

ประสบการณ์การดูแลมิติด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะท้ายของบุคลากรทางการแพทย์ หน่วยบริบาล
แบบประคับประคอง โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ:

การศึกษาเชิงคุณภาพ

ศุภโชค วีระวัฒน์โสภณ¹, นติมา ตีเยาว์^{1*}

รับบทความ: 30 เมษายน 2566; ส่งแก้ไข: 1 กันยายน 2566; ตอบรับ: 7 กันยายน 2566

บทคัดย่อ

บทนำ: การดูแลมิติทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะท้าย เป็นสิ่งสำคัญ แต่ยังไม่พบมีการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของบุคลากรทางการแพทย์ในการให้การดูแลมิติดังกล่าวในบริบทของสังคมและวัฒนธรรมประเทศไทย

วัตถุประสงค์: ศึกษาประสบการณ์การดูแลมิติด้านจิตวิญญาณในประเด็นการรับรู้ ตอบสนองต่อความต้องการ และผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริบาลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

วิธีการดำเนินงานวิจัย: งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง คือ บุคลากรทางการแพทย์หน่วยบริบาลแบบประคับประคอง จำนวน 12 คน ประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ 4 คน แพทย์ประจำบ้าน 4 คน และพยาบาล 4 คน ตรวจสอบความน่าเชื่อถือด้วยวิธีการความน่าเชื่อถือได้ (credibility) การยืนยัน (conformability) ทุกขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดจนการวิเคราะห์ข้อมูล และการตรวจสอบความเที่ยงของข้อมูล (reliability)

ผลวิจัย: บุคลากรทางการแพทย์หน่วยบริบาลแบบประคับประคองมีประสบการณ์การดูแลมิติด้านจิตวิญญาณเป็น 5 ประเด็น ได้แก่ ประเด็นที่ 1 การรับรู้ความหมายมิติด้านจิตวิญญาณ พบว่า ความต้องการมิติด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะท้าย คือ ความต้องการหรือความปรารถนาเล็ก ๆ สิ่งที่สำคัญในวาระสุดท้าย ความรัก ความสุข และการได้ปฏิบัติตามหลักศาสนา และการประเมินเพื่อเข้าถึงมิติจิตวิญญาณของผู้ป่วย ใช้การพูดคุยตั้งคำถาม ใช้ใจในการประเมินและรับรู้ด้วยใจ ประเด็นที่ 2 อุปสรรคต่อการให้การดูแลมิติทางจิตวิญญาณ คือ ความเป็นนามธรรม นิยามของคำว่าจิตวิญญาณที่มีความคลุมเครือไม่ชัดเจน และกังวลกับการรับมือกับอารมณ์ท่วมท้นของผู้ป่วยได้ยาก ประเด็นที่ 3 ประสบการณ์การตอบสนองเพื่อดูแลความต้องการมิติด้านจิตวิญญาณเป็น 2 ลักษณะคือ ตอบสนองโดยการเอื้อให้ความต้องการของผู้ป่วยเกิดขึ้น และตอบสนองในลักษณะให้การรับฟังด้วยความเห็นอกเห็นใจ ประเด็นที่ 4 ประสบการณ์ในฐานะผู้บริบาลทางจิตวิญญาณ รู้สึกสุขสงบ ปลอ่ยกวาง ภาควมใจในวิชาชีพ ประเด็นที่ 5 การพัฒนาทักษะการดูแลทางจิตวิญญาณ พัฒนาทีมและระบบอย่างต่อเนื่อง โดยพัฒนาการตระหนักรู้ ทั้งเรื่องความสำคัญของการดูแลมิติทางจิตวิญญาณ และตระหนักรู้ในตนเอง หมั่นทบทวนว่าตนเองยังขาดอะไร พัฒนาการเรียนรู้และทักษะการสื่อสารของตนเอง มีเวทีในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้สม่ำเสมอ พัฒนานิยามที่ชัดเจน แนวทางการในดูแลมิติทางจิตวิญญาณ

สรุป: ประสบการณ์การดูแลมิติด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะท้ายของบุคลากรทางการแพทย์หน่วยบริบาลแบบประคับประคอง เป็นประสบการณ์ที่สำคัญและมีความหมายสำหรับบุคลากร ทำให้เกิดการรับรู้ในคุณค่าในวิชาชีพและการเติบโตภายในของบุคลากร ดังนั้น การพัฒนาระบบการดูแลทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะท้าย ควรให้การพัฒนาทั้งการตระหนักรู้ในตนเอง การสื่อสาร การเรียนรู้กันในทีม และระบบงานที่เอื้อต่อการดูแลมิติทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะท้าย เพื่อตอบสนองได้ตรงตามความต้องการการดูแลมิติด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวในบริบทของสังคมและวัฒนธรรมไทยต่อไป

คำสำคัญ: มิติด้านจิตวิญญาณ, การดูแลแบบประคับประคอง, บุคลากรทางการแพทย์

¹ พ.บ., สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปทุมธานี 12120

*อีเมลติดต่อ: natimatiyoa@yahoo.com

Spiritual Care Experiences among Palliative Care Team in Thammasat University Hospital, Qualitative Study

Supachok Weerawatsopon¹, Natima Tiyoa^{1*}

Received: April 30, 2023; Received revision: September 1, 2023; Accepted: September 7, 2023

Abstract

Background: Spiritual issue is an important part of care in palliative care patients. The experiences in the palliative care providers have not been studied in Thailand.

Objective: To explore the experiences of spiritual care of the palliative care providers in Thammasat University Hospital (TUH) in terms of perceptions of the spiritual aspect, responding to the patient's spiritual needs, and the impact on themselves.

Material and Methods: A qualitative study using the in-depth, semi-structured interview with purposive sampling was conducted among physicians and nurses working in palliative care services of TUH. A sample of 12 participants complying with the inclusion criteria was recruited and interviewed. We utilized a direct approach to qualitative content analysis to identify themes emerging from the interview. They were 4 medical teachers, 4 family medicine residents and 4 palliative care nurses. Trustworthiness was conducted by credibility, confirmability and reliability.

Result: The participants' experience on spiritual care in palliative patients were in 5 themes as follows; 1. The perception of spirituality dimension in palliative patients were the spiritual needs that mean needs or deep desires in terminal period, love, happiness and religious practice. The spiritual assessment were questions in conversation, evaluation and perception by their mind. 2. The important obstacles were the definition of spirituality and guideline on how to approach it in a concrete manner, including difficulty to cope patient emotional overwhelming. 3. The responding experiences for spiritual care were 2 types, facilitating the needs to make it come true and responding by deep listening and empathy. 4. The spiritual healer experience were happy, peace, let go, thus perceived as their professional value. 5. Development spiritual care competency, teams were raised consciousness on the important of spiritual care and self-awareness on what they lack. The improvement of communication skills, shared learning forum, construct the definition of spiritual dimension and guideline were important issues for development of spiritual care in palliative patients.

Summary: The experiences of spiritual care in the palliative care providers are the important and meaningful for them, thus perceived as their professional value and personal inner growth. The development of spiritual care in palliative patients should improve self-awareness of providers, communication skills, team learning and workflow system for delivered spiritual care of the palliative patients in the context of Thai culture.

Keywords: Spirituality, Spiritual aspect, Palliative care, Health care provider

¹Department of Family Medicine, Faculty of Medicine, Thammasat University, Pathum Thani, 12120. *Corresponding author: natimatiyoa@yahoo.com

บทนำ

“มิติด้านจิตวิญญาณ” เป็นองค์ประกอบที่ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม โดยเฉพาะผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง การดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายที่ได้รับการจัดการ ทั้งความเจ็บป่วยทางร่างกาย ปัญหาทางจิตใจ ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับมิติทางสังคม และการดูแลมิติทางจิตวิญญาณ ยื่อนำมาซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวในช่วงระยะเวลาที่มีอย่างจำกัด ทำให้นำไปสู่การ “ตายดี (Good death)”^[1] ในผู้ป่วยระยะท้ายได้^[1]

“จิตวิญญาณ (spirituality)”^[2] หมายถึง การให้ความหมายของความเป็นมนุษย์ที่เป็นกระบวนการอันเป็นพลวัต ซึ่งเกิดขึ้นภายในบุคคล แปรเปลี่ยนไปตามประสบการณ์ ความเชื่อ และความสัมพันธ์ของแต่ละบุคคลนั้นกับตนเอง ครอบครัว ชุมชน สังคม ธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม โดยองค์ประกอบในการให้ความหมายที่ยึดเหนี่ยวชีวิต การเข้าถึงและรับรู้ความต้องการมิติด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยนั้น อาศัยการสนทนา 2 วิธีการ^[3-4] ได้แก่ 1.การสนทนาอย่างไรแบบแผน เป็นการพูดคุยทั่วไปผ่านการรับฟังความเป็นไปของชีวิต ความเจ็บป่วย และนำมามีความประเด็นทางจิตวิญญาณ เช่น การมองหาความหมาย ความสัมพันธ์ ความหวัง หรือความกลัวต่อบางสิ่งบางอย่าง การสนทาลักษณะนี้ผู้ประเมินต้องอาศัยสัญชาตญาณและทักษะส่วนตัวในการค้นหาและจับประเด็นกับ 2.การสนทนาอย่างมีแบบแผน อาศัยเครื่องมือหรือแนวคำถามเพื่อเป็นกรอบความคิดในการประเมินมิติด้านจิตวิญญาณให้ครอบคลุม อาศัยเครื่องมือประเมินที่หลากหลาย เช่น Faith, Importance and Influence of beliefs, Community, Address care issues หรือ FICA, Spiritual belief system, Personal

spirituality, Integration and Involvement, Ritualized practice and Restrictions, Implications for medical care, Terminal event planning หรือ SPIRIT, Hope, Organized Religion, Personal and practice, Effect หรือ HOPE model เป็นต้น โดยจะนำไปสู่สิ่งที่เป็นความเชื่อ ความศรัทธา ศาสนา สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัวได้ ข้อมูลเรื่องความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะท้าย การศึกษาพบว่าความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะท้ายในประเทศไทย^[5] พบว่า มี 7 ด้าน ได้แก่ 1. ความต้องการมีความหมายคุณค่าและมีเป้าหมายชีวิต เช่น ต้องการใช้ชีวิตอย่างมีความสุขกับครอบครัว 2. ความต้องการได้ปฏิบัติกิจกรรมตาม ความเชื่อ ความศรัทธา และพิธีกรรมทางศาสนาประกอบ 3. ความต้องการการช่วยเหลือ เพื่อคงไว้ซึ่งความมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ เช่น ความต้องการได้รับการดูแลรวมถึงอุปกรณ์เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานทั้งขณะอยู่ในโรงพยาบาลและที่บ้าน 4. การมีโอกาสทำสิ่งที่สำคัญที่สุดในชีวิต เช่น ความต้องการเป็นผู้ให้และให้สิ่งดี ๆ แก่ผู้อื่นเท่าที่สามารถกระทำได้ 5. ความต้องการการทบทวนประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา เช่น ความต้องการพูดคุยและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในชีวิตกับผู้ป่วยรายอื่น 6. ความต้องการจากไปอย่างสงบ ไม่ทุกข์ทรมาน เช่น ความต้องการให้บุคคลในครอบครัวและคนใกล้ชิดได้รับการเตรียมความพร้อม ก่อนจากไปในวาระสุดท้ายของชีวิต และ 7. ความต้องการการเตรียมความพร้อมเพื่อก้าวสู่ความตาย เช่น ความต้องการการ ยอมรับในความเจ็บป่วยที่เป็น

จากการทบทวนวรรณกรรม^[3] พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 77 มีความต้องการที่จะให้แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ได้พูดคุยพิจารณา

ความต้องการมิติด้านจิตวิญญาณและให้การดูแลได้ แต่อย่างไรก็ตามมีเพียงร้อยละ 10 ของแพทย์ที่เคยให้ความสนใจในมิติด้านจิตวิญญาณ และเพียงร้อยละ 10 ที่เคยพูดคุยเกี่ยวกับมิติด้านจิตวิญญาณ ศาสนา และความเชื่อกับผู้ป่วยด้วยเหตุผลข้อจำกัดเรื่องเวลาไม่เพียงพอ (ร้อยละ 71) ขาดการฝึกอบรม (ร้อยละ 59) มองว่าการพูดคุยเรื่องจิตวิญญาณเป็นเรื่องที่ยาก (ร้อยละ 56) ส่วนวิชาชีพพยาบาลมีการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะท้าย^[5] พบว่า ปัจจัยเรื่องความเชื่อเรื่องศาสนาของพยาบาล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณ และการรับรู้ความสามารถในการดูแลด้านจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลด้านจิตวิญญาณในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สัมพันธ์กับระยะเวลาที่มีประสบการณ์ในการทำงาน

จากข้อมูลดังกล่าวการดูแลแบบประคับประคองให้ครอบครัวมีจิตวิญญาณนำไปสู่การตายดี มิติทางจิตวิญญาณมีความละเอียดอ่อน การเข้าถึงใช้หลายรูปแบบ แต่ก็พบว่า แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ยังให้ความสำคัญในมิตินี้น้อย จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบว่า มีหลักฐานทางวิชาการในประเทศไทยที่แสดงถึงประสบการณ์การให้การดูแลด้านจิตวิญญาณของบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริบาลแบบประคับประคองในบริบทของสังคมและวัฒนธรรมไทย

หน่วยบริบาลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติได้ให้เปิดรับการปรึกษามาตั้งแต่ปีพ.ศ. 2561 มีผู้ป่วยเข้ารับการปรึกษาปริมาณเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากในปีพ.ศ.2561 จำนวน 102 ราย

จนปีพ.ศ.2563 จำนวน 411 ราย เพิ่มขึ้นถึง 3 เท่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี ยังไม่มีใครศึกษาในประเด็นการดูแลมิติทางจิตวิญญาณว่าบุคลากรทางการแพทย์ในหน่วยให้การดูแลอย่างไร ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาวิจัยประเด็นดังกล่าว เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์คุณค่าและความหมายของการให้การดูแลมิติทางจิตวิญญาณต่อบุคลากรทางการแพทย์

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก เพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแลมิติด้านจิตวิญญาณของบุคลากรทางการแพทย์ ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริบาลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

วัตถุประสงค์รอง เพื่อทำความเข้าใจการรับรู้ความหมายมิติด้านจิตวิญญาณของบุคลากรทางการแพทย์ และการตอบสนองเพื่อการดูแลความต้องการมิติด้านจิตวิญญาณของบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริบาลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

วิธีการดำเนินงานวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative study) เลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (purposive sampling) ผู้ให้ข้อมูลคือบุคลากรทางการแพทย์ ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริบาลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จำนวน 12 คน

เกณฑ์คัดเข้า คือ บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริบาลแบบประคับประคองทั้งอาจารย์แพทย์ แพทย์ประจำบ้าน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริบาลแบบประคับประคองมาแล้วอย่างน้อย 2 เดือน

เกณฑ์คัดออก คือ ผู้ให้ข้อมูลที่ไม่สามารถติดตามสัมภาษณ์ได้ด้วยเหตุผลของภาระงานประจำ และผู้ที่ขอลถอนตัวหรือไม่ยินยอมให้สัมภาษณ์ ระยะเวลาเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม 2564

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา: ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานทั่วไป และแนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง (in-dept semi-structured interview) เกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลมิติด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในประเด็นการรับรู้มิติด้านจิตวิญญาณ การตอบสนองและการดูแลความต้องการมิติด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยและครอบครัวของบุคลากรทางการแพทย์ ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกแบบเปิดประเด็น บันทึกบทสัมภาษณ์ด้วยการอัดเสียงและจดบันทึกในรูปแบบบันทึกภาคสนาม มีการตรวจสอบเครื่องมือ ดังนี้

1. ศึกษาทฤษฎีและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางการสร้างแนวคำถาม
2. กำหนดหัวข้อในการสัมภาษณ์เชิงลึกให้ได้เนื้อหาที่ครอบคลุมวัตถุประสงค์
3. สร้างแบบสัมภาษณ์ในเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้างเป็นคำถามแบบปลายเปิด (open-end question)
4. นำแบบสัมภาษณ์ให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความถูกต้องและเที่ยงตรงของเนื้อหา และทำการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของอาจารย์
5. ทดลองแบบสัมภาษณ์ (try-out) กับประชากรกลุ่มอื่น
6. ปรับปรุงและแก้ไขหลังทดลองใช้

การเก็บรวบรวมข้อมูล: บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการแบบประคับประคอง

ประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ 5 คน แพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ครอบครัวทั้ง 3 ชั้นปี จำนวน 11 คน พยาบาลวิชาชีพจำนวน 8 คน เข้าเกณฑ์การคัดเลือกจำนวน 12 คน แบ่งเป็น อาจารย์แพทย์ 4 คน แพทย์ประจำบ้าน 4 คน และพยาบาล 4 คน เก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยเป็นผู้สอบถามข้อมูลทั่วไปตามแบบสอบถาม หลังจากนั้นดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกตามแนวสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (in-depth semi-structured interview) พร้อมการบันทึกเทป การสังเกต และมีการจดบันทึกข้อมูลระหว่างการสัมภาษณ์ ได้แก่ ข้อความสำคัญ กิริยาท่าทาง สีหน้า น้ำเสียง และพฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ได้ดำเนินการประมาณคนละ 1 ครั้ง เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่ครอบคลุมและชัดเจน ซึ่งการสัมภาษณ์แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 45 นาที หลังจากนั้นจึงนำมาถอดบทสัมภาษณ์แบบคำต่อคำและเข้าสู่ขั้นตอนของการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจนกระทั่งข้อมูลมีความอิ่มตัวเกิดขึ้น (data saturation in interview) จึงยุติการเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล: การวิเคราะห์จะดำเนินการไปพร้อมกับการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) โดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละในการแจกแจงข้อมูลพื้นฐานของอายุ เพศ ระยะเวลาที่ทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และศาสนา และแจกแจงบรรยายสิ่งที่ เป็นจิตวิญญาณส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นรายบุคคล และวิเคราะห์ข้อมูลตามเนื้อหา (content analysis)^[7] มีขั้นตอนดังนี้ ผู้วิจัยถอดเสียงบันทึกการสัมภาษณ์อย่างละเอียดแบบคำต่อคำ ระหว่างการสัมภาษณ์ มีการ

ตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้าด้านข้อมูล (data source triangulation) โดยตรวจสอบความแน่นอนของคำพูดผู้ให้ข้อมูลในประเด็นเดียวกันแต่คนละเวลา เปรียบเทียบข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลาย ๆ คน รวมทั้งการตรวจสอบสามเส้าด้านผู้วิจัย หรือ ผู้เก็บข้อมูล (investigator triangulation) โดยผู้วิจัย 2 คน ทำการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นอิสระต่อกัน (independent coding) ตั้ง ประโยค หรือ ความหมายที่เกี่ยวข้อง มาจัดกลุ่มตามลักษณะของความหมายที่ได้จากผู้ให้ข้อมูล กำหนดชื่อรหัสข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่ ทำการวิเคราะห์ทั้งประเด็นหลักและประเด็นย่อย ในกรณีที่ผลการวิเคราะห์ไม่ตรงกันจะมีการประชุมหาข้อสรุปผลการวิเคราะห์ร่วมกัน

การสร้างที่น่าเชื่อถือของการวิจัย (trustworthiness) ผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยวิธีการ

1. ความน่าเชื่อถือได้ (credibility)

ผู้วิจัยได้ฝึกฝนการสัมภาษณ์เชิงลึกกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิจัยสม่ำเสมอ ผู้วิจัยเขียนบันทึกส่วนตัวเพื่อสะท้อนตนเองทุกวัน ช่วยลดความลำเอียงในการแปลความหมายของผู้วิจัย ผู้วิจัยใช้เวลาในการสัมภาษณ์แต่ละราย 45-60 นาที และผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูล โดยก่อนยุติการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยสรุปข้อมูลเพื่อยืนยันความถูกต้อง

2. การยืนยัน (conformability)

ทุกขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดจนการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยแยกแยะเพิ่มข้อมูลแต่ละราย ใส่รหัสเบื้องต้นของเทปบันทึกเสียงในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละครั้งและแต่ละราย จัดเก็บไว้อย่างเป็นระบบ ในขั้นการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยเก็บบทสัมภาษณ์ที่นำมาใช้วิเคราะห์ข้อมูล รายละเอียดในการวิเคราะห์ข้อมูลทุกขั้นตอนไว้อย่างเป็นระบบ เพื่อสามารถตรวจสอบที่มาของข้อมูลได้

3. การตรวจสอบความเที่ยงของข้อมูล (reliability) ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปตรวจสอบกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อยืนยันความตรงของข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล: โครงการนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เลขที่ 0737/2564 (รหัสโครงการ MTU-EC-CF-0-056/64) ผู้วิจัยดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยอันได้แก่ การเคารพในความเป็นบุคคลของผู้ให้ข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลและการดำเนินการวิจัยได้รับความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลทุกคน โดยไม่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความรู้สึกวิตกกังวล ลำบากใจ ขาดความเป็นส่วนตัว หรือเกิดผลกระทบใด ๆ ต่อร่างกายจิตใจ และสังคมของผู้ให้ข้อมูล ผู้ร่วมวิจัยทุกคนรับทราบวัตถุประสงค์การวิจัย สิทธิในการปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ รวมทั้งผู้วิจัยจะรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูลตลอดกระบวนการวิจัย ไม่ระบุตัวบุคคล คำถาม หรือเนื้อหาที่ไม่สามารถใช้สืบค้นกลับเพื่อระบุตัวบุคคลได้ การสัมภาษณ์อาจมีผลกระทบต่อจิตใจหรือความมั่นใจในการปฏิบัติงานของผู้เข้าร่วมวิจัย ในรายที่ได้รับผลกระทบรุนแรง เสี่ยงเสียใจกับประสบการณ์ในอดีตที่เล่า จะพิจารณาขอคำปรึกษาจากอาจารย์ที่ปรึกษาซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านจิตบำบัดเข้ามาเยียวยาต่อไป

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริบาลแบบประคับประคองจำนวน 12 คน เป็นอาจารย์แพทย์ 4 คน แพทย์ประจำบ้าน 4 คน และพยาบาลวิชาชีพ 4 คน จำแนกเป็นเพศชาย 2 คน และเพศหญิง 10 คน โดยมีอายุเฉลี่ยที่ 35.91 ปี (ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.7

ปี,ต่ำสุด 27 ปี, สูงสุด 59 ปี) ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเฉลี่ย 2.95 ปี (ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.4 ปี, ต่ำสุด 2 เดือน, สูงสุด 9 ปี) โดยผู้ให้ข้อมูลทั้ง 12 คน นับถือศาสนาพุทธ สิ่งยึดเหนี่ยวที่สะท้อนถึงมิติทางจิตวิญญาณส่วนตัวที่แตกต่างกันออกไป ได้แก่ ครอบครัวหรือความสัมพันธ์ร้อยละ 41.6 การทำประโยชน์ต่อส่วนรวมร้อยละ 25 การทำความดีร้อยละ 16.6 ความเชื่อมั่นในศาสนา/บรรลธรรมร้อยละ 16.6 ความกตัญญูต่อผู้มีพระคุณร้อยละ 8.3 ความผูกพันกับสัตว์เลี้ยงร้อยละ 8.3 ความสุขร้อยละ 8.3 และการเป็นส่วนหนึ่งของสิ่งที่ยิ่งใหญ่กว่าร้อยละ 8.3 ภายหลังการสัมภาษณ์ไม่พบว่ามีผู้เข้าร่วมวิจัยคนใด ได้รับผลกระทบทางจิตใจอย่างรุนแรง จึงไม่ได้มีการขอคำปรึกษาจากอาจารย์ที่ปรึกษา

ผลการวิจัยแยกแยะข้อมูล วิเคราะห์ได้ 5 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นที่ 1: การรับรู้ความหมายมิติด้านจิตวิญญาณ

บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริบาลแบบประคับประคองโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ มีการรับรู้เกี่ยวกับมิติด้านจิตวิญญาณแตกต่างกันมาก่อนที่จะปฏิบัติงานในหน่วยบริบาลแบบประคับประคองตามประสบการณ์เดิม การเรียนรู้ในระบบการศึกษา การให้การดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์จริง พบว่า บุคลากรทางการแพทย์ มีการรับรู้เกี่ยวกับมิติด้านจิตวิญญาณใน 2 ประเด็น ดังนี้

1.1 ความต้องการมิติด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะท้าย คือ ความต้องการหรือความปรารถนาเล็ก ๆ สิ่งที่สำคัญในวาระสุดท้าย ความรัก ความสุข และการได้ปฏิบัติตามหลักศาสนา มิติด้านจิตวิญญาณ

เป็นเรื่องเกี่ยวกับการค้นหาความต้องการหรือความปรารถนาเล็ก ๆ ที่เมื่อได้ทำหรือเติมเต็มแล้วจะเกิดความสุข มีพลังมีกำลังใจในช่วงเวลาวาระสุดท้ายของชีวิต การเข้าถึงสิ่งที่มีคุณค่าและมีความหมายต่อตนเอง การได้สัมผัสกับความรักของคนรอบตัว การมีความสุข และการได้ปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนาและความเชื่อของตนเอง ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“เป็นความต้องการของเขา ในชีวิตเขา บุคคล สิ่งของ สถานที่... อะไรละในใจเขาที่เขาอยากได้ ติดอยู่กับอะไร เพราะอะไร แต่จะเป็นความต้องการจริง ๆ ของเขา”.. (คนที่ 3)

“เป็นสิ่งที่คนไข้ให้ความสำคัญมาก ๆ ... ความดีงาม คุณงามความดีของเขา”.. (คนที่ 6)

“พี่ว่าคนทุกคน ไม่อยากตายคนเดียวเหมือนกัน... ทุกคนต้องการความรัก คนที่รู้ใจและก็อยู่ในสถานที่ดี ๆ ทั้งนั้น”...(คนที่ 2)

“...เป็นเรื่องที่มีพลัง พูดถึงแล้วมีแววตา หรือแสดงออกว่ามันมีความหมายต่อเขาจริง ๆ”...(คนที่ 7)

“ผมมักจะถามเรื่องพิธีกรรมทางศาสนา การวางแผนการตาย... พูดทางเรื่องศาสนาแล้วมันจะชัด เข้าใจง่าย ส่วนใหญ่สนใจด้านศาสนาหมด”...(คนที่ 9)

“...คิดว่า ประเด็น spiritual ก็คือมองหาวว่า เขาทำอะไรแล้วเขามีความสุข ทำอะไรก็ได้ที่หัวใจมันพองโต หัวใจฟู...”...(คนที่ 5)

1.2 มิติจิตวิญญาณ: ใช้ใจประเมินและรับรู้ด้วยใจ

ในการประเมินเพื่อเข้าถึงมิติจิตวิญญาณของผู้ป่วยนั้น กล่าวได้ว่า บุคลากรทางการแพทย์จะพูดคุยและตั้งคำถาม ใจในการประเมินและรับรู้ด้วยใจ โดยการพูดคุย

สนทนาเรื่องราวเกี่ยวกับบริบททั่วไปในชีวิตของผู้ป่วยอย่างใส่ใจ และตั้งใจฟัง เพื่อเข้าถึงคุณค่า ความดีงามที่ผู้ป่วยให้ความหมาย หรือมีความสำคัญต่อผู้ป่วย บางคนสอบถามเกี่ยวกับการวางแผนล่วงหน้าของผู้ป่วยก่อนเมื่อผู้ป่วยได้แบ่งปันบอกเล่าความต้องการลึกๆ ออกมา บุคลากรทางการแพทย์สามารถรับรู้ได้จากสัญญาณที่แสดงออกทางคำพูดและภาษากาย เช่น สายตา รอยยิ้ม ท่าทีที่ผ่อนคลายขึ้นของผู้ป่วย เป็นการรับรู้ได้ด้วยความเข้าใจซึ่งกันและกัน

“จะถามเพื่อทำความรู้จักเขา เช่นว่า มีอะไรบางอย่างที่ยากบอกหมอ หมอยังไม่ได้อถาม หรืออยากให้หมอรู้จักอีกบ้างไหม...”.. (คนที่ 7)

“ถามจากเรื่องใกล้ ๆ ตัว ให้เขาคิดถึงความดีงาม ครอบครัวเป็นอย่างไร การงานเป็นอย่างไร แล้วเราก็กสังเกตว่าเขา focus เรื่องอะไร พูดอะไรซ้ำ ๆ บ่อย ๆ...”..(คนที่ 6)

“รับรู้ได้เลย ฟัง ๆ ฟังก่อนแล้ว ผนวินาทีนั้นนะ เราจะรู้สึกได้ว่าเป็นความสุขของเขาจริง ๆ นะ แม้เขาจะทุกข์อยู่กับโรค”...(คนที่ 3)

“ถ้าแบบเป็นเรื่องที่เขาทำอะไร คิดถึงอะไรแล้วมีความสุข เขาก็จะแสดงออกให้เห็นได้นะ คอยยิ้มแย้ม เบิกบานขึ้น คุยกับเรามากขึ้น เล่าให้ฟังมากขึ้น”...(คนที่ 4)

“พี่จะถามเกี่ยวกับการวางแผนของเขา ก่อนเมื่อโรครมาถึงระยะท้ายแล้ว เขาวางแผนอะไรไว้บ้าง... เดี่ยวจะมองเห็นได้ว่า spiritual ของเขา คืออะไร”...(คนที่ 10)

ประเด็นที่ 2: อุปสรรคต่อการให้การดูแลมิติทางจิตวิญญาณ คือ ความเป็นนามธรรม

2.1 ความลังเลในนิยามของคำว่า จิตวิญญาณที่มีความคลุมเครือไม่ชัดเจน รู้สึกไม่มั่นใจว่าคืออะไร ไม่แน่ใจว่าเป็นจิตสังขมหรือจิตวิญญาณ

บุคลากรทางการแพทย์รับรู้ว่ามีมิติทางจิตวิญญาณมีความเป็นนามธรรม แยกความต่างระหว่างจิตวิญญาณกับจิตสังขมได้ยาก การให้นิยามจิตวิญญาณในทางปฏิบัติที่ยากต่อความชัดเจน ส่งผลต่อความไม่แน่ใจในการให้การดูแลได้

“ที่ผ่านมา..ไม่แน่ใจนะว่า จิตวิญญาณคืออะไร ไม่รู้ว่าหมายถึงอะไรแน่ ๆ ยังงงอยู่... แต่ก็ยังพอดูแลคนไข้ได้” (คนที่ 8)

“บางอย่างเราไม่มั่นใจด้วยซ้ำว่ามันคือ spiritual หรือเปล่า อาจจะแค่ psycho social ก็ได้...” (คนที่ 1)

2.2 การรับมือกับอารมณ์ท่วมท้น หรือ spiritual distress ก่อนถาม รู้สึกไม่กล้าถาม เพราะคิดว่าเป็นเรื่องส่วนตัวหรือทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์มากขึ้น และบางคนเมื่อถามไปแล้ว ไม่แน่ใจว่าจะรับมืออย่างไร การพูดคุยสอบถามมิติทางจิตวิญญาณเป็นเรื่องละเอียดอ่อนต้องใช้เวลา เพื่อสร้างความไว้วางใจก่อน จึงจะสามารถที่จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจที่จะบอกเล่าความต้องการออกมาได้ บุคลากรบางส่วนไม่มั่นใจว่า ข้อมูลหรือความปรารถนาที่รับรู้จากผู้ป่วยเป็นประเด็นมิติทางจิตวิญญาณ นอกจากนี้ยังมีความรู้สึกว่าไม่สามารถรับมือกับอารมณ์ที่ท่วมท้นและการแสดงออกของผู้ป่วยหรือญาติที่สะท้อนเรื่องราวเกี่ยวกับมิติทางจิตวิญญาณได้ ดังนี้

“เวลาเจอคนไข้มีความรู้สึกเข้ามา ร้องไห้ โกรธ ครวญคราง ที่มี emotional จะรู้สึกกลัวว่าตัวเองจะรับมือไม่ไหว แบบเวลาคนไข้ anxious เราก็จะกังวลไปด้วย จะรับมือกับอารมณ์เขาอย่างไร ทำอะไรได้บ้าง...” (คนที่ 5)

“ถ้าคนไข้มาแรก ๆ จะยังไม่กล้าถาม เพราะเขายังไม่ trust เรา รอดูก่อนว่าเรื่องที่เรารู้จะไปจะไปกระตุ้นอารมณ์หรือเปล่านั้น อาจจะทำให้เขารู้สึกไม่ดี มันเป็นเรื่องส่วนตัว

ถ้าจะรู้ได้ ก็ต้องรอให้ความสัมพันธ์เราก่อน แล้วค่อยจะชวนคุยไปเรื่อย ๆ ” (คนที่ 12)

ประเด็นที่ 3: ประสบการณ์การตอบสนอง เพื่อดูแลความต้องการมิติด้านจิตวิญญาณ

บุคลากรทางการแพทย์ ให้การตอบสนองเพื่อดูแลความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยตามลักษณะของความ ต้องการ ซึ่งแยกเป็น 2 ลักษณะคือ

3.1 การตอบสนองความต้องการ ลึกๆ ของผู้ป่วย เป็นความต้องการของผู้ป่วยที่ ระบุได้ชัดเจน สามารถปฏิบัติได้ ตัวอย่างเช่น ความต้องการกลับบ้าน ต้องการอยู่กับคนที่รัก ในวาระสุดท้าย ต้องการปฏิบัติพิธีกรรมทาง ศาสนา ต้องการไปเที่ยวทะเล เป็นต้น

“อะไรที่ทำได้ก็ทำให้คนไข้ พี่จะชอบ แบบง่าย ๆ นะ อยากย้ายไปธรรมรักษ์ ก็ จะ สนับสนุนว่ามันดี สงบกว่า แล้วก็ช่วยให้เขาได้ ไป...” (คนที่ 2)

“ที่เป็นพยาบาลเด็กมาก่อน พวกเธอ จะมี wish อะไรง่ายกว่า อยากกินน้ำเย็น ชอบ เปิดตู้เย็น ชอบแองกรีเบิร์ด ก็จะมีแนะนำให้ผู้ปกครองจัดหาให้ได้เลย... อีกเรื่องหนึ่งก็... เขาอยากไปทะเล พี่ก็เลยพาให้เขาได้ไปพร้อม กับ wishing well (มูลนิธิ - ผู้วิจัย) แล้วก็ เตรียมเขาให้พร้อมก่อนไป...” (คนที่ 3)

“เราจะช่วยเขาได้กลาง ๆ ง่าย ๆ กิจกรรมอะไรที่อยากทำ ก็สามารถให้ทำได้ เราเปิดโอกาส... อยากทำบุญเราก็ติดต่อมนต์ พระให้มารับสังฆทาน หรืออะไรก็ได้ สิ่งที่เขา คิดว่าดี จิตใจสงบ มีสิ่งยึดเหนี่ยวไปด้วย” (คน ที่ 10)

3.2 การตอบสนองความต้องการมิติ ด้านจิตวิญญาณ ในลักษณะให้การรับฟัง อย่างตั้งใจ ไม่ตัดสิน แสดงความเห็นอกเห็นใจ การสะท้อนความหมาย สื่อให้ผู้ป่วยและ ครอบครัวรู้สึกหรือรับรู้ได้ถึงความใส่ใจ ได้รับการดูแล เป็นพื้นที่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย

“คนไข้บางคนถึงจะ complete ACP ได้ แต่ก็ไม่ได้หมายความว่า coping ได้ดี เราก็ต้องไปช่วยเขา ฟังเขา และช่วยเขาด้วย นะ คนที่ยังติดอยู่ มันจะ peaceful ได้ไง” (คนที่ 4)

“ให้เขาพูดในสิ่งที่เขาพูด อาจจะเป็น ความภาคภูมิใจ สิ่งที่สำคัญ เรารับฟังด้วย ความไม่ตัดสิน เป็นเพื่อนเค้า บอกเขาว่าเราได้ ยินความต้องการเขา หรือบางคนก็ใช้การ reframe ก็เท่ากับการ care แล้ว...การมี relationship ที่ดี ก็พอช่วยได้” (คนที่ 6)

ประเด็นที่ 4: ประสบการณ์ในฐานะผู้บริหาร ทางจิตวิญญาณ- สุข สงบ ปล่องวาง

เมื่อบุคลากรทางการแพทย์ได้เข้า ปฏิบัติงานใน หน่วย บริบาล แบบ ประคับประคอง ให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยเฉพาะมิติทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย และครอบครัว ประสบการณ์ที่ได้รับในฐานะผู้ บริบาลทางจิตวิญญาณ ส่งผลต่อความรู้สึก ความคิด ความเชื่อในทางบวกต่อการให้ การดูแลทางจิตวิญญาณ

จากการได้ให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย บุคลากรทางการแพทย์รับรู้ถึงความรู้สึกดี ๆ ที่ เกิดขึ้นจากการได้ช่วยเหลือดูแลตอบสนอง ความปรารถนาของผู้ป่วย เมื่อสัมผัสได้ถึง ความสุขของผู้ป่วยและครอบครัว การได้ รับคำขอบคุณจากผู้ป่วย/ครอบครัว ทำให้มี กำลังใจ มั่นคง มั่นใจในแนวทางที่ให้การดูแล และต้องการทำให้ดีมากยิ่งขึ้นต่อไป การได้ รับรู้ความต้องการที่แตกต่างหลากหลายของ ผู้ป่วยและครอบครัวต่าง ๆ ทำให้ความเข้าใจ ถึงความแตกต่างของปัจเจกบุคคลมนุษย์มี ความแตกต่างกัน ยอมรับผู้ป่วยได้มากขึ้น การ ตัดสินผู้ป่วยน้อยลง เกิดเป็นความสุข และ นำไปสู่การยอมรับตัวเองได้ดีขึ้น

“มันใจมากขึ้นนะ เวลาเจอเคสต่อ ๆ มา เราก็จะธรรมชาติมากขึ้น มันใจมากขึ้น โดยไม่ต้องกังวลแล้วว่าใช้หรือไม่ใช้...” (คนที่ 1)

“เวลาคนไข้มีความสุขขึ้น แบบที่เราได้ช่วยไป แล้วเขากลับมาขอบคุณ แบบว่าพูดดี ๆ กับเรามากขึ้น ก็จะรู้สึกดี มีกำลังใจ แบบอยากทำอะไรให้เขาอีก สนุกกับมัน..” (คนที่ 2)

“รู้สึกว่่าปล่อยวางได้ มองเห็นความต่างของคนได้นะ และก็เห็นว่าคนเท่ากันด้วย สงบกับตัวเอง มีสติ... และก็รู้ขอบเขตความสามารถตัวเองด้วย รู้ว่ามีแค่ไหน ขอความช่วยเหลือใครได้บ้าง ไม่แบกทุกอย่างไว้เอง” (คนที่ 4)

“ตอนนั้นก็ภูมิใจนะ รู้สึกว่่าเราได้เป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยเขา ในสิ่งที่เขาทุกข์ เรามีความสามารถระดับนี้ ก็ภูมิใจ มีความสุขไปด้วย” (คนที่ 10)

“เคยมีเคสที่รู้สึกโกรธเหมือนกันนะ อาจจะไม่เชิงว่่าโกรธ แต่หงุดหงิด ที่ช่วยเขาไม่ได้ ทำให้เขาไม่ทัน หรือมีข้อจำกัดหลายอย่าง แต่พอเจอบ่อย ๆ ก็เลยปล่อยวาง เราจะเข้าใจว่่า มันก็เป็นแบบนี้แหละ วางอึดตาลงได้ ไม่ตัดสิน ไม่เปรียบเทียบ เข้าใจความจริงมากขึ้น...” (คนที่ 3)

“รู้สึกว่่าเรามีคุณค่ากับคนอื่น คนใกล้ตายนะ ทำให้อยากมาทำงานมากขึ้น มีความสุขกับการทำงาน ได้ช่วยคนไข้คนอื่น ๆ อีก” (คนที่ 5)

ประเด็นที่ 5: การบริหารทางจิตวิญญาณ ต้องการพัฒนาทักษะการดูแลทางจิตวิญญาณ พัฒนาทีมและระบบอย่างต่อเนื่อง

5.1 พัฒนาการตระหนักรู้ ทั้งเรื่องความสำคัญของการดูแลทางจิตวิญญาณ และตระหนักรู้ในตนเอง หมั่นทบทวนว่่าตนเองยังขาดอะไร เห็นคุณค่าในตนเอง

“เราต้องมีความตระหนักในตัวเองว่่าเรารู้สึกยังงัยกับเขา ความเมตตา ความหวังดี จะช่วยเขาได้มากขึ้น อยากรู้ อยากเข้าใจเขามากขึ้น มีพลังภายในตัวเองเกิดขึ้น...” (คนที่ 1)

“ศรัทธาในสิ่งที่ทำนะ ทำความดี อย่าท้อถอย ทำในสิ่งที่ดี เราเชื่อมั่นมันมีอยู่จริง” (คนที่ 10)

“ประสบการณ์การดูแลเคส ประสบการณ์ชีวิต มองเห็นโลกกว้าง ฟังชีวิตคนอื่นหลากหลาย เรียนรู้แล้วไปเผชิญ” (คนที่ 6)

5.2 พัฒนาการเรียนรู้และทักษะการสื่อสารของตนเอง เพื่อการดูแลมิติทางจิตวิญญาณ การหมั่นดูแลคนไข้ มีเวทีในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้สม่ำเสมอ และฝึกฝนพัฒนาทักษะการสื่อสารเพื่อการดูแลมิติทางจิตวิญญาณ ได้แก่ การรับฟังอย่างลึกซึ้ง (deep listening) การสะท้อนความหมาย (reflection) การให้คำปรึกษา (counseling)

“ต้องดูแลบ่อย ๆ ดูแลแล้วเล่าให้คนอื่นฟัง แลกเปลี่ยนกัน หรือเราฟังจากคนอื่น มีมุมมองใหม่ ๆ จากตัวเองด้วย และคนอื่นด้วย” (คนที่ 5)

“ต้องมี knowledge เพื่อจะได้ detect ได้... วิธีการไหนก็ได้หมด แต่ต้องนำมาปฏิบัติเรื่อย ๆ จะได้รู้ว่าทำยังงัย ตัวเองถนัดยังงัย...” (คนที่ 7)

“การสื่อสารเลยที่ช่วยได้ empathy เป็น จากการฟังก่อน และก็ reflection ได้” (คนที่ 4)

“น่าจะต้องมีทักษะการพูด ต้องรู้ว่่าพูดแบบไหน มีวิธี มีคำหลากหลาย ต้องพัฒนาให้ทำได้ด้วย..” (คนที่ 11)

“ผมว่่าจะมองให้เห็น need ของคนไข้ต้องสื่อสารเป็น คุยจนรู้ จะเรียน NVC หรือ Satir แล้วแต่ชอบ” (คนที่ 9)

5.3 พัฒนานิยามที่ชัดเจน แนวทางการในดูแลมิติทางจิตวิญญาณ ควรมีคำ

การกำหนดนิยามความหมายของคำว่าจิตวิญญาณในองค์กร มีแนวปฏิบัติในการดูแลมิติทางจิตวิญญาณ มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย มีกองทุนสนับสนุน มีเครือข่าย เป็นต้น

“การมีขอบเขตให้กับเรื่องที่ไม่มีการบ่งชี้ แต่อย่างน้อยในหน่วยงานมีนิยามให้สื่อสารได้ตรงกัน” (คนที่ 7)

“มีแนวทางที่ชัดเจนขึ้น environment ที่ดี ๆ ให้ความสำคัญกับการพูดคุย หรือระบบ training บุคลากร... มีกองทุนสนับสนุนเพียงพอ... และมีเครือข่ายที่หลากหลายก็จะช่วยได้” (คนที่ 6)

อภิปรายผลการศึกษา

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ให้ข้อมูลมีความหลากหลายทางอายุ บทบาทหน้าที่ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง รวมทั้งสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจจากการศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยเรื้อรังของระวีวรรณ พิไลเกียรติ^[8] พบว่าประสบการณ์ในการทำงานและประสบการณ์ชีวิตมีผลต่อการดูแลด้านจิตวิญญาณกล่าวคือ เมื่ออายุมากขึ้น จะพบเจอความเจ็บป่วยของครอบครัวมากขึ้น ทำให้ตระหนักถึงเรื่องมิติทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามผลของการศึกษานี้ อายุของผู้ให้ข้อมูลหรือจำนวนระยะเวลาในการทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ไม่ได้มีความสอดคล้องอย่างชัดเจน

การรับรู้ความหมายมิติด้านจิตวิญญาณ

1.1 ความต้องการมิติด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะท้าย คือ ความต้องการหรือความปรารถนาเล็ก ๆ สิ่งที่สำคัญในวาระสุดท้าย ความรัก ความสุข และการได้ปฏิบัติตามหลักศาสนา สอดคล้องกับ

การศึกษาของสุมิตรา ตีระพงศ์ประเสริฐ^[9] พบว่า ผู้ป่วยระยะประคับประคองมีความต้องการด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง ทั้งต้องการมีความหมายและเป้าหมาย ต้องการมีความสัมพันธ์ที่รักเคารพไว้วางใจศรัทธาต่อผู้อื่น ได้ปฏิบัติพิธีกรรมตามความเชื่อทางศาสนา รวมทั้งงานของ Ana Soto-Bubio^[10] ที่แบ่งการสัมภาษณ์มิติทางจิตวิญญาณเป็น 3 ด้าน ได้แก่ มิติภายในตนเอง (Intrapersonal dimension) มิติระหว่างบุคคล (interpersonal dimension) และมิติส่วนตัวตน (transpersonal dimension) กรอบความคิดที่ใช้ก่อนการสัมภาษณ์ อาจเกี่ยวข้องกับการรับรู้ถึงมิติทางจิตวิญญาณว่าหมายถึงอะไร ในงานของ Heather So^[11] พบว่า บุคลากรทางแพทย์เข้าใจว่ามิติทางจิตวิญญาณคือมิติของมนุษย์ที่บุคคลแสวงหาและแสดงออกถึงความหมาย เป้าหมายของชีวิตที่สะท้อนประสบการณ์ของตนเองในการเชื่อมโยงกับปัจจุบันขณะ กับตัวตนภายใน กับธรรมชาติ และกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ดังนั้น การให้การดูแลมิติทางจิตวิญญาณต้องตระหนักและตอบสนองความต้องการมิติด้านจิตวิญญาณของบุคคลที่จะเป็นแหล่งทรัพยากรภายในในการเผชิญกับความเจ็บป่วย ความเศร้าโศก เสียใจ บาดแผลต่าง ๆ ซึ่งการดูแลมิติทางจิตวิญญาณเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลแบบองค์รวม

1.2 มิติจิตวิญญาณ: ใช้ใจประเมินและรับรู้ด้วยใจใช้วิธีการเข้าถึงด้วยการถามบริบทชีวิตของผู้ป่วย หรือการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care planning) ผลการศึกษาของงานวิจัยนี้ พบว่า ทั้งหมดใช้การสอบถามที่ไม่มีแนวสัมภาษณ์ ในงานของ Tracy A. Balboni^[12], Ricko Damberg Nissen^[13], พบว่าการประเมินความต้องการมิติทางจิตวิญญาณ (spiritual assessment)

ในที่นี้ทั้งแบบแนวสัมภาษณ์ที่เป็นการประเมินอย่างเป็นรูปธรรมมีแนวทางชัดเจนหรือการประเมินสุขภาพทางจิตวิญญาณเชิงปริมาณ เช่น FICA, HOPE หรือการประเมินเชิงคุณภาพที่เกิดขึ้นพร้อม ๆ กับการสนทนาในงานดูแลประจำวัน การมีสัมพันธภาพกับผู้ป่วย การสังเกต เครื่องมือทั้งสองมีข้อดีข้อเสียที่แตกต่างกันไปตามการศึกษาของพินนภา แสงสาคร^[14] การประเมินเชิงปริมาณเป็นการเข้าถึงข้อมูลเชิงวัตถุวิสัย (objectivity) มีข้อดีที่สามารถลดอคติในการสัมภาษณ์ ใช้เวลาไม่นาน บางแบบประเมินผู้ป่วยสามารถตอบเอง (self report) ทำให้เกิดความสะดวกและมีความมาตรฐานเดียวกัน แต่ก็มีข้อเสียที่จะนำไปใช้กับบริบทที่แตกต่างกันได้ยากกว่า ส่วนการประเมินเชิงคุณภาพเป็นการเข้าถึงข้อมูลเชิงอัตวิสัย(subjectivity) ใช้ปฏิสัมพันธ์ต่อกันเป็นพื้นฐานในการได้ซึ่งข้อมูล จึงมีข้อดีที่จะทำให้ได้ข้อมูลเชิงลึกมากขึ้น แต่ก็ต้องระมัดระวังอคติของผู้ศึกษาด้วย ดังนั้นอาจใช้วิธีผสมผสานในการเข้าถึงข้อมูล เพื่อป้องกันข้อจำกัดของแต่ละวิธี ในประเทศไทยเริ่มมีการพัฒนาแบบประเมินมิติทางจิตวิญญาณ เช่นการศึกษาของวาสิณี วิเศษฤทธิ์และคณะ^[5] ได้พัฒนาเครื่องมือประเมินความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายในบริบทวัฒนธรรมไทย พบว่ามีองค์ประกอบ 7 ด้าน 31 ข้อ แต่ยังไม่มีการจัดทำคู่มือและแนวทางการประเมินการดูแลมิติด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะท้าย

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลสามารถรับรู้ได้ด้วยใจว่าการสนทนาเข้าถึงความต้องการมิติด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง ด้วยการสัมผัสได้ถึงความสุข ความผ่อนคลายของผู้ป่วยและสามารถพูดคุยสนทนากับทีมได้อย่างไหลลื่นมากขึ้น สอดคล้องกับงานของ Maya Zumstein-

Shaha^[15] ที่เมื่อพยาบาลได้ให้การสนับสนุนผ่านการแสดงออกอย่างเคารพและชื่นชม ผู้ป่วยจะลดความวิตกกังวลลงได้ ทำให้จิตใจมีความสงบสุขและสันติสุขขึ้น

อุปสรรคต่อการให้การดูแลมิติทางจิตวิญญาณ คือ ความเป็นนามธรรม

2.1 ความสับสนในนิยามของคำว่าจิตวิญญาณที่มีความคลุมเครือไม่ชัดเจน รู้สึกไม่มั่นใจว่าคืออะไร ไม่แน่ใจว่าเป็นจิตสังคมหรือจิตวิญญาณ สอดคล้องกับงานของพินนภา แสงสาคร^[14] ที่พบว่า นิยามความหมายของสุขภาพทางจิตวิญญาณเป็นเรื่องนามธรรมไม่อาจเข้าใจได้ง่าย และมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับบริบททางสังคมวัฒนธรรมที่แตกต่างหลากหลาย ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติแปลคำว่า Spiritual well-being เป็นสุขภาพทางปัญญา ซึ่งมีความหมายรวมอยู่ในสุขภาพทางจิตวิญญาณ แต่มีความหมายของคำว่าสติและปัญญาตามแนวคิดทางพุทธศาสนาาร่วมด้วย งานวิจัยในระยะถัดมามีทั้งแนวคิดที่ใช้ความหมายของจิตวิญญาณแบบตะวันตก และความหมายของมิติทางจิตวิญญาณเป็นมิติของสุขภาพทางปัญญา การกำหนดนิยามความหมายของคำว่าจิตวิญญาณจึงกำหนดนิยามให้เป็นกลางๆ ที่สากลแน่นอนตายตัวและชี้ชัดลงไปได้ ผู้ที่จะนำไปใช้จึงต้องกำหนดนิยามของคำว่าจิตวิญญาณที่ใช้ให้ตรงกับบริบทของผู้ป่วยที่ตนเองจะศึกษาและอยู่บนกระบวนทัศน์ทางวิธีวิทยาของความรู้ที่ต้องการแสวงหาด้วย

2.2 การรับมือกับอารมณ์ท่วมท้นหรือ spiritual distress ก่อนถาม รู้สึกไม่กล้าถาม เพราะคิดว่าเป็นเรื่องส่วนตัวหรือทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์มากขึ้น และบางคนเมื่อถามไปแล้ว ไม่แน่ใจว่าจะรับมืออย่างไร สอดคล้องกับการศึกษาของ Wafie Hussein Chahrour^[16]

ที่พบว่าอุปสรรคสำคัญของการดูแลจิตวิญญาณใน Hospice คือการไม่มีคลังคำศัพท์ทางจิตวิญญาณมากพอ ความทุกข์ของผู้ป่วยแยกได้ยากกว่าเป็นมิติทากายหรือจิตวิญญาณ และ บุคลากรที่สามารถให้การดูแลด้านจิตวิญญาณได้ดีขึ้น เกิดจากการเรียนรู้มิติจิตวิญญาณของตนเอง ผ่านการสะท้อนตนเอง (self reflection) การตระหนักรู้ในตนเอง (self awareness) การย้อนมองตนเอง และเปิดเผยความเปราะบาง (vulnerability) และงานของพัชรีย์^[4] ที่พบว่าพยาบาลที่แม้จะมีประสบการณ์ทำงานดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมานาน แต่ก็ไม่สามารถให้การดูแลด้านจิตวิญญาณได้หากไม่ได้รับการฝึกฝนมิตินี้โดยตรง

ประสบการณ์การตอบสนองเพื่อดูแลความต้องการมิติด้านจิตวิญญาณ

3.1 การตอบสนองความต้องการ
ลึก ๆ ของผู้ป่วย เป็นความต้องการของผู้ป่วยที่ระบุได้ชัดเจน สามารถปฏิบัติได้ เช่น อยากย้ายไปธรรมรักษ์ อยากไปทะเล อยากทำกิจกรรมอะไรที่อยากทำ

3.2 การตอบสนองความต้องการมิติด้านจิตวิญญาณ ในลักษณะให้การรับฟังอย่างตั้งใจ ไม่ตัดสิน แสดงความเห็นอกเห็นใจ การสะท้อนความหมาย เพื่อให้เกิดความสัมพันธที่เยียวยา

รูปแบบในการตอบสนองความต้องการดูแลมิติจิตวิญญาณมีหลายลักษณะตามข้อค้นพบที่ได้จากการประเมินทางจิตวิญญาณ สอดคล้องกับงานของ Maya Zumstein-Shaha^[15] ที่พบว่ามีการตอบสนองมีทั้งการรับฟัง อยู่เคียงข้างอย่างเป็นปัจจุบันขณะ หรือบางคนให้การดูแลด้วยการทำพิธีกรรมทางศาสนาตามความเชื่อ บางการศึกษาพบว่า การเอื้ออำนวยสถานที่ให้ญาติได้อยู่ใกล้ชิดดูแลผู้ป่วย การเอาใจใส่จาก

บุคลากร การช่วยเหลือให้เตรียมความพร้อมให้จากไปอย่างสงบ สามารถลดความทุกข์มิติด้านจิตวิญญาณได้

ประสบการณ์ในฐานะผู้บริหารทางจิตวิญญาณ: การเติบโตทางจิตวิญญาณ สุขสงบ ปลอ่ยวาง

เมื่อได้ให้การดูแลด้านจิตวิญญาณก่อให้เกิดผู้บริหารมีความสุข ภูมิใจ มีกำลังใจมากขึ้น เห็นคุณค่าในวิชาชีพ มั่นใจมากขึ้นในการดูแลมิติทางจิตวิญญาณ สอดคล้องกับจากงานเขียนของผาณิต หลีเจริญ^[17] เรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย : สะท้อนคุณค่าของวิชาชีพ ที่กล่าวว่า การตระหนักถึงคุณค่าตนเอง (self-esteem) คือ ความเชื่อว่าตนเองมีคุณค่า มีความหมาย การมองเห็นคุณค่าของตนเองถือเป็นความต้องการขั้นสูงสุดของชีวิต การประเมินดังกล่าว เกิดขึ้นเมื่อตนเองได้กระทำการต่าง ๆ ต่อผู้อื่น เช่น ครอบครัว เพื่อน และสังคม เป็นต้น ทำให้เห็นคุณค่าของการช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ว่ามีใช้เป็นแค่เพียงหน้าที่ การรับรู้คุณค่าของตนเองดังกล่าวเป็นความต้องการทางจิตในระดับสูง ผลการวิจัยพบว่า เมื่อผู้ให้ข้อมูลได้ประเมิน เข้าถึงและให้การดูแลตอบสนองทางจิตวิญญาณ จนเกิดผลต่อผู้ป่วยและครอบครัวขึ้น จะส่งผลสะท้อนกลับมาเป็นความภาคภูมิใจและเห็นคุณค่าตนเองในวิชาชีพได้จริง

ประเด็นที่ 5: การบริหารทางจิตวิญญาณ ต้องการพัฒนาทักษะการดูแลทางจิตวิญญาณ พัฒนาทีมและระบบอย่างต่อเนื่อง

5.1 พัฒนาการตระหนักรู้ ทั้งเรื่องความสำคัญของการดูแลมิติทางจิตวิญญาณ และตระหนักรู้ในตนเอง หมั่นทบทวนว่าตนเองยังขาดอะไร เห็นคุณค่าในตนเอง สอดคล้องกับงานของ Heather So^[11] ที่พบว่า

การเอื้ออำนวย (facilitates) ให้บุคลากรสามารถให้การดูแลด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยระยะท้ายได้ดีขึ้น คือการที่บุคลากรทางการแพทย์ได้ทำการสะท้อนตนเอง (Self reflection) อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดการเข้าใจมิตินี้ภายในตนเองก่อน ทำให้เข้าใจผู้ป่วยได้ดีขึ้นด้วย นอกจากนี้ในงานวิจัยของ Megan Miller^[18] ยังเสนอว่าควรมีแนวทางส่งเสริมสุขภาพทางจิตวิญญาณแก่ทีมบุคลากรของหน่วยประคับประคอง เช่น การนั่งสมาธิ ฝึกปฏิบัติการระลึกขอบคุณ การสวดมนต์ เป็นต้นอีกด้วย

5.2 พัฒนาการเรียนรู้และทักษะการสื่อสารของตนเอง เพื่อการดูแลมิติทางจิตวิญญาณ การหมั่นดูแลคนไข้ มีเวทีในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้สม่ำเสมอ และฝึกฝนพัฒนาทักษะการสื่อสารเพื่อการดูแลมิติทางจิตวิญญาณ สอดคล้องกับการศึกษาของ Charlotte S. Connerton^[19] ที่พบว่า ควรมีการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความมั่นใจมากขึ้นในการดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณ สร้างบรรยากาศการเรียนรู้เป็นทีมที่มีพื้นที่ปลอดภัยจะช่วยลดความกดดันด้านเวลาได้

5.3 พัฒนานิยามที่ชัดเจน แนวทางการในดูแลมิติทางจิตวิญญาณ สอดคล้องกับการศึกษาของพิณนภา แสงสาคร^[11] การมีนิยามเชิงปฏิบัติการของหน่วยงานตนเองที่สอดคล้องกับบริบทและวัฒนธรรมของสังคม จะช่วยให้กำหนดแนวทางและกระบวนการดูแลด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยระยะท้ายได้ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

สามารถนำข้อมูลการเรียนรู้การดูแลมิติด้านจิตวิญญาณของบุคลากรหน่วยบริบาลแบบประคับประคอง ไปใช้ในการวางแผนการฝึกอบรม (Educational course training) แก่

บุคลากรที่จำเป็นต้องดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในหน่วยฯ และหน่วยอื่น ๆ ได้ ข้อติดขัดหรืออุปสรรคสำคัญของบุคลากรคือนิยามปฏิบัติการของมิติทางจิตวิญญาณยังมีความคลุมเครือ และไม่สามารถรับมือกับภาวะความทุกข์บีบคั้นทางจิตวิญญาณได้ ดังนั้นผู้บริหารสถานพยาบาลและหัวหน้าหน่วย ควรจัดทำคู่มือแนวปฏิบัติการดูแลมิติทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะท้าย มีการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่อง จัดเวทีแลกเปลี่ยนในบรรยากาศที่ปลอดภัย เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจอย่างสม่ำเสมอ บุคลากรควรพัฒนาทักษะการรับฟังอย่างลึกซึ้ง การสะท้อนตนเอง การแสดงความเห็นอกเห็นใจและการให้คำปรึกษา เพื่อจะช่วยให้สามารถรับมือกับความทุกข์บีบคั้นทางจิตวิญญาณได้ดีขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาจารย์แพทย์สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ทุกท่านที่เป็นแหล่งฝึกฝนทักษะทางการวิจัยและการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ขอขอบคุณบุคลากรทางการแพทย์ในหน่วยบริบาลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ สำหรับการให้ข้อมูล ทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. บุษยามาส ชีวสกุลยง และคณะ. การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่: กลางเวียงการพิมพ์; 2556.
2. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. นิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับ เรื่อง การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2563

- [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก:
https://www.thailivingwill.in.th/sites/default/files/Operational_definition_Palliative_care.pdf
3. Anandarajah G, Hight E. Spirituality and medical practice: using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. *Am Fam Physician*. 2001; 63(1):81-9.
 4. ชนุกร แก้วมณี. แนวคิดและวิธีการประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็ง. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*. 2562; 29(1):1-10.
 5. พิชรี พรหมสิงห์, ภาวนา กิริติยวงศ์, วัลภา คุณทรงเกียรติ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะท้ายของพยาบาลวิชาชีพ. *รามาศิษย์พยาบาลสาร*. 2559; 22(3):277-92.
 6. วาสนี วิเศษฤทธิ์, รังสิมันต์ สุนทรไชยา, พิไลพร สุขเจริญ. การพัฒนาและทดสอบเครื่องมือประเมินความต้องการดูแลด้านจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายในบริบทวัฒนธรรมไทย. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ*. 2562; 35(1):163-74.
 7. ชาย โพธิ์สิตา. ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่งจำกัด; 2562.
 8. ระวีวรรณ พิไลเกียรติ, จินตนา ฤทธามย์, ธัญชนก บุตรจันทร์. การดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยเรื้อรัง : ประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพ. *วารสารสภาการพยาบาล*. 2552; 24(1):62-76.
 9. สุมิตรา ตีระพงศ์ประเสริฐ, นิภาพรรณ สามารถกิจ, วิชา วิเสโส. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*. 2564; 29(1):67-79.
 10. Soto-Rubio A, Perez-Marin M, Rudilla D, Galiana L, Oliver A, Fombuena M, Barreto P. Responding to the spiritual needs of palliative care patients: A Randomized Controlled Trial to test the effectiveness of the KIDO Therapeutic Interview. *Front Psychol*. 2020; 11:1979. Doi:10.3389/fpsyg.2021.674453
 11. So H, Mackenzie L, Chapparo C, Ranka J, McColl MA. Spirituality in Australian Health Professional Practice: A Scoping Review and Qualitative Synthesis of Findings. *J Relig Health*. 2023; 62:2297-2322.
 12. Balboni TA, Fitchett G, Handzo GF, Johnson KS, Koenig HG, Pargament KI, Puchalski CM, Sinclair S, Taylor EJ, Steinhauser KE. State of the Science of Spirituality and Palliative Care Research Part II: Screening, Assessment, and Interventions. *J Pain Symptom Manage*. 2017; 54(3):441-453.
 13. Nissen RD, Viftrup DT, Hvidt NC. The process of spiritual care. *Front Psychol*. 2021; 12:674453. Doi: 10.3389/fpsyg.2021.674453
 14. พิณนภา แสงสาคร. การสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับสุขภาวะทางจิตวิญญาณ

ในบริบทของสังคมไทย[วิทยานิพนธ์ดุขฎี
บัณฑิต]. กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยศรีนครี
นทรวิโรฒ. 2554.

15. Zumstein-Shaha M, Ferrell B,
Economou D. Nurses' response to
spiritual needs of cancer patients.
Eur J Oncol Nurs. 2020; 48:101792.
16. Chahrour WH, Hvidt NC, Hvidt EA,
Viftrup DT. Learning to care for the
spirit of dying patients: the impact
of spiritual care training in a
hospice-setting. BMC Palliat Care.
2021; 20:115.
17. ฆานิต หลีเจริญ. การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย:
สะท้อนคุณค่าของวิชาชีพ. วารสาร มฉก.
วิชาการ. 2557; 17(37):127-138.
18. Miller M, Addicott K, Rosa WE.
Spiritual care as a core component
of palliative nursing. Am J Nurs.
2023; 123(2):54-9.
19. Connerton CS, Moe CS. The
Essence of Spiritual care. Creative
Nursing. 2018; 24(1):36-41.