ประสบการณ์ชีวิตการพยาบาลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลวิกฤต
The Lived Experience of Spiritual Care in Critical Care Nurses

วัลภา คุณทรงเกียรติ* พย.ด
Wanlapa Kunsongkeit, Ph.D.

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาของไฮเดกเกอร์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายประสบการณ์การพยาบาลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลวิกฤต ผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี โดยเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 7 คน เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนธันวาคม 2550 ถึงเดือนมิถุนายน 2551 โดยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสังเกต และการสะท้อนคิด วิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนของ Cohen, Kahn & Steeves (2000)

ผลการศึกษาพบ ประเด็นหลักเกี่ยวกับการพยาบาลด้านจิตวิญญาณตามการรับรู้ของพยาบาลวิกฤตรวม 4 ประเด็น คือ ความหมายของการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ การปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ ผลของการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ และคุณลักษณะของพยาบาลที่เอื้อต่อการให้การพยาบาลด้านจิตวิญญาณ

ผลการศึกษาครั้งนี้ ทำให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งถึงการพยาบาลด้านจิตวิญญาณตามการรับรู้ของพยาบาลวิกฤต ทำให้สามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานและศึกษาเพิ่มเติมเพื่อพัฒนาองค์ความรู้การพยาบาลด้านจิตวิญญาณเพื่อให้มีความครอบคลุมการพยาบาลแบบองค์รวมที่มีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ: การพยาบาลด้านจิตวิญญาณ พยาบาลวิกฤต

Abstarct

A qualitative research based on Heideggerian phenomenology aimed to describe critical care nurses' lived experience of providing spiritual care. Seven informants in ICU at a university hospital in Chonburi were purposively selected. Data were collected by in-depth interview, observation and critical reflection. Cohen, Kahn & Steeves's (2000) steps guided data analysis. Four themes of spiritual care emerged, which were meaning of spiritual care, nursing practices in spirituality, the results from spiritual care, and characteristics of nurses who provide spiritual care. This findings provide deep understanding of spiritual care as perceived by critical care nurses. It can be basic foundation for nurses to provide spiritual care and further explore for greater understanding and development of a body of knowledge regarding spiritual care for effective holistic care.

Key words: Spiritual care, critical care nurses

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยภาวะวิกฤต เป็นบุคคลที่ป่วยหนัก มีอาการรุนแรงที่คุกคามต่อการมีชีวิตอยู่ ทำให้จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักและได้รับการ

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

ดูแลรักษาจากบุคคลากรทางการแพทย์ที่มีความสามารถเฉพาะร่วมกับการใช้เทคโนโลยี เครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดต่อไป ผลจากการความเจ็บป่วยที่รุนแรงย่อมส่งผลต่อผู้ป่วยแบบองค์รวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ดังนั้น ผู้ป่วยภาวะวิกฤตจึงต้องได้รับการดูแลทั้งสี่ด้าน (Carpenter, Girvin, Kitner & Ruth-Sahd,2008)

ในปัจจุบันนี้ จิตวิญญาณได้รับการยอมรับว่าเป็นมิติหนึ่งที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของบุคคล (Sessanna, Finnell & Jezewski, 2007) ทั้งจากนักทฤษฎีทางการพยาบาล (Neuman, 1995; Watson, 1999) องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1998) และองค์กรพยาบาลทั้งไทยและต่างประเทศต่างก็เน้นให้พยาบาลตระหนักถึงความสำคัญของการให้การพยาบาลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2533; Beckman, Boxley-Harges, Bruick-Sorge & Salman,2007) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาวะที่เกิดความเจ็บป่วยรุนแรง เพราะจิตวิญญาณเป็นเสมือนสิ่งยึดเหนี่ยวที่ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยที่รุนแรงดังกล่าวได้

อย่างไรก็ตามมีหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งบทความวิชาการและงานวิจัยที่บ่งบอกอย่างชัดเจนว่าในขณะที่มิติด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมได้รับการดูแลอย่างชัดเจน แต่มิติจิตวิญญาณกลับเป็นมิติที่ถูกละเลยไม่ค่อยได้รับการดูแล (Chuengsatiansup, 2002; McSherry, Cash & Ross, 2004) โดยเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตถึงแม้จะเป็นมิติที่มีความสำคัญและจะเด่นชัดในภาวะนี้ (Clark & Heidenreich, 1995; Kociszewski, 2004; Naraya nasamy, 2004) ทั้งนี้เนื่องมาจากลักษณะของผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่จะมีปัญหาทางด้านร่างกายเป็นสำคัญ จึงได้รับการดูแลเป็นลำดับแรก (Angelucci, 1999) ประกอบกับจิตวิญญาณเป็นมิติที่มีความเป็นนามธรรม (Seller, 2001) และเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ส่วนบุคคล ความเชื่อ สังคม และวัฒนธรรม (McSherry, 2006) ไม่อาจที่จะหาคำนิยามที่มีแน่นอน เข้าใจและยอมรับกันโดยทั่วไปได้ (Wink & Dillion, 2003) ทำให้พยาบาลให้การดูแลด้านจิตวิญญาณที่แตกต่างกันไป และอาจมีความยากลำบากในการนำไปปฏิบัติ (Koslander & Arvidsson, 2005) นอกจากนั้นในด้านการศึกษาที่เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณส่วนมากจะเป็นการศึกษาของต่างประเทศที่มีบริบททางสังคมต่างจากของประเทศไทยที่ทำให้ไม่อาจนำมาอ้างอิงได้ เพราะบริบทที่ต่างกันจะมีผลทำให้พยาบาลให้ความหมายและปฏิบัติการพยาบาลทางจิตวิญญาณที่แตกต่างกัน (Strang, Strang & Ternestedt, 2002) ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาประสบการณ์ชีวิตการพยาบาลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลวิกฤต เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานที่จะนำไปสู่การพัฒนาและส่งเสริมการพยาบาลด้านจิตวิญญาณให้มีความเป็นรูปธรรม

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตการพยาบาลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลวิกฤต

สถานที่ศึกษา

สถานที่ศึกษาคือหอผู้ป่วยหนักของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรีตั้งอยู่ชั้น 2 ของโรงพยาบาล ลักษณะภายในหอผู้ป่วยจะแบ่งเป็นหอผู้ป่วยหนักและหน่วยไตเทียม โดยมีการแบ่งเขตกันอย่างชัดเจน หอผู้ป่วยหนักจะมีจำนวนเตียงรับผู้ป่วย 5 เตียงโดยรับผู้ป่วยวิกฤตที่มีอายุตั้งแต่ 8 ปีขึ้นไปที่เจ็บป่วยในทุกระบบ มีพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยรวม 7 คน ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยจำนวน 6 คน ขึ้น

เวรเช้า-บ่าย-ดึก เวรๆ ละ 8 ชั่วโมง ในเวรเช้าจะมีพยาบาลวิชาชีพจำนวน 3 คน ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย 2 คน เวรบ่าย จะมีพยาบาลวิชาชีพจำนวน 2 คน ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย 2 คน และเวรดึกจะมีพยาบาลวิชาชีพจำนวน 2 คน ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย 2 คน การดูแลผู้ป่วยจะเป็นแบบการมอบหมายงานตามหน้าที่ เวลาในการเยี่ยมผู้ป่วย คือ เวลา 10.00- 14.00 น. และ 18.00-19.00 น. โดยให้เยี่ยมได้ครั้งละ 2 คน

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาของไฮเดกเกอร์ (Koch, 1995) โดยทำการศึกษาระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2550 ถึงเดือนมิถุนายน 2551 ผู้ให้ข้อมูล คือพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนักมาของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงที่มีประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยหนักอย่างน้อย 3 ปี และยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมของมหาวิทยาลัยบูรพา ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างดังนี้ มีการแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และรายละเอียดของการทำวิจัยเพื่อขอความความร่วมมือในการทำวิจัย โดยอธิบายให้ทราบว่า ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อผู้ให้ข้อมูล โดยจะใช้เป็นรหัสแทน และข้อมูลต่างๆ จะเก็บไว้ในที่ปลอดภัยมีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่จะทราบ การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมและนำไปใช้เชิงวิชาการเท่านั้น และข้อมูลต่างๆ จะถูกทำลายเมื่อสิ้นสุดการทำวิจัยแล้ว ระหว่างการทำวิจัย ผู้ให้ข้อมูลสามารถซักถามข้อสงสัยต่างๆ ได้ และหากผู้ให้ข้อมูลไม่ประสงค์จะเข้าร่วมหรือออกจากการวิจัยก็สามารถทำได้ โดยจะไม่มีผลเสียเกิดขึ้น

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย : **ผู้วิจัย** ซึ่งเป็นเครื่องมือหลักในการวิจัย **แนวคำถามในการสัมภาษณ์เจาะลึก** เช่น คุณให้ความหมายของการพยาบาลด้านจิตวิญญาณอย่างไร คุณรู้สึกอย่างไรภายหลังการให้การพยาบาลด้านจิตวิญญาณ เป็นต้น **แนวทางในการสังเกต** ซึ่งจะสังเกตสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย และการแสดงออกทางท่าทางและอารมณ์ขณะทำการสัมภาษณ์ของผู้ถูกสัมภาษณ์ **แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล** ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา การศึกษา ประสบการณ์ทำงานในหอผู้ป่วยหนัก และดำแหน่งหน้าที่ในหอผู้ป่วย **แบบบันทึกการสะท้อนคิด** ซึ่งจะเป็นแบบบันทึกความรู้สึก และความคิดของผู้วิจัยที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินการวิจัย และ**อุปกรณ์**ในการเก็บรวบรวม**ข้อมูล** ได้แก่ เทปและเครื่องบันทึกเทป สมุดจดบันทึก และปากกา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุมัติเก็บข้อมูล จากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลรวมทั้งประสานงานกับฝ่ายการพยาบาลและหอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ซึ่งจะมีความคุ้นเคยกันมาก่อนเนื่องจากผู้ให้ข้อมูลและผู้วิจัยเคยเป็นอาจารย์และศิษย์กันมาก่อน ทำให้ง่ายต่อการสร้างสัมพันธภาพอย่างรวดเร็ว จากนั้นก็ได้ทำการพิทักษ์สิทธิและขอความร่วมมือในการวิจัย ซึ่งผู้ให้ข้อมูลให้ความยินยอมด้วยวาจา จากนั้นก็นัดหมายเพื่อทำการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกตามความสะดวกของผู้ให้ข้อมูลซึ่งผู้ให้ข้อมูลทุกรายก็เลือกที่

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

จะให้สัมภาษณ์ในห้องที่เป็นสัดส่วนที่หอผู้ป่วยวิกฤตที่ปฏิบัติงานอยู่แล้ว

3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์เจาะลึกที่หอผู้ป่วยหนักตามที่ผู้ให้ข้อมูลเลือก ขณะที่อยู่ภายในหอผู้ป่วยและขณะสัมภาษณ์ ผู้วิจัยสังเกตสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยตั้งแต่ทางเข้าหอผู้ป่วยจนถึงบริเวณที่เป็นเตียงผู้ป่วยและเคาเตอร์ทำงานของพยาบาล รวมถึงการสังเกตปฏิกิริยาท่าทางและอารมณ์ที่ผู้ให้ข้อมูลแสดงออกมาขณะทำการสัมภาษณ์จนสิ้นสุดการสัมภาษณ์ ซึ่งใช้เวลาประมาณ 60-90 นาทีในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยได้ขออนุญาติผู้ให้ข้อมูลในการกลับมาสัมภาษณ์อีกครั้งภายหลังการถอดเทปฟังข้อมูลที่ได้แล้วยังมีประเด็นที่ไม่ชัดเจนซึ่งผู้ให้ข้อมูลทุกคนก็ ยินดีให้สัมภาษณ์ได้อีก จากนั้นผู้วิจัยทำการจดบันทึกภาคสนามเกี่ยวกับบรรยากาศในระหว่างการสัมภาษณ์ และสิ่งที่สังเกตได้ รวมถึงบันทึกการสะท้อนคิดเพื่อแยกแยะความรู้สึกนึกคิดที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับเรื่องที่ทำการวิจัยเมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ในแต่ละรายทันทีเมื่อออกจากหอผู้ป่วย

4. หลังการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยทำการถอดเทปคำต่อคำ เพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลและวางแผนในการสัมภาษณ์ต่อไปในประเด็นที่ไม่ชัดเจน ผู้วิจัยได้มีการนัดหมายเพื่อทำการสัมภาษณ์ครั้งต่อไปกับผู้ให้ข้อมูลทุกคน รวมเป็นคนละ 2 ครั้ง โดยก่อนการสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยได้สรุปสาระที่ได้จากการสัมภาษณ์ครั้งแรกเพื่อตรวจสอบจากผู้ให้ข้อมูลว่า ผู้วิจัยสรุปได้ถูกต้องหรือไม่ และเปิดโอกาสให้เพิ่มเติมข้อมูลที่ยังขาดอยู่ จากนั้นจึงสัมภาษณ์เกี่ยวกับประเด็นที่ผู้วิจัยยังไม่เข้าใจหรือต้องการให้มีการอธิบายเพื่อความชัดเจน ซึ่งในการสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 ใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้ขอบคุณผู้ให้ข้อมูลที่ให้ความร่วมมือในการถ่ายทอดประสบการณ์ชีวิตในการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ

5 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลไปเช่นนี้จนข้อมูลมีความอิ่มตัวเกิดขึ้นในผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7 จึงยุติการเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลตามแนวทางของ Cohen, Kahn & Steeves (2000) โดยมี 6 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1) อ่านข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปหลายครั้งจนเข้าใจภาพรวมของประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล ขั้นตอนที่ 2) ทำการตัดทอนข้อมูลที่ไม่เกี่ยวข้องออก (Data Reduction) โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลด้วยการใช้วิจารณญาณของผู้วิจัย ขั้นตอนที่ 3) อ่านข้อมูลที่เหลือ เพื่อระบุความหมายที่สำคัญด้วยการให้รหัสรวมถึงข้อมูลจากการสังเกต ก็มีการให้รหัสเช่นกัน ขั้นตอนที่ 4) ทำการจัดกลุ่มรหัสที่เกี่ยวข้องกันเป็น Subcategories และ Categories ขั้นตอนที่ 5) ทำการจัดกลุ่ม Categories ให้เป็น Theme ตามความหมายที่เกี่ยวข้องกัน ขั้นตอนที่ 6) ตรวจสอบความตรงของประเด็นหลักที่จัดกลุ่มกับ Categories และผู้ให้ข้อมูล

ความน่าเชื่อถือของงานวิจัย

ผู้วิจัยได้สร้างความน่าเชื่อถือตามแนวทางของลินคอน และกูบา (Lincoln & Guba, 1985)

1. ความเชื่อถือได้ ผู้วิจัยสร้างความเชื่อถือได้โดย

1.1 เลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์จริง

1.2 การสร้างสัมพันธภาพที่ดีเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความไว้วางใจพร้อมที่จะถ่ายทอดประสบการณ์ให้ฟัง ซึ่งผู้วิจัยมีความคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูลมาก่อนเนื่องจากเป็นอาจารย์ที่เคยสอนกันมา ทำให้ใช้เวลาไม่นานในการสร้างสัมพันธภาพ

1.3 การสะท้อนคิด ผู้วิจัยใช้การสะท้อนคิดของผู้วิจัยเพื่อทำการตรวจสอบความคิด ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในขณะเก็บข้อมูลเพื่อลดความลำเอียง ที่

อาจจะเกิดขึ้นได้

1.4 การยืนยันข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการสรุปการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง แล้วให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยันและเพิ่มเติมในส่วนที่ไม่ละเอียดทุกราย

2. การถ่ายโอนงานวิจัย ผู้วิจัยเขียนบรรยายลักษณะของการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงเพื่อให้เข้าใจและสามารถประยุกต์ใช้ข้อค้นพบครั้งนี้ได้โรงพยาบาลที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน

3. การพึ่งพาเกณฑ์อื่นได้ ผู้วิจัยเขียนขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการสรุปผลการวิจัยอย่างละเอียดเพื่อให้เข้าใจและสามารถตรวจสอบได้

4. การยืนยันผลการวิจัย เป็นการวัดความเป็นกลางหรือการไม่ลำเอียง ซึ่งการยืนยันการวิจัยเกิดขึ้นเมื่อมีขั้นตอนความเชื่อถือได้ การถ่ายโอนงานวิจัย และการพึ่งพาเกณฑ์อื่นได้

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลมีทั้งหมด 7 คน เพศหญิง 6 คน ชาย 1 คน มีอายุระหว่าง 24-37 ปี นับถือศาสนาพุทธทั้งหมดจบการศึกษาระดับปริญญาตรี มีประสบการณ์ทำงานในหอผู้ป่วยวิกฤตระหว่าง 4-13 ปี มีตำแหน่งงานเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย 1 คน และรองหัวหน้าหอผู้ป่วย 1 คน

ส่วนที่ 2 ประสบการณ์ชีวิตการพยาบาลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลวิกฤต

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ประสบการณ์ชีวิดการพยาบาลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลวิกฤตแบ่งได้เป็น 4 ประเด็นหลักคือ ประเด็นหลักที่ 1 ความหมายของการพยาบาลด้านจิดวิญญาณ ประเด็นหลักที่ 2 การปฏิบัติการพยาบาลด้านจิดวิญญาณ ประเด็นหลักที่ 3 ผลจากการพยาบาล ด้านจิตวิญญาณ และประเด็นหลักที่ 4 คุณลักษณะของพยาบาลที่เอื้อต่อการให้การพยาบาลด้านจิตวิญญาณ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ประเด็นหลักที่ 1 ความหมายของการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ

ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่า การพยาบาลด้านจิตวิญญาณเป็นการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยวิกฤตที่อยู่ระยะสุดท้ายและญาติ ซึ่งเป็นการพยาบาลที่จำเป็นที่สุดสำหรับผู้ป่วยวิกฤตที่อยู่ในระยะสุดท้ายและญาติจะเกิดขึ้นเมื่อแพทย์ให้ความเห็นว่า ผู้ป่วยหมดหวังในการรักษาแล้ว ซึ่งตามปกติแล้วพยาบาลจะเน้นที่การดูแลทางด้านร่างกายเป็นสำคัญก็จะเริ่มให้การดูแลผู้ป่วยแบบระยะสุดท้ายจนเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตรวมถึงการช่วยเหลือญาติให้เผชิญกับระยะสุดท้ายของผู้ป่วยได้ด้วยดี ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความสงบและเป็นสุขได้ในวาระสุดท้ายทั้งขณะมีชีวิต และปราศจากชีวิตแล้ว

"ความต้องการด้านจิตวิญญาณมีมากในระยะสุดท้ายคือเห็นเป็นรูปธรรมชัดเจนว่าน่าจะเป็นอย่างนี้... คนไข้ที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นระยะสุดท้าย เขาก็จะมองเป็น medical model ต้องหาย ต้องใช้ยา แต่ถ้าเป็นระยะสุดท้ายแล้ว เขา(คนไข้) ก็ยอมรับ และสงบขึ้นจากที่ไม่เข้าใจว่าทำไมรักษาไม่ได้ ญาติเองก็เช่นกัน เราก็จะเข้ามาจัดการง่าย nurse ก็มีบทบาท action ได้มากในระยะนี้" (ID 1)

"ส่วนใหญ่คนที่เขาไม่. dead แต่เขาเฉียดตายมา เช่น คนไข้ MI ส่วนใหญ่เราก็จะไม่ค่อยเน้นเรื่องจิดวิญญาณเท่าไรนะ ส่วนใหญ่เราก็จะดูให้ยา ทำ treatment จำกัดกิจกรรม ให้พักผ่อนมากกว่า ด้านจิดวิญญาณเราก็ยังไม่ได้ถามเขานะ ให้ health ed (education) มากกว่า ไม่ให้เกิดอาการมากกว่า ส่วนใหญ่จะดูคนไข้ NR จะตระหนักทางด้านจิดวิญญาณในระยะนี้มากกว่าค่ะ" (ID 2)

"การดูแลอันดับแรกจะเน้นการดูแลทางด้านร่างกาย ส่วน จิดวิญญาณเป็นอันดับท้ายๆ ดอนที่เรา

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

รู้แล้วว่าเขาจะไม่รอด เราก็จะมาดูเน้นทางด้านนี้เพื่อให้เขาไปสบายๆ" (ID 4)

"การประคับประคอง น่าจะเหมาะกว่าเป็นการประคับประคองให้เขา (ผู้ป่วย) ไปสบายๆ ไม่ทรมานในระยะที่เขาหมดหวังแล้ว ประมาณนี้ค่ะ" (ID 7)

ประเด็นหลักที่ 2 การปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลด้านจิตวิญญาณ

กิจกรรมพยาบาลด้านจิตวิญญาณเป็นกิจกรรมที่เกิดขึ้นตามความเชื่อของพยาบาลและของผู้ป่วยและญาติทั้งในขณะที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่และเสียชีวิตไปแล้ว ซึ่งได้แก่ การให้ผู้ป่วยและญาติได้ปฏิบัติตามความเชื่อความศรัทธาที่ไม่ขัดต่อการรักษา การจัดสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับศาสนาในหอผู้ป่วย การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติอยู่ด้วยกันมากที่สุด การให้ข้อมูลและการสัมผัส ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจในการดูแลรักษา เกิดความสบายใจ มีกำลังใจ และสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยและระยะสุดท้ายได้อย่างดี

2.1 *การให้ผู้ป่วยและญาติได้ปฏิบัติตามความเชื่อความศรัทธาที่ไม่ขัดต่อการรักษา* ผู้ให้ข้อมูลทุกคนจะเห็นว่า ความเชื่อความศรัทธาของผู้ป่วยและญาติเป็นเสมือนสิ่งยึดเหนี่ยวที่ความสำคัญต่อผู้ป่วยและญาติขณะที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่และเสียชีวิตไปแล้ว โดยขณะที่มีชีวิตอยู่ความเชื่อความศรัทธาจะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความสบายใจ มีความหวัง และกำลังใจที่จะเผชิญกับความเจ็บป่วยได้ ส่วนในระยะสุดท้าย ผู้ป่วยจะสามารถเผชิญความตายได้อย่างสงบ และภายหลังการเสียชีวิต ญาติก็จะยอมรับกับความสูญเสียได้ดีขึ้น ดังนั้น ผู้ให้ข้อมูลจึงเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้มีกิจกรรมตามที่ต้องการแต่ต้องไม่ขัดต่อการรักษา ไม่ทำอันตรายต่อผู้ป่วยและคนอื่น กิจกรรมตามความเชื่อความศรัทธาที่เกิดขึ้นจะเกี่ยวข้องกับศาสนาและไม่เกี่ยวกับศาสนาคือ ความเชื่อตามวัฒนธรรม สิ่งศักดิสิทธิ์และสิ่งเหนือธรรมชาติ

2.1.1 การปฏิบัติกิจกรรมขณะที่ยังมีชีวิตอยู่ จะเป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับศาสนาเป็นหลักอาทิเช่น การทำสังฆทาน การฟังพระเทศน์ การบนบานกับพระพุทธรูป เป็นต้น นอกจากนั้นจะเป็นกิจกรรมเกี่ยวกับความเชื่อในสิ่งเหนือธรรมชาติ เช่น ผี หรือ พิธีกรรมทางไสยศาสตร์ ส่วนสิ่งศักดิ์สิทธิ์ได้แก่ เช่น การผูกสายสิญจน์ รวมถึงความเชื่อในพิธีกรรมบางอย่างเช่น การทำโยเร ซึ่งผู้ป่วยและญาติเชื่อว่าเมื่อได้ทำแล้วจะเหมือนมีที่ยึดเหนี่ยว และมีสิ่งคุ้มครองทำให้เกิดความสบายใจ ความหวังว่าจะหายและมีกำลังใจที่จะเผชิญกับความเจ็บป่วยได้

"ขอให้พระสงฆ์มา เขาจะถวายสังฆทาน ถ้าเป็นพุทธนะ ซึ่งญาติก็จะเชื่อว่าจะชะลออายุไปได้อีก 7 วัน 14 วัน... ส่วนที่เป็นคริสต์ เจอเขาก็จะศีลจุ่ม ถ้าเขาขอเราก็..ยินดีครับ แต่คงอยู่ภายใต้กฎเกณฑ์ที่ว่าขอไม่ให้จุดเทียน อะไรที่ไม่มีเปลวไฟ แล้วก็ไม่รบกวนเตียงอื่น" (ID1)

"บางคนมีสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ที่เขาเอามาแปะที่หัวเตียง ก็จะเป็น ฮู้ บางคนก็จะเป็นจตุคามรามเทพ บางคนก็เป็นพระเครื่อง สายสิญญ์มาแปะมาผูก เอาไว้กันสิ่งชั่วร้าย แล้วก็จะมีพวกที่มาทำโยเรที่เตียงคนไข้" (ID2)

"อย่างญาติคนไข้บางคน เขาเห็นเรากำลังตัดเล็บให้คนไข้ เขาก็จะบอกว่าอย่าตัด เขาบอกว่ามันเป็นความเชื่อของคนจีน เขาไม่ให้ตัดเล็บนะ ถ้าตัดแล้วมันเหมือนตัดชีวิตไปเลย" (ID 3)

"อย่างคนจีนก็จะมี ฮู้ เหมือนบางคนเขาจะกลัวก็ต้องมีฮู้ติดตัวเพื่อให้คอยคุ้มครองเขา เราก็ให้เขาติดนะ ไม่ได้ขัดขวางเขาเพราะไม่มีผลเสียต่อคนไข้ อย่างเราก็ต้องระวังเวลาถอดเสื้อ ไปห้องน้ำ เราก็ติดไว้กับหมอน เขาก็จะสบายใจ" (ID6)

"คนไข้ก็จะบนพวงมาลัย ผลไม้กับพระพุทธรูปที่อยู่ที่วอร์ด ตามความเชื่อของเขา ถ้าเขาหายก็จะเอามาให้เป็นการแก้บน.... ญาติก็มาใช้บ่อยเหมือนกัน

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

ก็เอาดอกไม้มาไหว้ให้พ่อให้แม่เขาดีขึ้น ....พอเขาทำเขาก็รู้สึกมีหวัง มีกำลังใจมากขึ้น เหมือนมีเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ ถึงจะไปก็ยังเห็นพระอยู่ค่ะเพราะว่านอนหันหน้ามาทางพระพอดี" (ID7)

ในขณะที่บางกิจกรรมจะเป็นกิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติให้กับผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยใกล้จะเสียชีวิตตามความเชื่อทางศาสนาที่มีอยู่ด้วยการกล่าวนำทางไปที่ดี ๆ ให้แก่ผู้ป่วย เพราะเชื่อว่าจะทำให้ผู้ป่วยไปได้อย่างสงบ

"กรณีที่จะเสียชีวิต ...ถึงแม้ว่าคนไข้จะรู้ตัวไม่รู้ตัวเราก็จะบอกคนไข้ว่าให้คิดถึงพระคิดถึงเจ้าไว้ สวดมนต์นะคะ คิดในทางที่ดี ๆ เวลาเสียจะได้ไปในที่ ๆ ดี ๆ. ..เราจะพูดกับเขาประโยคนี้ตอนช่วงที่ BP.drop ช่วงที่...heart rate...ช้า เราก็ไม่ทราบนะคะว่าเขาจะยังไงแต่เราคิดว่าการบอกอย่างนี้จะช่วยให้เขาไปได้อย่างสงบไม่ต้องมีห่วงอะไร" (ID4)

"ก็ให้ท่อง พุธ โธ ๆ อะไรไป ก็หาพระให้เขาเหมือนกับว่าให้พระนำทางไปที่ดี ๆ ค่ะ เราจะบอกให้เขาไปดี ๆ ก่อนที่เราจะถอดท่อ (ท่อช่วยหายใจ) ออกค่ะ" (ID 6)

2.1.2 การปฏิบัติกิจกรรมภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต จะเป็นกิจกรรมที่เกิดขึ้นโดยญาติผู้ป่วยเป็นผู้ขอปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาและขนบธรรมเนียมประเพณีของแต่ละคนเพื่อให้ผู้ป่วยได้ไปอย่างสงบ และยังเป็นกิจกรรมที่เกิดจากพยาบาลเป็นผู้ปฏิบัติ เช่น การแต่งตัวศพ การทำ good death (ตายดี) คือ การไว้อาลัยและขออโหสิกรรมต่อผู้เสียชีวิต ซึ่งการทำกิจกรรมดังกล่าวช่วยให้ญาติของผู้เสียชีวิตพึงพอใจเพราะเป็นการให้เกียรติแก่ญาติและผู้เสียชีวิต

"การทำ good death หรือ ตายดี เริ่มได้ประมาณ เกือบปี แล้วค่ะ ถ้าคนไข้เสีย ก็จะให้ญาติและเจ้าหน้าที่ในวอร์ด เข้ามายืนไว้อาลัยกันและกล่าวคำอโหสิกรรม รอบ ๆ เตียงเขา ยืนสงบนิ่งประมาณ 30 นาทีแล้วค่อยส่งศพเขาไปที่ห้องเย็นค่ะ ... เราก็รู้สึกเป็นการกล่าวคำขออโหสิกรรม ประมาณว่าได้ล่วงเกินอะไรไปก็ขออภัยแต่ใช้คำพูดที่ดีกว่านี้ค่ะพอทำแล้วญาติเขาก็รู้สึกดีเหมือนให้เกียรติเขากะญาติเขา" (ID2)

"เขาเป็นจีน บางทีเขาอาจจะอยากมีอะไรติดตัวอย่างเช่น สู้ คนไข้ตาย เขาก็จะใส่เสื้อผ้าหลายชุดบางคนก็ 15 ชุด เราก็ต้องทำให้เขาอย่างที่เขาต้องการด้วยญาติเขาก็พอใจ" (ID 4)

2.2 *การจัดสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับศาสนาในหอผู้ป่วย* ภายในหอผู้ป่วยจะมีการจัดสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับศาสนาซึ่งจากการสังเกตจะพบว่า มีพระพุทธรูปองค์ขนาดกลางและเล็กจำนวน 4 องค์ ตั้งอยู่บนหิ้งพระ ซึ่งตั้งไว้กลางหอผู้ป่วยที่ผู้ป่วยจะสามารถเห็นได้ชัดเจน นอกจากนั้นยังมีการเปิดเทปเพลงธรรมะภายในหอผู้ป่วยเป็นเวลาและมีตู้ใส่หนังสือธรรมะให้ผู้ป่วยและญาติได้อ่าน ซึ่งการจัดสิ่งแวดล้อมเช่นนี้เป็นเสมือนที่พึ่งทางใจของผู้ป่วย และญาติโดยช่วยให้เกิดความสงบทางจิตใจ

"คนไข้ส่วนใหญ่ที่อายุเยอะจะชอบฟังบทสวดมนต์แปล เพราะฟังแล้วจิตใจสงบ ก่อนนอน เห็นพระพุทธรูปอยู่ในหอผู้ป่วย ดูแล้วสบายตา จะตายก็หลับตาตาย" (ID 1)

"จะเปิดเพลงที่เป็นเพลงคล้ายกับเพลงพระสวดด้วยค่ะ เขาก็นอนฟัง คนไข้บางคนที่เขาได้ยินเหมือนเขาจะรู้สึกสงบค่ะ ...อีกอย่างที่นี่ก็จะมีหนังสือธรรมะใส่ตู้ไว้ให้คนไข้อ่าน หรือบางทีก็ญาติ เขาอ่านเวลามานั่งรอเยี่ยมก็มี" (ID 6)

2.3 *การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติอยู่ด้วยกันมากที่สุด* คือ การให้ญาติเข้าเยี่ยมได้ตลอดโดยไม่จำกัดจำนวนคนที่เยี่ยม และการให้นั่งเฝ้าข้างเตียงได้ตลอดเวลา ในกรณีที่ญาติไม่สามารถมาเยี่ยมได้จะให้คุยกันผ่านทางโทรศัพท์ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยและญาติได้ใกล้ชิดกันในระยะเวลาที่เหลืออยู่ สร้างความรู้สึกอบอุ่นใจให้เกิดกับผู้ป่วยเพราะญาติเป็นเหมือนสิ่งยึดเหนี่ยวของผู้ป่วย

"อย่างคนไข้ที่ NR เราก็จะเปิดโอกาสให้ญาติ

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

เยี่ยมมากขึ้นจากที่จำกัดการเยี่ยมก็เปิดโอกาสให้ใครอยากจะมาเยี่ยมตอนไหนก็ได้...เราก็จะอนุโลมให้เขาพิเศษมากกว่าเตียงอื่นๆ ให้ญาติไม่ต้องจำกัดจำนวนคน โดยปกติเราจะให้เยี่ยมแค่ 2 คน แต่ถ้าเป็น case NR เราก็เห็นใจเขาจะให้ญาติมาที่เตียง 3 คนก็ได้ ไม่จำกัด" (ID 2)

"ถ้าคนไข้อยู่กับญาติก็จะดูดีกว่า ดูอบอุ่นกว่าไหนๆ เขาก็จะไปแล้วก็อยู่กับญาติกับคนที่เขารักน่าจะดีกว่ากับการที่มาอยู่กับพยาบาลแล้วสุดท้ายก็ไม่ได้ช่วยชีวิตเขา" (ID 5)

"บางครั้งเราจะให้ญาติอยู่เกินเวลา ให้เยี่ยมนอกเวลา หนูคิดว่ามันเป็นสายใยยึดเหนี่ยวต่อกัน ทำให้คนไข้มีกำลังใจที่จะช่วยตัวเองให้หาย หรืออย่างบางทีคนไข้เป็นเด็ก แม่ก็จะเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวของลูก หรือแม่เป็นคนไข้ ลูกก็จะเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวให้แม่ ช่วยทำให้หายได้" (ID 7)

"ในรายที่ญาติมาไม่ได้ ญาติจะอาศัยคุยผ่านเอาผ่านทางโทรศัพท์เราก็จัดการให้ แล้วคนไข้เขารู้สึกดีขึ้นอุ่นใจขึ้น" (ID 7)

2.4 *การให้ข้อมูล* จะเป็นการให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความก้าวหน้าของโรคและการรักษาพยาบาล และการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อที่สามารถทำได้เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันและตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาด้วยตนเองได้ ซึ่งจะช่วยให้สัมพันธภาพระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วยและญาติเป็นไปด้วยดี โดยผู้ป่วยที่รู้สึกตัวก็จะให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติ ส่วนรายที่ไม่รู้สึกตัวก็จะให้กับญาติ การให้ข้อมูลที่เกี่ยวกับความก้าวหน้าของโรคและการรักษาจะให้โดยแพทย์ก่อนแล้วพยาบาลเจ้าของไข้ จะเป็นผู้ทำความเข้าใจอีกครั้ง ส่วนการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อที่สามารถทำได้พยาบาลจะเป็นผู้ให้ข้อมูลโดยบางกิจกรรมก็จะปรึกษาแพทย์ก่อนที่จะแจ้งกับผู้ป่วยและญาติ

การให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความก้าวหน้าของโรคและการรักษาพยาบาล

"เราต้องอธิบายให้เขาทราบ เพราะเขายังสามารถตัดสินใจได้ ..... ชีวิตเป็นของเขา การตกลงร่วมกันกับญาติ เราจะเน้นการอธิบายที่ตัวญาติและคนไข้ แต่การตัดสินใจเป็นของคนไข้และญาติ อย่างนี้สัมพันธภาพก็ดีด้วย" (ID 1)

"เรื่องการให้ข้อมูลนี่สำคัญมากเลย สำหรับพวก.acute.เราต้องให้ข้อมูลอย่างละเอียดมากขึ้นโดยเฉพาะอาการที่เป็นถ้ามีอาการผิดปกติต้องรีบบอกญาติเขาจะได้ทราบและทำใจได้ส่วนหนึ่ง" (ID 6)

"คนไข้ขยับตัวไม่ได้.ไม่รู้สึกตัว....ก็ให้ข้อมูลญาติเรื่อยๆ บอกญาติที่มาเยี่ยมว่า ตอนนี้เขาเป็นอย่างไรบ้างหายใจเป็นอย่างไรบ้าง อะไรที่เขาจะทำให้คนไข้ได้" (ID 7)

การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อที่สามารถทำได้

"ญาติจะมาถามว่าเขาจะจุดธูปไหว้พระได้มั๊ยจะเชิญพระมาได้มั๊ย เราก็จะดูแล้วบอกเขาอะไรทำได้อะไรทำไม่ได้หรือบางทีเราก็จะถามแพทย์ก่อนว่าคนไข้หรือญาติเขาจะอย่างนี้อย่างนี้นะจะได้มั๊ย" (ID 2)

2.5 *การสัมผัส* ผู้ให้ข้อมูลเห็นความสำคัญของการสัมผัสที่จะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติมีความอบอุ่น เกิดความไว้วางใจ และสงบ เพราะเป็นเหมือนสิ่งยึดเหนี่ยว การสัมผัสผู้ป่วยและญาติจะเป็นลักษณะของการแตะหรือลูบตัวหรือจับมือพร้อมกับบีบเบาๆ

"สัมผัสนี่จำเป็นมาก ทำให้ดีขึ้น แม้กระทั่งญาติเขาร้องไห้ ไปปลอบเขาแล้วแตะเขา เขาจะสงบขึ้น ... โดยเฉพาะระยะสุดท้าย ทำบ่อยเลย ส่วนใหญ่จะเป็นต้นแขน แล้วจับมือบีบๆ หน่อย แต่จะไม่ลูบทั้งตัว ... รู้สึกว่าพอทำแล้ว เขารู้สึกอบอุ่นขึ้น แค่เราจับมือก็รู้สึกดีขึ้น อย่างคนไข้ arrest เนี่ย จะจับมือ คว้ามือเขาก็ดีขึ้น เหมือนมีที่ยึด เหมือนมีคนเข้าใจเขาอยู่" (ID 1)

"จับมือลูบมือเป็นอะไรไหมเจ็บตรงไหนไม่สบายใจอะไรหรือเปล่าก็เข้าไปอยู่ใกล้ๆ ค่ะ ช่วยให้

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

คนไข้เกิดการไว้วางใจที่จะเล่าอะไรให้ฟัง." (ID 6)

ประเด็นหลักที่ 3 ผลจากการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ

กายหลังให้การพยาบาลด้านจิตวิญญาณ ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ได้ถึงผลดีที่ตามมาที่เกิดกับผู้ป่วย ญาติ และเจ้าหน้าที่ โดยก่อให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองและวิชาชีพที่มีความเป็นเอกลักษณ์และส่งผลต่อความผูกพันกันระหว่างผู้ป่วยและญาติกับเจ้าหน้าที่ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความรู้สึกอบอุ่นใจและมีกำลังใจเกิดขึ้น

3.1 *ความภูมิใจในตนเองและวิชาชีพ* ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกว่า การพยาบาลด้านจิตวิญญาณเป็นเอกลักษณ์ที่แสดงถึงความเป็นวิชาชีพพยาบาลที่มีคุณค่า ที่เมื่อปฏิบัติแล้วจะทำให้ผู้ป่วยและญาติพอใจ อบอุ่นใจและมีความสุข ผู้ปฏิบัติเองก็มีความสุขและรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองและวิชาชีพ

"การได้ดูแลทางด้านจิตวิญญาณก็ทำให้รู้สึกอิ่มเอมใจ มีความรู้สึกอบอุ่น รู้สึกภูมิใจและรู้สึกตระหนักถึงคุณค่าของวิชาชีพ อย่างชัดเจนที่ได้ มันไม่ไปไหน มันอยู่กับเรา" (ID 1)

"วิชาชีพเราทำในสิ่งที่หมอทำไม่ได้ การมีปฏิสัมพันธ์กันแล้วมีสิ่งดีๆ ที่พูดให้กัน แล้วเราสัมผัสได้ว่าเขารู้สึกดีกับเรา มันเป็นสิ่งที่หมอทำไม่ได้ หนูคิดว่ามันเป็นเอกลักษณ์อันหนึ่งของวิชาชีพพยาบาล คือ ถูกสร้างขึ้นมาเพื่อดูแลเขาแบบนี้" (ID 7)

"สิ่งที่ทำมันเป็นทางด้านจิตวิญญาณที่พยาบาลทุกคนรู้ว่า มันเป็นสิ่งที่ดี ทำให้เราอิ่มเอมใจ มีความสุข คนไข้ ญาติ เขาก็รู้สึกดีกับเรา เราก็รู้สึกดีกับเขา" (ID 5)

3.2 *ความผูกพัน* ภายหลังการให้การพยาบาลด้านจิตวิญญาณผู้ให้ข้อมูลพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติต่อเจ้าหน้าที่มีมากกว่าการเป็นเพียงผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ หากเปลี่ยนเป็นความผูกพันกันเหมือนญาติพี่น้องและสืบเนื่อง ไปจนกายหลังผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้วก็ยังมีความสัมพันธ์อันดีต่อกัน ซึ่งความสัมพันธ์นี้ทำให้เกิดความเข้าใจและไว้วางใจกัน

"เขาก็มีความคิดว่าญาติเขามาตายที่นี่ เขาก็จะมาร่วมงานในเชิงสังคมของเราที่นี่ มาร่วมทำบุญนึกถึงญาติเขา มันจะผูกพันกันมาอีก มันจะกลายเป็นญาติกัน" (ID 3)

"ถ้าเราดูแลคนไข้อย่างดี ดูแลเขาครอบคลุมทุกด้าน ถึงแม้ว่าคนไข้เสียชีวิตไป ญาติเขาก็ไม่ได้มาว่าอะไรเรา ว่าเป็นความผิดเรา เขาก็รู้อยู่แล้วว่าเราทำให้ญาติเขาดีที่สุด ส่งผลมาให้มีสัมพันธ์อันดี ก็ทำให้เขาสุขใจ เขาก็ไว้ใจค่ะ" (ID 2)

ประเด็นหลักที่ 4 คุณลักษณะของพยาบาลที่เอื้อต่อการให้การพยาบาลด้านจิตวิญญาณ

ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวถึงคุณลักษณะของพยาบาลที่เอื้อต่อการให้การพยาบาลด้านจิตวิญญาณว่า ควรประกอบด้วย การมีทักษะด้านการสื่อสาร คือด้านการสังเกต การฟัง ความเอาใจใส่ต่อสิ่งที่ผู้ป่วยและญาติแสดงออก สุดท้ายคือ การมีประสบการณ์หรือความเชื่อที่สอดคล้องกับผู้ป่วยและญาติ

4.1 *การมีทักษะด้านการสื่อสาร* ทักษะด้านการสื่อสารที่พยาบาลควรมีเพื่อทำให้การพยาบาลด้านจิตวิญญาณเป็นไปด้วยดี คือ การสังเกตและการฟัง โดยการสังเกตจะเป็นการสังเกตการแสดงออกทางสีหน้า ท่าทาง ปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว และการฟังจะเป็นการรับฟังเพื่อให้ทราบความต้องการจะช่วยให้พยาบาลได้ข้อมูลที่ทำให้เข้าใจความต้องการของผู้ป่วยและญาติทำให้สามารถตอบสนองได้ถูกต้อง นอกจากนั้นการฟังยังเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติระบายความรู้สึกที่มีออกมารวมถึงยังเป็นการได้อยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย

การสังเกต

"ตอนแรกเราก็ต้องสังเกตสีหน้าก่อนว่า คนไข้เขาสีหน้าเป็นอย่างไร ก็ถามว่าคุณยายเป็นอะไรหรือ

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

เปล่า อยากได้อะไรไหม ไม่สบายใจหรือเปล่า ต้องสังเกตอย่างอื่นก่อนค่ะ ถ้าเขาค่อยๆ เงียบไปเราก็คุยด้วยไปสักพักหนึ่งก่อนให้เขาค่อยๆ พูดออกมาส่วนใหญ่จะเงียบไปสักพักหนึ่งก่อน แล้วคนไข้ก็ค่อยพูดออกมา ทีละหน่อยๆ ค่ะ"(ID 2)

"ต้องเป็นคนที่สนใจสิ่งรอบข้าง ช่างสังเกตนิดหนึ่ง สังเกตสีหน้าท่าทาง สังเกตการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างครอบครัวเป็นยังไง ก็ต้องดูแลให้ดีหน่อย" (ID5)

การฟัง

"ต้องรับฟังความคิดเห็นของคนไข้กับญาติก่อน แล้วเอามาบวกกับแผนการรักษาของแพทย์ว่า สิ่งที่เขาต้องการจะทำได้หรือเปล่า แล้วอธิบายให้เขาฟังว่าทำไมถึงทำไม่ได้ข้อนี้ๆ ในระยะเวลานี้ทำได้ หรือเปล่า ถ้าทำได้ก็เอื้ออำนวยได้ก็ดี" (ID 2)

"ต้องเป็นผู้ฟังที่ดีด้วยนะค่ะ เพราะว่าส่วนมากเราก็จะพูดๆ แล้วเราก็จะเดินจาก บางที ถ้าเราฟังเขาเราก็จะรู้ว่าเขาต้องการอะไร บางทีเขาอาจจะแค่อยากคุยกับเรา อยากมีคนอยู่เป็นเพื่อนเพราะเขาไม่มีใคร" (ID 3)

4.2 *การเอาใจใส่* ผู้ให้ข้อมูลมีการเอาใจใส่ผู้ป่วยและญาติด้วยการคิดแบบการเอาใจเขามาใส่ใจเรา และคิดว่าผู้ป่วยหรือญาติเป็นเสมือนคนในครอบครัวหรือญาติของพยาบาลเอง จะทำให้ไม่มีการแบ่งแยกกันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ช่วยทำให้พยาบาลเข้าใจจิตใจผู้ป่วยมากขึ้นทำให้การพยาบาลเป็นไปด้วยดี

การเอาใจเขามาใส่ใจเรา

"ต้องเป็นคนที่เอาใจเขามาใส่ใจเรา คนไข้เรียกขอเอาอะไร เขาต้องการอะไร ถ้าเป็นเราก็คงต้องการอย่างนั้นเหมือนกัน เราก็ต้องคิดแบบนี้" (ID 4)

การคิดเสมือนเป็นญาติ

"หนูคิดว่า การที่คิดว่าคนไข้เหมือนคนในครอบครัว การดูแลเราจะดี มันไม่มีการแบ่งแยกเกิดขึ้นระหว่างเจ้าหน้าที่กับคนไข้ เราจะเข้าถึงจิตใจเขามากขึ้น" (ID 5)

"เวลาที่เราจะทำอะไร เราคิดถึงว่า ถ้าเขาเป็นญาติเรา เราก็จะทำสิ่งดีๆ ให้กับเขา เหมือนที่เราจะทำให้กับญาติเรา ...เขาหายกลับบ้านไปได้ ถึงแม้ว่าเขาอาจไม่ได้กลับบ้าน เขาก็นอนตายแบบยิ้มได้" (ID 7)

4.3 *การมีประสบการณ์หรือความเชื่อที่สอดคล้องกับผู้ป่วยและญาติ* การที่พยาบาลมีประสบการณ์หรือความเชื่อที่สอดคล้องกับผู้ป่วยและญาติ เช่น ความเชื่อเรื่องศาสนา การแก้บน หรือมีประสบการณ์เกี่ยวกับการตายของคนในครอบครัว จะทำให้พยาบาลสามารถเปิดใจยอมรับในความเชื่อและเข้าใจความต้องการของผู้ป่วยและญาติได้ยินยอมให้ผู้ป่วยและญาติปฏิบัติกิจกรรมตามต้องการ นอกจากนั้นพยาบาลยังนำความเชื่อหรือประสบการณ์ส่วนตัวมาใช้ในการดูแลร่วมด้วยช่วยลดความขัดแย้งและก่อให้เกิดความสบายใจทั้งผู้ป่วย ญาติและพยาบาล

ความเชื่อทางศาสนาและสิ่งศักดิ์สิทธิ์

"เราก็ต้องยึดตามความเชื่อความรู้เก่าๆที่มีด้วย เช่น อย่างเราเคยมีญาติที่ตาย เราก็คิดว่า เราต้องการอะไรบ้าง เราก็เอาอันนั้นมาใช้ ช่วยได้เยอะ" (ID 1)

"การที่เราอนุญาตให้เขา ไหว้พระหรือสวดมนต์ หรือแก้บนอะไรอย่างนี้ เป็นเพราะเราคิดเหมือนกัน...เราเชื่อและเราก็คิดว่าเขาจะเชื่อ เราก็เลยให้เขาทำเพราะถ้าเกิดอย่างเป็นเรามั่ง ใครมาห้ามเราก็คงรู้สึกไม่ดี ถ้าเราไม่ได้ทำตามคำสอน ถ้าเราไม่ให้เขาทำอย่างน้อยจิตใจเขาก็คงไม่ดี มันเป็นความเชื่อค่ะ" (ID 2)

"มันเป็นความเชื่อของศาสนา ผู้ใหญ่สอนมาอย่างนั้น และตัวหนูก็เชื่อเรื่องไสยศาสตร์ เรื่องพระเรื่องเจ้า เรื่องของกรรมดีกรรมชั่วค่ะ เราก็เอามาใช้เหมือนกันเวลาดูแลคนไข้" (ID 3)

การมีประสบการณ์

"คนที่จะให้การดูแลทางด้านจิตวิญญาณ ควรมีความเชื่อ เชื่อเรื่องศาสนา หรือสิ่งที่คนเชื่อ เขาก็จะ

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

เชื่อ แต่ถ้ามีประสบการณ์โดยตรงเองก็จะยิ่งดี นะคะ เพราะช่วยให้เราเข้าใจที่เขาทำหรือต้องการทำมากขึ้น ก็ไม่ต้องไปนั่งขัดแย้งกัน สบายใจทั้งสองฝ่าย" (ID7)

อภิปรายผล

ผลการวิจัยเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตการพยาบาลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลวิกฤต ประกอบด้วย ความหมายของการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ การปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ ผลจากการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ และคุณลักษณะของพยาบาลที่เอื้อต่อการให้การพยาบาลด้านจิตวิญญาณ สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ความหมายของการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ ผลการวิจัยที่พบว่า พยาบาลวิกฤตจะให้ความหมายการพยาบาลด้านจิตวิญญาณคือ การดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยวิกฤตที่อยู่ระยะสุดท้ายและญาติเพื่อให้ได้พบกับความสงบและความสุข โดยเห็นว่า ในผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่ยังมีอาการรุนแรงและมีความหวังที่จะรอด การดูแลทางด้านร่างกายเป็นสิ่งสำคัญที่จะมาก่อนการดูแลด้านจิตวิญญาณ แต่เมื่อผู้ป่วยหมดหวังในการรักษาและเข้าสู่ระยะสุดท้าย การพยาบาลด้านจิตวิญญาณจะมีความสำคัญกับผู้ป่วยและญาติในระยะนี้มาก ซึ่งเป็นไปตามภาระหน้าที่ของพยาบาลวิกฤตที่จะให้ความสำคัญกับการช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตก่อน จึงเน้นทางร่างกายในระยะที่ยังมีหวังและเน้นจิตวิญญาณเมื่อหมดทางรอด พยาบาลจะให้ความสำคัญกับมิติจิตวิญญาณในระยะนี้เพราะการพยาบาลด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะช่วยให้ผู้ป่วยได้พบกับความสุขสงบและยอมรับกับการตายได้ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552; Hermann, 2006)

2. การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ ผลการวิจัยที่พบว่า การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลด้านจิตวิญญาณจะเป็นกิจกรรมที่พยาบาลอนุญาตให้ผู้ป่วยและญาติได้ปฏิบัติตามความเชื่อโดยกิจกรรมนั้นต้องไม่ขัดต่อแผนการรักษาที่จะเกี่ยวข้องกับศาสนาเป็นส่วนใหญ่ ส่วนพยาบาลเองก็จะมีการจัดสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับศาสนาเช่นกันด้วยการมีพระพุทธรูปอยู่ภายในหอผู้ป่วยที่เห็นได้ง่ายและมีการเปิดเทปธรรมะ ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นเหมือนสิ่งยึดเหนี่ยวที่ก่อให้เกิดความสบายใจ มีความหวัง และกำลังใจที่จะเผชิญความเจ็บป่วยได้ ทั้งนี้เพราะศาสนาเป็นเหมือนแหล่งที่พึ่งทางใจที่ช่วยให้คนเราสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยได้ดี (Benzein, Norbere & Saveman, 1998; Kunsongkeit, Suchaxaya, Panuthai & Sethabouppha, 2004; Pesut,2008) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Strang et al (2002) ที่พบว่าความต้องการด้านจิตวิญญาณที่ผู้ป่วยต้องการคือการได้ปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับศาสนา นอกจากนั้นการที่พยาบาลได้จัดสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยหนักให้เกี่ยวข้องกับศาสนายังเป็นการสร้างบรรยากาศของการเยียวยาที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสงบ ในหอผู้ป่วยหนักได้เป็นอย่างดี (Smith, 2006) อีกประการคือด้วยบริบทสังคมไทย ศาสนาเปรียบเสมือนเป็นหลักในการดำเนินชีวิตและมีความใกล้ชิดกับวิถีชีวิตของคนไทยรวมถึงเป็นที่พึ่งพิงในยามที่มีปัญหา การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาจึงเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยและพยาบาล จะเลือกปฏิบัติมากที่สุด

ส่วนการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติอยู่ด้วยการมากที่สุดโดยไม่จำกัดเวลาเยี่ยมและจำนวนคนเยี่ยมนั้น จะเกิดขึ้นในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่พยาบาลเห็นว่า ผู้ป่วยและญาติจะไม่มีโอกาสได้อยู่ด้วยกันอีกและยังเป็นการสร้างความอบอุ่นใจ ซึ่งการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้อยู่ร่วมกันในเวลานี้ถือว่า เป็นการพยาบาลด้านจิตวิญญาณอย่างหนึ่งเพราะญาติเองเป็นเสมือนแหล่งความหวังและกำลังใจที่สำคัญของผู้ป่วย (วรลักษณ์

คัชมาตย์, วัลภา คุณทรงเกียรติ และสุภาภรณ์ ด้วงแพง, 2552; Baldacchino & Draper, 2001; Kunsong keit, et al., 2004) และยังทำให้ผู้ป่วยมั่นใจได้ว่าจะไม่ตายอย่างโดดเดี่ยวในโรงพยาบาล (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552) อีกประการคือ การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติอยู่ด้วยกันเป็นสิ่งที่ควรกระทำ เพราะเป็นโอกาสให้ผู้ป่วยได้พบกับคนที่รักเพื่อประโยชน์ทางจิตวิญญาณ (วัลภา คุณทรงเกียรติ, 2553)

ส่วนการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความก้าวหน้าของโรค การรักษาพยาบาล และการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อที่สามารถทำได้เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน และตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาได้ ซึ่งจะช่วยให้สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติและเจ้าหน้าที่เป็นไปด้วยดี ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของ ดุสิต ถาวร (2550) ที่ว่า การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและอาการที่เปลี่ยนแปลงไปรวมถึงการรักษาเป็นภารให้ครอบครัวและผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการเลือกแผนการรักษา ซึ่งจะก่อให้เกิดผลดีคือ ทำให้สามารถปรับตัวและกำหนดเป้าหมาย รับความเป็นจริงได้ นอกจากนั้นการที่ผู้ให้ข้อมูลมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อที่สามารถทำได้ ยังเป็นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับจิตวิญญาณที่ญาติในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายมีความต้องการมากดังการศึกษาของ พัชรินทร์ ศิลป์กิจเจริญ (2551) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการและการได้รับข้อมูลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย พบว่า ความต้องการด้านข้อมูลคือสิ่งที่ครอบครัวต้องการมากที่สุด

การสัมผัสซึ่งผู้ให้ข้อมูลได้ปฏิบัติต่อผู้ป่วย จัดได้ว่า เป็นการพยาบาลด้านจิตวิญญาณที่สำคัญอย่างหนึ่ง (Chang, Wallis & Tiralongs, 2007) เพราะการสัมผัสที่ผู้ให้ข้อมูลได้ปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยการแตะตัว ลูบตัว หรือจับมือ ล้วนแต่เป็นวิธีการช่วยทำให้เกิดความรู้สึกถึงความเอื้ออาทร เกิดความอบอุ่นใจได้ (Carepenter et al, 2008) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Kociszewski (2004) ที่ศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลวิกฤตในการพยาบาลด้านจิตวิญญาณที่พบว่า การสัมผัสเป็นการพยาบาลด้านจิตวิญญาณที่เกิดขึ้นในขณะที่ให้การพยาบาลในงานประจำเช่น การเช็ดตัว การนวดหลัง การสัมผัสเช่นนี้ก็ก่อให้เกิดความรู้สึกปลอดภัยและมั่นคงกับผู้ป่วยว่าเขายังมีพยาบาลมาอยู่ใกล้ชิดด้วย

3. ผลจากการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ ผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ จะเห็นได้ว่าเป็นผลดีที่เกิดขึ้นทั้งในผู้ป่วย ญาติ และเจ้าหน้าที่ นั่นคือ ความภาคภูมิใจในตนเองและวิชาชีพในการให้การพยาบาลด้านจิตวิญญาณซึ่งเป็นเอกลักษณ์และเอกสิทธิ์ของวิชาชีพพยาบาลที่ชัดเจนดังที่ฟลอเรนซ์ ไนติงเกลได้กล่าวไว้ (Nightingale, 1976) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Wong & Yau (2009) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับจิตวิญญาณและการพยาบาลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลในประเทศฮ่องกง แล้วพบว่า พยาบาลเห็นว่า การพยาบาลด้านจิตวิญญาณเป็นเอกสิทธิ์ของพยาบาลอย่างแท้จริง ซึ่งเมื่อได้ปฏิบัติแล้วย่อมนำมาซึ่งความสัมพันธ์อันดีจนกลายเป็นความผูกพันดุจญาติได้ (Carepenter et al, 2008; McEwen, 2005)

4. คุณลักษณะของพยาบาลที่เอื้อต่อการให้การพยาบาลด้านจิตวิญญาณ ผลการวิจัยแสดงให้เห็นถึงคุณลักษณะที่ช่วยให้การพยาบาลด้านจิตวิญญาณเกิดขึ้นได้ ได้แก่ ด้านของทักษะการสื่อสาร คือ การฟังและการสังเกต จะเป็นการสื่อสารรูปแบบหนึ่งที่สำคัญในการช่วยให้พยาบาลสามารถใช้ในการประเมินความต้องการและให้การพยาบาลไปด้วยในเวลาเดียวกัน (Shih, Lin, Gau, Chen, Hsiao, Shih et al. 2009; Smith, 2006) ส่วนการเอาใจใส่ ด้วยการเอาใจเขามาใส่ใจเราและการคิดเสมือนเป็นญาติ

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

ทำให้ไม่มีการแบ่งแยก ได้สะท้อนให้เห็นถึงความเอื้ออาทรที่พยาบาลมีต่อผู้ป่วยและญาติ ด้วยการดูแลอย่างเต็มที่ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (วัลภา คุณทรงเกียรติ, 2553) ส่งผลให้เกิดเป็นความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันที่เป็นสิ่งสำคัญในการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ (Sawatzky & Pesut, 2005) ส่วนการมีประสบการณ์หรือความเชื่อที่สอดคล้องกับผู้ป่วยและญาติเป็นการที่พยาบาลนำประสบการณ์หรือความเชื่อของตนเองมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาล ซึ่งทำให้การพยาบาลดำเนินไปได้ด้วยดี เพราะพยาบาลวิกฤตจะเกิดความเข้าใจความต้องการของผู้ป่วยและญาติได้ดีขึ้น ซึ่ง Smith (2006) ได้กล่าวสนับสนุนไว้ว่า พยาบาลที่ดูแลด้านจิตวิญญาณที่สามารถนำประสบการณ์เกี่ยวกับตนเองมาช่วยในการดูแลด้านจิตวิญญาณจะช่วยให้ตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยได้

ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยนี้สามารถเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแนวทางการพัฒนาการพยาบาลด้านจิตวิญญาณให้เกิดขึ้นในผู้ป่วยวิกฤตทุกคน ไม่จำกัดเฉพาะในผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น นอกจากนั้นควรมีการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยวิกฤตและญาติ เพื่อให้การพัฒนาการพยาบาลด้านจิตวิญญาณสอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้บริการต่อไป

เอกสารอ้างอิง

ดุสิต ถาวร. (2550). How to discuss potential dying in the ICU. ใน ประเสริฐ เสริมสงวนสินชัย และคณะ (บรรณาธิการ). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (หน้า 134-149). (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์.

ทัศนีย์ ทองประทีป. (2552). *พยาบาล: เพื่อนร่วมทุกข์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พัชรินทร์ ศิลปีกิจเจริญ. (2551). *เปรียบเทียบความต้องการข้อมูลและการได้รับข้อมูลจริงของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคตะวันออก*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

วรลักษณ์ ศัชมาตย์ วัลภา คุณทรงเกียรติ และสุภาภรณ์ ด้วงแพง. (2552). ประสบการณ์ของครอบครัวผู้ป่วยเฉียบพลันระยะสุดท้าย. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 17*(4), 1-12.

วัลภา คุณทรงเกียรติ.(2553). การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย: บทบาทที่ท้าทายของพยาบาล. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 18*(1), 1-7.

สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย. (2533). การพยาบาลมิติจิตวิญญาณ. *เอกสารประกอบการประชุมเรื่อง การพยาบาลด้านจิตวิญญาณ* ณ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช กรุงเทพมหานคร.

Angelucci, P. A. (1999). Spirituality and the use of an intensive care unit on staff/on site chaplain. *Critical Care Nurse, 19*, 62-65.

Baldacchino, D., & Draper, P. (2001). Spiritual coping strategies: A review of the nursing research literature. *Journal of Advanced Nursing, 34*, 833-841.

Beckman, S., Boxley-Harges,S., Bruick-Sorge, C., & Salmon, B.(2007). Five strategies that heighten nurses awareness of spirituality to impact of client care. *Holistic Nursing Practice, 21*, 135-139.

Benzein, E., Norberg, A., & Saveman,

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

B. I. (1998). Limitation of the coherence scale in Swedish Pentacostal population. *Scandinavian of Caring Science, 11*(3), 139-144.

Carpenter, K., Girvin,L., Kitner, & Ruth-Sahd, L.A.(2008). Spirituality : A dimension of holistic critical care nursing. *Dimensions of Critical Care Nursing, 27*(1), 16-20.

Chang,H.Y., Wallis,M., & Tiralongo, E.(2007). Use of complementary and alternative medicine among people living with diabetes: A literature review. *Journal of Advanced Nursing, 58*, 307-319.

Chuengsatiansup, K. (2002). Spirituality and health: An initial proposal to incorporate spiritual health in health impact assessment. *Environmental Impact Assessment Review, 5272*, 1-13.

Clarke,C.C., & Heidenreich,T.(1995). Spiritual care for the critically ill. *American Journal of Critical Care, 4*(1), 77-81.

Cohen, M. Z., Kahn, B. L., & Steeves, R.H. (2000). *Hermeneutic phenomenological research: A research guide for nurse researchers.* Thousand Oaks: Sage.

Hermann, C. P. (2006). Development and testing of the spiritual needs inventory for patients near the end of life. *Oncology Nurse Forum, 33*, 77-744.

Kociszeski, C. (2004). Spiritual care: A phenomenological study of critical care nurses. *Heart & Lung, 33*(6), 401-411.

Koslander, T., & Arvidsson, B. (2005). How the spiritual dimension is addressed in psychiatric patient-nurse relationships. *Journal of Advanced Nursing, 51*(6), 558-566.

Kunsongkeit, W., Suchaxaya, P., Panu thai, S., & Sethabouppha, H. (2004). Spiritual health of Thai people. *Thai Journal of Nursing Research, 8*(1), 64-82.

McEwen, M.(2005).Spiritual nursing care. *Holistic Nursing Practice, 19*, 161-168.

McSherry, M. (2006). *Making sense of spirituality in nursing and health care: An interactive approach.* London: Jessica Kingsley Publishers.

McSherry, M., Cash, K., & Ross, L. (2004). Meaning of spirituality: Implications for nursing practice. *Journal of Clinical Nursing, 13*, 934-941.

Naranayasamy, A. (2004). Spiritual coping mechanisms in chronic illness: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing, 36*, 117-125.

Neuman, M. A. (1995). *The Neuman systems model* (3rd ed.). Norwalk, CT: Appleton & Lange

Nightingale, F. (1976). *Notes on nursing: What it is, and what it is not.* New York: Buccaneer Book,Inc.

Pesut, B. (2008). Spirituality and spiritual care in nursing fundamentals textbooks. *Journal of Nursing Education, 47*(4), 167-173.

Sawatzky, R., & Pesut, B. (2005). Attributes of spiritual care in nursing practice. *Journal of Holistic Nursing, 23*, 19-23.

Seller, S.C. (2001). The spiritual care meaning of adults residing in the Midwest. *Nursing Science Quarterly, 14*, 239-243.

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

Sessanna, L., Finnell, D., & Jezeuski, M. A. (2007). Spirituality in nursing and health-related literature: A concept analysis. *Journal of Holistic Nursing, 25*(4), 252- 262.

Shih, F., Lin, H., Gau, M., Chen, C., Hsias, S., & Shih, S. et al. (2009). Spiritual needs of Taiwan's older patients with terminal cancer. *Oncology Nursing Forum, 36*(1), 31-39.

Smith, A. R. (2006). Using the synergy model to provide spiritual nursing care in critical care settings. *Critical Care Nurse, 26*,41-47.

Strang, S., Strang, P., & Trenestedt, B. (2002). Spiritual needs as defined by Swedish nursing staff. *Journal of Clinical Nursing, 11*(1), 48-57.

Watson, J. (1999). *Nursing human science and human care: A theory of nursing.* Sudbury, MA: Jones and Bartlett.

Wink, P., & Dillon, M. (2003). Religiousness, spirituality, and psychosocial functioning in late adulthood: Findings from a longitudinal study. *Psychological Aging, 18*, 916-924.

Wong, K. F., & Yau, S. Y. (2009). Nurses, experience in spirituality and spiritual care in Hong Kong. *Applied Nursing Research* Retrieved May 21, from : http://www.sciencedirect.com/science.

World Health Organization. (1998, January). The 101 st session of the executive Board, eight meeting, Geneva.

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University