

# การดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยเรื้อรังที่พักรักษาในโรงพยาบาล\*

อวยพร ภักดิ์กุล ส.ม. (บริหารโรงพยาบาล)\*\*

โสเพ็ญ ชูฉนวน Ph.D. (Nursing) \*\*\*

มัลลิกา สุนทรวิภาต พยบ.\*\*\*\*

**บทคัดย่อ :** การวิจัยเชิงบรรยายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาการรับรู้ของพยาบาลในการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยเรื้อรังที่พักรักษาในโรงพยาบาล 2) เปรียบเทียบการรับรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณจากพยาบาลระหว่างโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคใต้ของประเทศไทย 3) เปรียบเทียบการรับรู้การให้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลกับการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยที่ได้รับจริง กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพจำนวน 505 คน ผู้ป่วย 373 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถามการรับรู้การให้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลและการรับรู้การได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 6 ท่าน มีค่าความเที่ยงทั้งฉบับเท่ากับ 0.95 และ 0.86 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว และการทดสอบค่าที

ผลการวิจัยพบว่าการรับรู้การให้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับมาก ผู้ป่วยที่มาใช้โรงพยาบาลในระดับบริการต่างกันได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และการรับรู้การให้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลมากกว่าการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยที่ได้รับจริง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย ควรมีการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ ผู้บริหารควรพิจารณาด้านอัตรากำลังให้เหมาะสมกับภาระงานตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาล พัฒนาทักษะของพยาบาลโดยการส่งเสริมให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน และควรให้ความสำคัญกับการให้ดูแลด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วย

วารสารสภาการพยาบาล 2553; 25(1) 100-111

**คำสำคัญ:** การดูแลด้านจิตวิญญาณ การได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณ ผู้ป่วยเรื้อรัง

\*ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

\*\*พยาบาลชำนาญการ ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

\*\*\*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

\*\*\*\*พยาบาลวิชาชีพฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จิตวิญญาณเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่มีความสำคัญในการให้การพยาบาลแบบองค์รวม เพราะบุคคลประกอบด้วย ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ การดูแลสุขภาพบุคคลไม่สามารถแบ่งแยกเป็นส่วน ๆ ได้ แต่ต้องให้การดูแลคนทั้งคนในทุกองค์ประกอบอย่างบูรณาการเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีของบุคคล<sup>1</sup> การดูแลด้านจิตวิญญาณ มีความสำคัญเพราะจิตวิญญาณเป็นแก่นหลักของชีวิตที่ทำหน้าที่เชื่อมประสานการทำหน้าที่ของร่างกายจิตใจและสังคม เป็นแหล่งของความหมาย ความหวัง กำลังใจหรือเครื่องยึดเหนี่ยวของจิตใจ ทำให้สามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยก้าวผ่านปัญหา อุปสรรค ความลำบากในชีวิตได้<sup>2</sup> แม้ว่าจิตวิญญาณจะมีความสำคัญต่อบุคคลหรือผู้เจ็บป่วย แต่พยาบาลส่วนใหญ่ให้การดูแลด้านจิตวิญญาณยังน้อยอยู่ เหตุผลเพราะขาดเอกสารทางวิชาการ ขาดเครื่องมือประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณ มีความสับสนในบทบาทที่เกี่ยวกับการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ ขาดความรู้ ข้อมูล และแนวทางในการดูแลด้านจิตวิญญาณ<sup>3</sup>

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการดูแลด้านจิตวิญญาณประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาลหลัก 5 ด้าน คือ 1) การช่วยเหลือโดยใช้เทคนิคการสื่อสาร 2) การช่วยเหลือด้านความคิดและความทรงจำ 3) การช่วยเหลือโดยการกระตุ้นประสาทการรับรู้ 4) การช่วยเหลือกิจกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินชีวิต และ 5) การช่วยเหลือด้านศาสนา<sup>3</sup> ซึ่งพยาบาลส่วนใหญ่ให้การดูแลด้านจิตวิญญาณไม่ครอบคลุมทุกด้านเนื่องจากขาดความรู้และทักษะในการดูแลด้านจิตวิญญาณ<sup>4</sup> อีกทั้งบางครั้งพยาบาลไม่มีเวลาเนื่องจากภาระงานหนัก เพราะโรงพยาบาลอยู่ในภาวะขาดแคลนพยาบาล<sup>5</sup> ทำให้จำนวนพยาบาลมีไม่เพียงพอในการ

ให้บริการ ซึ่งการดูแลด้านจิตวิญญาณนั้น พยาบาลต้องเข้าหาผู้ป่วยทันทีที่ต้องการ รับฟังอยู่กับผู้ป่วย กิจกรรมเหล่านี้ต้องใช้เวลาในการปฏิบัติ เมื่อพยาบาลขาดแคลน ยิ่งทำให้ไม่มีเวลาเพียงพอในการปฏิบัติ

อย่างไรก็ตามการให้การดูแลของพยาบาลอาจแตกต่างกันได้เพราะโดยทั่วไปบุคคลจะแตกต่างกันทางร่างกาย สติปัญญา สังคม และอารมณ์ ความแตกต่างเหล่านี้ทำให้พฤติกรรมการทำงานของบุคคลต่างกัน การปฏิบัติงานของบุคคลจึงต่างกันด้วย<sup>7</sup> นอกจากนี้ปัจจัยด้าน อายุ เพศ สถานภาพ ความสามารถ สติปัญญา และระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน ก็มีผลต่อพฤติกรรมการทำงาน เนื่องจากบุคคลในวัยต่างๆ จะมีพัฒนาการด้านจิตวิญญาณต่างกัน<sup>8</sup> ประสบการณ์ของชีวิตที่ต่างกัน เช่นการสูญเสีย การพลัดพราก การเลี้ยงดูตั้งแต่เยาว์วัย การเรียนรู้ด้านจิตวิญญาณ ตลอดจนความแตกต่างด้านความเชื่อทางศาสนาซึ่งถือเป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อแนวคิด ทศนคติและการดำเนินชีวิตของบุคคล ปัจจัยเหล่านี้จึงมีผลทำให้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลแตกต่างกันได้

สำหรับการได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณของบุคคลอาจแตกต่างกันไปตามปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นทางจิตวิญญาณสูงกว่าผู้ที่มีอายุน้อย<sup>9</sup> ระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่เราที่มีผลกระทบต่อองค์รวมของบุคคล โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง เป็นภาวะที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดด้านจิตวิญญาณและแสดงออกด้านจิตวิญญาณในระดับที่ต่างกัน<sup>10</sup> ซึ่งความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิก็มีความแตกต่างกัน<sup>11</sup> ดังนั้นปัจจัยส่วนบุคคล ระดับความรุนแรงของโรคและระดับการให้บริการของโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง อาจเป็นผลให้การรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยต่างกันได้

จากการทบทวนวรรณกรรมและผลงานวิจัยเกี่ยวกับการพยาบาลด้านจิตวิญญาณในประเทศไทย ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาที่เกี่ยวกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย ซึ่งยังไม่ได้ระบุชัดเจนเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลต้องให้แก่ผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาการดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาล และการได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยเรื้อรังที่รับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อนำผลการวิจัยมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลให้เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณในโรงพยาบาล
2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณระหว่างโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย
3. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้การให้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลกับการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณที่ผู้ป่วยได้รับจริง

### สมมติฐานการวิจัย

1. การรับรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณจากพยาบาลระหว่างโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย มีความแตกต่างกัน
2. การรับรู้การให้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลกับการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณที่ผู้ป่วยได้รับจริง มีความแตกต่างกัน

### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบบรรยาย ประชากรมี 2 กลุ่ม คือ กลุ่มพยาบาลที่ปฏิบัติงานใน

โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในภาคใต้ของประเทศไทยจำนวน 3 แห่ง และกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังที่นอนพักรักษาในโรงพยาบาล ทำการเลือกตัวอย่างโดยวิธีสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) จากโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่งตามจำนวนพยาบาลในแต่ละโรงพยาบาล ได้ขนาดตัวอย่างตามที่กำหนดจากตารางสำเร็จรูปของเครจซ์และมอร์แกน<sup>12</sup> ที่ระดับ .05 ได้กลุ่มตัวอย่างพยาบาลทั้งหมด 530 คน เป็นพยาบาลโรงพยาบาลทั่วไป 137 คน โรงพยาบาลศูนย์ 175 คน และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 218 คน สำหรับผู้ป่วยจำนวน 385 คน เป็นผู้ป่วยโรงพยาบาลทั่วไป 135 คน โรงพยาบาลศูนย์ 150 คน และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 100 คน คุณสมบัติของพยาบาลกลุ่มตัวอย่างคือ ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่มีผู้ป่วยเรื้อรัง ส่วนคุณสมบัติของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างคือ รู้สึกตัวดี สามารถสื่อสารภาษาด้วยวาจาได้ และนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลอย่างน้อยเป็นวันที่ 2

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล และผู้ป่วย
2. แบบสอบถามการรับรู้การให้การดูแลด้านจิตวิญญาณ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากงานวิจัยของเซลเลอร์สและแฮก<sup>3</sup> แบ่งเป็นการช่วยเหลือโดยใช้เทคนิคการสื่อสาร การช่วยเหลือด้านความคิดและความทรงจำ การช่วยเหลือโดยการกระตุ้นประสาทการรับรู้ การช่วยเหลือกิจกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินชีวิต และการช่วยเหลือด้านศาสนา มีข้อคำถามทั้งหมด 38 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ จาก 0 ไม่ปฏิบัติหรือไม่ได้รับการดูแลเลย ถึง 4 ปฏิบัติหรือได้รับการดูแลทุกครั้ง คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0- 4 คะแนน คะแนนต่ำหมายถึง ให้การดูแล

หรือได้รับการดูแลน้อย ส่วนคะแนนสูง หมายถึง ให้การดูแลหรือได้รับการดูแลมาก การแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ 0.00 – 1.33 อยู่ในระดับน้อย, 1.34 – 2.67 ระดับปานกลาง และ 2.68 – 4.00 ระดับมาก เครื่องมือได้ผ่านการตรวจสอบความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญ 6 ท่าน และทดสอบความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค โดยทดลองใช้กับกลุ่มพยาบาลและผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวนกลุ่มละ 30 ราย แบบสอบถามกลุ่มพยาบาลได้ค่าความเที่ยงทั้งฉบับ 0.95 รายด้านทั้ง 5 ด้านได้แก่ การช่วยเหลือโดยใช้เทคนิคการสื่อสาร การช่วยเหลือด้านความคิดและความทรงจำ การช่วยเหลือโดยการกระตุ้นประสาทการรับรู้ การช่วยเหลือกิจกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินชีวิต และการช่วยเหลือด้านศาสนา เท่ากับ 0.88, 0.86, 0.83, 0.83 และ 0.86 ตามลำดับ ส่วนแบบสอบถามกลุ่มผู้ป่วยได้ค่าความเที่ยงทั้งฉบับ 0.86 รายด้านทั้ง 5 ด้านเท่ากับ 0.81, 0.82, 0.75, 0.80 และ 0.85 ตามลำดับ

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ส่งโครงร่างวิจัยถึงคณะกรรมการจริยธรรม คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์เพื่อขออนุญาตทำวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ส่งหนังสือจากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับผู้ช่วยเก็บข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอน

การเก็บข้อมูล ตลอดจนการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเข้าใจของผู้ช่วยเก็บข้อมูลและอธิบายจนแน่ใจว่าผู้ช่วยเก็บข้อมูลเข้าใจวิธีการเก็บข้อมูล

4. ผู้ช่วยเก็บข้อมูลเป็นผู้ดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมก่อนตอบแบบสอบถาม โดยมี การชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ในการทำวิจัย สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธ การรักษาความลับ ข้อมูลที่ได้จะนำเสนอในภาพรวมทั้งหมด และนำมาใช้ในการศึกษานี้เท่านั้น

5. กำหนดส่งแบบสอบถามคืนภายใน 2 สัปดาห์ โดยผู้ช่วยเก็บข้อมูลเป็นผู้รวบรวมแบบสอบถามส่งคืนผู้วิจัย

6. ส่งแบบสอบถามให้พยาบาลจำนวน 530 ฉบับได้แบบสอบถามกลับคืนมาจำนวน 505 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 95.28 กลุ่มผู้ป่วยจำนวน 385 ฉบับ ได้แบบสอบถามกลับคืนมาจำนวน 373 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 96.88

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ระดับคะแนนการรับรู้การให้การดูแลด้านจิตวิญญาณและการได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. เปรียบเทียบระดับคะแนนการได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล วิเคราะห์โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One way ANOVA)

4. เปรียบเทียบระดับคะแนนการดูแลด้านจิตวิญญาณและการได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณ วิเคราะห์โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Independent t-test)

## ผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างพยาบาลปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 25.35 โรงพยาบาลศูนย์ ร้อยละ 34.06 และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยร้อยละ 40.59 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 99.2 ช่วงอายุ 21-58 ปีโดยมีอายุเฉลี่ย 35 ปี ( $SD = 7.68$ ) นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 93.8 สถานภาพคู่ร้อยละ 50.5 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 91.17 มีประสบการณ์ในการทำงานเฉลี่ย 12.28 ปี ( $SD = 7.80$ ) ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ร้อยละ 47.1 ศัลยกรรม ร้อยละ 45.6 พยาบาลที่นับถือศาสนาพุทธมีการปฏิบัติศาสนกิจ เช่นไปวัดในวันพระหรือตามเทศกาลสำคัญ ร้อยละ 17.7 สวดมนต์ทุกวันร้อยละ 21.9 ส่วนพยาบาลที่นับถือศาสนาอิสลามมีการละหมาดทุกวันร้อยละ 60.7 การไปมัสยิดตามข้อกำหนดของศาสนา ร้อยละ 53.6 ทั้งนี้พยาบาลส่วนใหญ่มีความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณในระดับปานกลาง ร้อยละ 78.5 มีประสบการณ์การเรียนรู้ด้านจิตวิญญาณโดยการเรียนรู้และปฏิบัติด้วยตนเองร้อยละ 50.3 มีประสบการณ์ชีวิตเกี่ยวกับความสูญเสียร้อยละ 46.2

สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลทั่วไปร้อยละ 35.7 โรงพยาบาลศูนย์ ร้อยละ 36.4 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยร้อยละ 27.9 ช่วงอายุ 14-85 ปีโดยมีอายุเฉลี่ย 47 ปี ( $SD = 18.47$ ) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ร้อยละ 64.7 นับถือ

ศาสนาพุทธร้อยละ 83.6 จำนวนบุตรเฉลี่ย 3 คน การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 45.7 อาชีพเกษตรกรร้อยละ 23.7 มีรายได้พอใช้แต่ไม่มีเงินเก็บร้อยละ 54.2 มีสามี/ภรรยา/บุตรคอยให้คำปรึกษาและช่วยเหลือเรื่องต่างๆ ร้อยละ 50.4 ระยะเวลาที่เจ็บป่วยเฉลี่ย 2.5 ปี ( $SD = 4.6$ ) ระยะเวลาที่นอนพักรักษาตัวในครั้งนี้อเฉลี่ย 14 วัน ( $SD = 41.12$ ) ผู้ป่วยที่นับถือศาสนาพุทธมีการปฏิบัติศาสนกิจ เช่นไปวัดในวันพระหรือตามเทศกาลสำคัญร้อยละ 30.9 สวดมนต์ทุกวันร้อยละ 33 ส่วนผู้ป่วยที่นับถือศาสนาอิสลามมีการละหมาดทุกวันร้อยละ 75.4 ไปมัสยิดตามข้อกำหนดของศาสนา ร้อยละ 46

ระดับการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาล พบว่า การรับรู้โดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 2.78$ ,  $SD = .39$ ) เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่าระดับการช่วยเหลือโดยใช้เทคนิคการสื่อสาร การช่วยเหลือการกระตุ้นประสาทการรับรู้ และการช่วยเหลือกิจกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินชีวิตอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 2.99$ ,  $SD = .38$ ;  $\bar{X} = 2.89$ ,  $SD = .41$ ;  $\bar{X} = 3.16$ ,  $SD = .40$  ตามลำดับ) ส่วนระดับการช่วยเหลือด้านความคิดและความทรงจำ และการช่วยเหลือด้านศาสนาอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.49$ ,  $SD = .61$ ;  $\bar{X} = 2.37$ ,  $SD = .67$  ตามลำดับ) ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับการรับรู้ของพยาบาลในการให้การดูแลด้าน

จิตวิญญาณในโรงพยาบาลภาคใต้ของประเทศไทย จำแนกตามรายด้านและโดยรวม ( $n = 505$ )

| การรับรู้การให้การดูแล ด้านจิตวิญญาณของพยาบาล       | $\bar{X}$ | S.D. | ระดับ   |
|-----------------------------------------------------|-----------|------|---------|
| 1. การช่วยเหลือโดยใช้เทคนิคการสื่อสาร               | 2.99      | .38  | มาก     |
| 2. การช่วยเหลือด้านความคิดและความทรงจำ              | 2.49      | .61  | ปานกลาง |
| 3. การช่วยเหลือโดยการกระตุ้นประสาทการรับรู้         | 2.89      | .41  | มาก     |
| 4. การช่วยเหลือกิจกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินชีวิต | 3.16      | .40  | มาก     |
| 5. การช่วยเหลือด้านศาสนา                            | 2.37      | .67  | ปานกลาง |
| ภาพรวม                                              | 2.78      | .39  | มาก     |



เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระดับการรับรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณจากพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย พบว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์รับรู้การได้รับการดูแลแตกต่างจากโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในขณะที่โรงพยาบาล

ทั่วไปกับโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยไม่แตกต่างกัน และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ระดับการช่วยเหลือด้านการสื่อสาร การช่วยเหลือด้านความคิดและความทรงจำ การช่วยเหลือโดยการกระตุ้นประสาทและการรับรู้ การช่วยเหลือกิจกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินชีวิต และการช่วยเหลือด้านศาสนา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, .05, .01 และ .001 ตามลำดับดังรายละเอียดในตารางที่ 2 และ 3

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวการรับรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณจากพยาบาลตามระดับการบริการของโรงพยาบาล ในภาพรวมและจำแนกเป็นรายด้าน (n = 373)

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

\* p < .05, \*\* p < .01, p < .001

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบการรับรู้การได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณในภาพรวมเฉลี่ยรายคู่ภายหลังของผู้ป่วยตามระดับการบริการของโรงพยาบาล (n = 878)

|                      | $\bar{X}$ | โรงพยาบาลทั่วไป | โรงพยาบาลศูนย์ | โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย |
|----------------------|-----------|-----------------|----------------|----------------------|
| โรงพยาบาลทั่วไป      | 2.31      | -               | -.3654*        | -.0831 <sup>ns</sup> |
| โรงพยาบาลศูนย์       | 1.95      |                 | -              | -.2822*              |
| โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย | 2.24      |                 |                | -                    |

\*  $p < .05$ , ns = non-significance

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการรับรู้การให้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลกับการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณที่ผู้ป่วยได้รับจริงโดยรวมพบว่า การรับรู้การให้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลมากกว่าการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณที่ผู้ป่วยได้รับจริงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การรับรู้การดูแล

ด้านจิตวิญญาณด้านการช่วยเหลือด้านการสื่อสาร มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การช่วยเหลือด้านความคิดความทรงจำ การช่วยเหลือโดยการกระตุ้นประสาท การรับรู้ การช่วยเหลือกิจกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินชีวิตและการช่วยเหลือด้านศาสนา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการรับรู้การให้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลกับการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณที่ผู้ป่วยได้รับจริง (n = 878)

| การให้การดูแลด้านจิตวิญญาณ                          | ระดับการรับรู้<br>การให้การดูแล<br>ด้านจิตวิญญาณ<br>$\bar{X}$ (S.D.) | ระดับการรับรู้การ<br>ดูแลด้านจิตวิญญาณ<br>ที่ผู้ป่วยได้รับ<br>$\bar{X}$ (S.D.) | t       | p-value |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|---------|---------|
| 1. การช่วยเหลือโดยใช้เทคนิคการสื่อสาร               | 2.98 (.38)                                                           | 2.87 (.62)                                                                     | -3.061  | .002**  |
| 2. การช่วยเหลือด้านความคิดและความทรงจำ              | 2.49 (.61)                                                           | 1.65 (1.02)                                                                    | -14.244 | .000*** |
| 3. การช่วยเหลือโดยการกระตุ้นประสาทการรับรู้         | 2.89 (.41)                                                           | 2.29 (.91)                                                                     | -11.856 | .000*** |
| 4. การช่วยเหลือกิจกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินชีวิต | 3.16 (.40)                                                           | 2.66 (.85)                                                                     | -10.566 | .000*** |
| 5. การช่วยเหลือด้านศาสนา                            | 2.37 (.67)                                                           | 1.30 (1.00)                                                                    | -17.953 | .000*** |
| รวม                                                 | 2.78 (.38)                                                           | 2.15 (.75)                                                                     | -14.794 | .000*** |

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

## การอภิปรายผล

ผลการวิจัย พบว่าพยาบาลมีการรับรู้การให้การดูแลด้านจิตวิญญาณโดยรวมอยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่าปัจจุบันพยาบาลได้ให้ความสำคัญกับการให้การพยาบาลในมิติองค์รวมที่ครอบคลุม การให้การดูแลด้านจิตวิญญาณมากขึ้น สอดคล้องกับการกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล และการผดุงครรภ์ของสภาการพยาบาลแห่งประเทศไทย ที่กำหนดให้พยาบาลต้องใช้กระบวนการพยาบาลในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม<sup>13</sup> ดังนั้น พยาบาลในสถานบริการทุกแห่งจึงต้องมีการพัฒนาการดูแลด้านจิตวิญญาณเพื่อให้ครอบคลุมองค์รวมให้มากขึ้น เมื่อพิจารณาการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลรายด้าน พบว่าระดับการช่วยเหลือโดยใช้เทคนิคการสื่อสาร การช่วยเหลือการกระตุ้นประสาทการรับรู้ และการช่วยเหลือกิจกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินชีวิตอยู่ในระดับมาก จึงส่งผลให้การดูแลในภาพรวมอยู่ในระดับมากด้วย กิจกรรมการพยาบาลดังกล่าวเป็นเครื่องมือสำคัญในการนำไปสู่การเข้าถึงจิตวิญญาณของผู้ป่วย โดยเฉพาะการสื่อสารเป็นทักษะสำคัญในการให้การพยาบาลด้านจิตวิญญาณ<sup>14</sup> จากการศึกษาของคลาดและไฮเดนริช<sup>15</sup> พบว่าการรับฟังและการอยู่ด้วยอย่างตั้งใจ สนใจใส่ใจในสิ่งที่ผู้ป่วยพูดเป็นกุญแจสำคัญนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลจิตวิญญาณ เป็นหัวใจของการดูแลด้านจิตวิญญาณ ส่วนการดูแลโดยการกระตุ้นประสาทการรับรู้ ผลการศึกษานี้พบว่าพยาบาลมีการสัมผัสมือ โอบไหล่ เป็นการสัมผัสเพื่อการรักษาที่สามารถถ่ายทอดความเห็นอกเห็นใจสู่ผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก การสัมผัสเป็นการแสดงความหมายของการดูแลเอาใจใส่ ความห่วงใย เข้าใจ เห็นอกเห็นใจ ปลอดภัย ให้อภัย

ผู้ป่วยจะรู้สึกสบาย มั่นใจ อบอุ่นใจ มีกำลังใจ ทั้งนี้ เนื่องจากการสัมผัสเป็นการกระตุ้นประสาทพาราซิมพาเทติก ทำให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย รู้สึกสบาย อบอุ่น ปลอดภัยและมีกำลังใจ เป็นพลังของชีวิตที่ช่วยคำจุนให้มีชีวิตอยู่และพึงพอใจในชีวิต<sup>16</sup>

ส่วนการช่วยเหลือในกิจกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินชีวิตเป็นการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานที่มีอำนาจมากที่สุดและจำเป็นต่อการดำรงชีวิต การดูแลด้านร่างกายเป็นกิจกรรมที่พยาบาลส่วนใหญ่ปฏิบัติมากกว่าด้านอื่นๆ<sup>17</sup> การช่วยเหลือด้านความคิดและความทรงจำและการช่วยเหลือทางศาสนาเป็นกิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติในระดับปานกลาง โดยกิจกรรมทางศาสนาเป็นกิจกรรมที่การพยาบาลปฏิบัติ น้อยกว่ากิจกรรมด้านอื่นๆ อีก 4 ด้าน ทั้งนี้เพราะพยาบาลกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70.4 อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นอายุ 21-40 ปี ซึ่งวัยนี้ให้ความสนใจเรื่องศาสนาน้อยมาก<sup>16</sup> จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ แต่ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาไม่สม่ำเสมอ ดังนั้นเมื่อพยาบาลมีความสนใจทางศาสนาน้อยก็จะทำให้การให้การดูแลด้านกิจกรรมทางศาสนาน้อยตามไปด้วย

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าระดับการรับรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณจากพยาบาล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เกิดจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ โดยเมื่อพิจารณาจากจำนวนผู้ป่วยจากโรงพยาบาลทั้ง 3 ประเภท พบว่าโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลทั่วไป มีอัตราการครองเตียงที่ไม่แตกต่างกัน คือมีอัตราครองเตียงร้อยละ 80-100 แต่โรงพยาบาลศูนย์มีอัตราการครองเตียงสูงถึงร้อยละ 200 โดยเฉพาะกลุ่มอายุกรรมและศัลยกรรม ซึ่งการที่มีผู้ป่วยจำนวนมาก เกินอัตรา กำลังของพยาบาล ทำให้ไม่มีเวลาเพียงพอในการปฏิบัติ



กิจกรรมการพยาบาล เพราะกิจกรรมการดูแลด้านจิตวิญญาณต้องใช้เวลาในการปฏิบัติ เช่น ต้องเข้าหาคนที่ผู้ป่วยต้องการอยู่กับผู้ป่วย<sup>6</sup> ผู้ป่วยจึงได้รับการดูแลน้อยกว่าอีก 2 โรงพยาบาลซึ่งมีส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วยกับมากกว่า เมื่อพิจารณาปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย พบว่า ปัจจัยด้านช่วงอายุของผู้ป่วยทั้ง 3 โรงพยาบาลต่างกัน โดยโรงพยาบาลศูนย์มีผู้ป่วยอยู่ในวัยสูงอายุมากกว่าอีก 2 แห่ง ซึ่งอุบลรัตน์<sup>18</sup> กล่าวว่าวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมถอยลงการทำงานของเซลล์สมองไม่สมบูรณ์ จดจำสิ่งต่างๆ ได้ไม่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในระยะเวลาใกล้ๆ และไม่สามารถเรียนรู้ได้อย่างเต็มที่ ทำให้ความคิดและความจำของผู้สูงอายุลดลง การเข้าใจภาษาพูดจะแตกต่างไปจากเดิม<sup>12</sup> ดังนั้นวิธีการให้การพยาบาล ต่างๆ ที่พยาบาลปฏิบัติ เช่น การกระตุ้นความคิดและความจำ การกระตุ้นประสาทการรับรู้ ฯลฯ ทำให้ผู้ป่วยวัยสูงอายุจดจำได้ไม่ดีเท่าที่ควร จึงทำให้ผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์มีความรู้สึกที่ได้รับการดูแลน้อยกว่าโรงพยาบาลอีก 2 แห่ง วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีความสนใจทางศาสนามากที่สุด<sup>16</sup> มีการปฏิบัติตามคำสั่งสอนทางพุทธศาสนา มีการไปวัดเพื่อฟังเทศน์บ่อยๆ แต่เมื่อมารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมดังที่เคยปฏิบัติได้ จึงทำให้ผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์มีความรู้สึกได้รับการดูแลด้านศาสนาน้อยกว่าที่อื่นๆ สอดคล้องกับการศึกษาของรอส<sup>19</sup> ที่พบว่าผู้ป่วยสะท้อนว่าเขาจะได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณดีขึ้นหากเขามีสถานที่หรือห้องที่เงียบสงบสำหรับการสวดมนต์ และการได้รับการอธิบายเกี่ยวกับการไปปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา แต่ในการศึกษาครั้งนี้โรงพยาบาลทั้ง 3 แห่งไม่มีสถานที่ให้ผู้ป่วยสวดมนต์หรือจัดกิจกรรมทางศาสนาให้ผู้ป่วย

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับรู้การให้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลสูงกว่าการรับรู้

การดูแลด้านจิตวิญญาณที่ผู้ป่วยได้รับจริงโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทั้งนี้เพราะว่าผู้ป่วยมีความเจ็บป่วยเรื้อรัง ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังมีผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวหลายด้านอย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิตและแตกต่างกันในแต่ละราย เป็นภาวะที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดด้านจิตวิญญาณและแสดงออกด้านจิตวิญญาณในระดับที่ต่างกัน<sup>10</sup> และการเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยและสถานการณ์ตึงเครียด ความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย ความไม่สุขสบาย ความทุกข์ทรมานใจ ผิดหวังในชีวิต สิ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่อคุณภาพของบุคคลทำให้เกิดการเสียสมดุลทางจิตวิญญาณได้เสมอ<sup>8</sup> จากสภาวะการเจ็บป่วย บุคคลจะมีความวิตกกังวล จะสนใจเฉพาะปัญหาที่จะทำให้ตนไม่สบายใจเท่านั้น<sup>22</sup> โดยจะมุ่งที่ตนเองก่อนบุคคลอื่น เพราะร่างกายกำลังได้รับการคุกคามจากความเจ็บป่วย ทำให้ขาดความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมอื่นๆ ทำให้การรับรู้เรื่องต่างๆ แคบลง มีผลให้รับรู้การดูแลของผู้ป่วยน้อยกว่าการรับรู้การให้การดูแลจากพยาบาลในทุกด้าน ด้านเทคนิคการสื่อสาร พบว่าผู้ป่วยรับรู้การได้รับการดูแลน้อยกว่าที่พยาบาลให้การดูแล ทั้งนี้อุปสรรคของการสื่อสารคือการเลือกเปิดรับข่าวสารที่เกี่ยวกับตนเองหรือที่อยู่ในความสนใจ การเลือกรับรู้และเลือกตีความ ให้สอดคล้องกับความเชื่อหรือความต้องการของตนเอง ตลอดจนเลือกจดจำเรื่องที่สำคัญเฉพาะตนเองด้วย<sup>20</sup> ดังนั้นผู้ป่วยอาจไม่สามารถรับรู้การให้การดูแลของพยาบาลได้

ส่วนการรับรู้การกระตุ้นความคิดและความทรงจำ พบว่า ผู้ป่วยได้รับน้อยกว่าการดูแลที่พยาบาลให้จริง ทั้งนี้เนื่องจากการเจ็บป่วยทำให้อยู่ในภาวะสมองล้าเป็นผลให้การกระตุ้นความทรงจำไม่ได้ผลเท่าที่ควร นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ทำให้เกิดความบีบคั้นทางจิตวิญญาณ<sup>8</sup>

ส่วนพยาบาลก็ให้ความช่วยเหลือด้านศาสนาในระดับปานกลาง ซึ่งอาจเกิดจากพยาบาลขาดประสบการณ์ และทักษะในการปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาของบาส<sup>4</sup> ที่พบว่าอุปสรรคที่สำคัญของการดูแลทางจิตวิญญาณคือการขาดทักษะและมีประสบการณ์ไม่เพียงพอของพยาบาล ดังนั้นจึงทำให้พยาบาลไม่สามารถให้การดูแลด้านจิตวิญญาณตามความต้องการของผู้ป่วย

การศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาของเซลเลอร์สและแฮก<sup>3</sup> ที่พบว่ากิจกรรมด้านศาสนาเช่น การส่งผู้ป่วยไปพบพระ อนุศาสนาจารย์หรือผู้ให้คำแนะนำด้านจิตวิญญาณเป็นกิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติมากที่สุด รองลงมาคือการสวดมนต์ การฟังผู้ป่วยอย่างตั้งใจ การสะท้อนความรู้สึกและความคิดของผู้ป่วย การยอมรับผู้ป่วย ในขณะที่การศึกษาครั้งนี้พบว่าการสื่อสารเป็นกิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติมากที่สุด กิจกรรมด้านศาสนาเป็นกิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติน้อยที่สุดในกิจกรรมการให้การดูแลด้านจิตวิญญาณทั้ง 5 ด้าน ทั้งนี้เพราะบริบท สังคม วัฒนธรรมและความเชื่อทางศาสนาที่แตกต่างกัน จึงทำให้ทั้งสองการศึกษาแตกต่างกันได้

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โรงพยาบาลทั้ง 3 ระดับ ควรจัดให้มีการประเมินการดูแลด้านจิตวิญญาณเพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการดูแลที่ผู้ป่วยสามารถรับรู้ได้มากขึ้น
2. โรงพยาบาลทั้ง 3 ระดับ ควรส่งเสริมให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านความรู้ ทักษะและประสบการณ์ร่วมกันระหว่างพยาบาล โดยเฉพาะการช่วยเหลือด้านความคิดและความทรงจำการช่วยเหลือด้านศาสนา ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลมีความสามารถในการให้การดูแลด้านนี้มากขึ้น

### เอกสารอ้างอิง

1. ทศนีย์ ทองประทีป. จิตวิญญาณ: มิติหนึ่งของการพยาบาล. กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์; 2549.
2. พินิจ รัตกุล. จิตวิญญาณ: มิติใหม่ของการดูแลสุขภาพ. วารสารเกื้อการุณย์ 2547; 3-9.
3. Sellers SC, Haag BA. Spiritual nursing interventions. J Holist Nurs 1998; 16(3): 338-54.
4. Bath PDH. Spiritual dimensions of nursing and patient care: challenges and dilemmas for nursing education and clinical practice. [Dissertation]. Graduate School, Lancaster Theological Seminary; 1992.
5. สำนักงานสารสนเทศ กระทรวงสาธารณสุข. (3 ตุลาคม 2550). “หมอวัลลภ” ห่วงบริการสุขภาพด้วยคุณภาพ เหตุจากขาดแคลนพยาบาลถึงขั้นวิกฤต. ค้นเมื่อวันที่ 20 เดือนตุลาคม พ.ศ.2552 จาก [http://www.moph.go.th/ops/iprg/iprg\\_new/include/admin\\_hotnew/show\\_hotnew.php?idHot\\_new=9282](http://www.moph.go.th/ops/iprg/iprg_new/include/admin_hotnew/show_hotnew.php?idHot_new=9282)
6. อวยพร ต้นมุษยกุล. การตอบสนองด้านจิตวิญญาณ โดยใช้กระบวนการพยาบาล ใน อรพินธ์ วีระฉัตร, บรรณาธิการ. การพยาบาลในมิติจิตวิญญาณ. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2534.
7. พรณราย ทรัพย์ประภา. จิตวิทยาอุตสาหกรรม. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์; 2538.
8. ฉวีวรรณ สัตยธรรม. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์; 2541.
9. Carpenito L J. Nursing diagnosis: Application to clinical practice 5<sup>th</sup> ed. Philadelphia: J. B. Lippincott Company; 1993.
10. สุพิน พริกบุญจันทร์. ประสบการณ์ด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย. [วิทยานิพนธ์] กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547.
11. รุจิรา เจียมอมรรัตน์, สุนิย์รัตน์ ภู่อี่ยม วัชร อาภาธิรพงศ์. บทบาทหน้าที่และขอบเขต ความรับผิดชอบของพยาบาลในระบบบริการสาธารณสุข. ใน เรณู สอนเครือ (บรรณาธิการ). แนวคิดพื้นฐานและหลักการพยาบาล เล่ม 1. กรุงเทพฯ: ยุทธรินทร์การพิมพ์; 2549.

12. Krejcie VR, Morgan WD. Determining sample size for research activities. *Educ Psychol Meas* 1970; 30(3): 607-10.
13. สภาการพยาบาล. **มาตรฐานการพยาบาลและผดุงครรภ์ พ.ศ. 2544**. กรุงเทพฯ; 2551.
14. Narayanasamy A. Nurses' awareness and educational preparation in meeting their patients' spiritual needs. *Nurse Educ Today* 1993; 13: 196-201.
15. Clark C, Heidenreich T. Spiritual care for the critically ill. *Am J of Crit Care* 1995; 4(1): 77-81.
16. Byrne M. Spiritual in palliative care: What language do we need? *Int J Palliat Nurs* 2002; 8(2): 67-74.
17. บุญวดี เพชรรัตน์และจรัสศรี บัวบาน. การวิเคราะห์ การปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคมของพยาบาลใน โรงพยาบาล. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์* 2541; 18(1-4): 29-46.
18. อุบลรัตน์ เพ็งสถิตย์. *จิตวิทยาพัฒนาการ*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2542.
19. Ross L. Elderly patients' perceptions of their spiritual needs and care: a pilot study. *J Adv Nurs* 1997; 26(4): 710-15.
20. บุญศรี ปราบณศักดิ์ และศิริพร จิรวรรณกุล. **การสื่อสาร เพื่อคุณภาพพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2538.

## Spiritual Care for Hospitalized Patients with Chronic Illness\*

Uaiporn Pattrapakdikul. M.P.H.\*\*

Sopen Chunuan Ph.D. (Nursing)\*\* \*

Mallika Sunthornwipat Be.Sc.\*\*\*\*

**Abstract:** The objectives of this descriptive research were to: 1) examine the nurses' perception of spiritual care for hospitalized patients with chronic illness; 2) compare the hospitalized patients' perception of spiritual care received among general, regional, and university hospitals; and 3) compare spiritual care provided with spiritual care received. The study samples were 505 register nurses and 373 patients from the hospitals in Southern Thailand selected by simple random technique. Content validity of these questionnaires was judged by six experts. The research instruments were the questionnaire of perceived spiritual care by nurses and perceived spiritual care received among patients which were developed by the researcher with reliability 0.95 and 0.86 respectively. Percentages, means, standard deviations, one way ANOVA, and independent t-tests were used to analyze data.

Results of the study showed that the overall nurses' perception of spiritual care provided were at high level. The perceived spiritual care received among three hospitals was significantly differences ( $p < .001$ ). The perceived spiritual care by nurses and perceived spiritual care received among patients were significantly differences ( $p < .001$ ).

It was suggested that in order to improve quality of spiritual care the hospital administrators need to increase nurses' skill of spiritual intervention, provide appropriate nurse ratio in each shift, provide opportunity for the nurse to sharing about the spiritual care experiences. In addition, nurses should provided care focusing on spirituality care.

*Thai Journal of Nursing Council 2010; 25(1) 100-111*

**Keywords:** Spiritual care, Spiritual care received, Patients with chronic illness

---

\*This research was granted by Research and Development Office, Prince of Songkla University.

\*\*Nurse Specialist, Nursing Division, Songklanagarind Hospital.

\*\*\*Assistant Professor, Faculty of nursing, Prince of Songkla University.

\*\*\*\*Professional Nurse, Nursing Division, Songklanagarind Hospital.