร  
มหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,  
กรุงเทพมหานคร.

มบุญ วงศ์อารี. (2540). คู่มือการบริหารสำหรับผู้บังคับบัญชาหัวหน้างาน. กรุงเทพมหานคร: ธรรมสภา.

เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ และลัดดา แสนสีหา. (2541). การช่วยเหลือผู้มีปัญหาทางจิตสังคม. ใน  
ฉวีวรรณ สัตยาธรรม (บรรณาธิการ). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. (พิมพ์ครั้งที่ 3).  
นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์.

ราตรี สุตทรวง และวีระชัย สิงหนิยม. (2545). “ระบบลิมบิก” ประสาทสรีรวิทยา. (พิมพ์ครั้งที่ 4).

(หน้า 451-457). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

รุจิรา เจียมอมรรัตน์, สุทธิพันธ์ พิภสุวรรณ และ วชิรี อาภาธิรพงศ์. (2549). แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ  
ของบุคคล ครอบครัวและชุมชน. ใน เรณู สอนเครือ (บรรณาธิการ). แนวคิดพื้นฐานและหลักการ  
พยาบาล เล่ม 1. (หน้า 23-29). กรุงเทพมหานคร: ยุทธรินทร์การพิมพ์.

รุจิรา เจียมอมรรัตน์, สุนิษฐ์รัตน์ ภู่อี่ยม และวชิรี อาภาธิรพงศ์. (2549). บทบาทหน้าที่และขอบเขต  
ความรับผิดชอบของพยาบาลในระบบบริการสาธารณสุข. ใน เรณู สอนเครือ (บรรณาธิการ).  
แนวคิดพื้นฐานและหลักการพยาบาล เล่ม 1. (หน้า 15). กรุงเทพมหานคร: ยุทธรินทร์การพิมพ์.

ลัดดา แสนสีหา. (2541). การช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะวิกฤต. ใน ฉวีวรรณ สัตยาธรรม (บรรณาธิการ).  
การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. (พิมพ์ครั้งที่ 3, หน้า 145-149). นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์.

วัฒนา ก้อนเชื้อรัตน์. (2548). การพัฒนากระบวนการคิด. ค้นเมื่อวันที่ 13 เดือนสิงหาคม พ.ศ.2551. จาก  
<http://www.pantown.com/content.php?id=5903&name=content7>

วนิกา ว่องวณิช. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพการทำงาน ความเครียดในงาน ภูมิหลังกับความสามารถ  
ในการทำงาน ตามการรับรู้ของตนเองของพยาบาลวิชาชีพใน โรงพยาบาลของรัฐ  
กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการพยาบาล

บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.

วงรัตน์ ไสสุข. (2544). ความต้องการทางจิตวิญญาณและการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

วรดา ข่ายแก้ว. (2542). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ลักษณะงานและการคิดอย่างมีวิจารณญาณ กับความสามารถในการปฏิบัติบทบาทด้านการบริหารของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา บริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.

ศิริรัตน์ โกศลวัฒน์. (2547). มโนทัศน์พื้นฐานทางการพยาบาล. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ศิริวรรณ เสรีรัตน์, อารี พันธุ์มณี, ลัทธிகาล ศรีวระมย์, ณกมล จันทร์สม, สุพีร์ ลิ้มไทย, สมชาย หิรัญกิตติ และคณะ. (2541). พฤติกรรมองค์การ (*Organizational Behavior*). กรุงเทพมหานคร: ซีระฟิล์มและไซเทกซ์.

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.(2551). โรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองบันไดขั้นที่ 2 ขึ้นเมื่อวันที่ 1 เดือนตุลาคม พ.ศ.2551 จาก <http://www.ha.or.th/index 2008.asp>

สนอง สืบสายอ่อนและพยอม อยู่สวัสดิ์. (2547). ประสบการณ์ภาวะผู้นำของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย ในระยะเปลี่ยนผ่านสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. *วารสารสภาการพยาบาล*, 19(1), 54-67.

สภาการพยาบาล. (2551). *มาตรฐานการพยาบาลและผดุงครรภ์ พศ. 2544*. กรุงเทพมหานคร.

สำนักงานสารสนเทศ กระทรวงสาธารณสุข. (3 ตุลาคม 2550). “หมอวัลลภ” ห่วงบริการสุขภาพด้วยคุณภาพ เหตุจากขาดแคลนพยาบาลถึงขั้นวิกฤต. ค้นเมื่อวันที่ 20 เดือนตุลาคม พ.ศ.2552 จาก [http://www.moph.go.th/ops/iprg/iprg\\_new/include/admin\\_hotnew/show\\_hotnew.php?idHot\\_new=9282](http://www.moph.go.th/ops/iprg/iprg_new/include/admin_hotnew/show_hotnew.php?idHot_new=9282)

สุดารัตน์ ดวงสุดาวงค์. (2548). *ความคิด*. ค้นวันที่ 24 เดือนสิงหาคม. พ.ศ. 2551 จาก [http://www.thaigoodview.com/library/teachershow/ratchaburi/sudarath\\_d/think/Index/P1.htm](http://www.thaigoodview.com/library/teachershow/ratchaburi/sudarath_d/think/Index/P1.htm)

สุทธิพันธ์ พิภสุวรรณ, บังอร ลำลี และ รัตนาภรณ์ ศิริวัฒน์ชัยพร. (2549). กรอบแนวคิดและทฤษฎีการพยาบาล. ใน เรณู สอนเครือ (บรรณาธิการ). *แนวคิดพื้นฐานและหลักการพยาบาล เล่ม 1*. (หน้า 84-87). กรุงเทพมหานคร: ยุทธรินทร์การพิมพ์.

สุพิน พริกบุญจันทร์. (2547). *ประสบการณ์ด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.

สุภาพร ชินชัย, วรรณนิภา บุญระยอง และจัญญญา ปัญญาณี. (2543). “หลักการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการรักษา” *หลักเบื้องต้นทางกิจกรรมบำบัด* (หน้า149): มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สิวลี ศิริไล. (2542). *จริยศาสตร์สำหรับพยาบาล*. (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพมหานคร:

โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์.

สิวลี ศิริไล. (2547). การรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณและประเด็นทางจริยธรรม ใน ลักขมี ชาญเวชช์ (บรรณาธิการ). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. กรุงเทพมหานคร: โอเอพริ้นติ้งเฮ้าส์.

สุภาภรณ์ ทองใหญ่. (2544). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล เชาว์อารมณ์และการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานจากหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลกับสมรรถนะในบทบาทด้านบริหารจัดการของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.

สุนน ปิ่นเจริญ. (2546). การรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้สูงอายุ. *วารสารพญาวิทยาทานและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*, 4(2), 29-36.

เสริม วินิจชัยกุลและคณะ. (2525). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตสถาน พ.ศ. 2525*. กรุงเทพมหานคร: อักษรเจริญทัศน์.

สร้อยตระกูล อรรถมานะ. (2545). *พฤติกรรมองค์การ : ทฤษฎีและการประยุกต์*.

พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

เสาวลักษณ์ มณีรักษ์. (2545). *ประสบการณ์ของพยาบาลในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยวิกฤต*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

สมพร รัตนพันธ์. (2541). *ปัจจัยที่ทำนายภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

สมยศ นาวิการ. (2538). *การบริหาร*. กรุงเทพมหานคร: นวสาส์นการพิมพ์.

อุทัย หิรัญโต. (2531). *การบริหารศาสตร์*. กรุงเทพมหานคร: สโม่สรวิฑาลัยการปกครอง.

อุบลรัตน์ เฟื่องสถิตย์. (2542). *จิตวิทยาพัฒนาการ*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

อวยพร ต้นมุขกุล. (2534). *การตอบสนองด้านจิตวิญญาณโดยใช้กระบวนการพยาบาล ใน อรุณีย์ วีระฉัตร*. (บรรณาธิการ). *การพยาบาลในมิติจิตวิญญาณ*. กรุงเทพมหานคร:

เรือนแก้วการพิมพ์.

- Bath, P.D.H. (1992). *Spiritual dimensions of nursing and patient care: challenges and dilemmas for nursing education and clinical practice*. Dissertation Abstracts International, Graduate School, Lancaster Theological Seminary.
- Batten, M., & Oltjenbruns, K.A.. (1999). Adolescent sibling bereavement as a catalyst for a spiritual development: A model for understanding. *Death Studies*, 23(6), 529-546.
- Bensley, R.J. (1991). Defining spiritual health: A review of the literature. *Journal of Health Education*, 22, 287-290.
- Best, J.W. & Kahn, J.V. (1989). *Research in education* . 6<sup>th</sup> ed. New Delhi: Prentice- Hall.
- Brown, G.K., Ten, H.T., Henriques G.R., Xie, S.X., Hollander, J.E., & Beck, A.T. (2005). Cognitive Therapy for the Prevention of Suicide Attempts: A Randomized Controlled Trial. *The Journal of The American Medical Association*. 294, 563-570.
- Burkhardt, M.A. (1993). Characteristics of the spirituality in lives of women in a rural Appalachian community. *Journal of Transcultural Nursing*, 4(2), 12-18.
- Burnard, P. (1988). Search for meaning. *Nursing Times*, 84(37), 34-36.
- Byrne, M. (2002). Spiritual in palliative care: What language do we need? *International Journal of Palliative Nursing*, 8(2), 67-74.
- Carpenito, L. J. (1993). *Nursing diagnosis: Application to clinical practice* 5<sup>th</sup> ed. Philadelphia: J. B. Lippincott Company.
- Carson, V.B. (1989). *Spiritual dimension of nursing practice*. Philadelphia: WB Saunders.
- Clark, C, & Heidenreich, T. (1995). Spiritual care for the critically ill. *American Journal of Critical Care*, 4(1), 77-81.
- Cobb, M. (2001). *The dying soul: Spiritual care at the end of life*. Philadelphia: Open University Press.
- Craven, R.F. & Hirnle, C.J. (2000) *Fundamentals of nursing: Human health and function*. (3 rd ed.), Philadelphia: Lippincott.
- Delgado, C. (2005) A Discussion of the concept of spirituality. *Nursing Science Quarterly*, 18(2), 157-162.
- Dombeck, M., & Karl, J. (1997). อ่างโน ทศนีย์ ทองประทีป. (2543). กิจกรรมการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ. *วารสารสภาการพยาบาล*, 15(3), 55-62.

- Dossey, B.M., Keegan, L., & Guzzetta, C.E. (2005). *Holistic nursing: A handbook for practice* (4th ed.). Boston: Jones and Bartlett Publishers.
- Dover, J.V., & Bacon, M.J. (2001). Spiritual care in nursing practice: A Close-up view. *Nursing Forum*, 36(3), 18-30.
- Fahlberg, L.L., & Fahlberg, L.A. (1991). Exploring of spirituality and consciousness with an expanded science: Beyond the ego and empiricism, phenomenology, and contemplation. *American Journal of Health Promotion*, 5, 273-381.
- Golberg, B. (1998). Connection: An exploration of spirituality in nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 27(1), 836-842.
- Hellriegel, Jackson, E., & Slocum, Jr.(2005). *Management: International student edition*. (10 th ed.), OH : South-Western College Publishing.
- Highfield, M.F. (1992). Spiritual health of oncology patients. *Cancer Nursing*, 15(1), 1-8.
- Kornfield, J. (1993). *A path with heart: A guide through the perils and promises of spiritual life*. New York: Bantam books.
- Kunsongkeit, W., Suchaxaya, P., Panuthai, S., & Sethabouppha, H. (2004). Spiritual health Thai People. *Thai Journal of Nursing Research*, 8(1), 64-82.
- Labun, E. (1988). Spiritual care: An element in nursing care planning. *Journal of Advanced Nursing*, 13, 314-320.
- Leininger, M.M. (1981). *Care: The essence of nursing and health*. Thorofare: Slack.
- Lemoine, R. E. (2002). *Spiritual care perspectives and practices of nurses in the acute care setting*. Dissertation Abstract. Southern Connecticut State University.
- McCormick, J.E. & Ilgen, D. (1985). *Industrial and organizational psychology*. (3 rd ed.), Englewood: Prentice-Hall.
- Meraviglia, M.G. (1999). Critical analysis of spirituality and empirical indicators: Prayer and Meaning in life. *Journal of Holistic Nursing*, 17(1), 18-33.
- Narayanasamy, A. (1993). Nurses' awareness and educational preparation in meeting their patients' spiritual needs. *Nursing Education Today*, 13, 196-201
- Narayanasamy, A. (1999). ASSET: A model for action spirituality and spiritual care Education and training in nursing. *Nurse Education Today*, 19, 274-285.

- Narayanasamy, A., & Owens, J.C. (2001). A critical incident study of nurse's response to the spiritual needs of their patients. *Journal of Advanced Nursing*, 33(4), 446-455.
- O'Brien, M.E. (1999). *Spirituality in Nursing*. Boston: Jones and Bartlett Publishers.
- Peberdy, A. (2000). Spiritual care of dying people. In Dickensen, D. (Ed.), *Death dying and bereavement*. London: The Open University.
- Phipps, W.J. (1999). Chronic illness and rehabilitation. In W.J. Phipps, J.K. Sands & J.F. Marks (Eds.), *Medical-surgical nursing: Concept and clinical practice*. (16<sup>th</sup> ed., pp.129-162). St. Louis: Mosby, Inc.
- Reed, P.G. (1992). An emerging paradigm for the intervention of spiritual in nursing. *Research in Nursing and Health*. 15,349-357.
- Ross, L.A. (1995). The Spiritual dimension: It's importance to patients' health, well-being and quality of life and its implications for nursing practice. *International Journal of Nursing studies*. 32(5), 439-447.
- Ross, L. (1997). Elderly patients' perceptions of their spiritual needs and care: A pilot study. *Journal of Advanced Nursing*, 26(4), 710-715.
- Sellers, S.C., & Haag, B.A. (1998). Spiritual nursing interventions. *Journal of Holistic Nursing*, 16, 338-354.
- Shaffer, J.L. (1991). Spiritual distress and critical illness. *Critical Care Nurse*, 11(1), 42-43.
- Stephen, P.P. (1992). Special tasks and problems of the chronically ill. In S.M. Lewis & I.C. Collier (Eds.). *Medical-surgical nursing : Assessment and management of clinical problems*. (pp.12-15). St. Louis : Mosby Year Book.
- Stranahan, S. (2001). Spiritual perception, attitude, about spiritual care and spiritual care practices among nurse practioners. *Western Journal of Nursing Research*, 23(1), 91-104.
- Taylor, E.J., Highfield, M., & Amenta, M. (1994). Attitudes and beliefs regarding spiritual care: A survey of cancer nurses. *Cancer Nursing*, 17, 497-487.
- Tongprateep, T. (2000). The essential elements of spirituality among rural Thai elders. *Journal of Advanced Nursing*, 31(1), 197-203.
- Vance, D.E., Ball, K.K., Moore, B.S., & Benz, R.L. (2007). Cognitive remediation therapies for older adults:

Implications for nursing practice and research. *Journal of Neuroscience Nursing*, 39, 226-231.

Watson, J. (1985). *Nursing the philosophy and science of caring*. Boulder: Colorado Associated University Press.

Wehmeier, S. (2000). *Oxford advanced learner's dictionary of current English* (6<sup>th</sup> ed.), Oxford: Oxford University Press.

World Health Organization. (1998). *The 101<sup>st</sup> session of the executive board*, eight meeting, Geneva.

**ภาคผนวก**

.

## ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบเครื่องมือ





**ภาคผนวก ข**

**แบบสอบถาม**

## การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

เรียน พยาบาลที่นับถือทุกท่าน

ดิฉันนางอวยพร ภัทรภักดีกุล พยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์และผู้ร่วมวิจัย กำลังศึกษาวิจัยเรื่องการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลและการรับรู้การได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยในโรงพยาบาลภาคใต้ของประเทศไทย เพื่อศึกษาระดับการดูแลและการได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณ เปรียบเทียบการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลกับการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยที่ได้รับจริง ตลอดจนศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ที่อาจมีความสัมพันธ์กับการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาล เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานและเป็นแนวทางในการพยาบาลด้านจิตวิญญาณได้อย่างมีคุณภาพและเหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยที่เป็นอยู่ปัจจุบัน

ในการนี้ดิฉันใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านในการเข้าร่วมวิจัย โดยการให้ข้อมูลตามความเป็นจริงในการตอบแบบสอบถาม ข้อมูลนี้จะใช้เผยแพร่เพื่อการวิจัยเท่านั้น และจะไม่มีการระบุชื่อผู้ให้ข้อมูล แต่จะนำเสนอข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลแล้วในภาพรวมเท่านั้น

ดิฉันขอรับรองว่า การเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ จะไม่ก่อให้เกิดอันตรายแต่อย่างใด หากท่านมีข้อสงสัยหรือต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม สามารถสอบถามดิฉันได้โดยตรงที่หมายเลข 0-5892-2892 ดิฉันมีความยินดีเป็นอย่างยิ่งที่จะให้ข้อมูลโดยละเอียดและท่านสามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ได้ตลอดเวลา ดิฉันขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

นางอวยพร ภัทรภักดีกุลและผู้ร่วมวิจัย

## แบบสอบถาม (สำหรับพยาบาล)

เรื่อง การรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลและการรับรู้การได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยในโรงพยาบาลภาคใต้ของประเทศไทย

### คำชี้แจง

1. แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจการรับรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณแบบสอบถามแบ่งเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณสำหรับพยาบาล

2. โปรดอ่านคำชี้แจงก่อนตอบแบบสอบถามแต่ละข้อโดยละเอียด

3. ข้อมูลที่ได้จะไม่มีการนำผลต่อการปฏิบัติงานของท่านแต่อย่างใดแต่จะนำไปใช้เพื่อประโยชน์ของการวิจัยเท่านั้น

4. ความหมายของจิตวิญญาณ ในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง องค์ประกอบหนึ่งของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับศาสนา ความเชื่อ ปรัชญาในการดำเนินชีวิต เครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ สิ่งศักดิ์สิทธิ์ แหล่งของความหมายและกำลังใจ ทำให้บุคคลเกิดพลังใจอย่างมหาศาล ทำให้ชีวิตมีความหมาย มีความหวัง เกิดความปีติสุข สามารถเผชิญกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองได้อย่างสงบ

.....

.....

สำหรับผู้วิจัย

Hospital Code

No.

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย  $\checkmark$  ใน  หน้าข้อความ หรือเติมค่าลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. อายุ.....ปี.....เดือน

2. เพศ  (1) หญิง  (2) ชาย

3. สถานภาพสมรส

(1) โสด  (2) คู่  
 (3) หย่า/แยกกันอยู่  (4) หม้าย

4. ศาสนา

(1) พุทธ  (2) อิสลาม  
 (3) คริสต์  (4) อื่น ๆ ระบุ).....

5. ระดับการศึกษาสูงสุด

(1) ต่ำกว่าปริญญาตรี  (2) ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า  
 (3) ปริญญาโท  (4) ปริญญาเอก

6. ประสบการณ์การทำงาน(ตั้งแต่เริ่มทำงานจนถึงปัจจุบัน).....ปี .....เดือน

7. หอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน.....

8. ความเข้าใจเกี่ยวกับการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณ

(1) น้อย  (2) ปานกลาง  (3) มาก

9. ประสบการณ์การเรียนรู้ด้านจิตวิญญาณ

(0) ไม่มี (ข้ามไปตอบข้อ10)  (1) มี (ตอบข้อ9.1- 9.4)

9.1 การประชุม/อบรมเกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณ ..... (0) ไม่มี  (1) มี

9.2 การหาความรู้เกี่ยวกับจิตวิญญาณจากแหล่งต่างๆ ด้วยตนเอง เช่น อ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์  
 ค้นคว้าจากอินเทอร์เน็ต.....  (0) ไม่มี  (1) มี

9.3 การปฏิบัติกิจกรรมด้านจิตวิญญาณของตนเอง เช่น ค้นหาเป้าหมายของชีวิต ให้ความรัก ให้  
 อภัยผู้อื่นได้ประกอบพิธีกรรมทางศาสนา ฯลฯ.....  (0) ไม่มี  (1) มี

9.4 อื่นๆ (โปรดระบุ).....  (0) ไม่มี  (1) มี

10. ประสบการณ์ชีวิตเกี่ยวกับความสูญเสียที่ผ่านมาในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา

(0) ไม่มี (ข้ามไปตอบข้อ11)  (1) มี (ตอบข้อ10.1-10.5)

10.1 สูญเสียพ่อ/แม่  (0) ไม่มี  (1) มี

10.2 สูญเสียสามี/คนรัก  (0) ไม่มี  (1) มี

10.3 สูญเสียลูก  (0) ไม่มี  (1) มี

10.4 สูญเสียญาติที่ผูกพัน  (0) ไม่มี  (1) มี

10.5 สูญเสียอื่นๆ (ระบุ).....  (0) ไม่มี  (1) มี

11. การมีประสบเหตุการณ์ความยุ่งยากในชีวิต เช่น ความเครียด น้ำท่วม ไฟไหม้ ฯลฯ

(0) ไม่มี (ข้ามไปตอบข้อ12)  (1) มี (ตอบข้อ11.1-11.4)

11.1 ความเครียด (ระบุสิ่งที่เครียดมากที่สุด.....)  (0) ไม่มี  (1) มี

11.2 น้ำท่วมบ้าน  (0) ไม่มี  (1) มี

11.3 ไฟไหม้  (0) ไม่มี  (1) มี

11.4 อื่นๆ (โปรดระบุ).....  (0) ไม่มี  (1) มี

12. ภาระทางครอบครัวที่ต้องดูแลรับผิดชอบ

(0) ไม่มี (ข้ามไปตอบข้อ13)  (1) มี (ตอบข้อ12.1-12.4)

12.1 พ่อ/แม่  (0) ไม่มี  (1) มี

12.2 สามเณร/ภรรยา  (0) ไม่มี  (1) มี

12.3 ลูก  (0) ไม่มี  (1) มี

12.4 อื่นๆ (โปรดระบุ).....  (0) ไม่มี  (1) มี

ความถี่ในการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา

13. การสวดมนต์/ละหมาด (ตอบข้อเดียว)

(1) ทุกวัน  (2) สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง  (3) เดือนละ 1-2 ครั้ง  (4) ไม่แน่นอน

(5) อื่นๆ (โปรดระบุ).....

14. การไปวัด/โบสถ์/มัสยิด (ตอบข้อเดียว)

(1) ทุกวัน  (2) ทุกวันพระหรือตามเทศกาลหรือตามข้อกำหนดของศาสนา

(3) ไม่แน่นอน  (4) อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

15. การเจ็บป่วยไม่เกี่ยวกับเคราะห์กรรม  (0) ไม่ใช่  (1) ใช่

16. การเจ็บป่วยเป็นเคราะห์กรรม  (0) ไม่ใช่  (1) ใช่

17. การเจ็บป่วยเพราะปฏิบัติไม่ถูกต้อง  (0) ไม่ใช่  (1) ใช่

18. อื่นๆ (โปรดระบุ).....  (0) ไม่ใช่  (1) ใช่

ความเชื่อเกี่ยวกับการตาย

19. การตายถูกกำหนดไว้แล้ว  (0) ไม่ใช่  (1) ใช่

- 20.การตายเป็นไปตามกฎแห่งกรรม  (0) ไม่ใช่  (1) ใช่
- 21.คนเราตายแล้วเกิด  (0) ไม่ใช่  (1) ใช่
- 22.คนเราตายแล้วสูญ  (0) ไม่ใช่  (1) ใช่
23. การตายเป็นไปตามธรรมชาติ  (0) ไม่ใช่  (1) ใช่
24. อื่นๆ.....ความเชื่อเกี่ยวกับการตายของท่านคือ.....
25. คำสอนหรือหลักปฏิบัติที่ใช้ในการดำเนินชีวิต.....
26. หลักธรรมคำสอนที่ใช้ในการปฏิบัติงานในวิชาชีพ.....

ส่วนที่2 แบบสอบถามการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาล

คำชี้แจง

1. ข้อความต่อไปนี้เป็นอธิบายถึงการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณ ขอให้ท่านพิจารณาว่าท่านได้ปฏิบัติกิจกรรมเหล่านี้มากน้อยเพียงไร แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ท่านคิดว่าตรงตามความจริงเพียงข้อเดียวโดยมีเกณฑ์ดังนี้

ทุกครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวทุกครั้ง
บ่อย	หมายถึง	ท่านปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวบ่อยครั้ง
นานๆ ครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวนานๆ ครั้ง
น้อยที่สุด	หมายถึง	ท่านปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวน้อยที่สุด
ไม่ปฏิบัติ	หมายถึง	ท่านไม่ปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวเลย

2. โปรดอ่านความหมายของคำต่อไปนี้ก่อนตอบแบบสอบถาม

1. กิจกรรมการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 5 ด้านดังนี้

- 1) การช่วยเหลือ โดยใช้เทคนิคการสื่อสาร
- 2) การช่วยเหลือด้านความคิดและความทรงจำ
- 3) การช่วยเหลือโดยการกระตุ้นประสาทการรับรู้
- 4) การช่วยเหลือกิจกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินชีวิต
- 5) การช่วยเหลือด้านศาสนา

ตัวอย่าง

กิจกรรมการพยาบาล	ระดับการปฏิบัติ				
	ทุกครั้ง	บ่อย	นานๆ ครั้ง	น้อยที่สุด	ไม่เคยปฏิบัติ
1. ตั้งใจฟังผู้ป่วย		✓			

ผู้ตอบทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องบ่อย แสดงว่า พยาบาลปฏิบัติกิจกรรมในระดับบ่อยครั้ง

การปฏิบัติ กิจกรรมการพยาบาล	ระดับการปฏิบัติ				
	ทุกครั้ง	บ่อย	นานๆ ครั้ง	น้อยที่สุด	ไม่เคยปฏิบัติ
<u>1. การช่วยเหลือ โดยใช้เทคนิคการสื่อสาร</u>					
1.1 ท่านรับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยบอกเล่าอย่างตั้งใจเสมอ					
1.2 ท่านแปลความรู้สึกของผู้ป่วยสื่อออกมาเป็นคำพูดที่ชัดเจน					
1.3 ท่านช่วยสะท้อนความคิดของผู้ป่วยได้ตรงประเด็น					
1.4 ท่านฟังการสนทนาด้วยท่าทียอมรับโดยไม่ตัดสินว่าถูกหรือผิด					
1.5 ท่านให้การยอมรับในพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก					
1.6 ท่านสบตาขณะสนทนากับผู้ป่วยเมื่อต้องการสนับสนุน/ให้กำลังใจ					
1.7 ท่านให้การสัมผัสเบาๆ เช่นแตะไหล่ เมื่อต้องการให้กำลังใจ/เห็นอกเห็นใจ					
1.8 ท่านพยายามชวนคุยหรือเปิดโอกาสให้ผู้รับ บริการระลึกถึงสิ่งที่ดีงามที่ยึดถือมาก่อน เช่นการสร้างบุญกุศลในอดีต การอ่านคัมภีร์ การสวดตามหลักศาสนา ฯลฯ					
1.9 ท่านพูดคุยกับผู้ป่วยเกี่ยวกับความศรัทธาที่ยึดถือ สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ความหวัง การดำเนินชีวิต เป้าหมายในชีวิต					
<u>2.การช่วยเหลือด้านความคิดและความทรงจำ</u>					
2.1 ท่านเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าถึงความทรงจำเกี่ยวกับความสำเร็จ ความภาคภูมิใจในอดีตที่ผ่านมา					
2.2 ท่านเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าถึงประสบการณ์ที่เป็นความยากลำบาก การเผชิญปัญหาในชีวิต เรื่องที่กังวล					



การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล	ระดับการปฏิบัติ				
	ทุกครั้ง	บ่อย	นานๆ ครั้ง	น้อยที่สุด	ไม่เคยปฏิบัติ
2.3 ท่านเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าถึงประสบ การณ์ เกี่ยวกับการปฏิบัติตามคำสอนทางศาสนา					
2.4 ท่านพยายามให้ผู้ป่วยสามารถค้นหาสิ่งยึดเหนี่ยว หรือสิ่งผูกพันในชีวิต					
2.5 ท่านสนับสนุนให้ผู้ป่วยพบหรือระลึกถึงสิ่งยึด เหนี่ยวหรือสิ่งผูกพันในชีวิต เช่น บุคคล สิ่ง ศักดิ์สิทธิ์ สิ่งของ สัตว์เลี้ยง ฯลฯ					
2.6 ท่านกระตุ้นให้ผู้ป่วยค้นหาแหล่งของความหวังและ กำลังใจของตนเอง					
<u>3. การช่วยเหลือโดยการกระตุ้นประสาทการรับรู้</u>					
3.1 ท่านสัมผัสผู้ป่วยโดยการบีบมือ การโอบไหล่ การ นวดผิวหนัง เป็นต้น					
3.2 ท่านค้นหาและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยฟังเพลง/ดนตรี/ บทสวด/ธรรมะที่ชอบ					
3.3 ท่านสอบถามความรู้สึกและความต้องการของผู้ป่วย เช่น ความหิว ความปวด ความเหนื่อย ฯลฯ					
3.4 ท่านสอบถามความต้องการทางจิตใจของผู้ป่วยเช่น การปฏิบัติธรรม การให้อาอาศัยอยู่ใกล้ชิด ฯลฯ					
3.5 ท่านกระตุ้นการเคลื่อนไหวตามความเหมาะสม กับ ความเจ็บป่วยของผู้ป่วย เช่น การขยับตัวบนเตียง การนั่ง การเดิน ฯลฯ					
3.6 ท่านสอบถามและกระตุ้นผู้ป่วยเกี่ยวกับความ ต้องการอาหารเช่น อาหารที่ชอบ อาหารแสลง รสชาติอาหาร					
3.7 ท่านจัดสิ่งแวดล้อมโดยคำนึงถึงความเป็น ส่วนตัวให้ผู้ป่วย					

การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล	ระดับการปฏิบัติ				
	ทุกครั้ง	บ่อย	นานๆ ครั้ง	น้อยที่สุด	ไม่เคยปฏิบัติ
3.8 ท่านจัดสิ่งแวดล้อมที่เงียบสงบเหมาะแก่การพักผ่อนให้ผู้ป่วย					
4. การช่วยเหลือกิจกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินชีวิต					
4.1 ท่านดูแลด้านอนามัยส่วนบุคคล เช่น การแปรงฟัน เช็ดตัว อาบน้ำ การขับถ่าย ฯลฯ					
4.2 ท่านดูแลเกี่ยวกับการจัดทำที่สบาย เช่น ท่านั่ง ทำนอน การเดิน ฯลฯ					
4.3 ท่านส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ความเจ็บป่วย และการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วย					
4.4 ท่านให้กำลังใจในการฟื้นฟูสภาพแก่ผู้ป่วย					
4.5 ท่านยืดหยุ่นเวลาให้กับญาติให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย					
4.6 ท่านจัดกิจกรรมที่ผ่อนคลายให้กับผู้ป่วย เช่น อ่านหนังสือ ฟังเพลง ดูโทรทัศน์ ฯลฯ					
4.7 ท่านเดินตรวจเยี่ยมเพื่อให้กำลังใจให้กับผู้ป่วย					
5. การช่วยเหลือด้านศาสนา					
5.1 ท่านเปิดโอกาสให้ผู้นำทางศาสนาหรือบุคคลอื่นที่ผู้ป่วยนับถือและคิดว่าสามารถทำได้มาปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา/ความเชื่อที่ห่อผู้ป่วยตามที่ผู้ป่วย/ญาติต้องการ					
5.2 ท่านอำนวยความสะดวกหรือจัดเตรียมสถานที่และสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วย/ครอบครัวได้ประกอบพิธีทางศาสนาตามความเชื่อทางศาสนา					
5.3 ท่านจัดหาอุปกรณ์ให้เหมาะสมกับการประกอบพิธีกรรมทางศาสนา เช่น บทสวดมนต์ คัมภีร์ ดอกไม้ ฯลฯ					

การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล	ระดับการปฏิบัติ				
	ทุกครั้ง	บ่อย	นานๆ ครั้ง	น้อยที่สุด	ไม่เคยปฏิบัติ
5.4 ท่านสวดมนต์หรืออ่านคัมภีร์ให้ผู้ป่วยฟังตามที่ผู้ป่วยต้องการ					
5.5 ท่านอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยใช้วัตถุมงคลตามความเชื่อของตนเองได้					
5.6 ท่านสนทนาศรัทธาหรือคำสอนของศาสนากับผู้ป่วย					
5.7 ท่านสามารถนำคำสอนของศาสนามาปลูกปลอบใจผู้ป่วย					
5.8 ท่านให้เกิดริและให้ความเคารพในสิ่งที่ผู้ป่วยเชื่อถือ ศรัทธา					

## การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

เรียน ผู้ป่วยที่นับถือทุกท่าน

ดิฉันนางอวยพร ภัทรภักดีกุล พยาบาลโรงพยาบาลสงขลานครินทร์และผู้ร่วมวิจัย กำลังศึกษาวิจัยเรื่องการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลและการรับรู้การได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยในโรงพยาบาลภาคใต้ของประเทศไทย เพื่อศึกษาระดับการดูแลและการรับรู้การได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณ เปรียบเทียบการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลกับการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณที่ผู้ป่วยได้รับจริง ตลอดจนศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ที่อาจมีความสัมพันธ์กับการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาล เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานและเป็นแนวทางในการพยาบาลด้านจิตวิญญาณได้อย่างมีคุณภาพและเหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยที่เป็นอยู่ปัจจุบัน

ในการนี้ดิฉันใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านในการเข้าร่วมวิจัย โดยการให้ข้อมูลตามความเป็นจริงในการตอบแบบสอบถาม ข้อมูลนี้จะใช้เผยแพร่เพื่อการวิจัยเท่านั้น และจะไม่มีภาระระบุชื่อผู้ให้ข้อมูล แต่จะนำเสนอข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลแล้วในภาพรวมเท่านั้น

ดิฉันขอรับรองว่า การเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ จะไม่ก่อให้เกิดอันตรายแต่อย่างใด หากท่านมีข้อสงสัยหรือต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม สามารถสอบถามดิฉันได้โดยตรงที่หมายเลข 0-5892-2892 ดิฉันมีความยินดีเป็นอย่างยิ่งที่จะให้ข้อมูลโดยละเอียดและท่านสามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ได้ตลอดเวลา ดิฉันขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

นางอวยพร ภัทรภักดีกุลและผู้ร่วมวิจัย

## แบบสอบถาม (สำหรับผู้ป่วย)

เรื่อง การรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลและการรับรู้การได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยในโรงพยาบาลภาคใต้ของประเทศไทย

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้การได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย

แบบสอบถามแบ่งเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้การได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณ

2. โปรดอ่านคำชี้แจงก่อนตอบแบบสอบถามแต่ละข้อ โดยละเอียด

3. ข้อมูลที่ได้จะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยแต่อย่างใด แต่จะนำไปใช้เพื่อประโยชน์ของการวิจัยเท่านั้น

.....

.....

สำหรับผู้วิจัย

Hospital Code

No.

## ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ใน  หน้าข้อความ หรือเติมคำลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. อายุ.....ปี.....เดือน
2. สถานภาพสมรส
 

<input type="checkbox"/> (1) โสด (ไม่ต้องตอบข้อ 3)	<input type="checkbox"/> (2) คู่
<input type="checkbox"/> (3) หย่า/แยกกันอยู่	<input type="checkbox"/> (4) หม้าย
3. จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ในปัจจุบัน.....คน
4. ศาสนา
 

<input type="checkbox"/> (1) พุทธ	<input type="checkbox"/> (2) อิสลาม
<input type="checkbox"/> (3) คริสต์	<input type="checkbox"/> (4) อื่น ๆ (ระบุ).....
5. ระดับการศึกษาสูงสุด
 

<input type="checkbox"/> (1) ไม่ได้รับการศึกษา	<input type="checkbox"/> (2) ประถม 4	<input type="checkbox"/> (3) ประถม 6
<input type="checkbox"/> (4) ม. 3 หรือเทียบเท่า	<input type="checkbox"/> (5) ม. 6 หรือเทียบเท่า	<input type="checkbox"/> (6) ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา
<input type="checkbox"/> (7) ปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> (8) ปริญญาโท	
<input type="checkbox"/> (9) อื่น ๆ (ระบุ).....		
6. อาชีพ
 

<input type="checkbox"/> (1) ไม่ได้ทำงานเพื่อหารายได้	<input type="checkbox"/> (2) รับจ้าง/แรงงาน	<input type="checkbox"/> (3) พนักงานบริษัท
<input type="checkbox"/> (4) ค้าขาย	<input type="checkbox"/> (5) ธุรกิจส่วนตัว	<input type="checkbox"/> (6) รับราชการ
<input type="checkbox"/> (7) ทำสวน/ทำนา	<input type="checkbox"/> (8) อื่น ๆ (ระบุ).....	
7. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน.....บาท/เดือน
8. ความเพียงพอของรายได้
 

<input type="checkbox"/> (1) พอใช้และมีเงินเก็บ	<input type="checkbox"/> (2) พอใช้แต่ไม่มีเงินเก็บ
<input type="checkbox"/> (3) ไม่พอใช้และมีหนี้สิน	
9. ผู้ป่วยมีบุคคลที่คอยให้คำปรึกษาและช่วยเหลือเรื่องต่างๆ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 

<input type="checkbox"/> (1) สามี	<input type="checkbox"/> (2) มารดา/บิดาของตนเอง	<input type="checkbox"/> (3) มารดา/บิดาของสามี
<input type="checkbox"/> (4) พี่น้องของตนเอง	<input type="checkbox"/> (5) พี่น้องของสามี	<input type="checkbox"/> (6) เพื่อน
<input type="checkbox"/> (7) ญาติ	<input type="checkbox"/> (8) อื่น ๆ (ระบุ).....	
10. หอผู้ป่วยที่นอนพักรักษา.....

11. วินิจฉัยโรค.....
12. ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในครั้งนี้.....ปี.....เดือน
13. จำนวนวันที่นอนพักในโรงพยาบาลครั้งนี้.....วัน(จนถึงวันนี้)
14. จำนวนครั้งที่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล.....ครั้ง (รวมครั้งนี้)
15. การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา/ความเชื่อ
- |                            |                               |                                     |                                     |
|----------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| การสวด                     | <input type="checkbox"/> บ่อย | <input type="checkbox"/> นานๆ ครั้ง | <input type="checkbox"/> ไม่ปฏิบัติ |
| การฝึกสมาธิ                | <input type="checkbox"/> บ่อย | <input type="checkbox"/> นานๆ ครั้ง | <input type="checkbox"/> ไม่ปฏิบัติ |
| ไปวัดหรือ โบสถ์หรือสุเหร่า | <input type="checkbox"/> บ่อย | <input type="checkbox"/> นานๆ ครั้ง | <input type="checkbox"/> ไม่ปฏิบัติ |
| ละหมาด                     | <input type="checkbox"/> บ่อย | <input type="checkbox"/> นานๆ ครั้ง | <input type="checkbox"/> ไม่ปฏิบัติ |
| ถือศีลอด                   | <input type="checkbox"/> บ่อย | <input type="checkbox"/> นานๆ ครั้ง | <input type="checkbox"/> ไม่ปฏิบัติ |
| อื่นๆ.....                 |                               |                                     |                                     |

## ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย

### คำชี้แจง

1. ข้อความต่อไปนี้ เป็นอธิบายถึงการรับรู้การได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณ ขอให้ท่านพิจารณาว่าท่านได้รับการดูแลด้านนี้มากน้อยเพียงไร แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ท่านคิดว่าตรงตามความจริงเพียงข้อเดียว โดยมีเกณฑ์ดังนี้

ทุกครั้ง	หมายถึง	ท่านได้รับการดูแลดังกล่าวทุกครั้ง
บ่อย	หมายถึง	ท่านได้รับการดูแลดังกล่าวบ่อยครั้ง
นานๆ ครั้ง	หมายถึง	ท่านได้รับการดูแลดังกล่าวนานๆ ครั้ง
น้อยที่สุด	หมายถึง	ท่านได้รับการดูแลดังกล่าวน้อยที่สุด
ไม่เคยได้รับ	หมายถึง	ท่านไม่ได้รับการดูแลดังกล่าวเลย

2. โปรดอ่านความหมายของคำต่อไปนี้ ก่อนตอบแบบสอบถาม

1. กิจกรรมการรับรู้การได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติที่ท่านรับรู้ว่าเป็นการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 5 ด้าน ดังนี้

- 1) การช่วยเหลือโดยใช้เทคนิคการสื่อสาร
- 2) การช่วยเหลือด้านความคิดและความทรงจำ
- 3) การช่วยเหลือโดยการกระตุ้นประสาทการรับรู้
- 4) การช่วยเหลือกิจกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินชีวิต
- 5) การช่วยเหลือด้านศาสนา

### ตัวอย่าง

กิจกรรมการดูแล	ระดับการได้รับการดูแล				
	ทุกครั้ง	บ่อย	นานๆ ครั้ง	น้อยที่สุด	ไม่เคยได้รับ
1. พยาบาลตั้งใจฟังผู้ป่วย		✓			

ผู้ตอบทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องบ่อย แสดงว่า ผู้ป่วยได้รับการดูแลบ่อยครั้ง



การได้รับการดูแลจากพยาบาล	ระดับการได้รับการดูแล				
	ทุกครั้ง	บ่อย	นานๆ ครั้ง	น้อยที่สุด	ไม่เคยได้รับ
<u>1. การช่วยเหลือโดยใช้เทคนิคการสื่อสาร</u>					
1.1 พยาบาลรับฟังสิ่งที่ท่านบอกเล่าอย่างตั้งใจเสมอ					
1.2 พยาบาลเข้าใจและพูดได้ตรงกับความรู้สึกของท่าน					
1.3 พยาบาลเข้าใจความคิดของท่านและอธิบายตรงประเด็นที่ท่านต้องการ					
1.4 พยาบาลรับฟังและมีท่าทียอมรับในสิ่งที่ท่านพูด					
1.5 พยาบาลให้การยอมรับในพฤติกรรมที่ท่านแสดงออก					
1.6 พยาบาลสวดอาชนะสนทนากับท่านเมื่อต้องการสนับสนุน/ให้กำลังใจ					
1.7 พยาบาลสัมผัสเบาๆ ที่ไหล่ แขน กับท่านเมื่อต้องการสนับสนุน/ให้กำลังใจ					
1.8 พยาบาลชวนคุยหรือเปิดโอกาสให้ท่านระลึกถึงสิ่งดีงามที่ยึดถือมาก่อน เช่นการสร้างบุญกุศลในอดีต การอ่านคัมภีร์ การสวดตามหลักศาสนา ฯลฯ					
1.9 พยาบาลพูดคุยกับท่านเกี่ยวกับความศรัทธาที่ยึดถือ สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ความหวัง การดำเนินชีวิต เป้าหมายในชีวิต					
<u>2.การช่วยเหลือด้านความคิดและความทรงจำ</u>					
2.1 พยาบาลเปิดโอกาสให้เล่าถึงความทรงจำที่เป็นความสำเร็จ ความภาคภูมิใจของท่านในอดีตที่ผ่านมา					
2.2 พยาบาลเปิดโอกาสให้ท่านเล่าถึงประสบการณ์ที่เป็นความยากลำบาก การเผชิญปัญหาในชีวิต เรื่องที่เป็นห่วงกังวล					
2.3 พยาบาลเปิดโอกาสให้ท่านเล่าถึงประสบการณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติตามคำสอนทางศาสนา					

การได้รับการดูแลจากพยาบาล	ระดับการได้รับการดูแล				
	ทุกครั้ง	บ่อย	นานๆ ครั้ง	น้อยที่สุด	ไม่เคยได้รับ
2.4 พยาบาลสนับสนุนให้ท่านค้นหาสิ่งผูกพันในชีวิต					
2.5 พยาบาลสนับสนุนให้ท่านพบหรือระลึกถึงสิ่งผูกพันในชีวิต เช่น บุคคล สิ่งศักดิ์สิทธิ์ สิ่งของ สัตว์เลี้ยง ฯลฯ					
2.6 พยาบาลกระตุ้นให้ท่านรู้สึกมีความหวังและกำลังใจของตนเอง					
3. การช่วยเหลือโดยการกระตุ้นประสาทการรับรู้					
3.1 พยาบาลสัมผัสท่านโดยการบีบมือ การโอบไหล่ การนวดผิวหนัง เป็นต้น					
3.2 พยาบาลค้นหาและเปิดโอกาสให้ท่านได้ฟังเพลง/ดนตรี/บทสวด/ธรรมะที่ท่านชอบ					
3.3 พยาบาลสอบถามความต้องการของท่าน เช่น ความหิว ความปวด ความเหนื่อย ฯลฯ					
3.4 พยาบาลสอบถามความต้องการทางจิตใจของท่าน เช่น การปฏิบัติธรรม การให้ญาติอยู่ใกล้ชิด ฯลฯ					
3.5 พยาบาลกระตุ้นการเคลื่อนไหวตามความเหมาะสมกับความเจ็บป่วยของท่าน เช่น การขยับตัวบนเตียง การนั่ง เดิน ฯลฯ					
3.6 พยาบาลสอบถามและกระตุ้นท่านเกี่ยวกับความต้องการด้านอาหารเช่น อาหารที่ชอบ อาหารแสดงรสชาติอาหาร					
พยาบาลจัดสิ่งแวดล้อมโดยคำนึงถึงความเป็นส่วนตัวให้ท่าน					
3.8 พยาบาลจัดสิ่งแวดล้อมที่เงียบสงบเหมาะแก่การพักผ่อนให้ท่าน					

การได้รับการดูแลจากพยาบาล	ระดับการได้รับการดูแล				
	ทุกครั้ง	บ่อย	นานๆ ครั้ง	น้อยที่สุด	ไม่เคยได้รับ
<u>4. การช่วยเหลือกิจกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินชีวิต</u>					
4.1 พยาบาลดูแลด้านอนามัยส่วนบุคคลให้ท่านสุขสบาย เช่น การแปรงฟัน เช็ดตัว อาบน้ำ การจับถ่าย ฯลฯ					
4.2 พยาบาลดูแลเกี่ยวกับการจัดทำที่สบาย เช่น ท่านั่ง ท่านอน การเดิน ฯลฯ					
4.3 พยาบาลส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ความเจ็บป่วย การดูแลตนเองให้กับท่าน					
4.4 พยาบาลให้กำลังใจในการฟื้นฟูสภาพร่างกายแก่ท่าน					
4.5 พยาบาลขีดหุ่นเวลาให้กับญาติให้มีส่วนร่วมในการดูแลท่าน					
4.6 พยาบาลจัดกิจกรรมที่ผ่อนคลายให้กับท่าน เช่น อ่านหนังสือ ฟังเพลง ดูโทรทัศน์ ฯลฯ					
4.7 พยาบาลเดินตรวจเยี่ยมเพื่อให้กำลังใจให้กับท่าน					
<u>5. การช่วยเหลือด้านศาสนา</u>					
5.1 พยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้นำทางศาสนาหรือบุคคลอื่นที่ท่านนับถือและคิดว่าสามารถทำได้มาปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา/ความเชื่อที่ หอผู้ป่วยตามที่ท่าน/ญาติต้องการ					
5.2 พยาบาลอำนวยความสะดวกหรือจัดเตรียมสถานที่และสิ่งแวดล้อมให้ท่าน/ครอบครัวได้ประกอบพิธีทางศาสนาตามความเชื่อทางศาสนา/ความเชื่อ					
5.3 พยาบาลจัดหาอุปกรณ์ให้เหมาะสมกับการประกอบพิธีกรรมทางศาสนา เช่น บทสวดมนต์ คัมภีร์ ดอกไม้ ฯลฯ					

การได้รับการดูแลจากพยาบาล	ระดับการได้รับการดูแล				
	ทุกครั้ง	บ่อย	นานๆ ครั้ง	น้อยที่สุด	ไม่เคยได้รับ
5.4 พยาบาลสวดมนต์หรืออ่านคัมภีร์ให้ท่านฟังตามที่ท่านต้องการ					
5.5 พยาบาลอำนวยความสะดวกให้ท่านใช้วัตถุมงคลตามความเชื่อของตนเอง ได้					
5.6 พยาบาลสนทนาธรรมหรือคำสอนของศาสนากับท่าน					
5.7 พยาบาลสามารถนำคำสอนของศาสนามาปลูกปลอบใจท่าน					
5.8 พยาบาลให้เกียรติและให้ความเคารพในสิ่งที่ท่านเชื่อถือ ศรัทธา					

**ภาคผนวก ค**

**ตารางแสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูล**

ตาราง 1 การรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาล ในโรงพยาบาลภาคใต้ของประเทศไทย

การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล	$\bar{X}$	SD	ระดับ
<b>1. การช่วยเหลือโดยใช้เทคนิคการสื่อสาร</b>			
1.1 ท่านรับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยบอกเล่าอย่างตั้งใจเสมอ	3.30	.51	มาก
1.2 ท่านแปลความรู้สึกของผู้ป่วยสื่อออกมาเป็นคำพูดที่ชัดเจน	2.89	.51	มาก
1.3 ท่านช่วยสะท้อนความคิดของผู้ป่วยได้ตรงประเด็น	2.80	.54	มาก
1.4 ท่านฟังการสนทนาด้วยท่าทียอมรับโดยไม่ตัดสินว่าถูกหรือผิด	3.19	.55	มาก
1.5 ท่านให้การยอมรับในพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก	3.17	.49	มาก
1.6 ท่านสบตาขณะสนทนากับผู้ป่วยเมื่อต้องการสนับสนุน/ให้กำลังใจ	3.44	.58	มาก
1.7 ท่านให้การสัมผัสเบาๆ เช่นแตะไหล่ เมื่อต้องการให้กำลังใจ/เห็นอกเห็นใจ	3.09	.66	มาก
1.8 ท่านพยายามชวนคุยหรือเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการระลึกถึงสิ่งที่ดีงามที่ยึดถือมาก่อน เช่น การสร้างบุญกุศลในอดีต การอ่านคัมภีร์ การสวดตามหลักศาสนา ฯลฯ	2.50	.82	ปานกลาง
1.9 ท่านพูดคุยกับผู้ป่วยเกี่ยวกับความศรัทธาที่ยึดถือ สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ความหวัง การดำเนินชีวิต เป้าหมายในชีวิต	2.51	.75	ปานกลาง
<b>2. การช่วยเหลือด้านความคิดและความทรงจำ</b>			
2.1 ท่านเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าถึงความทรงจำเกี่ยวกับความสำเร็จ ความภาคภูมิใจในอดีตที่ผ่านมา	2.53	.74	ปานกลาง

การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล	$\bar{X}$	SD	ระดับ
2.2 ท่านเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าถึงประสบ การณ์ที่เป็นความยากลำบาก การเผชิญปัญหาในชีวิต เรื่องที่กังวล	2.54	.76	ปานกลาง
2.3 ท่านเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าถึงประสบ การณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติตามคำสอนทางศาสนา	2.34	.78	ปานกลาง
2.4 ท่านพยายามให้ผู้ป่วยสามารถค้นหาสิ่งยึดเหนี่ยวหรือสิ่งผูกพันในชีวิต	2.44	.76	ปานกลาง
2.5 ท่านสนับสนุนให้ผู้ป่วยพบหรือระลึกถึงสิ่งยึดเหนี่ยวหรือสิ่งผูกพันในชีวิต เช่น บุคคล สิ่งศักดิ์สิทธิ์ สิ่งของ สัตว์เลี้ยง ฯลฯ	2.54	.78	ปานกลาง
2.6 ท่านกระตุ้นให้ผู้ป่วยค้นหาแหล่งของความหวังและกำลังใจของตนเอง	2.56	.75	ปานกลาง
<u>3. การช่วยเหลือโดยการกระตุ้นประสาทการรับรู้</u>	2.67	.82	ปานกลาง
3.1 ท่านสัมผัสผู้ป่วยโดยการบีบมือ การโอบไหล่ การนวดผิวหนัง เป็นต้น			
3.2 ท่านค้นหาและเปิด โอกาสให้ผู้ป่วยฟังเพลง/ดนตรี/บทสวด/ธรรมะที่ชอบ	2.45	.54	ปานกลาง
3.3 ท่านสอบถามความรู้สึกและความต้องการของผู้ป่วย เช่น ความหิว ความปวดความเหนื่อย ฯลฯ	3.27	.60	มาก
3.4 ท่านสอบถามความต้องการทางจิตใจของผู้ป่วย เช่น การปฏิบัติธรรม การให้ญาติอยู่ใกล้ชิด ฯลฯ	2.89	.56	มาก
3.5 ท่านกระตุ้นการเคลื่อนไหวตามความเหมาะสมกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย เช่น การขยับตัวบนเตียง การนั่ง การเดิน ฯลฯ	3.24	.63	มาก
3.6 ท่านสอบถามและกระตุ้นผู้ป่วยเกี่ยวกับความต้องการอาหารเช่น อาหารที่ชอบ อาหารแสดงรสชาติอาหาร	2.98	.68	มาก

การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล	$\bar{X}$	SD	ระดับ
3.7 ท่านจัดสิ่งแวดล้อมโดยคำนึงถึงความเป็นส่วนตัวให้ผู้ป่วย	2.84	.71	มาก
3.8 ท่านจัดสิ่งแวดล้อมที่เงียบสงบเหมาะแก่การพักผ่อนให้ผู้ป่วย	2.76	.62	มาก
<u>4. การช่วยเหลือกิจกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินชีวิต</u>	3.25	.51	มาก
4.1 ท่านดูแลด้านอนามัยส่วนบุคคล เช่น การแปรงฟัน เช็ดตัว อาบน้ำ การขับถ่าย ฯลฯ			
4.2 ท่านดูแลเกี่ยวกับการจัดทำที่สบาย เช่น ทำนั้ง ทำนอน การเดิน ฯลฯ	3.27	.51	มาก
4.3 ท่านส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ความเจ็บป่วย และการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วย	3.21	.51	มาก
4.4 ท่านให้กำลังใจในการฟื้นฟูสภาพแก่ผู้ป่วย	3.24	.50	มาก
4.5 ท่านยืดหยุ่นเวลาให้กับญาติให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย	3.21	.50	มาก
4.6 ท่านจัดกิจกรรมที่ผ่อนคลายให้กับผู้ป่วย เช่น อ่านหนังสือ ฟังเพลง ดูโทรทัศน์ ฯลฯ	2.72	.76	มาก
4.7 ท่านเดินตรวจเยี่ยมเพื่อให้กำลังใจให้กับผู้ป่วย	3.20	.60	มาก
<u>5. การช่วยเหลือด้านศาสนา</u>			
5.1 ท่านเปิดโอกาสให้ผู้นำทางศาสนาหรือบุคคลอื่นที่ผู้ป่วยนับถือและคิดว่าสามารถทำได้มาปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา/ความเชื่อที่ห่อผู้ป่วยตามที่ผู้ป่วย/ญาติต้องการ	2.73	.96	มาก
5.2 ท่านอำนวยความสะดวกหรือจัดเตรียมสถานที่และสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วย/ครอบครัวได้ประกอบพิธีทางศาสนาตามความเชื่อทางศาสนา	2.56	.98	มาก



การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล	$\bar{X}$	SD	ระดับ
5.3 ท่านจัดหาอุปกรณ์ให้เหมาะสมกับการประกอบพิธีกรรมทางศาสนา เช่น บทสวดมนต์ คัมภีร์ ดอกไม้ ฯลฯ	2.17	1.10	ปานกลาง
5.4 ท่านสวดมนต์หรืออ่านคัมภีร์ให้ผู้ป่วยฟังตามที่ผู้ป่วยต้องการ	1.35	1.17	น้อย
5.5 ท่านอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยใช้วัตถุมงคลตามความเชื่อของตนเองได้	2.90	.96	มาก
5.6 ท่านสนทนาธรรมหรือคำสอนของศาสนากับผู้ป่วย	1.76	1.06	ปานกลาง
5.7 ท่านสามารถนำคำสอนของศาสนามาปลูกปลอบใจผู้ป่วย	2.07	1.00	ปานกลาง
5.8 ท่านให้เกียรติและให้ความเคารพในสิ่งที่ผู้ป่วยเชื่อถือ ศรัทธา	3.41	.61	มาก

ตาราง 2 การรับรู้การได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยในโรงพยาบาล ในโรงพยาบาลภาคใต้ของประเทศไทย

การได้รับการดูแลจากพยาบาล	$\bar{X}$	SD	ระดับ
<u>1. การช่วยเหลือโดยใช้เทคนิคการสื่อสาร</u>			
1.1 พยาบาลรับฟังสิ่งที่ท่านบอกเล่าอย่างตั้งใจเสมอ	3.45	.68	มาก
1.2 พยาบาลเข้าใจและพูดได้ตรงกับความรู้สึกของท่าน	3.26	.72	มาก
1.3 พยาบาลเข้าใจความคิดของท่านและอธิบายตรงประเด็นที่ท่านต้องการ	3.26	.81	มาก
1.4 พยาบาลรับฟังและมีท่าทียอมรับในสิ่งที่ท่านพูด	3.31	.71	มาก
1.5 พยาบาลให้การยอมรับในพฤติกรรมที่ท่านแสดงออก	3.21	.88	มาก
1.6 พยาบาลสวดขอพรหรือสนทนากับท่านเมื่อต้องการสนับสนุน/ให้กำลังใจ	3.26	.84	มาก
1.7 พยาบาลสัมผัสเบาๆ ที่ไหล่ แขน กับท่านเมื่อต้องการสนับสนุน/ให้กำลังใจ	2.66	1.15	ปานกลาง
1.8 พยาบาลชวนคุยหรือเปิดโอกาสให้ท่านระลึกถึงสิ่งดีงามที่ยึดถือมาก่อน เช่นการสร้างบุญกุศลในอดีต การอ่านคัมภีร์ การสวดตามหลักศาสนา ฯลฯ	1.79	1.32	ปานกลาง
1.9 พยาบาลพูดคุยกับท่านเกี่ยวกับความศรัทธาที่ยึดถือ สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ความหวัง การดำเนินชีวิต เป้าหมายในชีวิต	1.69	1.29	ปานกลาง
<u>2.การช่วยเหลือด้านความคิดและความทรงจำ</u>			
2.1 พยาบาลเปิดโอกาสให้เล่าถึงความทรงจำที่เป็นความสำเร็จ ความภาคภูมิใจของท่านในอดีตที่ผ่านมา	1.62	1.32	ปานกลาง
2.2 พยาบาลเปิดโอกาสให้ท่านเล่าถึงประสบการณ์ที่เป็นความยากลำบาก การเผชิญปัญหาในชีวิต เรื่องที่เป็นห่วงกังวล	1.47	1.31	ปานกลาง

การได้รับการดูแลจากพยาบาล	$\bar{X}$	SD	ระดับ
2.3 พยาบาลเปิดโอกาสให้ท่านเล่าถึงประสบการณ์ เกี่ยวกับการปฏิบัติตามคำสอนทางศาสนา	1.22	1.28	น้อย
2.4 พยาบาลสนับสนุนให้ท่านค้นหาสิ่งผูกพันในชีวิต	1.41	1.29	ปานกลาง
2.5 พยาบาลสนับสนุนให้ท่านพบหรือระลึกถึงสิ่งผูกพัน ในชีวิต เช่น บุคคล สิ่งศักดิ์สิทธิ์ สิ่งของ สัตว์เลี้ยง ฯลฯ	2.69	1.10	มาก
2.6 พยาบาลกระตุ้นให้ท่านรู้สึกมีความหวังและกำลังใจ ของตนเอง	1.62	1.32	ปานกลาง
<u>3. การช่วยเหลือโดยการกระตุ้นประสาทการรับรู้</u>			
3.1 พยาบาลสัมผัสท่านโดยการบีบมือ การโอบไหล่ การนวดผิวหนัง เป็นต้น	2.23	1.23	ปานกลาง
3.2 พยาบาลค้นหาและเปิดโอกาสให้ท่านได้ฟังเพลง/ ดนตรี/บทสวด/ธรรมะที่ท่านชอบ	1.43	1.34	ปานกลาง
3.3 พยาบาลสอบถามความต้องการของท่าน เช่น ความ หิว ความปวด ความเหนื่อย ฯลฯ	3.06	1.01	มาก
3.4 พยาบาลสอบถามความต้องการทางจิตใจของท่าน เช่น การปฏิบัติธรรม การให้ญาติอยู่ใกล้ชิด ฯลฯ	2.19	1.32	ปานกลาง
3.5 พยาบาลกระตุ้นการเคลื่อนไหวตามความเหมาะสม กับความเจ็บป่วยของท่าน เช่น การขยับตัวบนเตียง การนั่ง เดิน ฯลฯ	2.95	1.01	มาก
3.6 พยาบาลสอบถามและกระตุ้นท่านเกี่ยวกับความ ต้องการด้านอาหารเช่น อาหารที่ชอบ อาหารแสดง รสชาติอาหาร	2.19	1.32	ปานกลาง
3.7 พยาบาลจัดสิ่งแวดล้อมโดยคำนึงถึงความเป็น ส่วนตัวให้ท่าน	2.01	1.34	ปานกลาง
3.8 พยาบาลจัดสิ่งแวดล้อมที่เงียบสงบเหมาะแก่การ พักผ่อนให้ท่าน	2.22	1.33	ปานกลาง

การได้รับการดูแลจากพยาบาล	$\bar{X}$	SD	ระดับ
<u>4. การช่วยเหลือกิจกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินชีวิต</u>			
4.1 พยาบาลดูแลด้านอนามัยส่วนบุคคลให้ท่านสุขสบาย เช่น การแปรงฟัน เช็ดตัว อาบน้ำ การขยับถ่าย ฯลฯ	2.49	1.34	ปานกลาง
4.2 พยาบาลดูแลเกี่ยวกับการจัดทำที่สบาย เช่น ทำนั้ง ทำนอน การเดิน ฯลฯ	2.55	1.15	ปานกลาง
4.3 พยาบาลส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ความเจ็บป่วย การดูแลตนเองให้กับท่าน	2.82	1.03	มาก
4.4 พยาบาลให้กำลังใจในการฟื้นฟูสภาพร่างกายแก่ท่าน	2.80	.99	มาก
4.5 พยาบาลยืดหยุ่นเวลาให้กับญาติให้มีส่วนร่วมในการดูแลท่าน	3.03	.96	มาก
4.6 พยาบาลจัดกิจกรรมที่ผ่อนคลายให้กับท่าน เช่น อ่านหนังสือ ฟังเพลง ดูโทรทัศน์ ฯลฯ	2.10	1.43	ปานกลาง
4.7 พยาบาลเดินตรวจเยี่ยมเพื่อให้กำลังใจให้กับท่าน	2.79	1.00	มาก
<u>5. การช่วยเหลือด้านศาสนา</u>			
5.1 พยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้นำทางศาสนาหรือบุคคลอื่นที่ท่านนับถือและคิดว่าสามารถทำได้มาปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา/ความเชื่อที่หอบุ้ป่วยตามที่ท่าน/ญาติต้องการ	1.33	1.39	น้อย
5.2 พยาบาลอำนวยความสะดวกหรือจัดเตรียมสถานที่และสิ่งแวดล้อมให้ท่าน/ครอบครัวได้ประกอบพิธีทางศาสนาตามความเชื่อทางศาสนา/ความเชื่อ	1.45	1.46	ปานกลาง
5.3 พยาบาลจัดหาอุปกรณ์ให้เหมาะสมกับการประกอบพิธีกรรมทางศาสนา เช่น บทสวดมนต์ คัมภีร์ ดอกไม้ ฯลฯ	1.01	1.27	น้อย
5.4 พยาบาลสวดมนต์หรืออ่านคัมภีร์ให้ท่านฟังตามที่ท่านต้องการ	.65	1.07	น้อย

การได้รับการดูแลจากพยาบาล	$\bar{X}$	SD	ระดับ
5.5 พยาบาลอำนวยความสะดวกให้ท่านใช้วัสดุมงคลตามความเชื่อของตนเองได้	1.79	1.53	น้อย
5.6 พยาบาลสนทนาธรรมหรือคำสอนของศาสนากับท่าน	.85	1.11	น้อย
5.7 พยาบาลสามารถนำคำสอนของศาสนามาปลูกปลอบใจท่าน	1.01	1.21	น้อย
5.8 พยาบาลให้เกียรติและให้ความเคารพในสิ่งที่ท่านเชื่อถือ ศรัทธา	2.26	1.49	ปานกลาง