

การพยาบาลด้านจิตวิญญาณตามการรับรู้ของพยาบาล*

Spiritual Care as Perceived by Nurses

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

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาของไฮเดกเกอร์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายการพยาบาลด้านจิตวิญญาณตามการรับรู้ของพยาบาลผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี โดยเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 11 คน เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนธันวาคม 2550 ถึงเดือนมิถุนายน 2551 โดยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสังเกต และการสะท้อนคิด วิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนของ Cohen, Kahn และ Steeves (2000) ผลการศึกษาพบประเด็นหลักเกี่ยวกับการพยาบาลด้านจิตวิญญาณตามการรับรู้ของพยาบาลรวม 4 ประเด็น คือ ความหมายของการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ การปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ ผลของการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ และคุณลักษณะของพยาบาลที่เอื้อต่อการให้การพยาบาลด้านจิตวิญญาณ

ผลการศึกษาครั้งนี้ ทำให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งถึงการพยาบาลด้านจิตวิญญาณตามการรับรู้ของพยาบาล ทำให้สามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานการพัฒนาการพยาบาลด้านจิตวิญญาณเพื่อให้มีความครอบคลุมการพยาบาลแบบองค์รวมที่มีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ: การพยาบาลด้านจิตวิญญาณ พยาบาล
ประสบการณ์ชีวิต

Abstract

This qualitative research based on Heideggerian phenomenology aimed to describe spiritual care as perceived by nurses. Eleven informants who were nurses at a university hospital in Chonburi province were purposively selected. Data were collected by in-depth interview, observation and critical reflection. Cohen, Kahn and Steeves's (2000) steps guided data analysis. Four themes of spiritual care emerged, which were meanings of spiritual care, nursing practice in spirituality, the results from spiritual care, and characteristics of nurses who provide spiritual care. These findings provide deep understanding of spiritual care as perceived by nurses. It could 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, nurses, lived experience

* ทูลอดหนุนการวิจัยงบประมาณเงินรายได้ปี 2549 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความเจ็บป่วยเป็นภาวะที่มีความซับซ้อนที่มีผลต่อสุขภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ทำให้ผู้ที่มีความเจ็บป่วยทั้งรุนแรงและเรื้อรังต้องได้รับการดูแลรักษาจากบุคลากรทางสุขภาพ พยาบาลเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด จึงต้องรับบทบาทในการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้งสี่ด้าน (Carpenter, Girvin, Kitner & Ruth-Sahd, 2008)

ในปัจจุบันนี้ จิตวิญญาณ ได้รับการยอมรับว่าเป็นมิติหนึ่งที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของบุคคลทั้งจากนักทฤษฎีทางการพยาบาล (Neuman, 2002; Watson, 1999) องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2001) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาวะที่เกิดความเจ็บป่วยเพราะจิตวิญญาณเป็นเสมือนสิ่งยึดเหนี่ยวที่ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยดังกล่าวได้ (Albaugh, 2003) และองค์กรทางสุขภาพทั้งไทยและต่างประเทศ ต่างก็เน้นให้พยาบาลตระหนักถึงความสำคัญของการให้การพยาบาลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2533; Canadian Nurses Association, 2010; International Council of Nursing, 2007; Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization, 2003) อย่างไรก็ตามมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นว่า ในขณะที่มีมิติด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ได้รับการดูแลอย่างชัดเจน แต่มิติจิตวิญญาณกลับเป็นมิติที่ถูกละเลย (McBrien, 2010) เพราะยากในการนำไปปฏิบัติ (Koslander & Arvidsson, 2005) ทั้งนี้เนื่องมาจากจิตวิญญาณเป็นมิติที่มีความเป็นนามธรรม (Seller, 2001) และเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ส่วนบุคคล ความเชื่อ สังคม และวัฒนธรรม (Hudson, 2008) ไม่อาจที่จะหาคำนิยามที่มีแน่นอน เข้าใจและยอมรับกันโดยทั่วไปได้ (Wink

& Dillion, 2003) ทำให้พยาบาลให้การดูแลด้านจิตวิญญาณที่แตกต่างกันไปตามการให้ความหมายของแต่ละคน (Strang, Strang & Ternestedt, 2002) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับการพยาบาลด้านจิตวิญญาณตามการรับรู้ของพยาบาลเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานที่จะนำไปสู่การพัฒนาและส่งเสริมการพยาบาลด้านจิตวิญญาณให้มีความเป็นรูปธรรมต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อบรรยายเกี่ยวกับการพยาบาลด้านจิตวิญญาณตามการรับรู้ของพยาบาล

สถานที่ศึกษา

สถานที่ศึกษาคือหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลขนาด 100 เตียงของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ หอผู้ป่วยแบ่งเป็น หอผู้ป่วยสามัญ 2 หอ แยกเป็นชายและหญิง หอผู้ป่วยพิเศษ 2 หอ หอผู้ป่วยเด็ก 1 หอ หอผู้ป่วยหนัก 1 หอ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แผนกไตเทียม และศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ การขึ้นเวรของเจ้าหน้าที่จะเป็นเวรเช้า-บ่าย-ดึก เวรละ 8 ชั่วโมง เวลาเยี่ยมของหอผู้ป่วยสามัญ คือ 8.00-20.00 น. หอผู้ป่วยพิเศษเยี่ยมได้ตลอดเวลา ส่วนหอผู้ป่วยหนักจะเยี่ยมได้เวลา 10.00-14.00 น. และ 18.00-19.00 น. โดยให้เยี่ยมได้ครั้งละ 2 คน

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาของไฮเดกเกอร์ที่มีฐานจากปรัชญาอัตถิภาวะนิยม (existentialism) ที่จะเน้นความเป็นธรรมชาติของการดำรงอยู่ของคน (human existence) เพื่อค้นหาความหมายของการมีชีวิตหรือการเป็นอยู่ของคนในปรากฏการณ์หนึ่งที่มีความหมายต่อคนๆ นั้นอย่างไร ทั้งนี้สิ่งแวดล้อมที่คนๆ นั้นอยู่จะมีผลต่อการให้ความหมาย โดยจะไม่สามารถแยกแยะออกจาก

กันได้ การให้ความหมายจะแสดงออกมาให้เห็นหลังผ่านการตีความ (interpretation) (Koch, 1995) โดยทำการศึกษาระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2550 ถึงเดือน มิถุนายน 2551 ผู้ให้ข้อมูล คือ พยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงที่มีประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยอย่างน้อย 3 ปี และยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมของมหาวิทยาลัยบูรพา ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างดังนี้มี การแนะนำตัวอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และรายละเอียดของการทำวิจัยเพื่อขอความความร่วมมือในการทำวิจัย โดยอธิบายให้ทราบว่าข้อมูลที่ได้อาจเก็บเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อผู้ให้ข้อมูล โดยจะใช้เป็นรหัสแทน และข้อมูลต่างๆ จะเก็บไว้ในที่ปลอดภัยมีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่จะทราบ การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมและนำไปใช้เชิงวิชาการเท่านั้นและข้อมูลต่างๆ จะถูกทำลายเมื่อสิ้นสุดการทำวิจัย แล้ว ระหว่างการทำวิจัย ผู้ให้ข้อมูลสามารถซักถามข้อสงสัยต่างๆ ได้ และหากผู้ให้ข้อมูลไม่ประสงค์จะเข้าร่วมหรือออกจาก การวิจัยก็สามารถทำได้ โดยจะไม่มีผลเสียหายเกิดขึ้น

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย : ผู้วิจัย ซึ่งเป็นเครื่องมือหลักในการวิจัย แนวคำถามในการสัมภาษณ์เจาะลึก เช่น คุณให้ความหมายของการพยาบาลด้านจิตวิญญาณอย่างไร คุณรู้สึกอย่างไรภายหลังการให้การพยาบาลด้านจิตวิญญาณ เป็นต้น แนวทางในการสังเกต ซึ่งจะสังเกตสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย และการแสดงออกทางท่าทางและอารมณ์ขณะทำการสัมภาษณ์ของผู้ถูกสัมภาษณ์ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา การ

ศึกษา ประสบการณ์ทำงานในหอผู้ป่วย และตำแหน่งหน้าที่ในหอผู้ป่วย แบบบันทึกการสะท้อนคิด ซึ่งจะ เป็นการบันทึกความรู้สึก และความคิดของผู้วิจัยที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินการวิจัย และอุปกรณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ เทปและเครื่องบันทึกเทป สมุดจดบันทึก และปากกา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุมัติเก็บข้อมูลจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลรวมทั้งประสานงานกับฝ่ายการพยาบาล และหอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ซึ่งจะมีความคุ้นเคยกันมาก่อนเนื่องจากจากผู้ให้ข้อมูลและผู้วิจัยเคยเป็นอาจารย์และศิษย์กันมาก่อนทำให้ง่ายต่อการสร้างสัมพันธภาพอย่างรวดเร็ว จากนั้นก็ได้ทำการพิทักษ์สิทธิและขอความร่วมมือในการวิจัย ซึ่งผู้ให้ข้อมูลให้ความยินยอมด้วยวาจาจากนั้น ก็นัดหมายเพื่อทำการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกตามความสะดวกของผู้ให้ข้อมูลซึ่งผู้ให้ข้อมูล 8 คน เลือกที่จะให้สัมภาษณ์ในห้องที่เป็นสัดส่วนที่หอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานอยู่ 1 คนเลือกจะให้สัมภาษณ์ที่ห้องพักของผู้ให้ข้อมูล และ 2 คนเลือกจะมาให้สัมภาษณ์ที่ทำงานของผู้วิจัยซึ่งผู้วิจัยได้ใช้ห้องประชุมเล็กที่เป็นสัดส่วน ไม่มีคนอื่นเข้ามารบกวนขณะสัมภาษณ์

3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์เจาะลึกในสถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลเลือก ถ้าเป็นที่หอผู้ป่วย ผู้วิจัยทำการสังเกตสภาพหอผู้ป่วย และขณะสัมภาษณ์ผู้วิจัยสังเกตปฏิริยาท่าทางและอารมณ์ที่ผู้ให้ข้อมูลแสดงออกมาขณะทำการสัมภาษณ์จนสิ้นสุดการสัมภาษณ์ ซึ่งใช้เวลาประมาณ 60-90 นาทีในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยได้ขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลในการกลับมาสัมภาษณ์อีกครั้งภายหลังการถอดเทปฟังข้อมูลที่ได้แล้วยังมีประเด็นที่ไม่ชัดเจน

ซึ่งผู้ให้ข้อมูลทุกคนยินดีให้สัมภาษณ์ได้อีก จากนั้น ผู้วิจัยทำการจดบันทึกภาคสนามเกี่ยวกับบรรยากาศ ในระหว่างการสัมภาษณ์ และสิ่งที่สังเกตได้ รวมถึง บันทึกการสะท้อนคิดเพื่อแยกแยะความรู้สึกนึกคิด ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับเรื่องที่ทำกรวิจัยเมื่อสิ้นสุดการ สัมภาษณ์ในแต่ละรายทันทีเมื่อเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์ ทุกครั้ง

4. หลังการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้ง ผู้วิจัย ทำการถอดเทปคำต่อคำ เพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลและ วางแผนในการสัมภาษณ์ต่อไปในประเด็นที่ไม่ชัดเจน ผู้วิจัยได้มีการนัดหมายเพื่อทำการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป กับผู้ให้ข้อมูล 7 คน ๆ ละ 2 ครั้ง อีก 4 คน สัมภาษณ์ เพียงครั้งเดียวเนื่องจากผู้ให้ข้อมูลไม่สะดวกในการ สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 โดยก่อนการสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 ผู้ วิจัยได้สรุปสาระที่ได้จากการสัมภาษณ์ครั้งแรก เพื่อ ตรวจสอบจากผู้ให้ข้อมูลว่า ผู้วิจัยสรุปได้ถูกต้องหรือ ไม่ และเปิดโอกาสให้เพิ่มเติมข้อมูลที่ยังขาดอยู่ จาก นั้นจึงสัมภาษณ์เกี่ยวกับประเด็นที่ผู้วิจัยยังไม่เข้าใจ หรือต้องการให้มีการอธิบายเพื่อความชัดเจน ซึ่งใน การสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 ใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที เมื่อ สิ้นสุดการสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้ขอบคุณผู้ให้ข้อมูล ที่ให้ ความร่วมมือในการถ่ายทอดประสบการณ์ในการ พยายามด้านจิตวิญญาณ

5. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลไปเช่นนี้จน ข้อมูลมีความอิ่มตัวเกิดขึ้นในผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11 จึง ยุติการเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลตามแนวทางของ Cohen, Kahn และ Steeves (2000) โดยมีขั้นตอน 6 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1) อ่านข้อมูลที่ได้จากการถอดเทป หลายครั้งจนเข้าใจภาพรวมของประสบการณ์ของผู้ให้ ข้อมูล ขั้นตอนที่ 2) ทำการตัดทอนข้อมูลที่ไม่เกี่ยวข้อง ออก (Data Reduction) โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลง

ข้อมูลด้วยการใช้วิจารณ์ญาณของผู้วิจัย ขั้นตอนที่ 3) อ่านข้อมูลที่เหลือเพื่อระบุความหมายที่สำคัญด้วย การให้รหัสรวมถึงข้อมูลจากการสังเกตมีการให้รหัส เช่นกัน ขั้นตอนที่ 4) ทำการจัดกลุ่มรหัสที่เกี่ยวข้อง กันเป็น subcategories และ categories ขั้นตอนที่ 5) ทำการจัดกลุ่ม categories ให้เป็น theme ตาม ความหมายที่เกี่ยวข้องกัน ขั้นตอนที่ 6) ตรวจสอบ ความตรงของประเด็นหลักที่จัดกลุ่มกับ categories และผู้ให้ข้อมูล

ความน่าเชื่อถือของงานวิจัย

ผู้วิจัยได้สร้างความน่าเชื่อถือตามแนวทางของ Lincoln และ Guba (1985)

1. ความเชื่อถือได้ โดยเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มี ประสบการณ์จริงและสร้างความเชื่อถือได้ โดย

1.1 การสร้างสัมพันธภาพที่ดีเพื่อให้ผู้ให้ ข้อมูลเกิดความไว้วางใจ พร้อมทั้งจะถ่ายทอดประสบ การณ์ให้ฟัง ซึ่งผู้วิจัยมีความคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูลมา ก่อนเนื่องจากเป็นอาจารย์ที่เคยสอนกันมา ทำให้ใช้ เวลาไม่นานในการสร้างสัมพันธภาพ

1.2 การสะท้อนคิด ผู้วิจัยใช้การสะท้อน คิดของผู้วิจัยเพื่อทำการตรวจสอบความคิด ความรู้สึก ที่เกิดขึ้นในขณะที่เก็บข้อมูลเพื่อลดความลำเอียงที่อาจ จะเกิดขึ้นได้

1.3 การยืนยันข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการสรุป การสัมภาษณ์แต่ละครั้ง แล้วให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยันและ เพิ่มเติมในส่วนที่ไม่ละเอียดทุกราย

2. การถ่ายโอนงานวิจัย ผู้วิจัยเขียนบรรยาย ลักษณะของการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เพื่อให้เข้าใจและสามารถประยุกต์ใช้ข้อค้นพบครั้งนี้ ได้ ในพยาบาลที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน

3. การพึ่งพาเกณฑ์อื่นได้ ผู้วิจัยเขียนขั้นตอน ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการ สรุปผลการวิจัยอย่างละเอียดเพื่อให้เข้าใจและสามารถ

ตรวจสอบได้

4. การยืนยันผลการวิจัย เป็นการวัดความเป็นกลางหรือการไม่ลำเอียง ซึ่งการยืนยันการวิจัยเกิดขึ้นเมื่อมีขั้นตอนความเชื่อถือได้ การถ่ายโอนงานวิจัยและการพึ่งพาเกณฑ์อื่นได้

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลมีทั้งหมด 11 คน เพศหญิง 10 คน

ชาย 1 คน มีอายุระหว่าง 24-37 ปี นับถือศาสนาพุทธ ทั้งหมดจบการศึกษาระดับปริญญาตรี ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต 4 คน แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 2 คน หอผู้ป่วยใน 4 คน และ แผนกไตเทียม 1 คน มีประสบการณ์ทำงานในหอผู้ป่วยระหว่าง 3-13 ปี มีตำแหน่งงานเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย 1 คน และรองหัวหน้าหอผู้ป่วย 1 คน นอกนั้นเป็นพยาบาลประจำการทั้งหมด (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

คนที่	เพศ	อายุ(ปี)	ศาสนา	ระดับการศึกษา	หอผู้ป่วย	ประสบการณ์ทำงาน (ปี)	ตำแหน่งงาน
1.	ชาย	37	พุทธ	ปริญญาตรี	ICU	13	หัวหน้าหอผู้ป่วย
2.	หญิง	36	พุทธ	ปริญญาตรี	ICU	10	รองหัวหน้าหอผู้ป่วย
3.	หญิง	33	พุทธ	ปริญญาตรี	สามัญ	12	พยาบาลประจำการ
4.	หญิง	26	พุทธ	ปริญญาตรี	ER	5	พยาบาลประจำการ
5.	หญิง	24	พุทธ	ปริญญาตรี	ER	3.5	พยาบาลประจำการ
6.	หญิง	33	พุทธ	ปริญญาตรี	ไตเทียม	6	พยาบาลประจำการ
7.	หญิง	24	พุทธ	ปริญญาตรี	ICU	3	พยาบาลประจำการ
8.	หญิง	30	พุทธ	ปริญญาตรี	สามัญ	8	พยาบาลประจำการ
9.	หญิง	28	พุทธ	ปริญญาตรี	ICU	5	พยาบาลประจำการ
10.	หญิง	31	พุทธ	ปริญญาตรี	สามัญ	7	พยาบาลประจำการ
11.	หญิง	27	พุทธ	ปริญญาตรี	พิเศษ	4	พยาบาลประจำการ

ส่วนที่ 2 การพยาบาลด้านจิตวิญญาณตามการรับรู้ของพยาบาล

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า การพยาบาลด้านจิตวิญญาณตามการรับรู้ของพยาบาลแบ่งได้เป็น 4 ประเด็นหลักคือ ประเด็นหลักที่ 1 ความหมายของการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ ประเด็นหลักที่ 2 การปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ ประเด็นหลักที่

3 ผลจากการพยาบาลด้านจิตวิญญาณและ ประเด็นหลักที่ 4 คุณลักษณะของพยาบาลที่เอื้อต่อการให้การพยาบาลด้านจิตวิญญาณ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ประเด็นหลักที่ 1 ความหมายของการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ

ผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายของการพยาบาลด้านจิตวิญญาณใน 2 ความหมายคือ การตอบสนอง

ความต้องการของผู้ป่วยทั้งในเรื่องที่เกี่ยวกับความเชื่อความศรัทธาและเรื่องส่วนตัวซึ่งจะช่วยทำให้เกิดกำลังใจที่จะมีชีวิตต่อไป และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความสงบและสงบ

1.1 การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อในสิ่งศักดิ์สิทธิ์และความศรัทธาที่มีต่อศาสนา รวมถึงการตอบสนองเรื่องส่วนตัวที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับความเชื่อ หากแต่เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยยังมีความต้องการซึ่งพยาบาลจะเป็นผู้ประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการที่จะได้รับจากญาติ เช่น การมาเยี่ยม การให้กำลังใจ การบอกความต้องการของผู้ป่วย เป็นต้น เมื่อความต้องการของผู้ป่วยได้รับการตอบสนอง ผู้ป่วยจะเกิดกำลังใจที่จะดูแลตนเองและมีชีวิตอยู่ต่อไป

“เคยมีบางคนที่ผ่านมานี่เองคะ วัลรัตน์ทำหนูคะ 32 ที่เพิ่งเสียไป เป็นคนไข้ที่เราตั้งนาน เป็นเบาหวาน แล้วมีแผลแล้วก็ sepsis เขาค่อนข้างรู้ตัวว่าเขาเป็นเยอะแล้ว เขาก็จะกลัวที่จะอยู่คนเดียว กลัวเขาจะเสียชีวิต เขาอยากจะให้พ่อมาอยู่ด้วย ก็จะบอกให้หนูโทรตามพ่อเค้ามาเลย ก็ตามให้คะ ... พ่อเขาก็มานั่งเฝ้า เขาก็มีกำลังใจขึ้นนะ ให้ทำโน่นนี่เขาก็ทำ พ่อเขาก็ดีใจ” (ID 8)

“คือพยายามตอบสนองความต้องการคนไข้ให้ถึงจุดหมายที่เขาตั้งไว้ ซึ่งอาจจะด้วยตัวเราเองหรือด้วยญาติก็ได้” (ID 9)

“ก็เป็นเหมือนการตอบสนองความต้องการเขา นะ ความต้องการด้านความเชื่อ ด้านสิ่งยึดเหนี่ยว ถ้าได้รับการตอบสนองก็จะช่วยให้เขามีความสุข อาจมีส่วนทำให้ตัวโรคหายเร็วขึ้น หรือจากโลกนี้ไปอย่างสงบสุข” (ID 10)

1.2 การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติ ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่า การพยาบาลด้านจิตวิญญาณเป็น

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติ ซึ่งเป็นการพยาบาลที่จำเป็นที่สุดสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายและญาติ การพยาบาลนี้จะเกิดขึ้นเมื่อแพทย์ให้ความเห็นว่าผู้ป่วยหมดหวังในการรักษาแล้ว ซึ่งตามปกติพยาบาลจะเน้นที่การดูแลทางด้านร่างกายเป็นสำคัญ จะเริ่มให้การดูแลผู้ป่วยแบบระยะสุดท้ายจนเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตรวมถึงการช่วยเหลือญาติให้เผชิญกับระยะสุดท้ายได้ด้วยดี ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความสงบและเป็นสุขได้ในวาระสุดท้ายทั้งขณะมีชีวิต และปราศจากชีวิตแล้ว

“การดูแลอันดับแรกจะเน้นการดูแลทางด้านร่างกาย ส่วนจิตวิญญาณเป็นอันดับท้ายๆ ตอนที่เรารู้แล้วว่าเขาจะไม่รอด เราก็มักจะมาดูแลทางด้านนี้เพื่อให้เขาไปสบายๆ” (ID 4)

“การประคับประคอง น่าจะเหมาะกว่า เป็นการประคับประคองให้เขา (ผู้ป่วย) ไปสบายๆ ไม่ทรมาน ในระยะที่เขาหมดหวังแล้ว ประมาณนี้คะ” (ID 7)

ประเด็นหลักที่ 2 การปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลด้านจิตวิญญาณ

กิจกรรมพยาบาลด้านจิตวิญญาณเป็นกิจกรรมที่เกิดขึ้นตามความเชื่อของพยาบาลและของผู้ป่วยและญาติทั้งในขณะที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่และเสียชีวิตไปแล้ว ได้แก่ การให้ผู้ป่วยและญาติได้ปฏิบัติตามความเชื่อความศรัทธาที่ไม่ขัดต่อการรักษา การจัดสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับศาสนาในหอผู้ป่วย การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติอยู่ด้วยกันมากที่สุด การให้ข้อมูลและการสัมผัส ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจในการดูแลรักษา เกิดความสบายใจ มีกำลังใจ และสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างดี

2.1 การให้ผู้ป่วยและญาติได้ปฏิบัติตามความเชื่อความศรัทธาที่ไม่ขัดต่อการรักษา ผู้ให้ข้อมูลทุกคนจะเห็นว่า ความเชื่อความศรัทธาของผู้ป่วยและ

ญาติมี เป็นเสมือนสิ่งยึดเหนี่ยวที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยและญาติขณะที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่และเสียชีวิตไปแล้ว โดยขณะที่มีชีวิตอยู่ผู้ป่วยและญาติจะเกิดความสบายใจ มีความหวัง และกำลังใจที่จะเผชิญกับความเจ็บป่วยได้ ส่วนในระยะสุดท้าย ผู้ป่วยจะสามารถเผชิญความตายได้อย่างสงบ และภายหลังการเสียชีวิต ญาติจะยอมรับกับความสูญเสียได้ดีขึ้น ดังนั้น ผู้ให้ข้อมูลจึงเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้มีกิจกรรมตามที่ต้องการ แต่ต้องไม่ขัดต่อการรักษาไม่ทำอันตรายต่อผู้ป่วยและคนอื่น กิจกรรมตามความเชื่อความศรัทธาที่เกิดขึ้นจะเกี่ยวข้องกับศาสนา และไม่เกี่ยวกับศาสนาคือความเชื่อตามวัฒนธรรม สิ่งศักดิ์สิทธิ์และสิ่งเหนือธรรมชาติ

2.1.1 การปฏิบัติกิจกรรมขณะที่ยังมีชีวิตอยู่ จะเป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับศาสนาเป็นหลัก อาทิเช่น การทำสังฆทาน การฟังพระเทศน์ การบวชบวชกับพระพุทธรูป เป็นต้น นอกจากนั้นจะเป็นกิจกรรมเกี่ยวกับความเชื่อในสิ่งเหนือธรรมชาติ เช่น ผี หรือ พิธีกรรมทางไสยศาสตร์ ส่วนสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ได้แก่ สายสิญจน์ รวมถึงความเชื่อในพิธีกรรมบางอย่างเช่น การทำโยเร ซึ่งผู้ป่วยและญาติเชื่อว่าเมื่อได้ทำแล้ว จะเหมือนมีที่ยึดเหนี่ยว และมีสิ่งคุ้มครอง ทำให้เกิดความสบายใจ มีความหวังว่าจะหาย และมีกำลังใจที่จะเผชิญกับความเจ็บป่วยได้

“ขอให้พระสงฆ์มา เขาจะถวายสังฆทาน ถ้าเป็นพุทธรูป ซึ่งญาติก็จะเชื่อว่าจะชะลออายุไปได้ อีก 7 วัน 14 วัน... ส่วนที่เป็นคริสต์ เจอเขาก็จะศีลจุ่ม ถ้าเขาขอเราก้..ยินดีครับ แต่คงอยู่ภายใต้กฎเกณฑ์ที่ว่า ขอไม่ให้จุดเทียน อะไรที่ไม่มีเปลวไฟ แล้วก็ไม่รบกวนเตียงอื่น” (ID1)

“คนไข้ก็จะบ่นพวงมาลัย ผลไม้กับพระพุทธรูปที่อยู่หัวเตียง ตามความเชื่อของเขา ถ้าเขาหายก็จะเอามาให้เป็นการแก้บน.... ญาติก็มาใช้บ่อยเหมือนกัน ก็เอาดอกไม้มาไหว้ให้พ่อให้แม่เขาดีขึ้น.... พ่อเขาทำ

เขาก็รู้สึกมีหวัง มีกำลังใจมากขึ้น เหมือนมีเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ ถึงจะไปก็ยังไม่เห็นพระอยู่ค่ะเพราะว่านอนหันหน้ามาทางพระพอดี” (ID7)

“บางคนมีสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ที่เขาเอามาแปะที่หัวเตียง ก็จะเป็น ฮู้ บางคนก็จะเป็นจุดความรามาเทพ บางคนก็เป็นพระเครื่อง สายสิญจน์มาแปะมาผูก เอาไว้กันสิ่งชั่วร้ายแล้วก็มีพวกที่มาทำโยเรที่เตียงคนไข้เขาก็สบายใจ เราก้ไม่ขัดขวางเขา” (ID9)

ในขณะที่บางกิจกรรมจะเป็นกิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติให้กับผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยใกล้จะเสียชีวิต ตามความเชื่อทางศาสนาที่มีอยู่ด้วยการกล่าวนำทางไปที่ดี ๆ ให้แก่ผู้ป่วย เพราะเชื่อว่าจะทำให้ผู้ป่วยไปได้อย่างสงบ

“กรณีที่จะเสียชีวิต ...ถึงแม้ว่าคนไข้จะรู้ตัวไม่รู้ตัว เราก้จะบอกคนไข้ว่าให้คิดถึงพระคิดถึงเจ้าไว้ สวดมนต์นะคะ คิดในทางที่ดี ๆ เวลาเสียจะได้ไปในที่ ๆ ดี ๆ ..เราจะพูดกับเขาประโยคนี้นตอนช่วงที่ BP drop ช่วงที่...heart rate...ช้า เราก้ไม่ทราบนะคะว่าเขาจะยังงี้ แต่เราก้คิดว่าการบอกอย่างนี้จะช่วยให้เขาไปได้อย่างสงบ ไม่ต้องมีห่วงอะไร” (ID2)

2.1.2 การปฏิบัติกิจกรรมภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต เป็นกิจกรรมที่เกิดขึ้นโดยญาติผู้ป่วยเป็นผู้ขอปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาและขนบธรรมเนียมประเพณีของแต่ละคนเพื่อให้ผู้ป่วยได้ไปอย่างสงบ และยังเป็นกิจกรรมที่เกิดจากพยาบาลเป็นผู้ปฏิบัติ เช่น การแต่งตัวศพ การทำ good death (ตายดี) คือการไว้อาลัยและขอโทษกรรมต่อผู้เสียชีวิต ซึ่งการทำกิจกรรมดังกล่าวช่วยให้ญาติของผู้เสียชีวิตพึงพอใจเพราะเป็นการให้เกียรติแก่ญาติและผู้เสียชีวิต

“การทำ good death หรือ ตายดี ...ถ้าคนไข้เสีย ก็จะทำให้ญาติและเจ้าหน้าที่ในวอร์ด เข้ามายืนไว้อาลัยกันและกล่าวคำขอโทษกรรมรอบ ๆ เตียงเขา ยืนสงบนิ่งประมาณ 30 นาทีแล้วค่อยส่งศพเขาไปที่ห้องเย็นคะ ... เราก้รู้สึกเป็นการกล่าวคำขอโทษกรรม

ประมาณว่าได้ล่วงเกินอะไรไปก็ขอกัยแต่ใช้คำพูดที่ดีกว่านี้ค่ะ” (ID 2)

“ถ้ามีเชื้อจีน คอนตาย เขาจะใส่ชุดอะไร เราก็ให้เขาใส่ ญาติเตรียมมา เราก็แต่งตัวให้เขา มีหลายชิ้นเหมือนกัน” (ID 8)

“ญาติเตรียมเปิดเทปธรรมะให้ฟัง ช่าง ๆ หุ คนไข้เพื่อให้เขาเป็นสุข เราก็ให้เขาทำเพราะเขารู้สึกว่า คนไข้จะดี เหมือนได้ส่งคนไข้ไปสวรรค์” (ID 11)

2.2 การจัดสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับศาสนาในหอผู้ป่วย ภายในหอผู้ป่วยจะมีการจัดสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับศาสนาซึ่งจากการสังเกตพบว่า ในแต่ละหอผู้ป่วยมีพระพุทธรูปตั้งอยู่ นอกจากนั้นยังมีการเทปเพลงธรรมะและมีคู่มือหนังสือธรรมะให้ผู้ป่วยและญาติได้อ่าน ซึ่งการจัดสิ่งแวดล้อมเช่นนี้เป็นเสมือนที่พึ่งทางใจของผู้ป่วยและญาติ โดยช่วยให้เกิดความสงบทางจิตใจ

“คนไข้ส่วนใหญ่ที่อายุเยอะจะชอบ ฟังบทสวดมนต์แปล เพราะฟังแล้วจิตใจสงบ ก่อนนอน เห็นพระพุทธรูปอยู่ในหอผู้ป่วย คุณแล้วสบายตา จะตายก็หลับตาตาย” (ID 1)

“จะเปิดเพลงที่เป็นเพลงคล้ายกับเพลงพระสวดด้วยค่ะ เขาก็นอนฟัง คนไข้บางคนที่เขาได้ยินเหมือนเขาจะรู้สึกสงบค่ะ ...อีกอย่างที่นี่ก็มีหนังสือธรรมะใส่คู่มือให้คนไข้อ่าน หรือบางทีก็ญาติ เขารอ่านเวลามานั่งรอเยี่ยมก็มี” (ID 6)

2.3 การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติอยู่ด้วยกันมากที่สุด คือการให้ญาติเข้าเยี่ยมได้ตลอดเวลาโดยไม่จำกัดจำนวนคนเยี่ยม การให้นั่งเฝ้าข้างเตียงได้ตลอดเวลา และการเยี่ยมเกินเวลา ในกรณีที่ญาติไม่สามารถมาเยี่ยมได้จะให้คุยกันผ่านทางโทรศัพท์ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยและญาติได้ใกล้ชิดกัน ในระยะเวลาที่เหลืออยู่ สร้างความรู้สึกอบอุ่นใจให้กับผู้ป่วยเพราะญาติเป็นเสมือนสิ่งยึดเหนี่ยวของผู้ป่วย ซึ่งจะเน้นเป็นพิเศษในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย

หรือเป็นผู้ป่วยเด็ก

“อย่างคนไข้ที่ NR เราก็จะเปิดโอกาสให้ญาติเยี่ยมมากขึ้นจากที่จำกัดการเยี่ยมก็เปิดโอกาสให้ใครอยากจะมาเยี่ยมตอนไหนก็ได้...เราก็จะอนุโลมให้เขาพิเศษมากกว่าคนอื่น ๆ ให้ญาติไม่ต้องจำกัดจำนวนคน โดยปกติเราจะให้เยี่ยมแค่ 2 คน แต่ถ้าเป็น case NR เราก็เห็นใจเขาจะให้ญาติมาที่เดียว 3 คนก็ได้ไม่จำกัด” (ID 2)

“ในรายที่ญาติมาไม่ได้ ญาติจะอาศัยคุยผ่านเอา ผ่านทางโทรศัพท์ เราก็จัดการให้ แล้วคนไข้เขารู้สึกดีขึ้น อบอุ่นขึ้น” (ID 7)

“บางครั้งเราจะให้ญาติอยู่เกินเวลา ให้เยี่ยมนอกเวลา หนูคิดว่ามันเป็นสายใยยึดเหนี่ยวต่อกันทำให้คนไข้มีกำลังใจที่จะช่วยตัวเองให้หาย หรืออย่างบางทีคนไข้เป็นเด็ก แม่ก็จะเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวของลูก หรือแม่เป็นคนไข้ ลูกก็จะเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวให้แม่ ช่วยทำให้หายได้” (ID 9)

2.4 การให้ข้อมูล จะเป็นการให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความก้าวหน้าของโรคและการรักษาพยาบาล และการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อที่สามารถทำได้เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันและตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาด้วยตนเองได้ ซึ่งจะช่วยให้สัมพันธ์ภาพระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วยและญาติ ผู้ป่วยที่รู้สึกตัวก็จะให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติ ส่วนรายที่ไม่รู้สึกตัวก็จะให้ข้อมูลกับญาติ การให้ข้อมูลที่เกี่ยวกับความก้าวหน้าของโรคและการรักษาจะให้โดยแพทย์ก่อน จากนั้นพยาบาลเจ้าของไข้จะเป็นผู้ทำความเข้าใจอีกครั้งเพราะญาติจะไม่กล้าถามแพทย์ ส่วนการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อที่สามารถทำได้ พยาบาลจะเป็นผู้ให้ข้อมูล โดยบางกิจกรรม จะปรึกษาแพทย์ก่อนที่จะแจ้งอนุญาตกับผู้ป่วยและญาติ

การให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความก้าวหน้าของโรคและการรักษาพยาบาล

“เราต้องอธิบายให้เขาทราบ เพราะเขายังสามารถตัดสินใจได้ ชีวิตเป็นของเขา การตกลงร่วมกันกับญาติ เราจะเน้นการอธิบายที่ตัวญาติและคนไข้ แต่การตัดสินใจเป็นของคนไข้และญาติ อย่างนี้สัมพันธ์ภาพก็ดีด้วย” (ID 1)

“คนไข้ขยับตัวไม่ได้. ไม่รู้สึกตัว.... ก็ให้ข้อมูลญาติเรื่อยๆ บอกญาติที่มาเยี่ยมว่า ตอนนี้เขาเป็นอย่างไรบ้างหายใจเป็นอย่างไรบ้าง อะไรที่เขาจะทำให้คนไข้ได้” (ID 7)

การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อที่สามารถทำได้

“อย่างบางคนเขาจะขอกินพวกสมุนไพรที่คนแถวบ้านเขากินแล้วหาย เขาจะกินมั่งได้มัย เราก็จะอธิบายให้เข้าใจว่าเป็นยังไง อาจจะต้องถามหมอก่อนว่าขัดกันหรือไม่ขัดยังไง” (ID 11)

2.5 การสัมผัส ผู้ให้ข้อมูลเห็นความสำคัญของการสัมผัสที่จะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติมีความอบอุ่น เกิดความไว้วางใจที่จะเล่าความรู้สึกของตนเอง และความรู้สึกสงบ เพราะเป็นเหมือนสิ่งยึดเหนี่ยวและมีคนที่เข้าใจความรู้สึกเขาอยู่ใกล้ๆ โดยเฉพาะผู้ป่วยระยะสุดท้าย การสัมผัสผู้ป่วยและญาติจะเป็นลักษณะของการแตะหรือลูบตัวหรือจับมือพร้อมกับบิบบเบาๆ

“สัมผัสนี่จำเป็นมาก ทำให้ดีขึ้น แม้กระทั่งญาติเขาร้องให้ ไปปลอบเขาแล้วแตะเขา เขาจะสงบขึ้น... โดยเฉพาะระยะสุดท้าย ทำบ่อยเลย ส่วนใหญ่จะเป็นคันแขน แล้วจับมือบิบบๆ หน่อย แต่จะไม่ลูบทั้งตัว... รู้สึกว่าพอทำแล้ว เขารู้สึกอบอุ่นขึ้น แคเราจับมือก็รู้สึกดีขึ้น อย่างคนไข้ arrest เนี่ย จะจับมือ ความือ เขาก็ดีขึ้น เหมือนมีที่ยึด เหมือนมีคนเข้าใจเขาอยู่” (ID 1)

“จับมือลูบมือเป็นอะไรไหมเจ็บตรงไหนไม่สบายใจอะไรหรือเปล่านั้นก็เข้าไปอยู่ใกล้ๆ ค่ะ ช่วยให้คนไข้เกิดการไว้วางใจที่จะเล่าอะไรให้ฟัง อย่างเล่าว่า

เขากลัวจะอะไรอย่างนี้.” (ID 6)

ประเด็นหลักที่ 3 ผลจากการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ

ภายหลังให้การพยาบาลด้านจิตวิญญาณ ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ได้ถึงผลดีที่ตามมาที่เกิดกับผู้ป่วย ญาติ เจ้าหน้าที่ และโรงพยาบาล โดยก่อให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองและวิชาชีพที่มีความเป็นเอกลักษณ์และส่งผลกระทบต่อความผูกพันกันระหว่างผู้ป่วยและญาติกับเจ้าหน้าที่ ทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความรู้สึกเป็นสุข เกิดความเข้าใจ ไว้วางใจในการดูแล ส่งผลต่อชื่อเสียงของโรงพยาบาลให้เป็นที่ยอมรับของคนทั่วไป

3.1 ความภูมิใจในตนเองและวิชาชีพ ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่า การพยาบาลด้านจิตวิญญาณเป็นเอกลักษณ์ที่แสดงถึงความเป็นวิชาชีพพยาบาลที่มีคุณค่า ที่เมื่อปฏิบัติแล้วจะทำให้ผู้ป่วยและญาติพอใจ อบอุ่นใจ และมีความสุข ผู้ปฏิบัติเองก็มีความสุขและรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองและวิชาชีพ

“การได้ดูแลทางด้านจิตวิญญาณก็ทำให้รู้สึกอิ่มเอมใจ มีความรู้สึกอบอุ่น รู้สึกภูมิใจและรู้สึกตระหนักถึงคุณค่าของวิชาชีพ อย่างชัดเจนที่ได้ มันไม่ไปไหน มันอยู่กับเรา” (ID 1)

“วิชาชีพเราทำในสิ่งที่หมอบอกทำไม่ได้ การมีปฏิสัมพันธ์กันแล้วมีสิ่งดีๆ ที่พูดให้กัน แล้วเราสัมผัสได้ว่า เขารู้สึกดีกับเรานั้นเป็นสิ่งที่หมอบอกทำไม่ได้ หนูคิดว่ามันเป็นเอกลักษณ์อันหนึ่งของวิชาชีพพยาบาลคือถูกสร้างขึ้นมาเพื่อดูแลเขาแบบนี้” (ID 7)

“สิ่งที่ทำมันเป็นทางด้านจิตวิญญาณที่พยาบาลทุกคนรู้ว่า มันเป็นสิ่งที่ดี ทำให้เราอิ่มเอมใจมีความสุข คนไข้ ญาติ เขาก็รู้สึกดีกับเรา เรารู้สึกดีกับเขา” (ID 5)

3.2 ความผูกพัน ภายหลังการให้การพยาบาลด้านจิตวิญญาณ ผู้ให้ข้อมูลพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติต่อเจ้าหน้าที่มีมากกว่า

การเป็นเพียงผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ หากเปลี่ยนเป็นความผูกพันกันเหมือนญาติพี่น้องและสืบเนื่องไปจนภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้วก็ยังมีความสัมพันธ์อันดีต่อกันซึ่งความสัมพันธ์นี้ทำให้เกิดความเข้าใจและไว้วางใจกัน

“ถ้าเราดูแลคนไข้อย่างดี ดูแลเขาครอบคลุมทุกด้าน ถึงแม้ว่าคนไข้เสียชีวิตไปญาติเขาก็ไม่ได้มาว่าอะไรเรา ว่าเป็นความผิดเรา เขาก็รู้อยู่แล้วว่าเราทำให้ญาติเขาดีที่สุด ส่งผลมาให้มีสัมพันธ์อันดี ก็ทำให้เขาสุขใจ เขาก็ไว้วางใจค่ะ” (ID 2)

“เขาก็มีความคิดว่าญาติเขามาตายที่นี่ เขาก็จะมาร่วมงานในเชิงสังคมของเราที่นี่ มาร่วมทำบุญนึกถึงญาติเขา มันจะผูกพันกันมาอีก มันจะกลายเป็นญาติกัน” (ID 3)

3.3 โรงพยาบาลมีชื่อเสียง ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ได้ว่าการที่ผู้ป่วยและญาติได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณทำให้เกิดความรู้สึกพึงพอใจและไว้วางใจในการดูแลจะมีการบอกกล่าวกันต่อๆ ไป ทำให้โรงพยาบาลได้รับการยอมรับและมาใช้บริการกันมากขึ้น ส่งผลให้โรงพยาบาลมีชื่อเสียงในทางที่ดี มีประโยชน์สะท้อนกลับมายังเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน

“ในแง่โรงพยาบาลก็จะมีคนพูดถึงว่า โรงพยาบาลนี้ดีนะดูแลดี เขาก็จะมาขอรักษาที่นี่..เป็นแบบปากต่อปากนะคะ” (ID8)

“โรงพยาบาลก็มีชื่อเสียงนะ มีคนมารับบริการเยอะขึ้น รายได้ก็เพิ่มขึ้น(หัวเราะ)” (ID10)

ประเด็นหลักที่ 4 คุณลักษณะของพยาบาลที่เอื้อต่อการให้การพยาบาลด้านจิตวิญญาณ

ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวถึงคุณลักษณะของพยาบาลที่เอื้อต่อการให้การพยาบาลด้านจิตวิญญาณ ควรประกอบด้วยการมีทักษะด้านการสื่อสาร ด้านการสังเกต การฟัง ความเอาใจใส่ต่อสิ่งที่ผู้ป่วยและญาติแสดงออก สุดท้ายคือ การมีประสบการณ์หรือความเชื่อที่สอดคล้องกับผู้ป่วยและญาติ

4.1 การมีทักษะด้านการสื่อสาร ทักษะด้านการสื่อสารที่พยาบาลควรมีเพื่อทำให้การพยาบาลด้านจิตวิญญาณเป็นไปด้วยดี คือ การสังเกตและการฟัง โดยการสังเกตจะเป็นการสังเกตการแสดงออกทางสีหน้า ท่าทาง ปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว และการฟังจะเป็นการรับฟังเพื่อให้ทราบความต้องการ จะช่วยให้พยาบาลได้ข้อมูลที่ทำให้เข้าใจความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ทำให้สามารถตอบสนองได้ถูกต้อง นอกจากนั้นการฟังยังเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติระบายความรู้สึกที่มีออกมา รวมถึงยังเป็นการได้อยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย

การสังเกต

“ต้องเป็นคนที่น่าสนใจสิ่งรอบข้าง ช่างสังเกตนิดหนึ่ง สังเกตสีหน้าท่าทาง สังเกตการณ์ปฏิสัมพันธ์กันระหว่างครอบครัวเป็นยังไง ก็ต้องดูแลให้ดีหน่อย” (ID5)

การฟัง

“ต้องเป็นผู้ฟังที่ดีด้วยนะคะ เพราะว่าส่วนมาก เราก็จะพูดๆ แล้วเราก็จะเดินจาก บางทีถ้าเราฟังเขา เราก็จะรู้ว่าเขาต้องการอะไร บางทีเขาอาจจะแค่อยากคุยกับเรา อยากมีคนอยู่เป็นเพื่อนเพราะเขาไม่มีใคร” (ID 3)

4.2 การเอาใจใส่ ผู้ให้ข้อมูลมีการเอาใจใส่ผู้ป่วยและญาติด้วยการคิดแบบการเอาใจเขามาใส่ใจเรา และคิดว่าผู้ป่วยหรือญาติเป็นเสมือนคนในครอบครัวหรือญาติของพยาบาลเอง จะทำให้ไม่มีการแบ่งแยกกันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ช่วยทำให้พยาบาลเข้าใจจิตใจผู้ป่วยมากขึ้น ทำให้การพยาบาลเป็นไปด้วยดี

การเอาใจเขามาใส่ใจเรา

“ต้องเป็นคนที่จะเอาใจเขามาใส่ใจเรา คนไข้เรียกขอเอาอะไร เขาต้องการอะไร ถ้าเป็นเราก็คงต้องการอย่างนั้นเหมือนกัน เราก็ต้องคิดแบบนี้” (ID 4)

การคิดเสมือนเป็นญาติ

“หนูคิดว่า การที่คิดว่าคนไข้เหมือนคนในครอบครัว เหมือนเป็นญาติเรา การดูแลเราจะดี มันไม่มีการแบ่งแยกเกิดขึ้นระหว่างเจ้าหน้าที่กับคนไข้ เราจะเข้าถึงจิตใจเขามากขึ้น” (ID 10)

4.3 การมีประสบการณ์ตรงหรือความเชื่อที่สอดคล้องกับผู้ป่วยและญาติ การที่พยาบาลมีประสบการณ์ตรงหรือความเชื่อที่สอดคล้องกับผู้ป่วยและญาติ เช่น ความเชื่อเรื่องศาสนา การก้มบ หรือมีประสบการณ์เกี่ยวกับการตายของคนในครอบครัว จะทำให้พยาบาลสามารถเปิดใจยอมรับในความเชื่อและเข้าใจความต้องการของผู้ป่วยและญาติได้ ยินยอมให้ผู้ป่วยและญาติปฏิบัติตามต้องการ ซึ่งจะช่วยลดความขัดแย้ง และก่อให้เกิดความสบายใจทั้งผู้ป่วยญาติและพยาบาล

ความเชื่อทางศาสนาและสิ่งศักดิ์สิทธิ์

“การที่เราอนุญาตให้เขา ไหว้พระหรือสวดมนต์ หรือก้มบอะไรอย่างนี้ เป็นเพราะเราคิดเหมือนกัน...เราเชื่อและเราก็คิดว่าเขาจะเชื่อ เราก็เลยให้เขาทำเพราะถ้าเกิดอย่างเป็นเรายัง ใครมาห้ามเราก็คงรู้สึกไม่ดี ถ้าเราไม่ได้ทำตามคำสอน ถ้าเราไม่让他ทำอย่างน้อยจิตใจเขาก็คงไม่ดี มันเป็นความเชื่อค่ะ” (ID 2)

การมีประสบการณ์ตรง

“คนที่จะให้การดูแลทางด้านจิตวิญญาณ ควรมี ความเชื่อ เชื่อเรื่องศาสนา หรือสิ่งที่คนเชื่อ เขาก็จะเชื่อ แต่ถ้ามีประสบการณ์โดยตรงเองก็จะยิ่งดีนะคะเพราะช่วยให้เราเข้าใจที่เขาทำหรือต้องการทำมากขึ้น ก็ไม่ต้องไปนั่งขัดแย้งกัน สบายใจทั้งสองฝ่าย” (ID7)

อภิปรายผล

ผลการวิจัยเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตการพยาบาลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลประกอบด้วย ความหมายของการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ การปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ ผลจากการ

พยาบาลด้านจิตวิญญาณและ คุณลักษณะของพยาบาลที่เอื้อต่อการให้การพยาบาลด้านจิตวิญญาณสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ความหมายของการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ ผลการวิจัยที่พบว่า พยาบาลจะให้ความหมายการพยาบาลด้านจิตวิญญาณคือ การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยนั้นจะสอดคล้องกับหลายการศึกษา (Baldacchino, 2006; Narayanasamy, Clissett, Parumal, Thompson, Annasamy & Edge, 2004) โดยเฉพาะความต้องการด้านจิตวิญญาณที่ผู้ป่วยต้องการคือ การได้ปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับศาสนา (Strang et al, 2002) ส่วนอีกความหมายคือ เป็นการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายและญาติเพื่อให้ได้พบกับความสงบและความสุข โดยเห็นว่า เมื่อผู้ป่วยหมดหวังในการรักษาและเข้าสู่ระยะสุดท้าย การดูแลด้านจิตวิญญาณจะมีความสำคัญกับผู้ป่วยและญาติ ในระยะนี้มากกว่าตอนที่ผู้ป่วยยังมีความหวังในการรักษาทางด้านร่างกาย ซึ่งเป็นไปตามภาระหน้าที่ของพยาบาลที่จะให้ความสำคัญกับการช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตก่อน จึงเน้นทางร่างกายในระยะที่ยังมีหวังและเน้นจิตวิญญาณเมื่อหมดทางรอด เพราะการพยาบาลด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะช่วยให้ผู้ป่วยได้พบกับความสุขสงบและยอมรับกับการตายได้ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552; Hermann, 2006) ซึ่งเป็นเป้าหมายหนึ่งของการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ (Deal, 2010)

2. การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ ผลการวิจัยที่พบว่า การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลด้านจิตวิญญาณจะเป็นกิจกรรมที่พยาบาล อนุญาตให้ผู้ป่วยและญาติได้ปฏิบัติตามความเชื่อโดยกิจกรรมนั้นต้องไม่ขัดต่อแผนการรักษาที่จะเกี่ยวข้องกับศาสนาเป็นส่วนใหญ่ ส่วนพยาบาลเองก็จะมีการจัดสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับศาสนาเช่นกันด้วยการมีพระพุทธรูปอยู่ภายในหอผู้ป่วยที่เห็นได้ง่ายและ

มีการเปิดเทปธรรมะ ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นเหมือนสิ่งยึดเหนี่ยวที่ก่อให้เกิดความสบายใจ มีความหวัง และกำลังใจที่จะเผชิญความเจ็บป่วยได้ ทั้งนี้เพราะศาสนาเป็นเหมือนแหล่งที่พึ่งทางใจที่ช่วยให้คนเราสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยได้ดี (Burkhart & Hogan, 2008; Kunsongkeit, Suchaxaya, Panuthai & Sethabouppha, 2004; Pesut, 2008) นอกจากนี้ การที่พยาบาลได้จัดสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยให้เกี่ยวข้องกับศาสนายังเป็นการสร้างบรรยากาศของการเยียวยาที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสงบได้เป็นอย่างดี (Smith, 2006) สอดคล้องกับการศึกษาของระวีวรรณ พิไลเกียรติ จินตนา ฤทธารมย์ และชิตชนก บุตรจันทร์ (2552) ที่ศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยเรื้อรัง อีกประการคือ ด้วยบริบทสังคมไทย ศาสนาเปรียบเสมือนเป็นหลักในการดำเนินชีวิตและมีความใกล้ชิดกับวิถีชีวิตของคนไทย รวมถึงเป็นที่พึ่งพิงในยามที่มีปัญหา การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาจึงเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยและพยาบาล จะเลือกปฏิบัติมากที่สุด

ส่วนการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติอยู่ด้วยกันมากที่สุดโดยไม่จำกัดเวลาเยี่ยมและจำนวนคนเยี่ยมนั้นจะเกิดขึ้นในผู้ป่วยระยะสุดท้ายและผู้ป่วยเด็ก โดยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย พยาบาลเห็นว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติจะไม่มีโอกาสได้อยู่ด้วยกันอีก และยังเป็นการสร้างความอบอุ่นใจ ซึ่งการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้อยู่ร่วมกันในเวลานี้ถือว่าการดูแลด้านจิตวิญญาณอย่างหนึ่ง (Burkhart & Hogan, 2008; McBrien, 2010) เพราะญาติเองเป็นเสมือนแหล่งความหวัง และกำลังใจที่สำคัญของผู้ป่วย (วรลักษณ์ คัชมาตย์, วัลภา คุณทรงเกียรติ และสุภาภรณ์ ด้วงแพง, 2552; Baldacchino & Draper, 2001) และยังทำให้ผู้ป่วยมั่นใจได้ว่าจะไม่ตายอย่างโดดเดี่ยวในโรงพยาบาล (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552) อีกประการ

คือ การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติอยู่ด้วยกันเป็นสิ่งที่ควรกระทำเพราะเป็นโอกาสให้ผู้ป่วยได้พบกับคนที่รัก เพื่อโอบอุ้มกรรม กล่าวอำลาด้วยกันในช่วงสุดท้ายของชีวิต (วัลภา คุณทรงเกียรติ, 2553) ส่วนในผู้ป่วยเด็ก ยังเป็นวัยที่มีมารดาเป็นสิ่งที่ยึดเหนี่ยวที่จะช่วยให้รู้สึกถึงความปลอดภัย เด็กเองก็เป็นเสมือนที่ยึดเหนี่ยวของมารดาทำให้มีความสุขสงบและกำลังใจ การเปิดโอกาสให้อยู่ด้วยกันจึงเป็นการพยาบาลด้านจิตวิญญาณอย่างหนึ่ง (Kunsongkeit et al, 2004)

ส่วนการให้ข้อมูล เกี่ยวกับความก้าวหน้าของโรคและการรักษาพยาบาล และการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อที่สามารถทำได้เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน และตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาได้ ซึ่งจะช่วยให้สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติและเจ้าหน้าที่เป็นไปด้วยดี ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของ ดุสิต ถาวร (2550) ที่ว่าการให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและอาการที่เปลี่ยนแปลงไปรวมถึงการรักษา เป็นการให้ครอบครัวและผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการเลือกแผนการรักษา ซึ่งจะก่อให้เกิดผลดีคือทำให้สามารถปรับตัวและกำหนดเป้าหมาย รับความเป็นจริงได้ นอกจากนี้การที่ผู้ให้ข้อมูลมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อที่สามารถทำได้ ยังเป็นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับจิตวิญญาณที่ทำให้ญาติสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้อย่างถูกต้อง

การสัมผัสที่ผู้ให้ข้อมูลได้ปฏิบัติต่อผู้ป่วย จัดได้ว่าเป็นการพยาบาลด้านจิตวิญญาณที่สำคัญอย่างหนึ่ง (Chang, Wallis & Tiralongs, 2007) เพราะการสัมผัสที่ผู้ให้ข้อมูลได้ปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยการแตะตัว ลูบตัว หรือจับมือ ล้วนแต่เป็นวิธีการช่วยทำให้เกิดความรู้สึกถึงความเอื้ออาทร เกิดความอบอุ่นใจได้ (Carpenter et al, 2008) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Kociszewski (2004) และ อวยพร ภัทรภักดีกุล โสเพ็ญ ชุนวล และมัลลิกา สุนทรวิภาท (2553) ที่พบว่าการสัมผัสเป็นการพยาบาลด้านจิตวิญญาณที่เกิดขึ้นใน

ขณะที่ให้การพยาบาลในงานประจำเช่น การเช็ดตัว การนวดหลัง การสัมผัสเช่นนี้ก็ก่อให้เกิดความรู้สึกปลอดภัยและมั่นคงกับผู้ป่วยว่าเขายังมีพยาบาลมาอยู่ใกล้ชิดด้วย รวมถึงเป็นการถ่ายทอดความเห็นอกเห็นใจไปสู่ผู้ป่วย ทำให้เขารู้สึกสุขสบาย ปลอดภัย และมีกำลังใจที่จะก้าวข้ามชีวิตอยู่ต่อไป (Byrne, 2002).

3. ผลจากการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ ผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ จะเป็นผลดีที่เกิดขึ้นทั้งในผู้ป่วยญาติ และเจ้าหน้าที่ นั่นคือ ความภาคภูมิใจในตนเอง และวิชาชีพในการให้การพยาบาลด้านจิตวิญญาณซึ่งเป็นเอกลักษณ์และเอกลักษณ์ของวิชาชีพพยาบาล ที่ชัดเจนดังที่ฟลอเรนซ์ ในดิงเกลได้กล่าวไว้ (Nightingale, 1976) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Wong และ Yau (2009) และ Ravan, Vanaki, Horemann และ Kazemnejad (2009) ที่พบว่า การพยาบาลด้านจิตวิญญาณเป็นเอกลักษณ์ของพยาบาลอย่างแท้จริงซึ่งเมื่อได้ปฏิบัติแล้วขอมนำมาซึ่งความสัมพันธ์อันดีจนกลายเป็นความผูกพันดุจญาติ ดังการศึกษาของ Carpenter และคณะ (2008) และ McEwen (2005) รวมถึงส่งผลต่อภาพลักษณ์องค์กรให้เป็นที่ยอมรับของคนทั่วไป

4. คุณลักษณะของพยาบาลที่เอื้อต่อการให้การพยาบาลด้านจิตวิญญาณ ผลการวิจัยแสดงให้เห็นถึงคุณลักษณะที่ช่วยให้การพยาบาลด้านจิตวิญญาณเกิดขึ้นได้ ในด้านของทักษะการสื่อสารคือการฟังและการสังเกตจะเป็นการสื่อสารรูปแบบหนึ่งที่สำคัญในการช่วยให้พยาบาลสามารถใช้ในการประเมินความต้องการและให้การพยาบาลไปด้วยในเวลาเดียวกัน (Deal, 2010; Shih, Lin, Gau, Chen, Hsiao, Shih, & et al. 2009) ส่วนการเอาใจใส่ ด้วยการเอาใจเขามาใส่ใจเราและการคิดเสมือนเป็นญาติทำให้ไม่มีการแบ่งแยก ได้สะท้อนให้เห็นถึงความเอื้ออาทรที่พยาบาลมีต่อผู้ป่วยและญาติ ด้วยการดูแลอย่างเต็มที่ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

(วัลภา คุณทรงเกียรติ, 2553) ส่งผลให้เกิดเป็นความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันที่เป็นสิ่งสำคัญในการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ (Sawatzky & Pesut, 2005) ส่วนการมีประสบการณ์ตรงหรือความเชื่อที่สอดคล้องกับผู้ป่วยและญาติเป็นการที่พยาบาลนำประสบการณ์หรือความเชื่อของตนเองมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาล ซึ่งทำให้การพยาบาลดำเนินไปได้ด้วยดี เพราะพยาบาลจะเข้าใจความต้องการของผู้ป่วยและญาติได้ดีขึ้นซึ่งพยาบาลที่ดูแลด้านจิตวิญญาณที่สามารถนำประสบการณ์เกี่ยวกับตนเองมาช่วยในการดูแลด้านจิตวิญญาณจะช่วยให้ตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยได้ (Smith, 2006)

ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยนี้สามารถเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนทางการพัฒนาการพยาบาลด้านจิตวิญญาณให้เกิดขึ้นในผู้ป่วยทุกคนอย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น นอกจากนี้ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยและญาติเพื่อให้การพัฒนาการพยาบาลด้านจิตวิญญาณสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการต่อไป

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.

ระวีวรรณ พิไลเกียรติ, จินตนา ฤทธารมย์ และ ชิตชนก บุตรจันทร์. (2552). การดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยเรื้อรัง: ประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพ. *วารสารสภาการพยาบาล*, 24 (1), 62-76.

วรลักษณ์ คัชมาตย์, วัลภา คุณทรงเกียรติ, และ สุภาภรณ์ ดั่งแพง. (2552). ประสบการณ์ของ ครอบครัวผู้ป่วยเฉียบพลันระยะสุดท้าย. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 17(4), 1-12.

วัลภา คุณทรงเกียรติ. (2553). การดูแลแบบ ประคับประคองในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย: บทบาท ที่ท้าทายของพยาบาล. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 18(1), 1-7.

สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย. (2533). *การพยาบาลมิติจิตวิญญาณ. เอกสารประกอบการประชุม เรื่อง การพยาบาลด้านจิตวิญญาณ ณ มหาวิทยาลัย สุโขทัยธรรมมาธิราช กรุงเทพมหานคร.*

อวยพร ภัทรภักดีกุล, โสเพ็ญ ชูนวน และ มัลลิกา สุนทรวิภาค. (2553). การดูแลด้านจิตวิญญาณของ ผู้ป่วยเรื้อรังที่พักรักษาในโรงพยาบาล. *วารสารสภาการพยาบาล*, 25 (1), 100-111.

Albaugh, J.A.(2003). Spirituality and life-threatening illness: A phenomenological study. *Oncology Nursing Forum*, 30(4), 594-598.

Baldacchino, D. (2006). Nursing competencies for spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 885-896.

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

Burkhardt, L., & Hogan, N.(2008). An experiential theory of spiritual care in nursing practice. *Qualitative Health Reserach*,18(7), 928-938.

Byrne, M. (2002). Spirituality in palliative care: What language do we need? *International Journal of Palliative Nursing*,8(2), 67-74.

Canadian Nurses Association.(2010).

Spirituality, health and nursing practices. Retrieved August 21, 2010, from <http://www.cna-aiic.ca>.

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.

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

Deal, B.(2010). A pilot study of nurses' experience of giving spiritual care. *The Qualitative Report*,15 (4),852-863.

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.

Hudson, R. (2008). Application to practice guideline. *International Journal of Older People Nursing*, 3, 145-150.

International Council of Nursing. (2007). *The ICN code of ethics for nurses.* Geneva : ICN.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization. (2003). *Joint commission resources:2003 comprehensive accreditation manual for hospitals: The official handbook.* Oak Brook Terrace, IL: Author.

Koch,T. (1995). Interpretive approach in

nursing: The influence of Husserl and Heidegger. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 174-184.

Kociszski, 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., Panuthai, S., & Sethabouppha, H. (2004). Spiritual health of Thai people. *Thai Journal of Nursing Research*, 8(1), 64-82.

Lincoln, T., & Guba, G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Philadelphia : Sage.

McBrien, B. (2010). Emergency nurses' perception of spiritual care: A literature review. *British Journal of Nursing*, 19(12), 708-773.

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

Naranayasamy, A., Clissett, Ph., Parumal, L., Thompson, D., Annasamy, S., & Edge, R. (2004). Response to the spiritual needs of older people. *Journal of Advanced Nursing*, 48, 6-16.

Neuman, M. A. (2002). *The Neuman systems model* (4th 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.

Ravan, A., Vanaki, Z., Houmann, & Kazemnejad, A. (2009). Spiritual job satisfaction in an Iranian nursing context. *Nursing Ethic*,

16(1), 19-33.

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.

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., & Trenstedt, 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.science-direct.com/science>.

World Health Organization. (2001). *International classification of function, disability and health, Geneva, WHO*. Retrieved August 3, 2010, from <http://www.who.int/classifications/icf/en/>.