

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการสอนการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ ของอาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ภาควิชาได้ สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งผู้วิจัยได้รวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในด้านต่าง ๆ ดังนี้

การสอนการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ

1. แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ
 - 1.1 ความหมายของจิตวิญญาณและการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ
 - 1.2 ความสำคัญของจิตวิญญาณ
 - 1.3 ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ
 - 1.4 ภาวะจิตวิญญาณของบุคคล
 - 1.5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะจิตวิญญาณ
 - 1.6 การประเมินทางด้านจิตวิญญาณ
 - 1.7 กิจกรรมการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ
2. แนวคิดเกี่ยวกับการสอน
 - 2.1 ความหมายของการสอน
 - 2.2 กระบวนการสอน
3. แนวคิดเกี่ยวกับการเรียนการสอนทางการพยาบาล
 - 3.1 การสอนแบบบรรยาย
 - 3.2 การสอนแบบอภิปราย
 - 3.3 การสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลัก
 - 3.4 การสอนแบบสัมมนา
 - 3.5 การสอนแบบสาธิต
 - 3.6 การสอนแบบกรณีตัวอย่าง
 - 3.7 การสอนแบบสถานการณ์จำลอง
 - 3.8 การสอนแบบบทบาทสมมติ
 - 3.9 การสอนแบบศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง
 - 3.10 การสอนในคลินิก

4. แนวคิดเกี่ยวกับการเรียนการสอนการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ
 - 4.1 การสอนแบบบรรยาย
 - 4.2 การสอนแบบอภิปราย
 - 4.3 การสอนแบบกรณีตัวอย่าง
 - 4.4 การสอนแบบสถานการณ์จำลอง
 - 4.5 การสอนในคลินิก
5. แนวคิดเกี่ยวกับการประเมินผลหลังการสอนทางการพยาบาล
 - 5.1 ความหมายการประเมินผล
 - 5.2 วิธีการประเมินผลหลังการสอนทางการพยาบาล
 - 5.3 วิธีการประเมินผลหลังการสอนการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ
6. แนวคิดเกี่ยวกับหลักสูตร และรายวิชาที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ
 - 6.1 หลักสูตรที่เปิดสอน
 - 6.2 รายวิชาที่เกี่ยวข้องกับการสอนการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ

1. แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ

1.1 ความหมายของจิตวิญญาณและการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ

1.1.1 จิตวิญญาณ (spirituality) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความหมายจิตวิญญาณ (spirituality) มีประเด็นที่สำคัญดังนี้ คือ 1) เป็นส่วนหนึ่งของบุคคลที่มีความเฉพาะเจาะจง เป็นตัวตนของบุคคลนั้น ฝังแน่นและลึกที่สุดในตัวบุคคลนั้น (ทัศนา, 2534; สิวลี, 2541; Amenta, 1997; Carson, 1989) ทำให้บุคคลมีพลังอำนาจ มีความเข้มแข็งภายใน ชีวิตมีความสุข และสงบสุข (Amenta, 1997; Reed, 1992; Stool, 1997) การรับรู้ว่ามีพลังนอกเหนือตน ทำให้บุคคลอยู่ในภาวะเหนือตนเอง พ้นหายจากการเจ็บป่วย หรือความทุกข์ทรมาน เกิดความผาสุก (สายพิน, 2539; Dossy, Keegan, Guzzetta & Kolkmeier, 1995; Haase, Britt, Conward, Leidy & Penn, 1992) 2) การมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต เป็นการค้นหาความหมายของชีวิตตนเอง เข้าใจชีวิตตนเองและสิ่งอื่นที่มาเกี่ยวข้องกับตน ค้นหาความเชื่อ ค่านิยมของตน (พรจันทร์, 2534; Carson, 1989; Dossy, Keegan, Guzzetta & Kolkmeier, 1995; Haase, Britt, Conward, Leidy & Penn, 1992; Reed, 1992) บางคนแสดงความเชื่อทางศาสนาโดยผ่านทางจิตวิญญาณ แต่สำหรับบางคนจิตวิญญาณมิได้เกี่ยวข้องกับศาสนา (Carson, 1998) เพราะจิตวิญญาณมีความหมายกว้างกว่าความเชื่อความศรัทธาและการปฏิบัติศาสนา เป็นสิ่งที่สานและถักทอลักษณะทั้งหมดของชีวิตเข้าไว้ด้วยกัน (Ellehorst, 1985; Miller, 1985) เพื่อให้ชีวิตดำรงอยู่ได้ มีความคิดสร้างสรรค์ มีความรู้สึกลึกและจิตสำนึกที่ดี (ทัศนา, 2534; ประเวศ, 2544; พรจันทร์, 2534) 3) มีความสัมพันธ์กับตนเอง บุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งนอกเหนือตน มีความรักและรับความรักจากบุคคลอื่น สามารถ

ให้อภัยและรับการอภัยโดยไม่มีเงื่อนไข มีความศรัทธา ต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์ รับรู้ถึงการได้สัมผัสกับพระเจ้า (ทักสนา, 2534; ประเวศ, 2544; Amenta, 1997; Carson, 1989; Craven & Hirmler, 2003; Reed, 1992; Stool, 1979) 4) เป็นแหล่งของความหวัง ความตั้งใจ ความปรารถนา ความสำเร็จตามเป้าหมาย ที่เป็นไปได้ในอนาคต (ทักสนา, 2534; ฟารีดา, 2534; Amenta, 1997; Carson, 1989; Craven & Hirmler, 2003; Highfield, 1992 อ้างตาม วงรัตน์, 2544; Stool, 1979)

1.1.2 การพยาบาลด้านจิตวิญญาณ คือ การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ที่ใช้ทั้งศาสตร์และศิลป์ด้วยความรัก ความนุ่มนวล และอ่อนโยน (ทักสนีย์, 2545ก; พรจันทร์, 2534) เพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของบุคคล (ทักสนีย์, 2545ข; นุบผา, 2543; ฟารีดา, 2534; สมพันธ์, 2541; อวยพร, 2534; Highfield, 1992 อ้างตาม วงรัตน์, 2544) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ ดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยความรู้สึกรู้สึกเป็นสุข สงบ มีความหวัง มีพลังมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิตต่อไป หรือถึงแก่ความตายด้วยความสงบ ปราศจากความทุกข์ทรมาน (เกศรินทร์, 2544; ช่อลดา, 2536; นิตยา, 2541; นุบผา, 2546; ฟารีดา, อาภาและประคอง, 2534; สมพันธ์, 2541; Amenta, 1997; Cairns, 1999; Carpenito, 1995; Craven & Hirmler, 2003; Narayanasamy & Owen, 2001; Seller & Haag, 1998)

1.2 ความสำคัญของจิตวิญญาณ

จิตวิญญาณเป็นลักษณะเฉพาะตัวของบุคคล (ประเวศ, 2544) เปรียบเสมือนขุมพลังของสุขภาพ ทำให้สุขภาพจิตดี และช่วยให้สุขภาพกายดีด้วย (Reed, 1991) และช่วยในการสร้างความสมดุลของชีวิต อยู่ในส่วนลึกของบุคคล เป็นพลังที่ช่วยในการฟื้นฟูให้หายจากการเจ็บป่วย และความทุกข์ทรมาน แสดงออกในด้านความสนุกสนาน มีความปีติยินดี เพิ่มความสามารถที่จะให้ความรัก และรับความรัก ความไว้วางใจ การมีความหมายของชีวิต มีความรับผิดชอบ (ทักสนา, 2534; Hill & Smith, 1990) มีจิตสำนึก มีสติ มีศีลธรรม เป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต (ประเวศ, 2545; ศันสนีย์, 2544) มีความศรัทธา และความหวัง ศรัทธาในอำนาจที่เหนือกว่าตนเอง ซึ่งความศรัทธาจะเป็นพลังอำนาจที่มีผลกระทบให้คนมีความรู้สึกสมดุล มีจิตใจสงบ และมีความหวัง (Hill & Smith, 1990) และจิตวิญญาณช่วยให้คนเป็นคนที่สมบูรณ์ เข้าถึงคุณค่าสิ่งที่เป็นสาระสำคัญ สัมพันธ์กับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ได้ เป็นแรงจูงใจให้คนมุ่งมั่น มีเป้าหมายของชีวิต อยู่กับความจริง อันจะบันดาลความสุข สมหวังในชีวิต (ทักสนา, 2534)

1.3 ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ (spiritual needs) เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความต้องการเกี่ยวกับตนเอง เป็นความต้องการที่ลึกซึ้ง (แสง, 2534; Craven & Hirmler, 2003) อยู่ในส่วนลึกที่สุด เป็นความต้องการที่จะพัฒนาหรือทำให้ชีวิตดีขึ้น (Wright, 1998) มีความสัมพันธ์กับปัจจัยต่าง ๆ บุคคลจะวางแผนดำเนินชีวิต ให้สอดคล้องกับปัจจัยนั้น และการดำเนินชีวิตย่อมมีความแตกต่างกัน

ออกไป ตามสิ่งแวดล้อม จากการทบทวนวรรณกรรม ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ มี 3 ประเด็นหลัก ได้แก่

1.3.1 ความต้องการการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต (need for a sense of meaning and purpose) (ฟาริดา, 2539; ลอ, 2535; Bolander, 1994; Fish & Shelly, 1978) หมายถึง การมีวัตถุประสงค์ที่แน่นอน และมีศักยภาพในการดำรงชีวิต (Ellis & Nowlis, 1994) แม้ในยามเจ็บป่วยและความตาย (Simsen, 1985 cited in Ross, 1994) ซึ่งการหาความหมายเป็นความต้องการที่ลึกซึ้ง เป็นนามธรรมที่ละเอียดอ่อนในส่วนลึกของจิตใจ ความต้องการที่จะรู้ความหมายของสิ่งต่าง ๆ ตั้งแต่เกิดมาทำไม เกิดจากไหน ตายแล้วจะไปไหน รวมถึงความหมายแห่งชีวิตของตนเอง ความสำนึกในตนเอง การเกิดแก่เจ็บตาย ยังรวมไปถึงการให้ความหมายของความตาย การดำรงอยู่ ความทุกข์ทรมาน (Conrad, 1985) เมื่อทราบแล้วจะได้ดำรงชีวิตอย่างมีความหมาย รู้สึกมีความสุข มนุษย์ต้องการความสุข และแสวงหาความสุข เป็นความสุขที่เกิดจากความสำเร็จ เมื่อการดำเนินชีวิตบรรลุเป้าหมายสูงสุด ซึ่งส่งผลให้เกิดความสุข ตั้งแต่ขั้นต่ำสุดจนถึงสูงสุด (แสง, 2534)

มนุษย์ต้องการความสุข และแสวงหาความสุข เป็นความรู้สึกที่เกิดจากผลของความสำเร็จ เมื่อการดำเนินชีวิตบรรลุเป้าหมายสูงสุดที่แต่ละคนกำหนดเป้าหมายนี้ จะส่งผลขั้นต่ำสุดจนถึงขั้นสูงสุด ได้แก่ ขั้นที่ 1 เป็นความสุขที่เกิดจากการตอบสนองความต้องการขั้นต้นของร่างกาย และจิตใจ ขั้นที่ 2 เป็นความสุขที่เกิดจากการไม่ทำความชั่วทั้งปวงไม่ว่าจะเป็นทางร่างกาย วาจา และจิตใจ ขั้นที่ 3 เป็นความสุขที่เกิดจากความต้องการการกระทำที่ดีไม่ว่าจะเป็นทางร่างกาย วาจา และจิตใจ ขั้นที่ 4 เป็นความสุขที่เกิดจากการทำจิตใจให้สงบเป็นสมาธิ เกิดความเข้มแข็ง อดทน มีจิตใจแน่วแน่ ไม่ฟุ้งซ่าน ขั้นที่ 5 เป็นความสุขที่เกิดจากการหลุดพ้นทั้งปวง ทำจิตใจให้สงบสุขสว่าง อิ่มเอิบ ไม่มีความโลภ โกรธ หลง (แสง, 2534) ในบุคคลที่นับถือศาสนาและมีความมุ่งมั่นก็จะปฏิบัติตามหลักของศาสนาจนบรรลุเป้าหมายสูงสุดของชีวิตตามหลักศาสนานั้น ๆ เชื่อว่าถ้าได้พบกับความหลุดพ้นจากความไม่เที่ยงแท้ของชีวิต มีความเป็น นีรันดร์ เช่นบุคคลที่นับถือศาสนาพุทธ จะปฏิบัติตามหลักศาสนาที่สำคัญ 8 ประการ (อริยมรรค) คือความเห็นชอบ ความดำริชอบการเจรจาชอบ การงานชอบ เลี้ยงชีพชอบ พยายามชอบ ตั้งสติชอบ และทำจิตใจให้สงบชอบผลของการปฏิบัติขั้นสุดท้ายจะช่วยให้บุคคลหลุดพ้นจากความทุกข์ และมีความสุขอย่างแท้จริง (สันสนีย์, 2544; แสง, 2534)

จากการทบทวนวรรณกรรม เช่นการศึกษาของเฉลียวและสุดา (2542) ศึกษาความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยเอดส์ พบว่า สิ่งที่ทำให้ความหมายต่อชีวิตของผู้ป่วยเอดส์มากที่สุดคือ 1) ครอบครัว 2) ญาติพี่น้องโดยต้องการให้มาเยี่ยมบ่อย ๆ 3) หน้าที่การงาน เป็นสิ่งที่ภาคภูมิใจ 4) สิ่งศักดิ์สิทธิ์ เป็นสิ่งที่เคารพ กราบไหว้ บูชา ทำให้มีความหวัง และกำลังใจ ช่วยผ่อนคลายความทุกข์ ส่วนความต้องการด้านจิตวิญญาณ ที่เป็นจุดมุ่งหมายสูงสุดในชีวิต คือ 1) ความสำเร็จในหน้าที่การงาน 2) ความมั่นคง / สุขสบายของครอบครัว 3) ความสำเร็จของบุตรหลาน 4) การมีชีวิต

อยู่ได้นาน 5) ความสำเร็จในการศึกษา สำหรับการศึกษาของบุนผา (2536) ศึกษาความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ ที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง พบว่า สิ่งที่สูงอายุ ที่เป็นโรคมะเร็งให้ความหมายแก่ชีวิต คือ 1) ศาสนา โดยศาสนาเป็นจุดมุ่งหวัง และกำลังใจ ในฐานะเป็นสิ่งศักดิ์สิทธิ์ให้ช่วยคุ้มครองให้หายจากโรค ผู้สูงอายุจึงต้องการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เช่นการกราบไหว้บูชา การระลึกถึงอยู่ในใจ ทำให้จิตใจสงบ ลดความวิตกกังวล ทุกข์ทรมาน ถึงแม้อยู่ในภาวะที่ต้องพบกับความตาย และชีวิตหลังความตาย ยังต้องการศาสนาเพื่อช่วยให้จิตใจสงบ ไม่ทรมานทรมายตายอย่างสงบ 2) ลูกหลาน คู่สมรส เป็นสิ่งที่ให้ความหมาย เป็นความหวังและกำลังใจ เนื่องจากต้องการความรัก ความห่วงใย ความเอื้ออาทรต่อกัน การปฏิบัติต่อกัน ได้เห็นหน้าพูดคุยได้ช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ช่วยปฏิบัติภารกิจที่ให้ความหมายกับชีวิต เช่นช่วยถวายอาหารพระสงฆ์ และให้ได้เห็นหน้าก่อนตาย 3) หน้าที่การงาน ให้ความภาคภูมิใจ ความสุขใจเมื่อได้คิดถึง พูดคุยกับผู้อื่น และความต้องการด้านจิตวิญญาณในด้านที่เป็นจุดมุ่งหมายสูงสุดของชีวิต คือการหายจากโรคและมีสุขภาพดี ได้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา ซึ่งจากการศึกษาดังกล่าวจะเห็นได้ว่าความต้องการด้านจิตวิญญาณเกี่ยวกับความหมายและเป้าหมายชีวิต มีความแตกต่างกันขึ้นกับอายุ และระดับความรุนแรงของโรค

1.3.2 ความต้องการด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งเหนือตน (the need for relationships with others and/or a supreme other) ไฮฟิลด์ (Highfield, 1992 อ้างตาม วงรัตน์, 2544) กล่าวว่า ความต้องการด้านนี้ประกอบด้วย ความต้องการที่จะมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งแวดล้อม หรือสิ่งนอกเหนือตน มีลักษณะของการให้ความรัก (love) การให้อภัย (forgiveness) โดยไม่มีเงื่อนไข ความไว้วางใจ (trust) ความศรัทธา (faith) มีรายละเอียดดังนี้

1.3.2.1 ความต้องการให้และรับความรักความผูกพัน (need to give and love and relatedness) การให้และรับความรัก ความผูกพัน จะทำให้บุคคลดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมีชีวิตชีวา ซึ่งความรัก และความผูกพัน จะมีระหว่างตนเองกับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งนอกเหนือตนเอง (ฟาริดา, 2539; ลอ, 2535; Bolander, 1994) ซึ่ง ฟิชและเชลลี่ (Fish & Shelly, 1978) กล่าวว่า ความสัมพันธ์ของบุคคลกับผู้อื่น จะมีความรักและความผูกพันเป็นกุญแจสำคัญ โดยความรักและความผูกพันทำให้เกิดการยอมรับโดยปราศจากเงื่อนไข เช่นยอมรับบุคคลอื่น พระเจ้า แต่พระเจ้าในที่นี้หมายถึงคุณค่าเหนือสิ่งอื่นใดที่บุคคลเลือกสรรแล้ว ใ้ช้ว่าจะเป็น พระเจ้าองค์ใดองค์หนึ่งจากการที่มนุษย์ ต้องอยู่ร่วมกันเป็นสังคม ทำให้เกิดความสัมพันธ์กัน ในฐานะเพื่อน สามิ ภรรยา บิดา มารดา พี่น้อง ลูกหลาน ทำให้ต้องมีการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ทั้งในยามปกติ และยามเจ็บป่วย โดยเฉพาะยามเจ็บป่วยอยากให้มีเพื่อนที่ดี มีคนรอบข้างดี มีแพทย์และพยาบาลที่ดี มีทุกสิ่งทุกอย่างรอบตัวดี (แสง, 2534) ทำให้มีความหวัง กำลังใจ มีพลังในการต่อสู้ชีวิต (Highfield, 1992 อ้างตาม วงรัตน์, 2544)

เมื่อบุคคลมีความรัก และความผูกพันที่ดี ทำให้เกิดความรัก และการยอมรับตนเองแสวงหาสิ่งที่ดีในบุคคลอื่น แต่ถ้าขาดความรักความผูกพัน จะเกิดการขาดความรู้สึกรักในตนเอง รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า เห็นแก่ตัว รู้สึกถูกแยกจากสังคม ทำให้เกิดความรู้สึกกลัว ต้องพึ่งพา หรือมีพฤติกรรมทำลายตนเองได้ (ฟาริดา, 2539; Highfield & Carson, 1983)

1.3.2.2 ความต้องการการให้และรับการอภัย (need to give and receive forgiveness) โดยความต้องการให้อภัยต่อผู้อื่น เป็นการลดความทุกข์ทรมานจากการเก็บฝังความรู้สึกโกรธแค้น ซึ่งซังไว้ในใจ การให้อภัยจะช่วยลดความรู้สึกผิดบาป เช่นการขอขมาการได้รับการให้อภัยจากพระเจ้า จากเพื่อน การได้สารภาพบาป (ลอ, 2535; อุไรวรรณ, 2543; เสาวลักษณ์, 2545; Bolander, 1994; Fish & Shelly, 1978; Highfield & Carson, 1983) โดยสำนึกผิดในเหตุการณ์ที่มีความหมายเกี่ยวข้องกับจริยธรรม เช่น ผู้ป่วยใกล้ตายบางคนมีความรู้สึกต้องการการให้อภัยจากการกระทำที่ผิดพลาดในอดีต หรือต้องการอภัยกับบุคคลที่ทำให้ผิดพลาดกับตน มีความรู้สึกสำนึกต่อบาป จึงต้องการขอรับการลงโทษ (Conrad, 1985)

1.3.2.3 ความไว้วางใจ (trust) เป็นความไว้วางใจที่เกิดจากความศรัทธาต่อพระเจ้า บุคคลอื่น (ฟาริดา, 2539) ซึ่งความไว้วางใจจะมีพัฒนาการในตัวบุคคล ตั้งแต่วัยทารกขึ้นอยู่บนพื้นฐานการรับรู้แต่ละบุคคลต่อการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (Carven & Himle, 2003) บุคคลที่มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในทางที่ดี ทำให้มีความตระหนักในความไว้วางใจ คนที่มีความไว้วางใจต่อบุคคลอื่น มีความเชื่อว่าผู้อื่นมีความจริงใจต่อตนเอง ซึ่งเป็นลักษณะของปฏิสัมพันธ์ที่ดี มีความเข้าใจสามารถบอกความต้องการของตนเองได้ และเจรจาต่อรองกับผู้อื่นเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองได้ สามารถเป็นที่พึ่ง ให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันในยามจำเป็น (Holmberg, 1993) บุคคลที่มีความไว้วางใจ ทำให้ชีวิตของตนเองมีความหมาย ได้รับการยืนยันจากการมีปฏิสัมพันธ์ และติดต่อสื่อสารกัน สำหรับบุคคลที่มีความระแวงสงสัย จะมีความรู้สึกกลัวภาพลักษณ์ตนเองเปลี่ยนไป และรู้สึกว่าหาความหมายของชีวิตไม่ได้ ต้องต่อสู้กับความผิดหวังบางคนอาจเริ่มเฝื่อนศาสนา หรือองค์กรต่าง ๆ เพื่อให้การรับรู้ภายในตนเองดีขึ้น สามารถต่อสู้กับความรู้สึกหมดหวัง ท้อแท้ให้คงไว้ซึ่งความรู้สึกว่าชีวิตยังมีความหมาย (ฟาริดา, 2539; อัจฉราพร, 2538; Carven & Himle, 2003) บางคนพยายามทำความเข้าใจหันไปสนใจศาสนา ความเชื่อ ปรัชญาต่าง ๆ อาจจะละทิ้งความเชื่อเก่า ๆ นิยมศาสนาใหม่จนต้องเปลี่ยนศาสนา หรือบางคนเกิดความกลัวจนไม่ไว้วางใจต่อบุคคลอื่น สิ่งรอบตัว จนหลีกเลี่ยงสังคม ขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น หากความสงบให้ตนเอง (Holmberg, 1993)

นอกจากความเชื่อเกี่ยวกับศาสนาแล้ว มนุษย์ยังมีความเชื่อในสิ่งที้นอกเหนือตน เพราะมนุษย์ห้ามธรรมชาติไม่ได้ ต้องเฝ้าดูภัยธรรมชาติต่างๆที่เกิดขึ้น มีความรู้สึกบ้างครั้งพึ่งตนเองไม่ได้ เช่น เมื่อรู้ว่าป่วยเป็นมะเร็ง ทำให้ร่างกายเกิดวิกฤต เจ็บปวด อาจต้องสูญเสียชีวิต จึงต้องพึ่งสิ่งยึดเหนี่ยว

ทางจิตวิญญาณ ที่นอกเหนือกฎเกณฑ์ (แสง, 2534) เช่นสิ่งที่ตนเคารพ นับถือ เพราะเชื่อว่าสิ่งศักดิ์จะช่วย ปัดเป่า ครอบคลุมนำให้เหตุร้ายกลายเป็นดี เกิดพลังใจที่จะต่อสู้ชีวิต (จุฬารัตน, 2544; แสง, 2534)

1.3.3 ความต้องการความหวัง (need for hope) ความหวังเป็นความต้องการด้าน จิตวิญญาณตั้งอยู่บนพื้นฐานของกาลเวลา เป็นจินตนาการถึงอนาคต เป็นพลังช่วยให้บุคคลดำเนิน ชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณค่า (ลออ, 2535; Bolander, 1994; Carven & Hirnle, 2003) เป็นหนทางให้บุคคล ได้ใกล้ชิดกับความต้องการจำเป็นของชีวิต เป็นพลังกระตุ้นให้เกิดความอดทนเมื่อมองเห็นชัยชนะ อยู่เบื้องหน้า เป็นพลังสำคัญในการดำรงชีวิตของมนุษย์ (Miller, 1992) บุคคลที่มีความหวังจะเชื่อว่า ถ้าหากสิ่งที่ปรารถนานั้นบรรลุจุดหมาย ชีวิตจะเปลี่ยนไปในทางที่ดี หรือสามารถแก้ไขปัญหา ต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิตได้

สรุปได้ว่า ความหวังเป็นความคิด ความรู้สึกของบุคคลที่มีการคาดหมายถึงการประสบความสำเร็จในสิ่งที่ดีงาม เป็นเรื่องเฉพาะตัวบุคคล ความหวังเป็นสิ่งที่ทุกคนต้องการ และเป็น องค์ประกอบที่สำคัญของความรู้สึกอิมเมอใน ชีวิตของบุคคล ทำให้คนมองโลกในแง่ดี ก่อให้เกิด ความสุขในชีวิต

ความหวังมี 3 ระดับ (Miller, 1992) คือ ระดับที่ 1 เป็นความปรารถนาทั่วไป ไม่จริงจังมาก (superficial wish) ระดับที่ 2 เป็นความหวังเกี่ยวกับสัมพันธภาพที่ดี หวังที่จะพัฒนาตนเองไป ในทางที่เหมาะสม และประสบความสำเร็จ ระดับที่ 3 เป็นความหวังระดับสูงสุดของบุคคล ซึ่ง บุคคลหวังจะหลุดพ้นจากความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมาน ความลำบาก การถูกกักขัง หรือขาด อิศรภาพ ความหวังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น ความรุนแรงของโรค การรับรู้ความไม่สุขสบาย ความเครียดและการเผชิญความเครียด การปรับตัว ดังการศึกษา ของเพ็ญจันทร์ (2536) พบว่า ความหวังและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา แล้วมีอาการข้างเคียงทำให้ความหวัง ของผู้ป่วยลดลง และความหวังสัมพันธ์กับความเครียดและการปรับตัว ผู้ที่มีความเครียดสูง การดำเนินโรคไม่ดี การปรับตัวไม่ดี ทำให้ไม่มีความหวัง (เจลิยวและสุดา, 2542; ละเอียด, 2535)

สำหรับในมุมมองนักการศาสนาและปรัชญา แสง (2534) ได้แบ่งความต้องการทางด้านจิต วิญญาณออกเป็น 5 ประเภทคือ 1) ความต้องการด้านปรัชญาชีวิต (need for principle of life) เป็น ความต้องการที่จะรู้ความหมายของสิ่งต่าง ๆ รวมทั้งความหมายแห่งชีวิตตนเอง เมื่อทราบแล้วจะได้ ดำรงชีวิตอย่างมีความหมาย สำหรับชาวพุทธ โดยทั่วไปเชื่อผลของกรรม ถ้าทำความดีจะเกิดกุศล ผลบุญ ส่งเสริมบารมีอุปถัมภ์ค้ำจุนให้ได้ผลตอบแทนทั้งในชาตินี้และชาติหน้า ดังนั้นบุคคลจึง วางแผนระยะยาวสำหรับชีวิตตามความเชื่อที่ถูกหล่อหลอม ด้วยจรรยา มีชีวิตที่มีแบบแผนแน่นอน มีเป้าหมายชัดเจน ส่งผลให้ออกมาเป็นการกระทำ คำพูด ความคิดมีเป้าหมาย มีความรับผิดชอบในหน้าที่ การงาน ดำรงชีวิตด้วยคุณธรรม พยายามเว้นจากความชั่ว 2) ความต้องการสิ่งที่ดี (need for the good) มนุษย์อยู่ร่วมกันเป็นสังคม ทำให้เกิดความสัมพันธ์ในฐานะเพื่อน สามี ภรรยา บิดา มารดา ลูกหลาน

ปู่ย่า ตายาย ทำให้มีการเกื้อกูลกันทั้งในยามปกติ และเจ็บป่วย เป็นธรรมชาติของคนอยากใ้บุคคลรอบข้างเป็นคนดี เมื่อเจ็บป่วยต้องการพยาบาลที่ดี เข้าใจความต้องการของตน ให้การดูแลด้วยความเมตตากรุณา ต้องการให้ญาติมาเยี่ยมเป็นกำลังใจ สร้างความหวัง ต่อสู้กับโรค 3) ความต้องการความสุขขั้นสูง (need for higher happiness) 4) ความต้องการความสมบูรณ์ (need for perfection) ในบุคคลที่นับถือศาสนา และมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติตามหลักของศาสนาจนบรรลุเป้าหมายสูงสุดของชีวิต จะได้พบกับความหลุดพ้น จากความไม่เที่ยงแท้ของชีวิต มีความเป็นนิรันดร 5) ความต้องการที่พึ่งอันประเสริฐ (need for supreme refuge) มนุษย์เป็นสัตว์อ่อนแอ แม้มีความรู้ความสามารถ แต่ผู้พลังธรรมชาติไม่ได้ มนุษย์จึงต้องพึ่งสิ่งยึดเหนี่ยวที่อยู่นอกเหนือกฎเกณฑ์ เช่น สิ่งศักดิ์ที่ตนนับถือ ช่วยคลบ้นดาลให้เหตุร้ายกลายเป็นดี มีพลังต่อสู้ชีวิต

1.4 ระดับภาวะจิตวิญญาณของบุคคล

มนุษย์ทุกคนมีความต้องการการตอบสนอง ด้านจิตวิญญาณ นั่นคือการตอบสนองความต้องการที่จะมีชีวิตที่มีคุณค่า มีความหมาย สามารถอยู่ในสิ่งแวดล้อมตามค่านิยมของตนเอง มีพลังในการดำรงชีวิต สามารถรักให้อภัยผู้อื่น ในขณะที่เดียวกันต้องการรับความรักและการให้อภัยจากผู้อื่น ดังนั้นระดับภาวะจิตวิญญาณของบุคคล จึงขึ้นกับปริมาณการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของบุคคลนั้น (ทศนีย์, 2545ข; ฟาริดา, 2539; อวยพร, 2534)

ภาวะจิตวิญญาณของบุคคล เช่นเดียวกับภาวะกายและจิตของบุคคล นั่นคือมีทั้งสุขภาพดี และภาวะเจ็บป่วย เมื่อพิจารณาตามแกนของความต่อเนื่องของภาวะสุขภาพ สามารถจัดระดับภาวะจิตวิญญาณออกเป็น 3 ระดับ คือภาวะการมีความผาสุก สงบเยือกเย็น สมหวัง (spiritual well being) ภาวะที่ได้รับการตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณไม่เพียงพอ (spiritual need deficit) และภาวะขาดการได้รับการตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ หรือขาดสิ่งยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจ (spiritual distress) (ฟาริดา, 2539; อวยพร, 2534)

1.4.1 ภาวะผาสุกทางจิตวิญญาณ (spiritual well being) เป็นภาวะที่บุคคลได้รับการตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณอย่างเพียงพอ ทำให้บุคคลเหล่านี้ สงบเยือกเย็น สมหวัง มีใบหน้าสดชื่น หัวเราะเป็น สามารถแสดงความรักต่อผู้อื่น อย่างจริงใจ โดยการกระทำในขณะเดียวกันสามารถตอบสนองการแสดงความรักของผู้อื่น ได้อย่างเหมาะสม เป็นผู้ที่กินง่าย นอนง่าย สร้างสรรค์ สามารถแสดงความพึงพอใจหรือชื่นชมในประสบการณ์ของตน และสิ่งแวดล้อม เป็นผู้ที่มิกำนิยมในความเป็นคนของตนมากกว่ารูปลักษณ์ หรือส่วนประกอบภายนอก (ฟาริดา, 2539; อวยพร, 2534; Craven & Himle, 2003; Landis, 1996 อ้างตาม เสาวลักษณ์, 2545; Morris, 1996 อ้างตาม สมพร, 2541)

ตนเอง แสดงความโกรธต่อพระเจ้า หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ มองความเจ็บป่วยเป็นการถูกลงโทษ มักปรากฏอาการทางกายร่วมด้วย เช่น เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ ฝันร้าย เป็นต้น พฤติกรรมที่แสดงออกมีหลายรูปแบบ เช่น ก้าวร้าว หรือมีพฤติกรรมไปในทางเสื่อมพึ่งพาบุคคลอื่น สิ่งเสพติดและของมีนเมา แยกตัว ซึมเศร้า ท้อถอย ปรับตัวไม่ได้ ป่วยทางจิต แสวงหาพิธีกรรมทางศาสนา หรือไสยศาสตร์อย่างคลั่งไคล้ หรือตัดขาดจากกิจกรรมทางศาสนาที่เคยปฏิบัติ ไม่เชื่อว่ากรรมมีจริง ไม่เชื่อว่าพระเจามีจริง เป็นต้น (สมพร, 2533; อวยพร, 2534; Carpenito, 1993)

ภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณอาจแสดงออกทางด้านร่างกายได้ (สมพร, 2533; Carson, 1989; Dugan, 1988; Morris, 1996) อ้างตาม สมพร, 2541) กล่าวถึงอาการที่บ่งชี้ถึงภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณดังนี้

1. แสดงถึงความกังวลเกี่ยวกับความหมายของการมีชีวิตอยู่และความตาย
2. แสดงความโกรธแค้นต่อพระเจ้าเป็นเจ้า
3. แสดงความสงสัยเกี่ยวกับความทุกข์ทรมาน
4. แสดงความขัดแย้งเกี่ยวกับความเชื่อ
5. ตั้งคำถามเกี่ยวกับความสัมพันธ์กับพระเจ้า สิ่งศักดิ์สิทธิ์
6. ตัดสินใจเกี่ยวกับการปฏิบัติศาสนกิจไม่ได้
7. ร้องขอความช่วยเหลือทางด้านจิตวิญญาณ
8. ไม่ยอมรับตนเองมีการดิ้นรนตนเอง
9. ปฏิเสธความรับผิดชอบต่อตนเอง
10. มองความเจ็บป่วยเป็นการถูกลงโทษ
11. มีพฤติกรรมอารมณ์เปลี่ยนแปลงแสดงออกโดยการโกรธ ร้องไห้ แยกตนเอง

หมกมุ่นครุ่นคิด วิตกกังวล ไม่เป็นมิตร เฉยเมย ฝันร้าย นอนไม่หลับ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณมีหลายปัจจัย ซีเวิร์ทเซน (Severtsen, 1991) ได้สรุปปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณไว้ดังนี้

1. ปัจจัยด้านการสูญเสีย (loss) เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่เกี่ยวข้องกับการบีบคั้นทางจิตวิญญาณ การสูญเสียอาจมีความสำคัญมาก หรือสำคัญน้อยแล้วแต่เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นประสบการณ์ที่เป็นพลังอัตโนมัติของบุคคลในการตัดสินใจใหม่เกี่ยวกับการมีความหมายในชีวิต เมื่อมีการสูญเสียเกิดขึ้น เช่น การเจ็บป่วย การตาย การเกษียณจากงานประจำ
2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (environment) การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมอาจนำไปสู่ภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณได้ เมื่อคนต้องแยกจากวัฒนธรรมต่าง ๆ ในชุมชน ศาสนา ต้องแยกจากกลุ่มสังคม มีการขัดขวางการปฏิบัติตามค่านิยม ความเชื่อ หรือขาดจากสิ่งที่ให้ชีวิตมีความหมาย

3. ปัจจัยด้านอารมณ์ (emotion) ถ้าคนมีอารมณ์ซึมเศร้า กังวลไม่มีความสุข ที่เกิดจากการไม่สามารถจัดการกับสถานการณ์ต้นเหตุได้ กิจกรรมความเศร้าโศกจะเป็นสิ่งที่ทำให้คนมีความผูกพันทางอารมณ์อย่างแรงกล้ากับสิ่งที่เขาคิดว่ามีความผิดพลาด เป็นเหตุให้เกิดภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ ถ้าสถานการณ์ที่เป็นสาเหตุทางอารมณ์ได้รับการแก้ไข ความหมายในชีวิตจะคืนแก่บุคคลนั้น แม้ว่าบางครั้งอาจแตกต่างจากก่อนที่เกิดสิ่งดังกล่าว ภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณก็จะบรรเทาลง คนจะให้ความหมายในชีวิตตนเองอีกครั้งหนึ่ง

เนื่องจากบุคคลเป็นระบบเปิด ซึ่งมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ตลอดเวลาอย่างต่อเนื่องจากการมีปฏิสัมพันธ์นี้เอง ทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ระดับภาวะจิตวิญญาณของบุคคล จึงแปรเปลี่ยนได้จาก ระดับหนึ่งไปสู่อีกระดับหนึ่ง ระดับที่เป็นที่ต้องการของมนุษย์และเป็นวัตถุประสงค์สูงสุดของพยาบาลคือ ระดับที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณ (spiritual well being)

1.5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะจิตวิญญาณ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะทางจิตวิญญาณ มีหลายสถานการณ์ที่มีผลกระทบต่อชีวิตจะเกี่ยวข้องกับความรู้สึกรู้สึกนึกคิดของแต่ละคน เช่นความรู้สึกรู้สึกในการมีความหมายของชีวิต อาจจะมีอิทธิพลจากการเปลี่ยนแปลงงาน จากการล้มเหลวในการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การสูญเสีย ซึ่งจากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะจิตวิญญาณมีดังนี้

1.5.1 อายุ มีส่วนเกี่ยวข้องกับความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับตนเอง การรับรู้ การแปลความหมาย การเข้าใจความหมายชีวิต การตัดสินใจ โดยเฉพาะเมื่ออายุมากขึ้น ผู้สูงอายุจะมีการพึ่งพาศาสนาหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์เพื่อสร้างความหมายในชีวิต และความหวัง ทำให้ผู้สูงอายุยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และยอมรับการเจ็บป่วยได้ดีกว่าผู้ที่อายุน้อยกว่า สอดคล้องกับคำกล่าวของคาร์เพนิโต (Carpenito, 1993) ที่ว่าผู้สูงอายุจะมีความเชื่อมั่นในจิตวิญญาณของชีวิตมากกว่าคนหนุ่มสาว หรือคนที่มีอายุน้อยกว่า มีความพึงพอใจในความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และผู้สูงอายุสามารถให้ความหมายของการเปลี่ยนแปลงในทางลบของร่างกาย การนับถือศาสนา หรือการปฏิบัติพิธีกรรม สามารถกระตุ้นให้มีจุดมุ่งหมายในชีวิต จากการศึกษาของไฮฟิลด์ (Highfield, 1992 อ้างตาม วงรัตน์, 2544) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดในระยะ 3 และระยะ 4 มีการประเมินภาวะสุขภาพทางจิตวิญญาณของตนมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับอายุ

1.5.2 เพศ สังคมไทยเพศชายจะมีอำนาจและสถานภาพสูงกว่าเพศหญิงปัจจัยที่กำหนดสถานภาพของผู้หญิงไทยคือ ประเพณีการเลี้ยงดู กฎหมาย ศาสนา แต่ในสถานภาพแวดล้อมปัจจุบันเพศหญิงมีโอกาสทัดเทียมเพศชายมากขึ้น แม้ว่าสังคมไทยนำทางศาสนาเกือบทั้งหมดเป็นผู้ชาย แต่กิจกรรมตามประเพณี เพศหญิงมีบทบาทไม่แพ้เพศชาย เมื่ออายุมากขึ้นเพศชายจะเฉื่อยชา ไม่แข่งขันแต่เพศหญิงมีบทบาทเด่นขึ้น ทำให้การมีความหมายในชีวิตเด่นกว่า

เพศชาย แต่เพศหญิงอายุยืนกว่าเพศชาย จึงมี โอกาสโคดเคียวได้สูงกว่าเพศชาย ทำให้ถูกคามเกิดความบีบคั้นทางจิตวิญญาณได้ง่าย (Morris, 1996) และจากการศึกษาของรีด (Reed, 1986) พบว่าหญิงสูงอายุระยะสุดท้ายจะให้ความสำคัญทางศาสนาสูงกว่าเพศชาย และการศึกษาของศิริวรรณ (2538) ผู้สูงอายุเพศชายให้ความสำคัญเรื่องศาสนาต่อชีวิตประจำวันมากกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง

1.5.3 สถานภาพสมรส เป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับภาวะทางจิตวิญญาณ เนื่องจาก ผู้ที่มี สถานภาพสมรสคู่ โดยเฉพาะผู้สูงอายุมักเป็นกลุ่มบุคคลที่มีสุขภาพดี อายุยืนกำลังใจดี สามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้ดี (ศรีเรือน, 2536) เนื่องจากคู่สมรสมีความใกล้ชิดสนิทสนม มีความรัก ความเข้าใจ และการพึ่งพาเป็นพื้นฐาน แม้เจ็บป่วยมีผู้คอยให้ความช่วยเหลือ ห่วงใย เกิดความอบอุ่น ไม่เหงา สามารถพัฒนาทางจิตวิญญาณ มีความรู้สึกไว้วางใจ มีความรัก การให้อภัย คอยช่วยเหลือ ตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย จิตสังคม และโดยเฉพาะด้านจิตวิญญาณ เช่นการทำบุญ ตักบาตร สอดคล้องกับการศึกษาของบุบผา (2536) พบว่าคู่สมรสจะเป็นสิ่งที่ให้ความหมายในชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง

1.5.4 การศึกษา เป็นการช่วยเพิ่มภูมิปัญญา สามารถมองชีวิตด้วยมุมมองทั้งในทางโลกและทางธรรมไปด้วยกัน มีความอดทนและเพียรพยายาม สามารถควบคุมการตัดสินใจให้อยู่ในขอบเขตความถูกต้อง ประสบการณ์ชีวิตช่วยบุคคลใช้กระบวนการคิดและทักษะในการแก้ปัญหา มีผลโดยตรงต่อการพัฒนาทางจิตวิญญาณ ผู้ที่มีการศึกษามากกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย ผู้ที่มีการศึกษามากจะมีการตัดสินใจ สามารถใช้สถานการณ์หรือประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาเป็นแนวทางในการให้ความหมายของชีวิตดีกว่าผู้ที่การศึกษาต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของสายพินและวิมลรัตน์ (2539) พบว่าระดับการศึกษาของผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอดส์จะมีความสัมพันธ์กับภาวะเหนือตนเอง และจากการศึกษาของรสสุคนธ์ (2537) พบว่าระดับการศึกษาจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต

1.5.5 รายได้หรือฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นปัจจัยที่สามารถอธิบายพฤติกรรมของบุคคล โดยระดับรายได้เป็นปัจจัยกำหนดการร่วมกิจกรรมทางศาสนา หรือการทำพิธีกรรมต่าง ๆ ผู้ที่มีเศรษฐกิจดีมีเงินใช้จ่ายไม่เป็นภาระกับใคร โดยเฉพาะผู้สูงอายุ เมื่อเจ็บป่วยทำให้ลูกหลานมีความเอื้ออาทร ชาวพุทธเชื่อเรื่องการเวียนว่ายตายเกิด การทำบุญซึ่งต้องใช้จ่ายประกอบ ศรีเรือน (2536) กล่าวว่าความมั่นคงทางการเงินเป็นปัจจัยสำคัญในการทำให้อคนมีความสุขและมีความภาคภูมิใจยามชรา สอดคล้องกับการศึกษาของรสสุคนธ์ (2537) พบว่าระดับรายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับแบบแผนในการดำเนินชีวิต ด้านความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต มีความพึงพอใจในตนเอง ทำให้จิตวิญญาณอยู่ในระดับสมบูรณ์

1.5.6 ศาสนา ศาสนามีความสำคัญต่อมนุษย์ตั้งแต่เกิดจนตาย การปฏิบัติทางศาสนาจะช่วยให้จิตวิญญาณของคนสมบูรณ์ขึ้น ศาสนาช่วยให้คนเข้าใจตนเอง มีกำลังใจ มีความ

ทุกข์ทรมานลดลง หลุดพ้นจากความกลัว ผู้ป่วยนอกจากใช้ศาสนาเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต ยังใช้ศาสนาเป็นสิ่งที่ศักดิ์สิทธิ์ สามารถทำให้เกิดกำลังใจ ให้ความคุ้มครองให้ความหวัง (Shaffer, 1991) และจากการศึกษาของรีด (Reed, 1986) พบว่า ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต จะมีความศรัทธาในศาสนา มากกว่ากลุ่มที่มีสุขภาพดี แต่จากการศึกษาไม่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีความศรัทธาในศาสนา ต่างกันจะมีการประเมินภาวะจิตวิญญาณที่ต่างกัน ซึ่งแนวคิดศาสนาพุทธสอนเกี่ยวกับ การเกิด แก่ เจ็บ ตาย เมื่อมีชีวิตละเว้นความชั่วทำแต่ความดี แสวงหาทางให้หลุดพ้นจากความทุกข์ ทำจิตใจให้สงบ ศาสนาอิสลามเห็นว่าพระเจ้าเป็นผู้เริ่มให้จิตวิญญาณ การอบรมเลี้ยงดูอย่างมีเหตุผล จะช่วยเสริมให้มีจิตวิญญาณที่ดี ชาวมุสลิมมีจุดมุ่งหมายของชีวิตคือ การมีชีวิตที่ผาสุกนิรันดร และเตรียมพร้อมที่เผชิญความตายไปสู่ความเมตตาของอัลลอฮ์ ชาวมุสลิมเชื่อว่าชีวิตที่แท้จริง คือชีวิตหลังความตาย (เสาวนีย์, 2535) ชาวพุทธเชื่อเรื่องการเวียนว่ายตายเกิด การทำบุญ

1.5.7 ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย เป็นปัจจัยที่เป็นสิ่งเร้าที่บุคคลมีการเผชิญโดยตรง และมีผลกระทบต่อองค์กรรวม โดยเฉพาะการเจ็บป่วยเรื้อรัง ต้องใช้เวลาในการรักษานาน โรคมักทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อย รับรู้แต่เพียงว่าไม่อาจรักษาได้ การรักษาในปัจจุบันแค่บรรเทาอาการ ทำให้ส่งผลกระทบต่อแบบแผนการดำเนินชีวิต ทำให้บางคนมองว่าเป็นโชคไม่ดี หรือมองว่าการเจ็บป่วยเป็นการถูกลงโทษจากพระเจ้า หรือสิ่งศักดิ์ที่ตนนับถือ ทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตไปสู่จุดมุ่งหมายที่ตนเองตั้งใจไว้ได้ มีความรู้สึกสูญเสียอำนาจแห่งตน (loss of control) ทำให้มีการแสดงออกถึงความว้าวุ่น รู้สึกผิด บาป เบื่อหน่ายชีวิต หมดกำลังใจ เป็นสิ่งขัดขวางเป้าหมายชีวิต ชีวิตล้มเหลวไม่สามารถควบคุมตนเองได้ รู้สึกสิ้นหวัง ทำให้เกิดความบีบคั้นทางจิตวิญญาณ ซึ่งคราเวนและไฮน์ (Craven & Hirmler, 2003) กล่าวว่าเมื่อเกิดความเจ็บป่วยคนต้องมีการปรับตัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยกระทบต่อจิตวิญญาณ เช่นเดียวกับ เชฟเฟอร์ (Shaffer, 1991) กล่าวว่าระดับความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัย ที่อาจทำให้เกิดความเจ็บปวดด้านจิตวิญญาณได้ และจากการศึกษาของไฮฟิลด์ (Highfield, 1992 อ้างตาม วงรัตน์, 2544) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอด มีสุขภาพจิตวิญญาณในเชิงบวกกับการมีสุขภาพดี

1.5.8 การรับรู้ประสบการณ์ภาวะวิกฤตในชีวิต ภาวะวิกฤตในชีวิตเกิดขึ้นได้กับทุกคน ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ เช่นความเจ็บป่วย การสูญเสีย ความชรา ประสบการณ์เหล่านี้ทำให้คนดิ้นรนให้พ้นจากสภาพที่เป็นอยู่ ภาวะวิกฤตในชีวิตจะช่วยให้บุคคลสร้างกลไกในการเผชิญกับปัญหาเพื่อเพิ่มความแข็งแกร่ง และความสามารถในการแก้ปัญหาที่ผ่านเข้ามาในชีวิต ภาวะจิตวิญญาณของตนเองเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญ คนที่มีความสัมพันธ์กับสิ่งนอกเหนือตน มีความศรัทธาในพระเจ้า ทำให้สามารถทำความเข้าใจให้ความหมายกับภาวะวิกฤตและความเป็นจริง ที่เกิดขึ้นทำให้รู้สึกสงบ อบอุ่น มั่นคงในจิตใจ มีความหวัง สามารถเผชิญกับภาวะวิกฤตในชีวิตที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เพื่อให้ดำรงชีวิตอย่างมีความสุขภายใต้สถานการณ์ที่จำกัดของชีวิต (สายพินและวิมลรัตน์, 2539)

1.5.9 สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งต่อภาวะทางจิตวิญญาณของผู้ป่วย เนื่องจากครอบครัวเป็นหน่วยที่มีความผูกพันใกล้ชิดซึ่งกันและกัน ในระหว่างสมาชิก การได้รับการประทับประคอง ความรัก ความเข้าใจจากครอบครัวเมื่อเจ็บป่วย จะเป็นหนทางในการสร้างจิตวิญญาณของคน ผู้ป่วยจะมีสุขภาพกาย สังคม และจิตวิญญาณดีไม่ได้ถ้าสัมพันธภาพภายในครอบครัวเสื่อมลง สอดคล้องกับศรีเรือน (2536) เชื่อว่าผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์ที่ดีกับลูกหลานจะเป็นผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกมั่นคงในชีวิต เกิดพลังใจในการเผชิญกับความเจ็บป่วย ยอมรับความตายทำให้มีความหวังในการดำเนินชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของอุไรวรรณ (2543) ศึกษาสัมพันธภาพในครอบครัวกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุพบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ เนื่องจากการได้รับการดูแลเอาใจใส่ มีความใกล้ชิดอบอุ่น ทำให้ได้รับรู้ถึงความรักที่ได้รับ ทำให้ชีวิตมีความหวังทำให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ แต่คนที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี จะมีความรู้สึกว่าชีวิตไม่มีความหมาย ขาดความรัก ทำให้ความผาสุกทางจิตวิญญาณลดลง

1.5.10 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันตามความจำเป็นและความต้องการพื้นฐาน เป็นเครื่องชี้วัดความผาสุกในชีวิต (ทัศนีย์, 2537) เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตในการกระทำกิจกรรมในแต่ละวันได้ด้วยตนเอง ดังนั้นผู้ป่วยที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี แสดงถึงการมีความสามารถในการดำเนินชีวิตที่ดี สามารถดำรงบทบาทตนเองได้เหมาะสม รวมทั้งการปฏิบัติในกิจกรรมที่ให้ความหมายในชีวิต เช่นการไหว้พระ การละหมาด ทำให้รับรู้ว่าคุณค่า มีความหวังในการดำรงชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของยุพิน (2537) พบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นตัวแปรที่สำคัญที่สุดในการทำนายความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับ คราเวนและไฮน์ (Craven & Hirnle, 2003) กล่าวว่า เมื่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงจะทำให้ระดับจิตวิญญาณมีการเปลี่ยนแปลงด้วยเช่นกัน

1.5.11 การถูกแยกจากแหล่งที่สร้างภาวะจิตวิญญาณ (separation from spiritual ties) ประสบการณ์ของการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยสามารถที่จะขัดขวางการพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณได้ การที่ต้องถูกแยกจากคนอื่น ถูกแยกจากบ้าน และทุกอย่างที่คุ้นเคย การขาดความเป็นอิสระ หรือความเป็นเอกสิทธิ์ การขาดการสนับสนุนทางสังคม หรือครอบครัวอาจทำให้ขาดความมั่นคงในชีวิตได้ กิจวัตรประจำวันที่เคยปฏิบัติอาจมีการเปลี่ยนแปลง คนอาจไม่สามารถได้รับการดูแลตามปกติ ทั้งในด้านความต้องการและการสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งการแยกจากแหล่งทางจิตวิญญาณ จะเสี่ยงต่อการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ทางจิตวิญญาณ

1.5.12 ลักษณะทางจริยธรรมที่ขัดขวางการรักษา (moral Issues regarding therapy) ตามความเชื่อในศาสนา จะเห็นว่า การฟื้นฟูหรือกระบวนการหายจากการเจ็บป่วย ดูเหมือนมี

ความเชื่อว่าเป็นส่วนหนึ่งที่เกิดจากพระเจ้า และมีความเชื่อบางอย่างที่ขัดแย้งกับการแพทย์แผนปัจจุบัน เช่น ผู้ป่วยมีความเชื่อว่าหากเป็นแผลถ้ารับประทานไข่มุก ๆ แผลจะเป็นหนองได้ ในขณะที่แพทย์ และพยาบาล แนะนำให้รับประทานไข่มุก ๆ เพื่อให้แผลหายเร็ว หรือผู้ป่วยมุสลิมจะไม่ยอมรับการถ่ายเลือดเช่นเดียวกับชาวยิว เพราะมีความเชื่อในเรื่องคำสอนของพระเจ้า ศาสนาคริสต์จะไม่ยอมรับการทำแท้ง เนื่องจากมีความเชื่อว่าวิญญาณของคนจะเข้าไปในร่างกายขณะตั้งครรรภ์ นอกจากนั้น การรักษาของแพทย์ในหลาย ๆ อย่าง ที่มีผลกระทบกับคำสอนทางศาสนา เช่น การตัดสินใจเรื่องความตาย การปลูกถ่ายอวัยวะ การตัดปลายอวัยวะเพศชาย การคุมกำเนิด การดองศพ

1.5.13 ความไม่เพียงพอหรือความไม่เหมาะสมในการดูแล (inedequate or inappropriate care) พยาบาลบกพร่องในการดูแลหรือเลี้ยงในการที่จะดูแลทางด้านจิตวิญญาณที่พยาบาลจะให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งมีหลายเหตุผลว่าทำไมพยาบาลจึงหลีกเลี่ยงการดูแลด้านจิตวิญญาณ ซึ่งแกรนสตรอม (Granstrom, 1985) กล่าวว่า การตอบสนองด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยบกพร่องเนื่องจากพยาบาลไม่ตระหนักต่อความสำคัญในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ หรือพยาบาลขาดความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ ทำให้เกิดการหลีกเลี่ยง เกิดความกังวลใจ ไม่กล้าตัดสินใจ บางครั้งมีความขัดแย้งเกี่ยวกับความเชื่อและค่านิยม ระหว่างตัวพยาบาลและผู้ป่วย ทำให้บางครั้งพยาบาลมองสิ่งยึดเหนี่ยวหรือความเชื่อและค่านิยมระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ทำให้บางครั้งมองความเชื่อและสิ่งยึดเหนี่ยวของผู้ป่วยเป็นสิ่งเหลวไหล ไม่น่าเชื่อถือ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพทางจิตวิญญาณ

1.6 การประเมินทางด้านจิตวิญญาณ

ในการประเมินเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณให้สอดคล้องและครอบคลุมทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยนั้น การประเมินความต้องการทางด้านจิตวิญญาณนับว่าเป็นกิจกรรมหนึ่งที่สำคัญสำหรับพยาบาล ซึ่งในการประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณนั้น ต้องอาศัยพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกมา ซึ่งเป็นการแสดงออกทางการปฏิบัติที่สามารถสังเกตได้ แต่ในคนที่สังเกตไม่พบการแสดงออกเกี่ยวกับความต้องการด้านจิตวิญญาณ ใช่ว่าไม่มีความต้องการด้านจิตวิญญาณ ในกรณีนี้ต้องใช้การพูดคุยซักถาม

เนื่องจากความต้องการด้านจิตวิญญาณ มีความไม่คงที่เปลี่ยนแปลงได้ การประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณจึงต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง เช่นเดียวกับการประเมินความต้องการด้านอื่น ๆ ในการประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณมีวิธีการประเมินเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ 2 วิธี ดังนี้คือการสังเกตและการสัมภาษณ์ (เกสรินทร์, 2544; ทศนีย์, 2543; นุบผา, 2546; ฟารีดา, 2539; อุไรวรรณ, 2543; อวยพร, 2534; Carson, 1998) ซึ่งมีรายละเอียดในการประเมินดังนี้

1.6.1. การสังเกต พยาบาลสามารถสังเกตผู้รับบริการต่าง ๆ หรือใช้การสังเกต ในขณะที่ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลให้แก่ผู้ป่วย ในบางครั้งข้อมูลที่ได้จากการสังเกต อาจจะไม่สมบูรณ์ หรือไม่ชัดเจน อาจต้องมีการสัมภาษณ์ร่วมด้วย สิ่งที่ต้องสังเกต

1.6.1.1 สังเกตอารมณ์และพฤติกรรมทั่วไป เช่น ท่าทางการแสดงอารมณ์ โกรธ หงุดหงิด ว้าวุ่น สังเกตสีหน้า เช่น ใบหน้าแสดงความกังวล ครุ่นคิด หน้าตาหม่นหมอง เศร้า เฉยเมย หรือ ใบหน้าเบิกบาน ใบหน้าสดชื่น ขณะปฏิบัติกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง การสังเกตพฤติกรรมอื่น ๆ เช่น ชอบอ่านหนังสือธรรมะ เอาเครื่องรางของขลังออกมากราบไหว้บูชา ซื่อพวงมาลัยมาไว้บริเวณเตียง ขออนุญาตออกไปซื้อของตักบาตร ไปไหว้สถานที่ศักดิ์สิทธิ์ต่างๆ เป็นต้น

1.6.1.2 การสังเกตการพูด ลักษณะคำพูดที่ใช้ตลอดจนน้ำเสียง เมื่อพูดถึงพระเจ้า สิ่งศักดิ์สิทธิ์ ความเชื่อ ความศรัทธาของตนเอง เป้าหมายชีวิต ความสัมพันธ์ระหว่างความเจ็บป่วยต่อชีวิตประจำวัน กิจกรรมทางศาสนา โดยปกติแล้วคนไทยจะเป็นคนอดทน เก็บความรู้สึกเก่ง หลายรายไม่กล้าพูด ไม่กล้าบอกความรู้สึกแก่พยาบาล เนื่องจากอายุพยาบาลเกรงว่าจะไม่ยอมรับความเชื่อของตนเอง รวมทั้งไม่แน่ใจว่าพยาบาลจะช่วยเหลือได้หรือไม่ การที่ผู้ป่วยบอกความรู้สึก แสดงว่าพยาบาลผู้นั้นผู้ป่วยไว้วางใจหรือผู้ป่วยเคยได้รับประสบการณ์จากการเห็นการกระทำของพยาบาลผู้นั้น พฤติกรรมการพูดของผู้ป่วย จะแสดงออกมาในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การบ่น ได้แก่ การบ่นเกี่ยวกับความทุกข์ใจ บ่นคิดถึงลูก หรือคนที่ผูกพันด้วยเป็นอย่างมาก บ่นเกี่ยวกับการผ่าตัดที่จะเกิดขึ้น บ่อยครั้งที่ผู้ป่วยไม่บอกว่าตนเองกลัว หรือกังวล เช่น การกลัวเกี่ยวกับการผ่าตัดซึ่งผู้ป่วยมักจะแสดงออกด้วยการปฏิเสธการผ่าตัด ตั้งเงื่อนไขในการผ่าตัด เช่น ต้องการพบพระสงฆ์องค์ที่ตนเองศรัทธาก่อน ขอพบลูกที่อยู่ต่างจังหวัดก่อน

1.6.1.3 การสังเกตการติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่น เช่น มีญาติมาเยี่ยมบ้างหรือไม่ ญาติคนที่มาเยี่ยมบ่อยที่สุดเป็นใคร เมื่อพบญาติแล้วผู้ป่วยมีพฤติกรรมอย่างไร เช่น บุตรสาวมาเยี่ยมผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น เบิกบาน ท่าทางมีความสุข สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้รับประทานอาหารได้ หรือให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี ซึ่งอาจมีท่าทางแตกต่างกับการมาเยี่ยมของบุคคลบางคน ที่อาจทำให้ผู้ป่วยหน้าตา เศร้าหมอง เป็นต้น

1.6.1.4 การสังเกตการเจ็บป่วยทางกาย การเจ็บป่วยทางกายหลายอย่างอาจเกิดขึ้น โดยไม่มีความสัมพันธ์กับปัญหาขณะนั้น เช่น ปวดศีรษะ เบื่ออาหาร หรือแสดงความกังวล ความกลัว เช่น นอนไม่หลับ ขอบตาเขียวคล้ำ เป็นต้น

1.6.1.5 การสังเกตสิ่งแวดล้อม สังเกตว่ามีสิ่งใด ๆ อยู่ใกล้กับผู้ป่วยที่แสดงถึงความเชื่อ ความผูกพันบ้าง เช่น ผ้ายันต์ สายสิญจน์ ขวดน้ำมนต์ ตรีศูร ฤๅษีพระ หนังสือธรรมะ หนังสือเกี่ยวกับศาสนา ดอกไม้บูชาพระ รูปถ่ายบุคคลอันเป็นที่รัก วิธีการปฏิบัติศาสนกิจ มีการใช้สิ่งใดเพื่อปลอบใจ การจัดวางสิ่งของ เครื่องใช้ประจำตัว

1.6.2 การสัมภาษณ์หรือการสนทนา จะช่วยให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง โดยอาจจะถามจากญาติหรือผู้ป่วย ซึ่งในหัวข้อที่สัมภาษณ์อาจลึกลงไปจนถึงความรู้สึกภายในที่สามารถบ่งบอกถึงสภาพทางจิตวิญญาณ การสัมภาษณ์อาจใช้ร่วมกับการสังเกต การสัมภาษณ์ครั้งแรกหรือเมื่อแรกเริ่มหรือในระยะที่เพิ่งเข้ามาอยู่ในหอผู้ป่วยใหม่ๆอาจได้ข้อมูลยากและไม่ตรงกับความเป็นจริง เพราะผู้ป่วยอาจไม่กล้าเปิดเผยข้อมูล จนกว่าผู้ป่วยจะเกิดความไว้วางใจ การสัมภาษณ์ของพยาบาล ต้องเป็นการสัมภาษณ์เพื่อการช่วยเหลือทางการพยาบาล (nursing therapeutic interview) คือพยาบาลต้องมีการเตรียมตัวอยู่เสมอ และมีจุดมุ่งหมายในการสัมภาษณ์ หรือการสนทนาทุกครั้ง ซึ่งการสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้พยาบาลได้ทราบว่า ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณได้รับการตอบสนองมากน้อยเพียงใด หรือมีภาวะวิกฤตทางจิตวิญญาณหรือไม่โดยการถามความต้องการด้านจิตวิญญาณทั้ง 4 ด้าน คือ 1) ความต้องการมีความหมายเป้าหมายชีวิต ตัวอย่างคำถาม เช่น อะไรหรือสิ่งใดให้คุณค่าทางใจ หรือให้ความหมายแก่ท่านมากที่สุด อะไรคือเป้าหมายในชีวิตของท่าน ใครคือบุคคลที่สำคัญที่สุดในชีวิตของท่าน หรือการสะท้อนกลับคำพูดพรรณนาถึงสิ่งที่ให้คุณค่า ให้ความหมายทางใจ หรือที่เป็นเป้าหมายชีวิตของผู้ป่วย 2) ความต้องการได้รับความรัก ความผูกพัน ตัวอย่างเช่น ใครหรืออะไรที่ท่านรักและผูกพันมากที่สุด พระเจ้ามีความสำคัญต่อท่านอย่างไร เทพเจ้า พระเจ้า หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์มีส่วนกำหนดหรือลิขิตชีวิตอย่างไร วัตถุประสงค์ที่สวมใส่ช่วยป้องกันอันตรายอย่างไร การปฏิบัติศาสนกิจมีผลต่อชีวิตอย่างไร หรือการสะท้อนกลับคำพูดและการแสดงออกของผู้ป่วยที่พูดถึงพระเจ้า การเอ่ยนามพระเจ้า เขาจะได้ไปอยู่กับพระเจ้า หรือการบ่นตัดพ้อต่อพระเจ้าที่ลงโทษให้เขาเจ็บป่วยในครั้งนี้ 3) ความต้องการให้ และรับการอภัย ตัวอย่างเช่น ท่านเคยให้อภัยแก่ใครเมื่อเห็นเขาทำผิดบ้างหรือไม่ เมื่อท่านทำผิดพลาดท่านต้องการให้คนอื่นให้อภัยแก่ท่านหรือไม่ ท่านโกรธแค้นใครบ้างหรือไม่ 4) ความต้องการมีความหวังและพลังใจที่เข้มแข็งขึ้น มีกำลังใจที่จะสู้ปัญหาหรืออุปสรรคที่กำลังเผชิญอยู่ ท่านมีความหวังในเรื่องอะไรบ้าง แหล่งสร้างขวัญกำลังใจเมื่อมีปัญหาอะไรบ้าง มีการบ่นบ่นบ้างหรือไม่ หรือการสะท้อนกลับคำพูดของผู้ป่วยที่กลัวการผ่าตัด ไม่แน่ใจว่าหลังผ่าตัดมีโอกาสรอดชีวิตหรือไม่ บอกกับพยาบาลว่าอยากพบพระสงฆ์ก่อนไปรับการผ่าตัด หรือชื่อของใส่บาตรทำบุญเข้าก่อนเข้าห้องผ่าตัด การสัมภาษณ์ต้องใช้การสังเกตร่วมด้วย หรือสัมภาษณ์เพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตมีความแจ่มชัดหรือมีความถูกต้องยิ่งขึ้น

1.6.3 การประเมินเพื่อรวบรวมข้อมูลด้านจิตวิญญาณในสถานการณ์ต่างๆ

1.6.3.1 การประเมินเมื่อแรกเริ่ม การประเมินแรกเริ่มมีข้อมูลแสดงความต้องการด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ ศาสนา การปฏิบัติศาสนกิจขณะอยู่ที่บ้าน ความหวังใน การรักษา บุคคลสำคัญหรือญาติสนิท ความหวังกังวล การดำเนินการสัมภาษณ์ แบ่งเป็น 3 ระยะ

1) การเตรียมตัวก่อนการสัมภาษณ์ เป็นขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลจากเอกสารได้แก่ บัตรผู้ป่วยนอก (OPD card) จะมีข้อมูลเกี่ยวกับการนับถือศาสนา สถานที่อยู่ ผู้นำส่ง รวมทั้งประวัติการเจ็บป่วย อาการนำส่ง ซึ่งเป็นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความต้องการด้านจิตวิญญาณ การประเมินระยะนี้พยาบาลต้องใช้วิธีการสัมภาษณ์การสังสังเกตและการฟัง

2) การดำเนินงานการสัมภาษณ์ ขณะดำเนินการสัมภาษณ์ พยาบาลต้องสังเกตพฤติกรรม บุคคลภายนอกของผู้ป่วยไปพร้อมๆกันด้วย การสัมภาษณ์ควรเริ่มต้นด้วยการทักทาย แนะนำตัวเองให้ผู้ป่วยทราบ การเริ่มต้นการสัมภาษณ์ควรเริ่มต้นจากปัญหาสุขภาพที่เป็นปัญหามาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล เนื่องจากพยาบาลได้ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการนับถือศาสนา และข้อมูลอื่น ๆ จากบัตรผู้ป่วยนอก หรือ OPD card มาก่อนแล้ว ดังนั้นลักษณะคำถามจึงเป็นการทบทวนความถูกต้อง ของข้อมูลมากกว่าการเริ่มคำถามใหม่ นอกจากนั้นยังเป็นการแสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่าพยาบาลมีความสนใจปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวหรือการสื่อสารลำบากสามารถสอบถามได้จากญาติสนิทของผู้ป่วย รวมทั้งศึกษาจากปัจจัยแวดล้อมต่าง ๆ ของผู้ป่วยได้แก่ เพศ วัย ระดับการศึกษา เศรษฐกิจ สังคม เป็นต้น ขณะดำเนินการสัมภาษณ์ มิใช่แต่ต้องการประเมินปัญหาและความต้องการ เพื่อรวบรวมข้อมูลเพียงอย่างเดียว ในบางกรณีจำเป็นต้องให้การช่วยเหลือผู้ป่วยไปพร้อมกัน ทั้งนี้เพื่อให้การสัมภาษณ์เป็นไปด้วยความราบรื่น

3) การจบการสัมภาษณ์ เมื่อพยาบาลได้ทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจนได้ข้อมูลครบถ้วน ตามแบบประเมินที่ต้องการแล้ว ควรสรุปประเด็นหรือเนื้อหาสำคัญ ๆ ที่ได้จากการสัมภาษณ์ในครั้งนี้ เพื่อเป็นการตรวจสอบข้อมูลที่ได้และเป็นการยืนยันว่า พยาบาลเข้าใจปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย และมีความพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือ

1.6.3.2 การประเมินเมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตต่าง ๆ ภาวะวิกฤตต่าง ๆ จากการรับรู้ของผู้ป่วยได้แก่ การผ่าตัดที่เสี่ยงต่อการสูญเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ เช่น แขน ขา หรือการผ่าตัดที่ทำให้ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลง เป็นต้น แพทย์ผู้รักษามีหน้าที่ให้ข้อมูลของความจำเป็นที่ต้องให้การรักษาด้วยวิธีนั้น ๆ ผลดีและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น หลังจากนั้นพยาบาลจะมีหน้าที่ประเมินความพร้อมในการผ่าตัด หรือการตรวจต่างๆ ที่ผู้ป่วยจะได้รับ รวมทั้งการเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย ในภาวะเช่นนี้ ทำให้ผู้ป่วยตกอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการเกิดความทุกข์ทางจิตวิญญาณ (spiritual distress) เนื่องจากการรับรู้หลักยึดในการดำเนินชีวิตของตนเองกำลังถูกรบกวนหรือบั่นทอน หรือรับรู้ว่าการผ่าตัดครั้งนี้ อาจทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามเป้าหมายที่ตนตั้งไว้ อาจต้องพลัดพรากจากคนที่ตนรัก และผูกพันยิ่ง ดังนั้นในสถานการณ์เช่นนี้ บุคคลจึงต้องการพลังใจที่เข้มแข็ง (internal strength) ต้องการความหวังเพื่อให้แคล้วคลาดจากอันตราย ที่อาจเกิดขึ้น วิธีการประเมินในสถานการณ์เช่นนี้ควรใช้วิธีการสัมภาษณ์ควบคู่กับการสังเกต เพื่อค้นหาว่าเมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤต เคยใช้อะไรช่วยเหลือตนเองให้เกิด

ความเข้มแข็ง กล้าแกร่ง เช่นสังเกตเห็นผู้ป่วยสวดมนต์บนเตียง นำเครื่องรางของขลังออกมากราบไหว้หรือลูบคลำ มีพวงมาลัยดอกไม้สดแขวนไว้ที่หัวเตียง ขออนุญาตออกจากหอผู้ป่วยไปใส่บาตรกราบไหว้พระพุทธรูปหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่อยู่ในบริเวณโรงพยาบาล หรือบริเวณใกล้เคียง บางคนขอพบพระสงฆ์ที่ตนเคารพศรัทธา ขอพบลูก บุคคลสำคัญที่ผู้ป่วยมีความผูกพันยิ่ง

1.6.3.3 การประเมินบุคคลสำคัญของผู้ป่วย การประเมินในส่วนนี้ใช้การสังเกตบุคคลสำคัญของผู้ป่วย โดยการสังเกตว่าผู้ที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลมักจะเป็นคนที่ใกล้ชิดเป็นคนที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย และมักเป็นบุคคลในครอบครัว ซึ่งเป็นบุคคลสำคัญของผู้ป่วย และสังเกตว่าใครมาเยี่ยมผู้ป่วยบ่อย ใครมาเยี่ยมแล้วทำให้ผู้ป่วยใบหน้าสดชื่นขึ้น หรือให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่โรงพยาบาลนาน เมื่อถึงเวลาที่บุคคลสำคัญ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นบุตรที่อยู่ไกล ๆ นาน ๆ มาเยี่ยมสักครั้ง เมื่อใกล้ถึงเวลาผู้ป่วยจะซักถามเกี่ยวกับ วัน เวลา พยาบาลต้องสังเกตและให้โอกาส ให้เวลาแก่บุคคลสำคัญของผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันกับผู้ป่วยเสมอ ถึงแม้ว่าบางครั้งเป็นการเยี่ยมที่ไม่ตรงเวลา

สรุป การประเมินภาวะจิตวิญญาณ สามารถทำได้โดยการสังเกต การสัมภาษณ์ และการฟัง สิ่งที่ต้องสังเกต ได้แก่ การพูด การติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่น การเจ็บป่วยทางกาย และสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย ส่วนการสัมภาษณ์ ควรสัมภาษณ์เพื่อการช่วยเหลือ ให้การพยาบาล ต้องเตรียมตัวก่อนการสัมภาษณ์ ดำเนินการสัมภาษณ์ จบการสัมภาษณ์ และการสัมภาษณ์ต้องใช้เทคนิค การกระตุ้น การฟังที่ดี การที่ผู้ป่วยจะเล่าความรู้สึกหรือให้ข้อมูลที่แท้จริงออกมาหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับการไว้วางใจของผู้ป่วยที่มีต่อพยาบาล ดังนั้นพยาบาลต้องสร้างและพัฒนาสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเพื่อประโยชน์ในการนำข้อมูลที่ได้ไปวางแผนการพยาบาล

1.7 กิจกรรมการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ

จากแนวคิดความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ เมื่อพยาบาลประเมินความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย แล้วพบว่าผู้ป่วยมีภาวะพร่องทางด้านจิตวิญญาณ ต้องพิจารณากิจกรรมการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยตามที่ประเมินได้ ให้ครบถ้วน ทั้งนี้เป้าหมายหลักของการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยมีความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณ ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ มีดังต่อไปนี้

1.7.1 ผู้ป่วยที่มีความรู้สึกไม่มีความมีคุณค่าในตนเอง อาจเกิดจากการเจ็บป่วยที่รุนแรง ต้องพึ่งพาคือคนอื่น ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ชีวิตไม่มีความหมาย กิจกรรมการพยาบาลที่คงไว้ซึ่งความหมายและความมีคุณค่าในตนเอง คือ (เกสรินทร์, 2544; ทักษิณีย์, 2545; นิตยา, 2541; อัจฉรา, 2541; อวยพร, 2534; Conrad, 1985; Shellers & Haag, 1998; Potter et al., 1993)

1.7.1.1 ส่งเสริมความเชื่อมั่น ยอมรับผู้ป่วย พยาบาลต้องคำนึงถึงฐานะทางสังคม บทบาทหน้าที่ และศักดิ์ศรีของผู้ป่วย เคารพในความเป็นบุคคล รับฟังและสนองความต้องการรวมทั้งการดูแลความสุขสบาย และให้การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองในระยะเวลาที่เหลืออยู่ให้มีคุณค่ามากที่สุด

1.7.1.2 สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยโดยการให้กำลังใจและให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด จะช่วยลดความกลัว การปฏิเสธ การแยกตัว และความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ

1.7.1.3 ช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ความจริง มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าความคิดหรือการตัดสินใจของตนเองมีคุณค่าแม้จะตายก็ตาม

1.7.1.4 การช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน เพื่อส่งเสริมความหมายและการมีคุณค่าในตนเอง เช่นการเช็ดตัว ดูแลสภาพร่างกายผู้ป่วยให้สะอาด ไม่มีกลิ่นหิวผม สวมเสื้อผ้าที่เรียบร้อย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย รวมทั้งกิจกรรมอื่น ๆ ที่ส่งเสริมการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ป่วยและญาติ

1.7.1.5 ฟืนฟูและระคับประคองความรู้สึกควบคุมตนเองได้ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเลือกสถานที่ที่ต้องการ หรือมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

1.7.1.6 หลีกเลี่ยงการขัดขวางการปฏิบัติตามความเชื่อ ยึดหยุ่นกิจกรรมการพยาบาลที่เป็นงานประจำ และไม่ส่งผลเสียต่อสุขภาพหรือแผนการรักษา

1.7.1.7 การช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา โดยการอนุญาตให้ผู้ป่วยและญาติได้มีโอกาสปฏิบัติตามหลักศาสนา และความเชื่อที่ไม่เป็นอันตรายต่อภาวะสุขภาพ ผู้ป่วยและญาติบางรายอาจขอให้พระภิกษุ หรือผู้นำศาสนามาสวดมนต์หรือปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ณ เตียงผู้ป่วย พยาบาลควรช่วยเหลือเตรียมสิ่งแวดล้อม ให้เป็นส่วนตัว ตามความเหมาะสม เพราะการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาอาจเป็นกำลังใจ สำหรับผู้ป่วย

1.7.2 ผู้ป่วยที่มีภาวะสูญเสียเป้าหมายในชีวิต กิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยดังกล่าวคือ (ซอลดา, 2536; ทศนีย์, 2545ข; Dugan, 1988)

1.7.2.1 กระตุ้นให้ผู้ป่วยค้นหาความหมาย และเป้าหมายสูงสุดในชีวิตตนเอง หรือค้นหาสิ่งที่ตั้งใจจะปฏิบัติแต่ยังไม่ได้ลงมือปฏิบัติ

1.7.2.2 ช่วยให้ผู้ป่วยได้กำหนดเป้าหมายชีวิตเป็นรูปธรรมที่ชัดเจนขึ้นมีแนวทางในการปฏิบัติ

1.7.2.3 ฝึกให้ผู้ป่วยมีสติ มีความคิดอยู่กับปัจจุบัน อาจใช้วิธีการฝึกสมาธิ กำหนดจิต ฝึกการหายใจ หรือปฏิบัติตามคำสอนของศาสนาที่ตนเองนับถือ ทำให้มีสติ จิตสงบ เกิดความสุขสบาย มีแนวทางในการแก้ปัญหา

1.7.2.4 หาแหล่งสนับสนุนทางสังคม เช่น ญาติ เพื่อน ทำให้ผู้ป่วยไม่โดดเดี่ยว มีคนเข้าใจ ทำให้มีกำลังใจในการแก้ไขปัญหาหรืออุปสรรคในชีวิต

1.7.3 ผู้ป่วยที่มีภาวะสูญเสียพลังอำนาจ จากการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ไม่ได้ด้วยตนเอง หรืออยู่ในสภาวะแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย กิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมคือ (เกศรินทร์, 2544; ซ้อลดา, 2536; Shellers & Haag, 1998; Potter et al., 1993)

1.7.3.1 ประเมินสาเหตุและปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดภาวะสูญเสียพลังอำนาจ

1.7.3.2 จัดหรือลดสาเหตุ และปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะการสูญเสียพลังอำนาจ เช่นกรณีผู้ป่วยมีภาวะขาดความรู้

1) เพิ่มประสิทธิภาพการสื่อความหมายระหว่างผู้ป่วย ญาติ แพทย์และพยาบาล

2) ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของโรค วิธีการรักษา และผลการรักษา การเปลี่ยนแปลง ทางเลือกเกี่ยวกับการรักษา

3) ถ้าเป็นไปได้ควรจัดให้มีระบบเจ้าของไข้ เพื่อวางแผนให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

4) จัดให้ผู้ป่วยได้พูดคุยกับผู้ป่วยที่มีลักษณะความเจ็บป่วยเช่นเดียวกัน

1.7.3.3 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ตัดสินใจเกี่ยวกับเรื่องของตน เช่นการจัดวางสิ่งของต่าง ๆ ด้วยความพอใจของตนเอง

1.7.3.4 แจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงการกวดขันเรียกพยาบาลถ้าต้องการความช่วยเหลือ

1.7.3.5 ให้โอกาสผู้ป่วยเลือกเวลาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเอง เพื่อให้เกิดประโยชน์กับตนเองมากที่สุด

1.7.3.6 เมื่ออนุญาตให้ผู้ป่วยปฏิบัติเช่นไร พยาบาลควรให้ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติตามที่เลือก โดยการบันทึกและรายงานเวอร์อื่น ๆ ทราบ

1.7.3.7 บันทึกสิ่งที่ผู้ป่วยชอบและไม่ชอบ หรือไม่พอใจไว้ในแผนการพยาบาล

1.7.3.8 เปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติกรช่วยเหลือผู้ป่วยหรือปฏิบัติกิจกรรมบางอย่างร่วมกับผู้ป่วย ตามความเหมาะสม

1.7.3.9 อนุญาตให้ผู้ป่วยและญาติได้มีเวลาพบกันตามความเหมาะสมนอกเหนือเวลาเยี่ยมตามปกติที่โรงพยาบาลกำหนด

1.7.3.10 วางเป้าหมายในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยร่วมกับผู้ป่วยและญาติ

1.7.3.11 ชมเชย หรือเสริมแรงทางบวก เมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมบางอย่างได้

1.7.3.12 กระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองตามความสามารถ และพึ่งพาผู้อื่นอย่างเหมาะสม

1.7.3.13 ช่วยให้ผู้ป่วยได้เสริมพลังอำนาจของตนจากภายนอก เช่น ให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่มปรึกษาหารือกับผู้ป่วยโรคเดียวกัน ให้พบพระ นักบวช หรือผู้นำศาสนา ที่เป็นแหล่งเสริมพลังอำนาจ ช่วยให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตามความเชื่อ หรือปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่ออื่น ๆ

1.7.4 ผู้ป่วยที่มีความทุกข์ทางจิตวิญญาณเนื่องจาก การสูญเสียความสัมพันธ์กับครอบครัว เช่นรักษาในห้องแยก เจ็บป่วยเรื้อรังต้องอยู่โรงพยาบาลนาน หรือสูญเสียความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวจากสาเหตุอื่น ๆ ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสม (ชอลดา, 2536; บุปผา, 2546) มีดังนี้

1.7.4.1 ใช้การสัมผัสที่แสดงออกถึงความเอื้ออาทร อย่างจริงใจขณะปฏิบัติการพยาบาล หรือขณะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย

1.7.4.2 บอกถึงความจำเป็นที่ต้องอยู่โรงพยาบาล หรือต้องอยู่ห้องแยก

1.7.4.3 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยถึงความรู้สึกต่าง ๆ และรับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยเล่าด้วยความตั้งใจ

1.7.4.4 ยอมรับการแสดงออกของผู้ป่วย

1.7.4.5 เป็นสื่อกลางให้ผู้ป่วยและญาติมีโอกาสปรับความเข้าใจกัน

1.7.4.6 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติร่วมวางแผนในการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกัน เพื่อให้โอกาสญาติและผู้ป่วยได้พูดคุยปรึกษาหารือกัน มีเวลาอยู่ใกล้ชิดกัน ตามเวลาที่เหมาะสม

1.7.5 ผู้ป่วยที่มีความทุกข์ทางจิตวิญญาณ เนื่องจากได้รับการปฏิบัติที่ขัดต่อความเชื่อ (บุปผา, 2546; Sellers & Haag, 1998)

1.7.5.1 ยอมรับการแสดงออกของผู้ป่วยและรับฟังความต้องการ

1.7.5.2 ใช้การสัมผัสที่แสดงความเอื้ออาทร ขณะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย

1.7.5.3 อนุญาตให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามความเชื่อ ถ้าประเมินแล้วไม่เป็นอันตราย ถ้าประเมินแล้วเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายมาก อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงผลเสียที่เกิดตามมาจากการปฏิบัตินั้นๆ

1.7.6 ผู้ป่วยที่มีความสิ้นหวัง หรือหมดหวัง กิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสม (จารุวรรณ, 2532; ชอลดา, 2536; ทศนีย์, 2545ข; บุปผา, 2546; อวยพร, 2534; Sellers & Haag, 1998)

1.7.6.1 กระตุ้นให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมาน ความเจ็บปวด ที่ตนรู้สึก

1.7.6.2 รับฟังความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับปัญหาในการดูแลตนเอง

1.7.6.3 ส่งเสริมให้กำลังใจผู้ป่วย โดยกระตุ้นให้เห็นคุณค่าในตนเองและความสำคัญของตนเองต่อผู้อื่น

1.7.6.4 กระตุ้นให้ผู้ป่วยค้นหาสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตวิญญาณ ที่เคยปฏิบัติแล้วทำให้ตนเองเกิดพลังใจที่เข้มแข็ง

1.7.6.5 ช่วยให้ผู้ป่วยได้แสวงหาแนวทางในการปฏิบัติตัว ที่จะช่วยให้ชีวิตมีความสุข และพึงพอใจ

1.7.6.6 กระตุ้นให้ความหวังของผู้ป่วยยังคงอยู่กับผู้ป่วยเท่าที่จะทำได้

1.7.6.7 สร้างบรรยากาศ เพื่อให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความหวัง โดยเฉพาะตัวพยาบาล ไม่แสดงสีหน้าสิ้นหวัง เมื่อหน่าย สงสาร สมเพช ทำให้ผู้ป่วยและญาติรับรู้ได้

1.7.6.8 ให้คำชมเชย เมื่อผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมบางอย่างได้ด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความหวัง และกำลังใจดีขึ้น

1.7.6.9 จัดเตียงให้ผู้ป่วยอยู่ใกล้กับผู้ป่วยที่สนใจ และปฏิบัติการดูแลตนเองดี เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และประสบการณ์กับผู้ป่วยที่ปรับตัวได้ มีความสงบ

1.7.6.10 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อนฝูงซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในการดำรงชีวิต

1.7.6.11 ให้คำอธิบายและชี้แนะ สมาชิกในครอบครัว เห็นความสำคัญถึงสิ่งที่สมควรปฏิบัติต่อผู้ป่วย

1.7.6.12 ยืดหยุ่นเวลาให้สมาชิกในครอบครัว ได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวได้อยู่กันตามลำพัง

1.7.6.13 ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการเผชิญความเครียดจากความสิ้นหวังมีการปรับตัวที่เหมาะสม มองปัญหาและหาวิธีแก้ปัญหามีเหตุผล หากผู้ป่วยยังใช้การปฏิเสธในการปรับตัว พยาบาลควรแสดงการยอมรับ แต่ไม่ควรส่งเสริม

1.7.6.14 ให้ความรู้ผู้ป่วยค่อย ๆ ปรับใจตนเอง เพื่อยอมรับสภาพความเป็นจริง

1.7.6.15 ให้ข้อมูลที่เป็นความจริงเกี่ยวกับความเข้าใจผิดของผู้ป่วยและญาติ

1.7.6.16 สอนเทคนิคการผ่อนคลายตามสภาพผู้ป่วย เช่น การฟังเพลง จากการศึกษาการใช้ดนตรี เพื่อลดความวิตกกังวลของยังและคณะ (Yong, et al., 2002) พบว่าการฟังดนตรีช่วยให้ระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยลดลง เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณได้ หรือการผ่อนคลายด้วยการออกกำลังกาย ตามความสามารถ คริสโตเฟอร์และมอร์โร (Christopher & Morrow, 2004) กล่าวว่า การออกกำลังกาย ช่วยส่งเสริมสุขภาพกาย ลดความรู้สึกรำคาญ สุขภาพแข็งแรง ทำให้มีความผาสุกทางจิตวิญญาณได้

1.7.7 ผู้ป่วยที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณ กิจกรรมการพยาบาลเพื่อดำรงภาวะสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพด้านจิตวิญญาณ ที่เหมาะสมมีดังนี้ (ทศนีย์, 2545; นุบผา, 2546; อวยพร, 2534; Sellers & Haag, 1998)

1.7.7.1 ให้ความเคารพในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย ใช้คำนำหน้านามตามวัย และฐานะทางสังคม เลือสารอย่างมีประสิทธิภาพด้วยการพูดความจริงกับผู้ป่วยตามสภาพการรับรู้

1.7.7.2 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและรู้สึกว่าคุณสามารถควบคุมสิ่งต่าง ๆ ได้ ไม่ถูกคุกคาม

1.7.7.3 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษาและการดูแลสุขภาพของตนเอง

1.7.7.4 จัดสิ่งแวดล้อมและสร้างบรรยากาศที่ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย จำและเรียกชื่อผู้ป่วยได้ถูกต้อง แจ่มชัดทุกครั้งที่ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล

1.7.7.5 ให้เกียรติและคำนึงถึงความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย ไว้วางใจได้ ไม่เปิดเผยความลับของผู้ป่วย

1.7.7.6 เปิดโอกาสและชักชวนให้ผู้ป่วยปฏิบัติศาสนกิจเป็นกิจวัตร หรือปฏิบัติตามความเชื่อที่ไม่ขัดต่อภาวะสุขภาพ

1.7.7.7 ปฏิบัติต่อสิ่งที่เป็นความเชื่อหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ของผู้ป่วยที่เก็บไว้ด้วยความระมัดระวัง ไม่ทำสูญหายหรือแสดงอาการดูหมิ่น

1.7.7.8 ยอมรับการแสดงออกของผู้ป่วย เกี่ยวกับความเชื่อ ความศรัทธา หรือการประกอบพิธีกรรมทางศาสนาของผู้ป่วย หลีกเลี่ยงการอภิปรายเกี่ยวกับความเชื่อของผู้ป่วย

1.7.7.9 อนุญาตให้ผู้ป่วยนำเครื่องรางของขลัง ศาสนวัตถุติดตัวไปด้วย ขณะถูกส่งไปตรวจพิเศษหรือไปยังห้องผ่าตัด

1.7.7.10 จัดแหล่งสนับสนุนทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย เช่น จัดสถานที่ในการปฏิบัติศาสนกิจ จัดหาหนังสือ เทปธรรมะ หรือคัมภีร์ต่าง ๆ ไว้ที่หอผู้ป่วย อำนวยความสะดวกในการปฏิบัติศาสนกิจโดยการชลอการพยาบาลที่สามารถยืดหยุ่นได้

1.7.7.11 อนุญาตให้บุคคลสำคัญของผู้ป่วยเข้าเยี่ยมถึงแม้จะผิดเวลาเยี่ยม เนื่องจากมีกิจธุระจำเป็นหรือเป็นการเยี่ยมครั้งแรกเนื่องจากได้รับทราบข่าวการเจ็บป่วย

1.7.7.12 อนุญาตให้บุคคลสำคัญเฝ้าดูแลผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยต้องการความมั่นใจ หรือกำลังใจที่เข้มแข็ง หรือร่วมทำกิจวัตรประจำวันร่วมกัน

1.7.7.13 รับฟังความรู้สึกหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก เพื่อการผ่อนคลาย และเป็นการค้นหาปัญหาและความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย

1.7.7.14 กล่าวคำหรือข้อความที่เพิ่มความหวังและพลังใจแก่ผู้ป่วย

1.7.7.15 ใช้การสัมผัสผู้ป่วยด้วยความรู้สึกเอื้ออาทรในสถานการณ์ต่าง ๆ เพื่อความมั่นใจ และพลังใจที่เข้มแข็ง

1.7.7.16 เปิดโอกาสหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายตามความเหมาะสม เพื่อเสริมสร้างสมรรถภาพของร่างกายในทุกมิติ ตามความเชื่อที่ว่าเมื่อสุขภาพทางกายดีย่อมทำให้สุขภาพทางใจและทางจิตวิญญาณดีตามไปด้วย

1.7.7.17 ดูแลตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย และจิตสังคมให้เพียงพอ เพื่อป้องกันปัญหาทางด้านร่างกายและจิตสังคมที่ส่งผลกระทบต่อจิตวิญญาณได้

2. แนวคิดเกี่ยวกับการสอน

2.1 ความหมายของการสอน การสอนเป็นแบบของการวางแผน (Guice, 1978) หรือเป็นกระบวนการแนะแนวทางให้ผู้เรียนเกิดการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมหรือการเรียนรู้ เกิดมโนทัศน์ (concept) (King, 1971) โดยอาศัยกิจกรรมของผู้สอนกับผู้เรียน (Mackie, 1973) ทำให้ผู้สอน และผู้เรียน มีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน ในการที่จะให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้ ผู้สอนต้องมีการชี้แนะติดตาม และให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้เรียน (ครุณี, 2541) ส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดความเจริญงอกงามทั้งด้านร่างกาย สังคม อารมณ์และสติปัญญา (กาญจนา, 2524)

2.2 กระบวนการสอน เป็นกระบวนการที่ซับซ้อน และเป็นกระบวนการช่วยให้เกิดการเรียนรู้ และเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เจตคติของผู้เรียน มีองค์ประกอบ 3 ประการ(จินตวิพร, 2545; บุญชิต, ม.ป.ป.; ไพฑูรย์, 2534; อภรณ์, 2537; Schweer, 1972 อ้างตาม กนกรรณและจินตวิพร, 2546) ดังนี้

2.2.1 กำหนดจุดประสงค์การเรียนรู้ (objective) เป็นการกำหนดสิ่งที่ต้องการให้ผู้เรียน มีหรือบรรลุ ทั้งด้านความรู้ หรือพุทธิพิสัย (knowledge or cognitive) ด้านเจตคติ หรือจิตพิสัย (attitude or affective) และด้านทักษะหรือทักษะพิสัย (skill or psychomotor)

จุดประสงค์การเรียนรู้ จะได้มาจากจุดมุ่งหมายของหลักสูตร จุดประสงค์ของรายวิชา หรือ กลุ่มประสบการณ์ และจุดประสงค์ในคำอธิบายรายวิชา ซึ่งการเขียนจุดประสงค์ที่สมบูรณ์นั้น จะต้องเขียนให้ครอบคลุมพฤติกรรมทั้ง 3 ด้าน และเขียนในเชิงพฤติกรรม จำนวน 3 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านความรู้หรือหรือพุทธิพิสัย (knowledge or cognitive) คือจุดประสงค์การเรียนรู้ที่เน้นความสามารถทางสมอง (head) หรือความรู้ในเนื้อหาวิชาหรือในทฤษฎีต่าง ๆ 2) ด้านเจตคติ หรือจิตพิสัย (attitude or affective) คือจุดประสงค์การเรียนรู้ที่เน้นคุณธรรมหรือเจตคติ หรือความรู้สึกนึกคิดในจิตใจ (heart) 3) ด้านทักษะหรือทักษะพิสัย (skill or psychomotor) คือจุดประสงค์การเรียนรู้ที่เน้นการปฏิบัติที่ต้องลงมือทำหรือปฏิบัติ (hand)

2.2.2 การกำหนดหรือออกแบบการจัดการเรียนการสอน (learning) เป็นการพิจารณาว่า การเรียนการสอนนั้น มีจุดเน้นหรือมีสาระสำคัญอะไร จะต้องสอนเนื้อหาใดจึงจะ

ครอบคลุมทุกถ้วน จะเลือกใช้เทคนิคหรือวิธีการสอนแบบใด จึงจะทำให้ผู้เรียนบรรลุจุดประสงค์ การเรียนรู้ วัฒนาพร (2542) กล่าวว่า การจัดการเรียนการสอนประกอบด้วย 1) การเขียนสาระสำคัญ ซึ่งหมายถึง การเขียนความคิดรวบยอด เกี่ยวกับเนื้อหา หลักการ วิธีการที่ต้องการจะให้ผู้เรียนได้รับ หลังจากเรียนเรื่องนั้น ๆ ทั้งในด้านความรู้ ความสามารถ เจตคติ 2) เนื้อหา คือ รายละเอียดของเรื่อง ที่ใช้จัดการเรียนการสอนให้บรรลุตามจุดประสงค์การเรียนรู้ ประกอบด้วย ทฤษฎี หลักการ วิธีการ และแนวปฏิบัติ การเขียนเนื้อหาสาระ ผู้สอนจะต้องศึกษาหาความรู้จากเอกสาร ตำรา หนังสือ วิจัย คู่มือครู และแหล่งความรู้ต่าง ๆ นำมาพิจารณาใช้ประกอบให้เหมาะสมกับระดับของผู้เรียนทั้งใน ด้านความยากง่าย และความถูกต้องเหมาะสม 3) การดำเนินการสอน ผู้สอนจะต้องดำเนินการสอน ตามแผนการที่วางไว้ โดยใช้ทักษะและวิธีการสอนตามรูปแบบที่กำหนด เพื่อนำผู้เรียน ไปสู่ เป้าหมายหรือจุดประสงค์การเรียนการสอนที่กำหนด การออกแบบการสอนและเลือกวิธีการสอน ที่เหมาะสมสอดคล้องกับจุดประสงค์การเรียนรู้ เนื้อหา และสภาพแวดล้อม เน้นผู้เรียนเป็น ศูนย์กลาง ทำให้การเรียนการสอนมีประสิทธิภาพ ฝึกกระบวนการคิด การพูด ให้ผู้เรียนเกิดการ เรียนรู้ มีความรู้ ความเข้าใจ มีความสามารถ นำไปใช้ในชีวิตรจริง

2.2.3 กำหนดวิธีการประเมินผล (evaluation) ซึ่งการประเมินผล จัดเป็นกิจกรรมที่ สำคัญที่สุดแทรกอยู่ในทุกขั้นตอนของกระบวนการสอน เริ่มตั้งแต่ก่อนการเรียนการสอน จะเป็นการ ประเมินเพื่อตรวจสอบความรู้พื้นฐานของผู้เรียนระหว่างการเรียนการสอน เป็นการประเมินเพื่อ ปรับปรุงผลการเรียน และให้ผู้เรียนทราบผลการเรียนของตนเป็นระยะ ๆ และเมื่อสิ้นสุดการเรียน การสอนในแต่ละรายวิชา / ภาคการศึกษา จะเป็นการประเมินเพื่อตัดสินผลการเรียนเพื่อตรวจสอบ ให้แน่ชัดว่า ผู้เรียนบรรลุจุดประสงค์การเรียนที่กำหนดไว้ วัฒนาพร (2542) ได้จำแนกชนิดของการ ประเมินผลตามจุดประสงค์ได้ 4 ชนิด 1) การประเมินผลก่อนการเรียน (placement test) เพื่อตรวจสอบ ความรู้พื้นฐานเดิมของผู้เรียน ผลการประเมินสามารถนำไปกำหนดจุดประสงค์ของการเรียนให้อยู่ ในระดับที่ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้ หรือนำไปใช้ในการปรับพื้นฐานความรู้เดิมให้มั่นคงขึ้น 2) การ ประเมินผลเพื่อปรับปรุงผลการเรียน (formative evaluation) เป็นการประเมินในระหว่างที่มีการ เรียนการสอนอยู่ เพื่อปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องของผู้เรียน และตรวจสอบประสิทธิภาพของ กระบวนการเรียนการสอน เพื่อเสริมกำลังใจแก่ผู้เรียนในแง่ที่ผู้เรียนรู้ความก้าวหน้าของตนเป็น ระยะ ๆ 3) การประเมินผลเพื่อวินิจฉัยข้อบกพร่อง (diagnostic evaluation) เป็นการประเมินที่ผู้สอน ปฏิบัติกับผู้เรียนที่มีปัญหาทางวิชาการ เพื่อหาจุดบกพร่องของผู้เรียนและสาเหตุของปัญหา การประเมินผลเพื่อการวินิจฉัยทำให้ผู้สอนมีทิศทางที่ชัดเจนมากขึ้น 4) การประเมินผลเพื่อตัดสิน ผลการเรียน (summative evaluation) เป็นการประเมินผลเมื่อสิ้นสุดการเรียนการสอนในแต่ละระยะ เช่น ตอนสิ้นเทอม กลางปี กลางเทอม และสิ้นปี

3. แนวคิดเกี่ยวกับการเรียนการสอนทางการพยาบาล

การให้การพยาบาล ต้องเกี่ยวข้องกับร่างกายจิตใจของมนุษย์ กระบวนการเรียนการสอนทางการพยาบาล จึงมีจุดมุ่งหมายในการเตรียมบุคลากรทางการพยาบาล ให้สามารถบริการประชาชน ในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษาพยาบาล ตลอดจนการฟื้นฟูสภาพของบุคคล ครอบครัว และให้การดูแลบุคคล ครอบครัวแบบองค์รวม ทั้งกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ ใหญ่ ๆ คือ การเรียนการสอนภาคทฤษฎี และการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ ดังนี้

1) การเรียนการสอนภาคทฤษฎี มุ่งให้ความรู้ในเนื้อหาวิชาเกี่ยวกับหลักและวิธีการปฏิบัติต่าง ๆ ควบคู่ไปกับการปลูกฝังเจตคติที่มีต่อวิชาชีพพยาบาลและต่อการทำงานเพื่อช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ที่เจ็บป่วยและได้รับความทุกข์ทรมาน การเรียนการสอนในขั้นนี้เป็นการเตรียมผู้เรียนให้มีความรอบรู้ มีความสามารถและความพร้อมที่จะไปฝึกปฏิบัติกับผู้ใช้บริการได้

2) การเรียนการสอนภาคปฏิบัติ หรือการสอนบนหอผู้ป่วย ซึ่งเป็นวิธีการสอนที่เรียนรู้จากสถานการณ์จริง ผู้เรียนสามารถนำความรู้ทางทฤษฎีมาใช้ในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลได้ฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วยจริง

ในการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ผู้สอนหรืออาจารย์พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญที่ผู้เรียนคือนักศึกษาพยาบาลและสังคมคาดหวังว่าอาจารย์พยาบาล ต้องเป็นพยาบาลที่เก่ง มีความรู้ ความชำนาญ แก้ไขปัญหาทางสุขภาพได้ มีคุณธรรม จริยธรรม เปี่ยมไปด้วยความรับผิดชอบ เป็นที่ปรึกษาของนักศึกษาได้ (Grigby & Megel, 1995) จึงต้องมีการพัฒนากลยุทธ์ในการจัดการเรียนการสอน (Mobily, 1991) เลือกวิธีการสอนที่เหมาะสมมาใช้ในการเรียนการสอน (Buehl, 1995 อ้างตาม ตรีณี, 2541) ซึ่งวิธีการสอนที่มีประสิทธิภาพและเป็นกลยุทธ์ที่สามารถนำมาใช้ได้เหมาะสมในการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลมีดังต่อไปนี้

3.1 การสอนแบบบรรยาย (lecture method) เป็นวิธีการสอนที่นำมาใช้บ่อยมากในการสอนนักศึกษาในกลุ่มใหญ่ (ตรีณี, 2541; อารมณ และสุมณฑา, ม.ป.ป.; อรพรรณ, 2543) เป็นรูปแบบการสอนที่ขี้อธิบายของผู้สอนเป็นหลัก หรือเป็นศูนย์กลางในการถ่ายทอดข้อมูล (จิรพรรณ, 2542; ตรีณี, 2541; ยุทธพงษ์, 2541) เป็นการสื่อสารทางเดียว ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมน้อย (อารมณ, 2537) โดยผู้สอนจะใช้วิธีบรรยายหรือสาธิตร่วมด้วย เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจในมโนทัศน์ของเนื้อหาหรือทักษะต่าง ๆ โดยในการบรรยายอาจใช้วิธีการบรรยายทั้ง 3 ลักษณะ (จิรพรรณ, 2542) ได้แก่

ก. การบรรยายที่เป็นลักษณะของการเน้นปัญหา โดยผู้สอนจะบรรยายด้วยการเสนอปัญหาแล้วแนะแนวทางการแก้ปัญหาและสรุปด้วยวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสม

ข. การบรรยายที่เป็นลักษณะของการให้ข้อคิดเห็น เป็นการเสนอข้อคิดเห็นหลาย ๆ แนวทาง ให้ผู้เรียนได้เห็นและสรุปข้อคิดเห็นที่เหมาะสม

ค. การบรรยายที่ในลักษณะที่เน้นการสอนเนื้อหาความรู้ วิธีการบรรยายลักษณะนี้ใช้มากโดยเฉพาะการสอนที่มีผู้เรียนเป็นกลุ่มใหญ่

3.2 การสอนแบบอภิปราย (discussion method) ส่วนใหญ่จะใช้ในกลุ่มที่มีผู้เรียนในขนาดกลาง น้อยกว่า 35 คน (อารมณ และสุมณฑา, ม.ป.ป.) เป็นการสอนให้ผู้เรียนการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันระหว่างผู้สอนกับผู้เรียนหรือระหว่างผู้เรียนด้วยกัน (จิรพรรณ, 2542; ครุณี, 2541; ยุทธพงษ์, 2541; อากรณ, 2537; อารมณ และสุมณฑา, ม.ป.ป.; อุษณีย์, 2542) มีลักษณะการเรียนรู้แบบกระตือรือร้น (active learning) (อากรณ, 2537) ในการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลนำวิธีการสอนแบบอภิปรายมาใช้เพื่อพัฒนาให้ผู้เรียนคิดเป็น พุดเป็น และเคารพ ในเหตุผลของผู้อื่น ตลอดจนให้รู้จักค้นคว้าหาความถูกต้องด้วยตนเอง โดยมีผู้สอนเป็นผู้ให้คำแนะนำ (จิรพรรณ, 2542; ครุณี, 2541; อากรณ, 2537; อารมณ และสุมณฑา, ม.ป.ป.; อรพรรณ, 2543) ทั้งนี้การสอนแบบอภิปรายสามารถกระทำได้ทั้งการอภิปรายกลุ่มย่อย และอภิปรายกลุ่มใหญ่สำหรับวิชาชีพพยาบาลมักอภิปรายกลุ่มย่อย โดยเฉพาะในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาล ในรูปแบบ ที่เรียกว่า การประชุมปรึกษา (conference) ซึ่งการประชุมปรึกษาที่นำมาใช้ในการสอนปฏิบัติ การพยาบาลที่พบบ่อย (จิรพรรณ, 2542) ได้แก่

1. การประชุมปรึกษาก่อนการปฏิบัติงาน (pre-conference) เป็นการประชุมก่อนเริ่มปฏิบัติงานในแต่ละวันระหว่างผู้เรียน ผู้สอน และบุคคลที่เกี่ยวข้อง เป็นโอกาสที่ผู้สอนจะชี้แนะแนวทางและตรวจสอบความพร้อมของผู้เรียนก่อนการฝึกปฏิบัติงานประจำวัน

2. การประชุมปรึกษาหลังการปฏิบัติงาน (post-conference) เป็นการประชุมหลังจากปฏิบัติงานในแต่ละวัน ซึ่งจะเป็นการสรุปประสบการณ์การเรียนรู้ในการปฏิบัติการพยาบาล ว่า เป็นไปตามจุดประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่ มีปัญหาและอุปสรรคอย่างไร รวมทั้งการหาแนวทางการแก้ปัญหาเหล่านั้น

3.3 การสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลัก (problem based learning) เป็นการเรียนรู้หรือหาความรู้เกี่ยวกับวิชาชีพโดยใช้ปัญหาจริงของวิชาชีพ หรือสถานการณ์จริงของวิชาชีพเป็นสิ่งกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดความต้องการที่จะค้นคว้าหาความรู้ พร้อมกันนั้นผู้เรียนจะได้ฝึกหัดการคิด (จิรพรรณ, 2542; ครุณี, 2541; อากรณ, 2537) แก้ปัญหาเป็นขั้นตอนในขณะที่กระบวนการแก้ปัญหาดำเนินไป ผู้เรียนจะทราบด้วยตนเองว่า ความรู้ใดจำเป็นสำหรับนำมาแก้ไขปัญหานั้น ๆ หากคนยังไม่มีความรู้จึงจำเป็นต้องไปศึกษาหาความรู้จากแหล่งทรัพยากรความรู้ต่าง ๆ แล้วจึงกลับมาพิจารณาแก้ปัญหาอีกครั้งหนึ่ง ถ้าสามารถแก้ไขปัญหาก็เป็นเนื้อหาความรู้ที่ได้เรียนรู้ใหม่ ซึ่งสามารถเชื่อมโยงกับความรู้เดิมที่มีอยู่ได้ แต่ถ้ายังแก้ปัญหาก็ไม่ได้ต้องศึกษาหาความรู้ใหม่ให้ลึกซึ้ง

ขึ้นกว่าเดิม จนกว่าจะแก้ปัญหาได้ (จิรพรรณ, 2542; อรพรรณ, 2543) จึงเป็นเครื่องกระตุ้นให้ผู้เรียน เกิดความต้องการที่จะใฝ่รู้เพื่อแก้ปัญหา (Wood, 1994 อ้างตาม อุษณีย์, 2542) การเรียนรู้โดยใช้ ปัญหาเป็นหลัก มีองค์ประกอบที่สำคัญ (จิรพรรณ, 2542) ดังนี้คือ

1. เป็นการเรียนที่ใช้เทคนิคการสอนกลุ่มย่อย ซึ่งผู้เรียนจะเรียนด้วยกัน เป็นกลุ่ม ประมาณ 5 - 6 คน โดยมีการอภิปรายถกเถียงในกลุ่ม เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ไปด้วยกัน

2. เป็นการเรียนรู้ที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ซึ่งหมายถึงการเรียนการสอน จัดขึ้นโดยเน้นการเรียนรู้ที่ผู้เรียนเป็นผู้กำหนดสิ่งที่ตนต้องการจะเรียน และผู้เรียนจะต้องได้รับการ อำนวยความสะดวก ให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง การเรียนรู้เกิดขึ้นที่ตัวของผู้เรียนเป็นสำคัญ

3. เป็นการเรียนรู้เนื้อหาวิชาการที่บูรณาการ (integrated) ทั้งนี้ปัญหาที่นำมาใช้ เป็นสื่อในการเรียน จะเป็นปัญหาทางวิชาชีพที่เป็นบูรณาการ โดยตัวของมันเองโดยอัตโนมัติ การที่ ผู้เรียนจะแก้ปัญหาทางวิชาชีพได้ต้องอาศัยความรู้เกี่ยวกับวิชาชีพหลายวิชามบูรณาการเพื่อ แก้ปัญหา การเรียนแบบนี้เน้นที่ปัญหาเป็นพื้นฐานมาก่อน การที่จะแก้ปัญหาได้สำเร็จต้องมีความรู้ เรื่องต่าง ๆ ลักษณะความรู้ที่เกิดการเรียนรู้ขึ้น จึงเป็นความรู้ในขั้นนำมาใช้ ซึ่งต้องผ่านการบูรณา การมาแล้ว

4. ปัญหาที่นำมาใช้เป็นหลักในการเรียนรู้ จะนำมาให้ผู้เรียนได้เรียน และ คิดแก้ปัญหา ก่อนจะไปค้นคว้าหาความรู้เนื้อหาวิชาการ และเมื่อผู้เรียน ได้ศึกษาหาความรู้จนเป็น ที่เข้าใจดีแล้ว ผู้เรียนจะนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการแก้ปัญหตามสถานการณ์ที่ตั้งไว้ การเรียน โดย วิธีนี้เป็นการทดสอบความรู้อย่างเฉียบพลัน

5. ผู้เรียนควบคุมการเรียนรู้ของตนเอง โดยกำหนดเนื้อหาวิชาที่จะเรียน เฉพาะที่เหมาะสมจะนำไปแก้ปัญหาที่ตั้งไว้ ผู้เรียนจะเป็นผู้ควบคุมอัตราในการเรียน และลำดับ ขั้นตอนในการเรียนของตน

6. ผู้เรียนจะประเมินผลสัมฤทธิ์ได้ด้วยตนเอง เนื่องจากในขั้นตอนของ การเรียน ผู้เรียนจะต้องค้นคว้าหาความรู้เพื่อนำไปแก้ปัญหา ทำให้ผู้เรียนสามารถรับรู้ได้ว่า ตนเองเกิดการเรียนรู้แล้วหรือยัง โดยใช้ความสามารถในการแก้ปัญหาเป็นตัวตัดสินการเรียนรู้

3.4 การสอนแบบสัมมนา (seminar method) เป็นการสอนผู้เรียนที่เป็นกลุ่มทั้ง กลุ่มย่อย และกลุ่มใหญ่ เป็นการสอนเพื่อเพิ่มพูนความรู้ โดยผู้เรียนและผู้สอนร่วมกันเลือกทั้งเรื่อง ที่น่าสนใจ หรือใช้ในการสอนผลงานทางวิชาการ หรือผลงานวิจัยต่อกลุ่มผู้เรียนด้วยกัน หรือกลุ่ม ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้ผู้ฟังได้มีการอภิปรายในประเด็นที่น่าสนใจ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความรู้ที่กว้างและ ชัดเจนมากขึ้น วิชาชีพพยาบาลนำการสัมมนามาใช้ในการเรียนการสอน ทั้งในการเรียนการสอน ภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติ เช่นการนำเสนอรายงานกรณีศึกษาผู้ป่วย การเสนอรายงานการวิจัย เป็นต้น ซึ่งการสัมมนาจะพัฒนาให้ผู้เรียนรู้จักประยุกต์ วิเคราะห์ สังเคราะห์ ตลอดจนการประเมิน

ความรู้และความคิดของตนเองให้รู้จักคิดเป็น อีกทั้งยังช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านทัศนคติของตนอีกด้วย (จิรพรรณ, 2542; อุษณีย์, 2542) โดยทั่วไปมักนิยมใช้ในการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลระดับบัณฑิตศึกษา หรือระดับปริญญาตรีชั้นปีสุดท้าย (จิรพรรณ, 2542)

3.5 การสอนแบบสาธิต (demonstration method) เป็นการสอนบทเรียนที่มี การฝึกทักษะ โดยผู้สอน จะแสดงให้เห็นผู้เรียนดูก่อน ทั้งนี้สามารถให้ดูโดยผ่านทางสื่อต่าง ๆ ได้เช่น สไลด์ วิดีทัศน์ เป็นต้น (จิรพรรณ, 2542; ยุทธพงษ์, 2541; สุภาวดี, 2524; อารมภ์, 2537; อารมภ์ และสุมณฑา, ม.ป.ป.) การสอนแบบสาธิตอาจจะสอนได้สองวิธี วิธีที่หนึ่ง มีการบอกจุดประสงค์ วิธีการปฏิบัติและผลงานที่ได้จากการสาธิต แล้วให้ผู้เรียนดูการแสดงการสาธิตของผู้สอนไปเรื่อย ๆ จนจบขั้นตอน สำหรับวิธีที่สอง ให้ผู้เรียนดูการแสดงการสาธิตจากจุดเริ่มต้นจนกระบวนการสอน เสร็จสิ้น แล้วให้ผู้เรียนรวบรวมข้อมูลอธิบายถึงวิธีการกระทำตามขั้นตอน แล้วผู้สอนอธิบายเพิ่มเติม (สุภาวดี, 2524; อารมภ์ และสุมณฑา, ม.ป.ป.) การสอนแบบสาธิตเหมาะสำหรับการเรียนการสอนวิชาชีพพยาบาล เพราะสิ่งที่แฝงอยู่ในกระบวนการสอน คือการฝึกให้ผู้เรียนเป็นคนช่างสังเกต มีความคิดแก้ปัญหา และให้ผู้เรียนได้ลงมือปฏิบัติ (จิรพรรณ, 2542; สุภาวดี, 2524; อารมภ์, 2537; อารมภ์ และสุมณฑา, ม.ป.ป.) ซึ่งโดยทั่วไปมักทำการสอนแบบสาธิต 3 แบบ คือ (จิรพรรณ, 2542)

1. การสาธิตทั้งชั้น (class demonstration)
2. การสาธิตกลุ่ม (group demonstration)
3. การสาธิตรายบุคคล (individual demonstration)

โดยมีขั้นตอนในการสอนแบบสาธิต ดังนี้

1. กำหนดจุดประสงค์ของการสาธิตให้ชัดเจน
2. เตรียมอุปกรณ์และตรวจสอบประสิทธิภาพของอุปกรณ์ให้พร้อมก่อนการสาธิต
3. เตรียมกระบวนการสาธิต เช่น กำหนดเวลาและขั้นตอน
4. ทดลองการสาธิตก่อนการสาธิตจริง เพื่อป้องกันข้อผิดพลาด
5. จัดทำคู่มือคำแนะนำหรือข้อสังเกตในการสาธิต เพื่อผู้เรียนจะได้ใช้ประกอบ

ในขณะดำเนินการสาธิต

6. เมื่อการสาธิตเสร็จสิ้นแล้ว ผู้เรียนควรทำการสาธิตย้อนกลับ (return demonstration)

เพื่อประเมินความเข้าใจของผู้เรียน

3.6 การสอนแบบกรณีตัวอย่าง (case study) การสอนแบบกรณีศึกษา เป็นกระบวนการสอน ที่มีการจัดเตรียมกรณีศึกษา สถานการณ์ เหตุการณ์ หรือเรื่องราวต่าง ๆ นำเสนอต่อผู้เรียน (เพ็ญศรี, 2524; อรพรรณ, 2543) ช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ตามจุดประสงค์ที่กำหนด โดยผู้เรียนได้คิด พิจารณา วิเคราะห์ และร่วมกันอภิปราย เสนอแนวคิดในกรณีที่น่าเสนอ เพื่อหาคำตอบ นำไปสู่

ข้อสรุป ทางเลือก และการแก้ปัญหาที่เหมาะสม (De young, 1992 อ้างตาม อรพรรณ, 2543) โดยผู้สอนเป็นผู้สนับสนุนการเรียนรู้ (จินตนา, 2536)

3.7 การสอนแบบสถานการณ์จำลอง (simulation) เป็นการจำลองสถานการณ์จริงมาไว้ในห้องเรียน สถานการณ์ที่จำลองมานี้มีลักษณะและส่วนประกอบที่เหมือนจริง (จินตนา, 2524; ครุณี, 2541; อากรณี, 2537; อุษณีย์, 2542; อรพรรณ, 2543) และยังต้องมีการเปลี่ยนแปลงขององค์ประกอบที่เกิดขึ้น คล้ายกับการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์จริง (อากรณี, 2537; อุษณีย์, 2542; อรพรรณ, 2543) การเรียนการสอนของพยาบาลศาสตร์ ใช้สถานการณ์จำลองหลายแบบ (อรพรรณ, 2543) ดังนี้ 1) การใช้การเขียน เช่น การเขียนแบบบรรยายเรื่องราวและเหตุการณ์อย่างละเอียดชัดเจน โดยใช้กรณีผู้ป่วย กรณีสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดจริง แล้วให้ผู้เรียนร่วมกันคิด อภิปราย 2) การใช้เป็นการสร้างเป็นภาพยนตร์ หรือวิดีโอ โดยสร้างเป็นเรื่องราวหรือเหตุการณ์ และนำมาให้ผู้เรียนดู และให้ร่วมกันอภิปราย 3) การใช้คอมพิวเตอร์ช่วยสอน สร้างเป็นบทเรียนคอมพิวเตอร์ ช่วยสอนเป็นเรื่องราวจริง โดยเว้นจังหวะให้ผู้เรียนตอบได้ในประเด็นต่าง ๆ ตามขั้นตอน 4) การสร้างสถานการณ์จริง โดยแสดงบทบาทสมมติในสถานการณ์ต่าง ๆ คล้าย role playing แต่ simulation ไม่มีผู้ดู ทุกคนเป็นผู้เล่น

3.8 การสอนแบบบทบาทสมมติ (role playing) เป็นเทคนิคที่จำลองสถานการณ์ความจริง เพื่อกระตุ้นผู้เรียนให้แสดงพฤติกรรมของผู้ที่เกี่ยวข้องในสถานการณ์ที่กำหนด ฉากเรื่องจะถูกวางโครงร่างไว้และจะมอบหมายให้ผู้เรียนแสดง การแสดงมักไม่กำหนดรายละเอียดไว้ มักแสดงออกมาเอง (ครุณี, 2541) จำนวนสมาชิกของการแสดงบทบาทสมมติไม่ควรเกิน 9 คน (อุษณีย์, 2542) มีการตอบโต้กันของผู้แสดง ผู้ไม่แสดงจะเป็นผู้สังเกตการณ์ และทั้งกลุ่มร่วมกันวิเคราะห์ (ครุณี, 2541; สุภาวดี, 2524; อากรณี, 2537) การสอนแบบบทบาทสมมติ ใช้ในการพัฒนาทักษะการติดต่อสื่อสารและมนุษยสัมพันธ์ และการฝึกการเป็นผู้นำ (อุษณีย์, 2542) ลักษณะของบทบาทสมมติมี 2 ลักษณะ (อากรณี, 2537) ดังนี้ 1) การแสดงบทบาทสมมติแบบละคร เป็นการแสดงบทบาทสมมติตามเรื่องราวที่มีอยู่แล้ว ผู้แสดงได้รับทราบเรื่องราวทั้งหมด แต่ผู้แสดงไม่ได้รับบทที่กำหนดให้แสดงตามอย่างละเอียด ผู้แสดงออกต้องแสดงออกเองตามความคิดเห็น และดำเนินเรื่องตามท้องเรื่องที่กำหนด มีลักษณะเหมือนละคร 2) การแสดงบทบาทสมมติแบบแก้ปัญหา เป็นการแสดงบทบาทสมมติที่ผู้เรียนได้รับทราบสถานการณ์หรือเรื่องราว แต่เพียงเล็กน้อยเท่าที่จำเป็น ซึ่งมักเป็นสถานการณ์ที่เป็นปัญหา หรือมีความขัดแย้งอยู่ ผู้แสดงใช้ความคิดของตนเองในการแสดงออกและแก้ปัญหาต่างๆอย่างเสรี

3.9 การสอนแบบศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง (independent study method) วิธีการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง เป็นวิธีการสอนที่ดีอีกวิธีหนึ่ง ในวิชาชีพพยาบาลได้นำวิธีการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองมาใช้ในหลายรูปแบบ เพื่อให้ผู้เรียนได้เรียนรู้โดยการศึกษาค้นคว้าจากเอกสารและวัสดุการศึกษาที่จัดเตรียม

ไว้ให้ การจัดการศึกษาที่มีประสิทธิภาพ จะต้องจัดให้ครอบคลุมองค์ประกอบพื้นฐานของการสอน (จิรพรรณ, 2542)

3.10 การสอนในคลินิก (clinical teaching) เป็นการเรียนการสอนที่เน้นการประยุกต์ความรู้และศาสตร์ทางการแพทย์ในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยในสถานการณ์จริง (อรพรรณ, 2543) เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้พบเห็นและลงมือทำจริง ซึ่งใช้เป็นหลักและเป็นหัวใจในการเรียนการสอนพยาบาลศาสตร์ภาคปฏิบัติ (สมคิด และประนอม, 2521; สมจิต, 2524; อรพรรณ, 2543) โดยใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการเรียนการสอน เน้นที่ตัวปัญหาของผู้ป่วยในการปฏิบัติกรพยาบาลผู้เรียนได้ลงมือปฏิบัติและทดลองแก้ปัญหาด้วยตนเอง เป็นการเสริมสร้างความรู้และทักษะในวิชาชีพอย่างแท้จริง (อรพรรณ, 2543) ลักษณะการสอนในคลินิก เช่น การสอนแบบ bedside teaching ซึ่งในการเรียนการสอน สิ่งที่ต้องเน้น คือการ include ผู้ป่วยเข้ามาด้วยการสอนต้องใช้ภาษาเข้าใจง่าย ไม่ใช่ภาษาที่ผู้ป่วยฟังไม่รู้เรื่องทำให้ผู้ป่วยเกิดความคับข้องใจ เนื่องจากผู้ป่วยฟังอยู่ด้วยและการสอนในคลินิกอีกลักษณะหนึ่งคือ การสอนแบบ incidental teaching เป็นการสอนอาการบางอย่างที่เกิดขึ้นทันทีทันใด ไม่สามารถรอได้ เช่น cardiac arrhythmia , cardiac arrest จะต้องสอนที่ข้างเตียง โดยให้การช่วยเหลือผู้ป่วยไปด้วย (สมจิต, 2524) การสอนในคลินิกจึงถือเป็นการสอน ที่เกิดการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์พยาบาลและนักศึกษา ด้วยวิธีการสอนต่าง ๆ (ศรีสุดา, อุคมรัตน์และอวยพร, 2540) อาจารย์พยาบาลมีการชี้แนะ ถ่ายทอดความรู้ ทักษะ ทักษะ ทำให้นักศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพที่สมบูรณ์แบบ (Reilly & Oerman, 1992 อ้างตาม ศรีสุดา, อุคมรัตน์และอวยพร, 2540)

การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล เป็นการจัดการเรียนการสอนที่มุ่งเน้นผลิตบัณฑิต ที่สามารถประกอบวิชาชีพพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นพยาบาลที่สามารถให้การพยาบาลแบบองค์รวม (holistic) ได้อย่างมีคุณภาพ ดังนั้นในการจัดการเรียนการสอน ผู้สอนต้องค้นหาและเลือกรูปแบบการสอนต่าง ๆ มาใช้ เพื่อให้เหมาะสมกับลักษณะของเนื้อหา ที่ต้องการถ่ายทอดให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ จนกระทั่งสามารถปฏิบัติได้ ดังเช่นการสอนการพยาบาลด้านจิตวิญญาณก็เช่นเดียวกัน ผู้สอนก็ต้องเลือกใช้วิธีการสอนแบบต่าง ๆ ที่ทำให้ผู้เรียนเกิดความรู้ความเข้าใจ สามารถปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตวิญญาณให้กับผู้ป่วยได้

4. แนวคิดเกี่ยวกับการเรียนการสอนการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ

ในอดีตการจัดการเรียนการสอนในวิชาชีพการพยาบาลมักเน้นที่การดูแลบุคคลทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ ส่วนการพยาบาลด้านจิตวิญญาณมักมีการกล่าวถึงน้อย และมักกล่าวรวมในการพยาบาลด้านจิตใจ และไม่กล่าวถึงวิธีการนำไปใช้ (Carson, 1989) แต่ในปัจจุบันการพยาบาลด้านจิตวิญญาณมีความสำคัญ เนื่องจากเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการให้การพยาบาลแบบองค์รวม และในการจัดการเรียนการสอนการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ มีจุดมุ่งหมายเช่นเดียวกับการเรียนการ

สอนทางการพยาบาลในมิติอื่น ๆ คือการเตรียมบุคลากรทางการพยาบาล ให้สามารถตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณแก่ผู้รับบริการ ซึ่งการจัดการเรียนการสอนแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะเช่นเดียวกัน คือ การเรียนการสอนในรายวิชาทฤษฎีหรือภาคทฤษฎี และการเรียนการสอนในรายวิชาปฏิบัติหรือภาคปฏิบัติ และในกระบวนการเรียนการสอน ผู้สอนหรืออาจารย์พยาบาล ต้องมีการพัฒนากลยุทธ์ในการจัดการเรียนการสอน เลือกรูปแบบการสอนที่เหมาะสมมาใช้ ซึ่งวิธีการสอนที่มีประสิทธิภาพและเป็นกลยุทธ์ที่สามารถนำมาใช้ได้เหมาะสมในการจัดการเรียนการสอนการพยาบาลด้านจิตวิญญาณมีหลายวิธีเช่นเดียวกับการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลในมิติอื่น ๆ ดังต่อไปนี้

4.1 การสอนแบบบรรยาย (lecture method) เป็นวิธีการสอนที่นำมาใช้ ในการสอน นักศึกษากลุ่มใหญ่ ให้เกิดการเรียนรู้และทำความเข้าใจ เกี่ยวกับมโนทัศน์ด้านจิตวิญญาณ ซึ่งในการใช้ การเรียนการสอนแบบบรรยายจะใช้อธิบายหัวข้อเรื่องเกี่ยวกับจิตวิญญาณเพื่อเป็นการปูพื้นให้ผู้เรียน เข้าใจเรื่องจิตวิญญาณก่อนการใช้วิธีการสอนวิธีอื่น ผู้สอนอาจบรรยายเกี่ยวกับความหมายของจิต วิญญาณ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะจิตวิญญาณของบุคคล ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของ ผู้รับบริการ วัฒนธรรม ความเชื่อ และการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออกซึ่งบ่งบอกภาวะจิตวิญญาณ ของบุคคล การบรรยายเป็นรูปแบบการสอนที่ยึดกิจกรรมของผู้สอนเป็นหลัก หรือเป็นศูนย์กลางใน การถ่ายทอดข้อมูล (Mooney & Timmins, 2006) และเนื่องจากการพยาบาลด้านจิตวิญญาณมีความ เป็นนามธรรมและซับซ้อน (Sherry & Draper, 1997) ในการบรรยายจึงมีการขยายเวลาให้มากขึ้น (Shin, Gau, Mao & Chen, 1999)

4.2 การสอนแบบอภิปราย (discussion method) เมื่อผู้เรียนได้รับฟังการบรรยายมี ความเข้าใจเกี่ยวกับมโนทัศน์ด้านจิตวิญญาณแล้ว ผู้สอนใช้วิธีการสอนแบบแบ่งผู้เรียนเป็นกลุ่มย่อย ๆ เปิดโอกาสให้ผู้เรียนร่วมกันอภิปรายและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับ การให้ความหมายของ จิตวิญญาณของแต่ละบุคคล ความเชื่อส่วนบุคคล ความหมายและเป้าหมายชีวิต แล้วนำข้อมูลมา ตีความ สรุปเป็นหัวข้อ (theme) (Mooney & Timmins, 2006; Pesut, 2002; Shin et al., 1999)

4.3 การสอนแบบสถานการณ์จำลอง (simulation) ในการเรียนการสอนทางการพยาบาล พบว่าผู้สอนพัฒนาผู้เรียนเรื่องการดูแลด้านจิตวิญญาณด้วยการสร้างสถานการณ์จำลอง แล้วให้ ผู้เรียนกำหนดหัวข้อที่จะเรียนรู้ ร่วมกันอภิปราย และสรุปเป็นประเด็นสำคัญ ทำให้ผู้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับจิตวิญญาณ และได้พัฒนาการดูแลด้านจิตวิญญาณด้วย (theme) (Ross, 1996)

4.4 การสอนแบบกรณีตัวอย่าง (case study) เป็นกระบวนการสอน ที่มีการจัดเตรียม กรณีศึกษา ด้วยการใชกรณณ์ตัวอย่างผู้ป่วยจริง หรือผู้สอนกำหนดขึ้นเอง แล้วให้ผู้เรียนวิเคราะห์เพื่อ ค้นหาลักษณะพร้อมทั้งจิตวิญญาณจากกรณีตัวอย่าง และหาแนวทางแก้ปัญหาหรือการดูแลเพื่อตอบสนอง ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของกรณีตัวอย่าง เช่น นางเชีย อายุ 35 ปี ชาวเขาเผ่าหนึ่ง

มาโรงพยาบาลด้วยอาการพบก้อนในท้อง แพทย์ตรวจและวินิจฉัยว่าเป็นเนื้องอกในมดลูก แพทย์รับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อทำการผ่าตัด ตามปกติเธอแต่งตัวด้วยชุดประจำเผ่าตลอดเวลา เข้าวันก่อนผ่าตัดพยาบาลได้ต่อรองให้เธอเปลี่ยนชุดของโรงพยาบาล เธอยินดีปฏิบัติตามแต่ไม่ยอมถอดถุงเท้าออกและบอกกับพยาบาลว่าถ้าให้ถอดถุงเท้าจะไม่ยอมผ่าตัดและจะกลับบ้าน เพราะการถอดถุงเท้าจะทำให้เธอพบกับความโศกเศร้า จากกรณีตัวอย่างสามารถวิเคราะห์ได้ว่าผู้ป่วย มีความทุกข์ทางจิตวิญญาณ เนื่องจากได้รับการปฏิบัติที่ขัดแย้งต่อความเชื่อ เมื่อวิเคราะห์ภาวะพร่องทางจิตวิญญาณได้ ผู้สอนสามารถให้ผู้เรียนวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยรายนี้ เป้าหมายเพื่อความผาสุกทางจิตวิญญาณ (บุบผา, 2546)

4.5 การสอนในคลินิก (clinical teaching) เป็นวิธีการจัดการเรียนการสอนโดยการมอบหมายให้ผู้เรียนฝึกปฏิบัติที่หอผู้ป่วยโดยการมอบหมายผู้ป่วย เช่นผู้ป่วยระยะสุดท้าย ให้ผู้เรียนดูแลเน้นการให้การพยาบาลแบบองค์รวม โดยเฉพาะการตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ ให้ผู้เรียนประเมินสภาพผู้ป่วย รวบรวมข้อมูล มาวิเคราะห์ วางแผนการพยาบาล และลงมือปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยจริง มีอาจารย์ หรือพยาบาลพี่เลี้ยงเป็นผู้คอยชี้แนะให้ความช่วยเหลือผู้เรียน (ทัศนีย์, 2549; Mooney & Timmins, 2006; Ross, 1996) และเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้สะท้อนคิดถึงประสบการณ์ ความรู้สึกที่ได้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทำให้ผู้เรียนได้เข้าถึงสัจธรรมชีวิตอย่างแท้จริง (ทัศนีย์, 2549)

5. แนวคิดเกี่ยวกับการประเมินผลหลังการสอนทางการพยาบาล

5.1 การประเมินผล เป็นการประเมินความเจริญก้าวหน้าของผู้เรียน ต่อจุดประสงค์ของวิชานั้นๆ อย่างมีหลักเกณฑ์ (บุญเชิด, ม.ป.ป.) จัดเป็นกิจกรรมที่สำคัญ ที่สอดแทรกอยู่ในทุกขั้นตอนของกระบวนการจัดการเรียนการสอน เริ่มตั้งแต่ก่อนการเรียนการสอน จะเป็นการประเมินเพื่อตรวจสอบความรู้พื้นฐานของผู้เรียน ระหว่างการเรียนการสอนจะเป็นการประเมินเพื่อปรับปรุงผลการเรียนและเพื่อให้ผู้เรียนทราบผลการเรียนของตนเป็นระยะ ๆ และเมื่อสิ้นสุดการเรียนการสอนในแต่ละรายวิชา/ ภาคเรียน เพื่อตัดสินผลการเรียน หรือตรวจสอบให้แน่ชัดว่า ผู้เรียนบรรลุจุดประสงค์การเรียนที่กำหนด (จินตวิพร, 2545; บุญเชิด, ม.ป.ป.) ชนิดของการประเมินผลจำแนกตามจุดประสงค์ของการประเมินแบ่งได้ 4 ชนิด (วัฒนาพร, 2542) คือ

5.1.1 การประเมินผลก่อนการเรียน (placement test) เพื่อตรวจสอบความรู้พื้นฐานเดิมของผู้เรียน ที่จำเป็นในการเรียนต่อไป ผลการประเมินสามารถนำไปกำหนดจุดประสงค์ของการเรียนให้อยู่ในระดับที่ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้ หรือนำไปปรับพื้นฐานความรู้เดิมให้มั่นคงขึ้น และยังมีประโยชน์ อีก 2 ประการคือ เพื่อตรวจสอบว่าจุดประสงค์ข้อใดที่ผู้เรียนรู้แล้ว จะได้ตัดออกไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อน หรือใช้เป็นข้อมูลในการจัดกลุ่มผู้เรียน และใช้เปรียบเทียบความก้าวหน้าของการเรียนรู้

5.1.2 การประเมินผลเพื่อปรับปรุงผลการเรียน (formative evaluation) เป็นการประเมินในระหว่างที่มีการเรียนการสอนอยู่ เพื่อปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องของผู้เรียนและตรวจสอบประสิทธิภาพของกระบวนการเรียนการสอน การประเมินผลแบบนี้ช่วยเสริมกำลังใจแก่ผู้เรียน ในแง่ผู้เรียนได้รู้ความก้าวหน้าเป็นระยะๆ

5.1.3 การประเมินผลเพื่อวินิจฉัยข้อบกพร่อง (diagnostic evaluation) เป็นการประเมินที่ผู้สอนปฏิบัติกับผู้เรียนที่มีปัญหาทางวิชาการ เพื่อหาจุดบกพร่องของผู้เรียนและหาสาเหตุของปัญหา การประเมินผลเพื่อการวินิจฉัย ทำให้การสอนของผู้สอนมีทิศทางที่ชัดเจนมากขึ้น

5.1.4 การประเมินผลเพื่อตัดสินผลการเรียน (summative evaluation) เป็นการประเมินผลเมื่อสิ้นสุดการเรียนการสอนในแต่ละระยะ เช่น ตอนสิ้นเทอม กลางปี กลางเทอม และสิ้นปี เป็นต้น

5.2 วิธีการประเมินผลหลังการสอนทางการพยาบาล ในการกำหนดวิธีการประเมินผลจะต้องเริ่มจากการวิเคราะห์จุดประสงค์การเรียนรู้ว่า เป็นจุดประสงค์ที่ต้องการให้ผู้เรียนเกิดพฤติกรรมด้านใด ระดับใด แล้วจึงกำหนดวิธีการประเมินผลและเครื่องมือ ให้สอดคล้องกับการวิเคราะห์จุดประสงค์การเรียนรู้ โดยการวิเคราะห์พฤติกรรมการเรียนรู้ จากจุดประสงค์นำทางที่ได้ระบุไว้ว่าเป็นพฤติกรรมด้านใดเพื่อระบุวิธีการวัดและเครื่องมือ วิธีการประเมินผลที่ใช้บ่อย เช่น การซักถาม การทดสอบ การสังเกต การตรวจผลงาน การบันทึกประจำวัน การตรวจสอบ การสัมภาษณ์

5.2.1 การซักถาม เป็นวิธีการประเมินผลหลังการสอนที่ผู้สอน มีการสนทนาได้ตอบกับผู้เรียน ให้ผู้เรียน บอก บรรยาย หรืออธิบาย โดยใช้ข้อความถาม หรือแบบทดสอบ อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร หรือไม่เป็นลายลักษณ์อักษรก็ได้ เพื่อค้นหาคำตอบ ตามวัตถุประสงค์

5.2.2 การทดสอบ เป็นกระบวนการที่มีระบบในการสังเกตพฤติกรรมของมนุษย์ มีความหมายแคบกว่าการวัดผล เพราะการทดสอบเป็นแต่เพียงการใช้แบบทดสอบเป็นเครื่องมือในการวัดผลประเภทหนึ่ง ซึ่งแบบทดสอบเป็นกลุ่มคำถาม ที่ผู้ทดสอบให้ผู้สอบตอบสนองตามวิธีมาตรฐานที่กำหนดไว้ เพื่อนำผลการตอบสนองมากำหนดเป็นคะแนน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นตัวเลขแสดงปริมาณบอกลักษณะพฤติกรรม ความมุ่งหมายสำคัญของการทดสอบ จึงมุ่งที่ผลผลิตเป็นปริมาณอันเป็นตัวแทนสิ่งที่ต้องการวัด (เขาวดี, 2545) การทดสอบผู้สอนมักใช้วัดความรู้ของผู้เรียน มีด้วยกันหลายวิธี เช่นการทดสอบปากเปล่า การทดสอบที่ใช้แบบทดสอบทั้งอัตนัยและปรนัย (ครุณี, 2541)

5.2.3 การสังเกต เป็นเทคนิคอย่างหนึ่งในการวัดและประเมินผลการศึกษาทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม (สุธีรา, 2541) เป็นการวัดโดยใช้ประสาทสัมผัสเป็นเครื่องสื่อความหมาย สิ่งที่เกิดขึ้นเป็นรูปธรรมจึงจะสังเกตได้ เช่นการสังเกตพฤติกรรม (ภัทรา, 2538) โดยเฉพาะการสังเกตพฤติกรรมนักศึกษาแต่ละคนเกี่ยวกับทักษะในการปฏิบัติงานว่าประสบผลสำเร็จหรือไม่ (ครุณี, 2541)

5.2.4 การตรวจผลงาน เป็นวิธีการประเมินผลหลังการสอน ด้วยวิธีการที่ผู้สอนมีขั้นตอนการมอบหมายให้ผู้เรียนได้ศึกษาค้นคว้า แล้วสรุปข้อค้นพบหรือสาระความรู้ที่ได้เป็น

ชิ้นงาน ในรูปแบบต่าง ๆ เช่น รูปแบบรายงาน ผังความคิด หรือรายงานสั้น ๆ ส่งให้ผู้สอนตรวจและประเมินผลจากชิ้นงาน (กมลรัตน์, ชิตสุภาวงศ์ และจิตรลดา, 2548)

5.2.5 การบันทึกประจำวัน เป็นการบันทึกพฤติกรรมของนักศึกษา โดยผู้บันทึกไม่ได้กำหนดรูปแบบไว้อย่างชัดเจน ทำให้มีอิสระในการบันทึก การบันทึกอย่างต่อเนื่องหลายครั้ง ทำให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจน ลักษณะการบันทึกผู้บันทึกจะบันทึกเฉพาะพฤติกรรมหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเท่านั้น โดยไม่ใส่ความเห็นลงไป หรือใส่ความเห็นแยกส่วนไว้ตรงช่องความคิดเห็น (ส.วาสนา, 2527 อ้างตาม ปิยรัตน์, 2549)

5.2.6 การตรวจสอบ เป็นการตรวจสอบขั้นตอนการปฏิบัติงาน หรือกิจกรรมต่าง ๆ โดยใช้แบบตรวจสอบรายการ เพื่อให้ทราบว่าได้กระทำพฤติกรรมต่าง ๆ ตามรายการที่กำหนดไว้หรือไม่ แต่ไม่ช่วยในการพิจารณาคุณภาพ (พวงแก้ว และสุวิมล, 2534 อ้างตาม กุลธิดา, 2537)

5.2.7 การสัมภาษณ์ คือการสนทนาโต้ตอบกันอย่างมีจุดมุ่งหมายเพื่อค้นหาความรู้ความจริง ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ล่วงหน้า การสัมภาษณ์ประกอบด้วยผู้สัมภาษณ์ และผู้ถูกสัมภาษณ์ การสัมภาษณ์นอกจากได้รู้ความจริงตามต้องการแล้ว ยังช่วยให้ทราบข้อเท็จจริงของผู้ถูกสัมภาษณ์ในด้านบุคลิกภาพด้วย เช่น ท่าที วาจา เจตคติ อุปนิสัย ปฏิภาณไหวพริบ (พิชิต, 2545; ภัทรา, 2538)

5.3 วิธีการประเมินผลหลังการสอนการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ ผู้สอนกำหนดวิธีการประเมินผลหลังการสอนหลายวิธี วิธีการประเมินผลที่ใช้บ่อย เช่น การซักถามซึ่งอาจเป็นตั้งคำถามแล้วซักถามให้ผู้เรียนตอบข้อคำถาม หรือใช้วิธีการเขียนตอบแบบบรรยาย การสังเกต เช่น การสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก การสัมผัสผู้ป่วยอย่างนุ่มนวล การรับฟังผู้ป่วยเล่าด้วยความตั้งใจ การตรวจผลงาน เช่น การตรวจรายงานการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมาย การตรวจรายงานการวิเคราะห์กรณีตัวอย่างหรือสถานการณ์จำลองการบันทึกประจำวันการบันทึกพฤติกรรม การบันทึกข้อมูลจากการสะท้อนคำพูดประสบการณ์ของผู้เรียน (ทัศนีย์, 2549; Mooney & Timmins, 2006; Ross, 1996)

6. แนวคิดเกี่ยวกับหลักสูตร

6.1 หลักสูตรถือเป็นหัวใจ เป็นจุดเริ่มต้น เป็นศูนย์กลาง และกรอบของการศึกษา ไม่ว่าจะเป็นการเรียนการสอนระดับอนุบาล ระดับประถมศึกษา ระดับมัธยมศึกษา หรือระดับอุดมศึกษา ไม่ว่าจะเป็นการเรียนการสอนในระบบหรือการเรียนนอกระบบ โรงเรียน ก็ต้องใช้หลักสูตรเป็นหลักยึด หรือเป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนทั้งสิ้น (จันทร์เพ็ญ, 2536)

สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุขได้มีการพัฒนาหลักสูตรตลอดเวลา เพื่อให้เหมาะสมกับนโยบายด้านสาธารณสุขของประเทศ และสภาพของสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา อีกทั้งยังตระหนักถึงความก้าวหน้าด้านเทคโนโลยี และการเปลี่ยนแปลงทางสังคม จึงได้

มีการปรับปรุงหลักสูตรให้มีความทันสมัย สอดคล้องกับความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาการ และแนวโน้มสภาพสังคมปัจจุบัน ดังเช่น สังค (2532) กล่าวว่า หลักสูตรที่สร้างขึ้นในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง มีความเหมาะสมกับสภาพสังคมในช่วงเวลานั้น เมื่อเวลาผ่านไปสภาพสังคมมีการเปลี่ยนแปลงไปย่อมมีผลต่อหลักสูตร อาจทำให้หลักสูตรไม่มีความเหมาะสมกับสภาพปัญหา และความต้องการของสังคมในช่วงเวลาใหม่ได้ หลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ และหลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ เทียบเท่าปริญญาตรี (ต่อเนื่อง 2 ปี) จึงได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องมาเป็นลำดับ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข มีหลักสูตรที่ทำการสอน 3 หลักสูตร คือหลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์(ฉบับปรับปรุง) พ.ศ. 2537 หลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ เทียบเท่าปริญญาตรี (ต่อเนื่อง 2 ปี) และหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พ.ศ. 2545 รายละเอียดดังต่อไปนี้

6.1.1 หลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ (ฉบับปรับปรุง) พ.ศ. 2537 ซึ่งปรัชญาหลักสูตร คำนึงถึงการพยาบาลแบบองค์รวม มีการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ มองคนเป็นองค์รวม นุรณาการของกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณเข้าด้วยกัน (สถาบันพระบรมราชชนก, 2537ก) และการจัดการศึกษา แบ่งออกเป็น 4 หมวดวิชา คือหมวดวิชาพื้นฐานทั่วไป หมวดวิชาพื้นฐานวิชาชีพ หมวดวิชาชีพ และหมวดวิชาเลือกเสรี รวมหน่วยกิตตลอดหลักสูตร 144 หน่วยกิต มีรายวิชาที่สอดคล้องเนื้อหาเกี่ยวกับการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ ในหมวดวิชาชีพการพยาบาล (สถาบันพระบรมราชชนก, 2537ข)

6.1.2 หลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ เทียบเท่าปริญญาตรี (ต่อเนื่อง 2 ปี) มีปรัชญาหลักสูตร ที่ว่าจะผลิตพยาบาลวิชาชีพที่ความรู้ความสามารถด้านวิชาชีพ ให้การพยาบาลแบบองค์รวม ประกอบด้วยร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (สถาบันพระบรมราชชนก, 2542ก) และการจัดการศึกษา แบ่งออกเป็น 4 หมวดวิชา คือหมวดวิชาพื้นฐานทั่วไป หมวดวิชาพื้นฐานวิชาชีพ หมวดวิชาชีพการพยาบาล และหมวดวิชาเลือกเสรี รวมหน่วยกิตตลอดหลักสูตร 74 หน่วยกิต มีรายวิชาที่สอดคล้องเนื้อหาเกี่ยวกับการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ ในหมวดวิชาชีพการพยาบาล (สถาบันพระบรมราชชนก, 2542ข)

6.1.3 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พ.ศ. 2545 โดยมีปรัชญาหลักสูตรที่ว่าจะผลิตพยาบาลที่มีความรู้ ความสามารถเชิงวิชาชีพ ตอบสนองความต้องการของประชาชนทุกช่วงวัย แบบองค์รวม (สถาบันพระบรมราชชนก, 2546ก) การจัดการศึกษา แบ่งออกเป็น 4 หมวดวิชา คือหมวดวิชาพื้นฐานทั่วไป หมวดวิชาพื้นฐานวิชาชีพ หมวดวิชาชีพ และหมวดวิชาเลือกเสรี รวมหน่วยกิตตลอดหลักสูตร 144 หน่วยกิต มีรายวิชาที่สอดคล้องเนื้อหาเกี่ยวกับการพยาบาล

ทางนพระบรมราชชนก, 2546ก) การจัดการศึกษา มีรายวิชาที่สอดคล้องเนื้อหาเกี่ยวกับการพยาบาลทางด้านจิตวิญญาณ ในหมวดวิชาชีพ (สถาบันพระบรมราชชนก, 2546ข)

6.2 รายวิชาที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ มีดังต่อไปนี้

6.2.1 แนวคิดพื้นฐานและหลักการพยาบาล 1 รหัสวิชา พย. 111

ลักษณะวิชา แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ ความเจ็บป่วย บทบาทหน้าที่ และขอบเขตความรับผิดชอบของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพบุคคล ครอบครัว ชุมชน โดยคำนึงถึงสภาวะทางกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาล และกระบวนการพยาบาล หลักการพยาบาล และส่งเสริมให้ผู้รับบริการดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง

6.2.2 สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช 1 รหัสวิชา พย. 221

ลักษณะวิชา แนวคิด หลักการและทฤษฎีการพยาบาลจิตเวช บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลจิตเวช มโนคติเกี่ยวกับตนเอง ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ การใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการบำบัด การใช้กระบวนการพยาบาล ใช้แนวทางในการช่วยเหลือ และสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิต ฝึกประสบการณ์ การใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิต และการปรับตัว

ตามลักษณะวิชาไม่ระบุการดูแลด้านจิตวิญญาณ แต่ในหัวข้อการเรียนการสอนมีการดูแลด้านจิตวิญญาณสอดคล้องในเนื้อหาอื่น จำนวน 1 บท ในจำนวนเนื้อหา ทั้งหมด 7 บท

6.2.3 การพยาบาลผู้ใหญ่ 1 รหัสวิชา พย. 241

ลักษณะวิชา แนวคิดและหลักการในการให้การพยาบาลบุคคลที่อยู่ในวัยรุ่นตอนปลายจนถึงวัยผู้ใหญ่ การเตรียมผู้ป่วยเพื่อการตรวจวินิจฉัย และการบำบัดรักษาบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในการเจริญเติบโตของเซลล์ ระบบผิวหนัง ตา หู จมูก โรคเขตร้อน โรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ โรคระบบทางเดินอาหาร โลหิตและน้ำเหลือง ทางเดินปัสสาวะ อวัยวะสืบพันธุ์ ในระยะเฉียบพลัน ระยะวิกฤต ระยะเรื้อรัง และระยะสุดท้าย และให้การช่วยเหลือบุคคลที่ได้รับอันตรายจากอุบัติเหตุและสาธารณภัย โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการแก้ปัญหาให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ

6.2.4 การพยาบาลผู้ใหญ่ 2 รหัสวิชา พย. 242

ลักษณะวิชา ฝึกประสบการณ์ใช้กระบวนการพยาบาลในการพยาบาลบุคคลวัยรุ่นตอนปลายจนถึงวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัย และบำรุงรักษาทางยา และการผ่าตัดซึ่งมีปัญหาด้านสุขภาพ ให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในการเจริญเติบโตของเซลล์ ระบบผิวหนัง ตา หู จมูก โรคเขตร้อน โรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ โรคระบบ

ทางเดินอาหาร โลหิตและน้ำเหลือง ทางเดินปัสสาวะ อวัยวะสืบพันธุ์ ในระยะเฉียบพลัน ระยะวิกฤต ระยะเรื้อรัง และระยะสุดท้าย และการช่วยเหลือบุคคลที่ได้รับอันตรายจากอุบัติเหตุและสาธารณภัย

6.2.5 การพยาบาลผู้ใหญ่ 3 รหัสวิชา พย. 343

ลักษณะวิชา การพยาบาลบุคคลที่อยู่ในวัยรุ่นตอนปลายจนถึงวัยผู้ใหญ่ ที่มีปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับระบบกระดูก และกล้ามเนื้อ ระบบหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบประสาท ในระยะเฉียบพลัน ระยะวิกฤต ระยะเรื้อรัง และระยะสุดท้าย โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการแก้ปัญหา ให้ครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ในทุกระยะของการดำเนินโรค การบำบัดตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข

6.2.6 การพยาบาลผู้ใหญ่ 4 รหัสวิชา พย. 344

ลักษณะวิชา ฝึกประสบการณ์ใช้กระบวนการพยาบาลในการพยาบาลบุคคลวัยรุ่นตอนปลายจนถึงวัยผู้ใหญ่ ที่มีปัญหาสุขภาพได้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิต สังคม จิตวิญญาณ เกี่ยวกับระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ระบบหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือดระบบต่อมไร้ท่อ ระบบประสาท ในระยะเฉียบพลัน ระยะวิกฤต ระยะเรื้อรัง และระยะสุดท้าย ฝึกปฏิบัติการบำบัดทางการพยาบาลตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข

6.2.7 การพยาบาลผู้สูงอายุ รหัสวิชา พย. 245

ลักษณะวิชา แนวคิดและหลักการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลง ทางด้านร่างกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย ทฤษฎีการสูงอายุ ฝึกประสบการณ์การใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุ ในภาวะปกติ และภาวะสุขภาพเบี่ยงเบน การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ บทบาทของครอบครัว และชุมชน ที่มีต่อผู้สูงอายุ สิทธิของผู้สูงอายุและแหล่งบริการสุขภาพผู้สูงอายุ

6.2.8 จริยศาสตร์สำหรับพยาบาล รหัสวิชา พย. 274

ลักษณะวิชา ความหมายและความสำคัญของจริยศาสตร์ จริยธรรมความสัมพันธ์ระหว่างศาสนากับจริยศาสตร์ จริยธรรมตามหลักศาสนา มโนธรรม จริยธรรมในวิชาชีพพยาบาล สิทธิมนุษยชน จรรยาบรรณวิชาชีพ การให้การพยาบาล ปัญหาและแนวทางแก้ไขจริยธรรมในการพยาบาล การปรับตัวในการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับสภาวะแวดล้อม อย่างมีจริยธรรม และมีความสุข สัมพันธ์กับเป้าหมายของชีวิต

6.2.9 การประเมินภาวะสุขภาพ รหัสวิชา พย. 1202

ลักษณะวิชา แนวคิด หลักการและวิธีการประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวม ตลอดทุกช่วงวัยของชีวิต โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ประเมินสภาพจิต สังคม และจิตวิญญาณ การแปลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อนำไปวางแผนการดูแลสุขภาพของประชาชน โดยคำนึงถึงสิทธิมนุษยชนและหลักจริยธรรม

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข มีหลักสูตรที่เปิดทำการสอน 3 หลักสูตร คือ หลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ (ฉบับปรับปรุง) พ.ศ. 2537 หลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ เทียบเท่าปริญญาตรี (ต่อเนื่อง 2 ปี) และ หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พ.ศ. 2545 ทุกหลักสูตร มีการจัดการศึกษา แบบทวิภาค คือ 2 ภาคการศึกษาปกติ และ 1 ภาคฤดูร้อน ต่อปีการศึกษา และมีการจัดรูปแบบการเรียนการสอนโดยใช้ วิธีการสอนที่หลากหลาย หลังการสอนมีการประเมินความก้าวหน้าของผู้เรียนหลายรูปแบบ ทุกหลักสูตรมีวัตถุประสงค์ ที่มุ่งเน้นการผลิตพยาบาลที่มีคุณภาพ พร้อมให้การพยาบาลแบบ องค์กรรวม ทั้งกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ และโดยเฉพาะการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ ซึ่งเป็น การพยาบาลด้านที่สำคัญ เป็นเอกลักษณ์ของวิชาชีพ เพราะเป็นการพยาบาลด้านที่อิสระ ทุกหลักสูตร ให้ความสำคัญของการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ จึงมีการสอดแทรกเนื้อหา การพยาบาลทางด้านจิตวิญญาณ ในกลุ่มรายวิชากลุ่มวิชาชีพการพยาบาล เพื่อจัดกิจกรรมการ เรียนการสอนเนื้อหาเกี่ยวกับการพยาบาลทางด้านจิตวิญญาณ ให้กับนักศึกษาทุกหลักสูตร ที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เปิดทำการสอน

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปได้ว่า การพยาบาลด้านจิตวิญญาณ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการให้การพยาบาลแบบองค์กรรวม ซึ่งมีพื้นฐานความเชื่อว่า คนเป็น สิ่งมีชีวิตที่ประกอบกันเป็นหน่วยเดียวไม่สามารถแยกได้ คนทุกคนมีความต้องการด้านจิตวิญญาณ และหาทางตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ ด้านการตอบสนองความต้องการด้าน ความหมายและเป้าหมายชีวิต ด้านการมีความสัมพันธ์กับสิ่งอื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งเหนือตน และ ด้านความหวัง แต่ภาวะจิตวิญญาณของบุคคลมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ขึ้นกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กับภาวะจิตวิญญาณของบุคคล การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ ดังกล่าว จึงต้องเลือกใช้กิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสม ตามสภาพของผู้ป่วยเฉพาะราย แต่การ พยาบาลด้านจิตวิญญาณ อาจได้รับการมองข้าม หรือถูกละเลย ถ้าพยาบาลขาดความรู้ ฉะนั้นใน กระบวนการผลิตพยาบาล ผู้สอนต้องเลือกใช้เทคนิคหรือวิธีการสอนที่เหมาะสม เพื่อถ่ายทอดความรู้ และประสบการณ์แก่ผู้เรียน ซึ่งวิธีการสอนการพยาบาลด้านจิตวิญญาณที่ใ้บ่อย คือการสอนแบบ บรรยาย อภิปราย การใช้กรณีตัวอย่าง การใช้สถานการณ์จำลอง และการสอนในคลินิก ภายหลัง การสอน ผู้สอนมีการติดตามและประเมินผลผู้เรียน เพื่อพิจารณาว่าการสอนประสบผลสำเร็จ หรือไม่ ด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การสังเกต การซักถาม การตรวจผลงาน และการบันทึกประจำวัน