



สุขภาพทางจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต

Spiritual Health among Relatives of Critically Ill Patients

แสงอรุณ	ใจวงศ์ผาบ	พย.ม.*	Sangaroon	Jaiwongpab	M.N.S.*
ประทุม	สร้อยวงศ์	ปร.ด.**	Pratum	Soivong	Ph.D.**
สุดารัตน์	สิทธิสมบัติ	ปร.ด.***	Sudarat	Sittisombut	Ph.D.***
มยุลี	สำราญญาติ	ปร.ด.****	Mayulee	Somrarnyart	Ph.D.****

บทคัดย่อ

การเจ็บป่วยวิกฤตเป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิต ส่งผลต่อผู้ป่วยวิกฤตและญาติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ หากญาติมีสุขภาพทางจิตวิญญาณที่ดีจะช่วยให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยช่วยให้ผู้ป่วยมีการฟื้นหายจากการเจ็บป่วยหรือจากไปอย่างสงบและสมศักดิ์ศรี การวิจัยเชิงพรรณนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสุขภาพทางจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลลำพูน ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2557 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2558 จำนวน 283 รายเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยใช้แบบประเมินสุขภาพทางจิตวิญญาณ ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากเครื่องมือประเมินสุขภาพทางจิตวิญญาณและประสบการณ์ในชีวิต (Spiritual Health And Life-Orientation Measure [SHALOM]) ของฟิชเชอร์ (Fisher, 2010) เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน และตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือก่อนนำไปใช้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้หรือการให้ความสำคัญในสิ่งที่มีความหมายและเป้าหมายในชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.63$, S.D. = .47) มีประสบการณ์การปฏิบัติในสิ่งที่มีความหมายและเป้าหมายในชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.62$, S.D. = .62) มีสุขภาพทางจิตวิญญาณในระดับที่เป็นทุกข์ (mean scores = 2.01) และมีความต้องการความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพในการคงไว้ซึ่งสุขภาพทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.83$, S.D. = .73)

ผลการวิจัยแสดงว่าสุขภาพทางจิตวิญญาณคือ ความสอดคล้องกันระหว่างการรับรู้หรือการให้ความสำคัญในสิ่งที่มีความหมายและเป้าหมายในชีวิต กับการปฏิบัติในสิ่งที่มีความหมายและเป้าหมายในชีวิต โดยมีการเชื่อมโยงองค์ประกอบภายใน 4 มิติ ได้แก่ มิติด้านตนเอง มิติด้านบุคคลอื่น มิติด้านสิ่งแวดล้อม และมิติด้านสิ่งศรัทธาเบื้องต้น การวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทางจิตวิญญาณ และวิธีการปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับส่งเสริมสุขภาพทางจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต

คำสำคัญ: สุขภาพทางจิตวิญญาณ ญาติผู้ป่วยวิกฤต

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลลำพูน

* Professional Nurse, Lamphun Hospital, S.jaiwongpab@gmail.com

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

**** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**** Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University



Abstract

Critical illness is a life-threatening event that affects both patients and their relatives. Critical illness can cause physical, mental, social, and spiritual problems. If the relatives of a patient are in good spiritual health, they can participate in the care of patients and help patients pass away with peace and dignity. This descriptive research study aimed to explore the spiritual health among relatives of critically ill patients admitted to the intensive care unit in Lamphun Hospital, from November 2014 to February 2015. Two hundred and eighty-three participants were purposively selected. The research instrument was the Spiritual Health Measure, which was modified from the Spiritual Health and Life-Orientation Measure (SHALOM) developed by Fisher (2010). The content validity index was approved by five experts in the field and reliability was tested before collecting data. Data were analyzed using descriptive statistics.

The results of this study were as follows:

1. Participants' overall perception of giving importance to meaning and purpose of life were at the highest level ($\bar{x} = 4.63$, S.D. = .47);
2. The lived experiences of meaning and purpose of life were at moderate levels ($\bar{x} = 2.62$, S.D. = .62);
3. Spirituality was at a distressing level (mean scores = 2.01); and 4. the need for health services to maintain spiritual health was at the highest level ($\bar{x} = 3.83$, S.D. = .73).

The findings of this study confirms that spiritual health is the dissonance between the perception or the giving of importance to the meaning and purpose of life, and the lived experiences of the meaning and the purpose of life. These related to each of the four dimensions, which include self-dimension, others dimension, environment dimension, and transcendent dimension. Future research should explore factors related to spiritual health, as well as nursing interventions to enhance the spiritual health among relatives of critically ill patients.

Key words: Spiritual health, Relatives of critically ill patients

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเจ็บป่วยวิกฤตเป็นการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยาที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว จนทำให้ผู้ป่วยในร่างกายนอนไม่หลับและเกิดภาวะความเครียด (ฉวีวรรณ ธงชัย, 2555) ในปัจจุบันจำนวนผู้ป่วยวิกฤตมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเนื่องจากวิทยาการทางการแพทย์มีความทันสมัย ส่งผลให้คนมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น แต่ทำให้

อวัยวะต่าง ๆ มีการเสื่อมหน้าที่ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยจะทำให้การเจ็บป่วยมีความซับซ้อนและรุนแรง ประกอบกับมีจำนวนการเกิดอุบัติเหตุและภัยพิบัติทางธรรมชาติที่เกิดขึ้นจึงทำให้คนเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยวิกฤตที่คุกคามต่อชีวิต (บุญส่ง พัจจนสุนทร, 2555) จากสถิติผู้ป่วยวิกฤตในต่างประเทศ พบว่าประเทศสหรัฐอเมริกา มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตในแต่ละปี



เพิ่มขึ้นจาก 1.2 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2001 เป็น 2.2 ล้านคน ในปี 2009 (Herring, Ginde, Fahimi, Alter, Maselli, Espinola et al., 2013) ส่วนในประเทศไทย จากสถิติกระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีการเพิ่มจำนวนเตียงผู้ป่วยวิกฤตขึ้นทุกปี ในปี พ.ศ.2553 ถึง 2555 มีจำนวน 7,115, 7,940 และ 7,851 เตียงตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2553; 2554; 2555) สำหรับโรงพยาบาลลำพูน มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ในปีงบประมาณ 2554 ถึง 2556 จำนวน 969 เป็น 976 และ 1,310 คน ตามลำดับ (สถิติโรงพยาบาลลำพูน, 2554-2556)

การเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บที่รุนแรงและ กระทั่งหันเป็นภาวะวิกฤตของผู้ป่วย ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยทางด้านร่างกายทำให้มีระบบการทำงานของร่างกายบกพร่อง ได้แก่ ระบบไหลเวียนโลหิต ระบบทางเดินหายใจ และระบบทางเดินปัสสาวะ อันเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ (Sandri, Berchiolla, Baldi, Gregori, & De Blasi, 2014) เกิดความเจ็บปวดที่มีสาเหตุจากโรคของผู้ป่วยเอง หรือจากการสอดใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อช่วยชีวิต (Li, Puntillo, & Miaskowski, 2008) การนอนหลับไม่เพียงพอเนื่องจากสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยวิกฤตที่มีแสง เสียง และการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลรักษา (Matthews, 2011) เกิดความเหนื่อยล้าอ่อนเพลีย ร่างกายชุ่มพอมจากการล้มเหลวของระบบการทำงานของร่างกาย (Hov, Hedelin, & Athlin, 2007) ทางด้านจิตใจ เกิดภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล (Hov et al., 2007) เกิดความเครียดจากอาการของโรคที่ไม่แน่นอน และสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย (Jones, 2012) ด้านสังคมผู้ป่วยถูกแยกออกจากสังคมที่คุ้นเคย และขาดความเป็นส่วนตัว (Urden, Stacy, & Lough, 2002) และในด้านจิตวิญญาณ ผู้ป่วยวิกฤตรู้สึกสูญเสียศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และสูญเสียการควบคุม เนื่องจากไม่สามารถสื่อสารได้จากการใส่เครื่องช่วยหายใจทำให้ไม่สามารถขอความช่วยเหลือหรือปฏิเสธการรักษา ถูกเปิดเผยร่างกาย เนื่องจากมีความจำเป็นต้องสังเกตอาการอย่างต่อเนื่อง และมีอุปกรณ์ทางการแพทย์

สัมผัสกับร่างกายในส่วนที่ผู้ป่วยที่อยากปกปิด (Urden et al., 2002)

ผลกระทบของการเจ็บป่วยวิกฤตส่งผลแก่ญาติผู้ป่วยวิกฤต ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ญาติผู้ป่วยวิกฤตต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยวิกฤตซึ่งเป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รัก ซึ่งมีวิธีการดำเนินโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ทั้งการเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บรุนแรงที่คุกคามต่อชีวิต (life-threatening condition) หรือบางรายที่ต้องเผชิญกับระยะเปลี่ยนผ่านหลายครั้งการเปลี่ยนผ่านของการดูแลรักษา หัตถการที่ผู้ป่วยวิกฤตได้รับ และการดำเนินของโรค ตลอดจนการถูกย้ายเข้า-ออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตทั้ง ๆ ที่ไม่ได้มีการวางแผนไว้ก่อนล่วงหน้า และในรายที่มีอาการรุนแรงไม่ตอบสนองต่อการรักษาที่ได้รับ จนเข้าสู่ภาวะสุดท้ายของชีวิต (ฉวีวรรณ ธงชัย, 2555) วิธีการดำเนินโรคที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และผู้ป่วยมีโอกาสที่จะเสียชีวิตได้ทุกเมื่อ ความไม่แน่นอนที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อมิติทางจิตวิญญาณของญาติ (พรเลิศฉัตรแก้ว, 2557) ภาวะวิกฤตเป็นเหตุการณ์ที่ทำให้ญาติเกิดความรู้สึกกลัวที่จะสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ขาดบุคคลที่เป็นที่ยึดเหนี่ยวทางใจ เกิดการเปลี่ยนแปลงเป้าหมายและมุมมองชีวิต รู้สึกสิ้นหวัง รู้สึกหมดพลัง หรือคุณค่าของตนเองลดลง ขาดความสงบสุขภายใน และสูญเสียศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ไม่อยากที่จะมีชีวิตอยู่ (Weiland, 2010) ซึ่งจะนำไปสู่การเจ็บป่วยทางด้านจิตวิญญาณ หากญาติมีการเจ็บป่วยทางจิตวิญญาณจะทำให้ญาติไม่สามารถปรับตัวและเผชิญกับภาวะวิกฤตของผู้ป่วยได้ ส่งผลทำให้มีพฤติกรรมเผชิญความเครียดที่ไม่เหมาะสม แสดงออกด้วยพฤติกรรมที่ก้าวร้าว รุนแรง เช่น การเอะอะ ตีโพยตีพาย หรือแยกตัว เป็นต้น หรือมีการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาของผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสม ไม่สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยหรือเป็นอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยได้ (Komachi & Kamibepu, 2015) การดูแลผู้ป่วยวิกฤตนอกจากจะเน้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมที่มีเป้าหมายเพื่อรักษาชีวิตและการฟื้นฟูอย่างมีสุขภาวะที่ดี หรือหากผู้ป่วยวิกฤตเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิตจะเน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบและ



สมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (จารุวรรณ บุญรัตน์ และ สุพัตรา อุปนิสากร, 2555) การสนับสนุนญาติก็เป็นอีกองค์ประกอบหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ถ้าหากญาติมีสุขภาพทางจิตวิญญาณที่ดี ญาติจะสามารถเผชิญกับความเครียดที่เกิดจากการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนของอาการผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงหลายครั้ง และความรู้สึกที่จะต้องสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (พรเลิศ ฉัตรแก้ว, 2556) การศึกษามิติทางจิตวิญญาณของญาติเป้าหมายแรก คือต้องการช่วยเหลือญาติให้สามารถเผชิญกับภาวะวิกฤตของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ถ้าญาติมีสุขภาพทางจิตวิญญาณที่ดี ญาติจะสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยร่วมกับบุคลากรทางสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ช่วยส่งผลดีต่อการฟื้นหายของผู้ป่วยหรือในกรณีที่เข้าสู่ภาวะสุดท้ายของชีวิต ญาติจะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยวิกฤตจากไปอย่างสงบ (จารุวรรณ บุญรัตน์ และ สุพัตรา อุปนิสากร, 2555; พรเลิศ ฉัตรแก้ว, 2557) ดังนั้นการมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพทางจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤตจึงมีความจำเป็น

สุขภาพทางจิตวิญญาณเป็นองค์ประกอบหนึ่งของสุขภาพดังที่องค์การอนามัยโลกได้ให้นิยามของสุขภาพว่าหมายถึง ภาวะที่เป็นสุขทางกาย (physical well-being) ภาวะที่เป็นสุขทางใจ (mental well-being) ภาวะที่เป็นสุขทางสังคม (social well-being) และ ภาวะที่เป็นสุขทางจิตวิญญาณ (spiritual well-being) ซึ่งทั้งสี่มิติไม่สามารถแยกจากกันได้ มีความเชื่อมโยงสัมพันธ์และเกี่ยวข้องซึ่งกันและกัน (World Health Organization [WHO], 1986) สุขภาพทางจิตวิญญาณเป็นสิ่งยืนยันว่าชีวิตของบุคคลนั้นมีความสัมพันธ์กับพระเจ้าหรือสิ่งศรัทธาเบื้องบน ตนเอง บุคคลอื่น และสิ่งแวดล้อมเพื่อหล่อเลี้ยงชีวิตและแสดงถึงความเป็นองค์รวมของบุคคลนั้น (National Interfaith Coalition on Aging [NICA], 1975) และ ฟิชเชอร์ (Fisher, 1998) กล่าวว่าสุขภาพทางจิตวิญญาณเป็นภาวะของบุคคลที่เป็นพลวัตที่แสดงว่าบุคคลนั้นสามารถมีชีวิตอยู่ได้โดยมีการสอดคล้อง

กันระหว่าง 4 มิติทางจิตวิญญาณ คือ มิติด้านตนเอง มิติด้านบุคคลอื่น มิติด้านสิ่งแวดล้อม และมิติด้านสิ่งศรัทธาเบื้องบน โดยการสอดคล้องกันทั้ง 4 มิติ (spiritual harmony) จะหมายถึงการที่บุคคลได้ปฏิบัติเกี่ยวกับตนเอง บุคคลอื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งศรัทธาเบื้องบน ตามที่บุคคลนั้นรับรู้ว่ามีค่าหรือมีความหมายชีวิต หรือเรียกอีกอย่างว่าสุขภาพทางจิตวิญญาณ แต่ถ้าบุคคลนั้นไม่ได้ปฏิบัติเกี่ยวกับตนเอง บุคคลอื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งศรัทธาเบื้องบน ตามที่รับรู้ว่ามีค่าหรือมีความหมายในชีวิตก็จะเกิดการไม่สอดคล้องกันทางจิตวิญญาณ (spiritual dissonance) หรือเรียกว่าทุกขภาวะทางจิตวิญญาณเมื่อบุคคลเกิดทุกขภาวะทางจิตวิญญาณ จะมีความต้องการความช่วยเหลือเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพทางจิตวิญญาณของตนเอง เพื่อให้เกิดสุขภาพแบบองค์รวมที่ดีและมีความสุขในชีวิตของบุคคลนั้น

สุขภาพทางจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤตมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ถ้าบุคคลไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมทั้ง 4 มิติทางจิตวิญญาณ คือ มิติด้านตนเอง มิติด้านบุคคลอื่น มิติด้านสิ่งแวดล้อม และ มิติด้านสิ่งศรัทธาเบื้องบน ตามการรับรู้ว่ามีค่าหรือมีความหมายในชีวิต ก็จะส่งผลกระทบต่อความสงบสุขภายใน (Fisher, 1998) โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทางจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วยตามวิถีของการเจ็บป่วยวิกฤต และสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยวิกฤต (พรเลิศ ฉัตรแก้ว, 2557) กรณีที่บุคคลอันเป็นที่รักเจ็บป่วยด้วยภาวะวิกฤต ญาติจะไม่ได้ได้รับความรักจากผู้ป่วยวิกฤต หรือตัวญาติก็ไม่สามารถแสดงหรือมอบความรักให้กับผู้ป่วย เนื่องจากอาการและสภาพแวดล้อมของหอผู้ป่วยวิกฤต หรือรู้สึกว่าได้ไม่ได้ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างที่ต้องการ ประกอบกับสภาพสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยวิกฤต เช่น เวลาเยี่ยม อุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ติดตามตัวผู้ป่วย สภาพผู้ป่วยอื่นที่อยู่ข้างเตียง การดูแลรักษาที่รับแรงและต้องการยื้อชีวิต ทำให้เกิดความรู้สึกว่าไม่ได้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย (Kirchhoff & Faas, 2007) รวมทั้งไม่สามารถปฏิบัติต่อสิ่งศรัทธา เบื้องบนตามความเชื่อหรือกิจกรรมทางศาสนา เนื่องจากขัดต่อการรักษาของแพทย์และพยาบาล และ



การที่ญาติมาอยู่เฝ้าผู้ป่วยที่โรงพยาบาลทำให้ญาติไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมเหล่านั้นได้ (Craven & Hirnle, 2003) ซึ่งจากปัจจัยดังกล่าวส่งผลต่อสุขภาวะทางจิตวิญญาณของญาติ จึงควรมีการศึกษาเกี่ยวกับสุขภาวะทางจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต

การศึกษาเกี่ยวกับสุขภาวะทางจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤตยังมีน้อยมากที่พบในต่างประเทศมีเพียงการวิจัยของฟิชเชอร์และบรูมเลย์ (Fisher & Brumley, 2008) ที่ศึกษาในกลุ่มพยาบาลและผู้ดูแลในสถานที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นการศึกษาเชิงปริมาณได้ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับปัจจัยด้านอายุ เพศ และสถานที่ทำงาน พบว่า อายุ เพศ หรือสถานที่ทำงานไม่มีผลต่อสุขภาวะทางจิตวิญญาณของพยาบาลและผู้ดูแล แต่สิ่งที่มีผลต่อสุขภาวะทางจิตวิญญาณ คือ ความเชื่อและมุมมองของพยาบาลและผู้ดูแล และการศึกษาของฟิชเชอร์ (Fisher, 2012) พบว่า พยาบาลให้การช่วยเหลือทางด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยจากการรับรู้หรือการให้ความสำคัญในสิ่งที่มีความหมายและเป้าหมายในชีวิต แต่ในส่วนของสมาชิกในครอบครัวจะดูแลจิตวิญญาณของผู้ป่วยด้วยการสะท้อนจากประสบการณ์การปฏิบัติในสิ่งที่มีความหมายและเป้าหมายในชีวิตของพวกเขา ในส่วนของประเทศไทย พบการศึกษาของไหมมุน๊ะ คลังซ็อง (2552) ศึกษาสุขภาวะทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายพบว่า ผู้ดูแลมีความเชื่อในพระเจ้าที่จะช่วยให้หายจากความเจ็บป่วย และยอมรับได้เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต กำลังใจของผู้ดูแลมาจากความศรัทธาในหลักความเชื่อของศาสนาอิสลาม มีหลักยึดเหนี่ยวในชีวิต รวมทั้งเข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองและครอบครัว อย่างไรก็ตามวิถีการเจ็บป่วยของผู้ป่วยวิกฤตที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลามีความแตกต่างกันกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม การนำผลการวิจัยที่ผ่านมามาอธิบายสุขภาวะทางจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤตอาจมีข้อจำกัด จึงจำเป็นต้องศึกษาสุขภาวะทางจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งผลการวิจัยที่ได้จะทำให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาวะทางจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต และใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาวะทาง

จิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสุขภาวะทางจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต

คำถามการวิจัย

สุขภาวะทางจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤตเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดสุขภาวะทางจิตวิญญาณของฟิชเชอร์ (Fisher, 1998) เป็นแนวทางในการวิจัย อธิบายได้ว่า ญาติผู้ป่วยวิกฤตต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยวิกฤตของบุคคลอันเป็นที่รักซึ่งเป็นภาวะเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต ส่งผลกระทบต่อญาติทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณ ในภาวะวิกฤตดังกล่าวญาติมีส่วนสำคัญในการตัดสินใจในการดูแลรักษาผู้ป่วยและมีส่วนร่วมในการให้การดูแลผู้ป่วย ดังนั้นสุขภาวะทางจิตวิญญาณของญาติจึงเป็นสิ่งสำคัญ สุขภาวะทางจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤตคือ การรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤตถึงการได้ปฏิบัติในสิ่งที่เกี่ยวข้องกับตนเอง บุคคลอื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งศรัทธาเบื้องต้นตามที่ญาติผู้ป่วยวิกฤตรับรู้ว่ามีมีความสำคัญหรือมีความหมายในชีวิตของตนเอง ซึ่งการมีสุขภาวะทางจิตวิญญาณที่สอดคล้องกันทั้งสี่มิติทางจิตวิญญาณ (spiritual harmony) จะแสดงถึงสุขภาวะสุขภาพทางจิตวิญญาณโดยรวมของบุคคล แต่ถ้าญาติผู้ป่วยวิกฤตไม่ได้ปฏิบัติในสิ่งที่เกี่ยวข้องกับตนเอง บุคคลอื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งศรัทธาเบื้องต้น ตามที่รับรู้ว่ามีมีความสำคัญหรือมีความหมายในชีวิตก็จะไม่เกิดการสอดคล้องกันทางจิตวิญญาณ (spiritual dissonance) หรือมีทุกขภาวะทางจิตวิญญาณและมีความต้องการความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพในการคงไว้ซึ่งสุขภาวะทางจิตวิญญาณ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษา



สุขภาพทางจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำพูน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติ ดังนี้ มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป เป็นญาติสายตรง ซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก และเป็นญาติของผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก อย่างน้อย 72 ชั่วโมง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของยามานะ (Yamane, 1973) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 283 ราย สำหรับการวิจัยครั้งนี้ไม่มีญาติผู้ป่วยวิกฤตที่ปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการทำวิจัย คือแบบประเมินสุขภาพทางจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต ผู้วิจัยดัดแปลงจากเครื่องมือประเมินสุขภาพทางจิตวิญญาณและประสบการณ์ในชีวิต (Spiritual Health And Life-Orientation Measure [SHALOM]) ของฟิชเชอร์ (Fisher, 2010)

การรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

แบบประเมินสุขภาพทางจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน นำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index [CVI]) ได้ค่าเท่ากับ 1 คำนวณหาความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) แต่ละด้าน ดังนี้ ด้านการรับรู้หรือการให้ความสำคัญในสิ่งที่มีความหมายและเป้าหมายในชีวิต ได้ค่าเท่ากับ .93 ด้านประสบการณ์การปฏิบัติในสิ่งที่มีความหมายและเป้าหมายในชีวิต เท่ากับ .93 และ ด้านความต้องการความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพในการคงไว้ซึ่งสุขภาพทางจิตวิญญาณ เท่ากับ .92 และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive research)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลภายหลังการรับรองของคณะกรรมการจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และได้พิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยอธิบายถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล การตอบรับหรือปฏิเสธการวิจัยจะไม่มีผลต่อการรักษาที่ผู้ป่วยวิกฤตได้รับ และข้อมูลที่ได้จะนำเสนอในภาพรวมของงานวิจัยและใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น โดยข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะเก็บเป็นความลับ ปกปิดแหล่งที่มาของข้อมูลอย่างเคร่งครัด

ผลการวิจัย

1. ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำพูน จำนวน 283 คน เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 65.40 เกินครึ่งหนึ่งอายุ 46 - 60 ปี ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธและมีสถานะภาพสมรสคู่ เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยวิกฤตโดยเป็นบุตรร้อยละ 56.20 และเป็นคู่สมสร ร้อยละ 32.50 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 39.20 และประกอบอาชีพ ค้าขาย รับจ้าง และเกษตรกร ร้อยละ 36.04, 22.62 และ 22.26 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ร้อยละ 98.2 และไม่เคยมีประสบการณ์ที่มีบุคคลที่ตนรักที่ไม่ใช่ผู้ป่วยคนปัจจุบัน เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ร้อยละ 98.6 สำหรับผู้ป่วยคนปัจจุบันที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ร้อยละ 95.80 เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตครั้งนี้เป็นครั้งแรก กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าคุณป่วยคนปัจจุบันมีการเจ็บป่วยรุนแรงมากที่สุดและมาก ร้อยละ 51.95 และ ร้อยละ 46.64 ตามลำดับ และได้รับการแจ้งจากทีมสุขภาพเกี่ยวกับอาการของคุณป่วยว่ามีอาการคงเดิม ร้อยละ 32.50 มีอาการทรุดลงร้อยละ 29.30 และไม่แน่ใจร้อยละ 20.50 สำหรับข้อมูลของผู้ป่วยวิกฤตเกินครึ่งหนึ่งเป็นเพศชายและมีอายุตั้งแต่ 61 ปีขึ้นไป ร้อยละ 67.50 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ เจ็บป่วยด้วยโรคในระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด และระบบประสาท ร้อยละ 35.70, 26.50 และ 23.30 ตามลำดับเกือบ ร้อยละ 70 มีระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยมากและผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตสูง ดัง ตารางที่ 1, 2



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล (n = 283)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	98	34.60
หญิง	185	65.40
อายุ		
≤ 30 ปี	9	3.20
31 – 45 ปี	87	30.70
46 – 60 ปี	148	52.30
61 ปีขึ้นไป	39	13.80
พิสัย = 22 – 70, \bar{x} = 48.44, S.D. = 10.30		
สถานะของการเป็นญาติหรือความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยวิกฤต		
บุตร	159	56.20
คู่สมรส	92	32.50
พี่หรือน้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน	16	5.65
บิดาหรือมารดา	9	3.18
หลาน	7	2.47
ประสบการณ์การเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤตของญาติ		
ไม่เคย	278	98.20
เคย	5	1.80
การพยากรณ์โรคของผู้ป่วยวิกฤต		
ความรุนแรงปานกลาง	4	1.41
ความรุนแรงมาก	132	46.64
ความรุนแรงมากที่สุด	147	51.95
การพยากรณ์โรคของผู้ป่วยวิกฤต		
ความรุนแรงปานกลาง	4	1.41
ความรุนแรงมาก	132	46.64
ความรุนแรงมากที่สุด	147	51.95
การมีบุคคลที่ตนรักที่ไม่ใช่ผู้ป่วยปัจจุบันเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤต		
ไม่เคย	279	98.60
เคย	4	1.40
ประสบการณ์การเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤตของผู้ป่วยปัจจุบัน		
เคยเข้ารับการรักษานเป็นครั้งแรก	271	95.80
เคยเข้ารับการรักษานเป็นครั้งที่ 2 เป็นต้นไป	12	4.20



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล (n = 283) (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
การได้รับแจ้งข้อมูลจากทีมสุขภาพเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย		
อาการดีขึ้น	50	17.70
อาการคงเดิม	92	32.50
อาการทรุดลง	83	29.30
ไม่แน่ใจ	58	20.50

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ จำแนกตามลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยวิกฤต (n = 283)

ลักษณะของผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	149	52.70
หญิง	134	47.30
อายุ		
≤ 30 ปี	6	2.10
31 – 45 ปี	24	8.50
46 – 60 ปี	62	21.90
61 ปีขึ้นไป	191	67.50
พิสัย = 25 – 85, \bar{X} = 63.00, S.D. = 11.91		
การวินิจฉัยโรคตามระบบ		
ระบบหายใจ	101	35.70
ระบบหัวใจและหลอดเลือด	75	26.50
ระบบประสาท	66	23.30
ระบบทางเดินปัสสาวะ	20	7.10
อุบัติเหตุ	11	3.90
ระบบทางเดินอาหาร	10	3.50
ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยวิกฤต (APACHE II)		
มีความรุนแรงของการเจ็บป่วยปานกลาง (คะแนน 11 – 20)	87	30.70
มีความรุนแรงของการเจ็บป่วยมากและผู้ป่วยมีโอกาเสียชีวิต สูง (คะแนนมากกว่า 20)	196	69.30



2. สุขภาวะทางจิตวิญญาณโดยรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้หรือการให้ความสำคัญในสิ่งที่มีความหมายและเป้าหมายในชีวิตอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.63, S.D. = .47$) แต่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติในสิ่งที่มีความหมายและเป้าหมายในชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.62, S.D. = .62$) และมีสุขภาวะทางจิตวิญญาณในระดับที่มีความรู้สึกเป็นทุกข์ (mean scores = 2.01) กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพในการคงไว้ซึ่งสุขภาวะทางจิตวิญญาณ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.83, S.D. =$

0.73) แต่เมื่อพิจารณารายละเอียดในแต่ละมิติ พบว่า มิติด้านตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีสุขภาวะทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับดี 2 ข้อ คือ การรับรู้ในตัวตนของตนเอง (mean score = 1.28) และตระหนักรู้ในตนเอง (mean score = 1.41) มิติด้านสิ่งแวดล้อม กลุ่มตัวอย่างมีสุขภาวะทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับดี 3 ข้อ คือ การเชื่อมโยงกับธรรมชาติ (mean score = 1.19) ไม่ลบล้างสิ่งรอบข้าง (mean score = 1.28) และการรับรู้ถึงพลังหรืออำนาจพิเศษที่มีอยู่ในสิ่งแวดล้อม (mean score = 1.20) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการรับรู้หรือการให้ความสำคัญในสิ่งที่มีความหมายและเป้าหมายในชีวิต ประสบการณ์การปฏิบัติในสิ่งที่มีความหมายและเป้าหมายในชีวิต สุขภาวะทางจิตวิญญาณ และความต้องการความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ

คำถาม	การรับรู้หรือการให้ความสำคัญในสิ่งที่มีความหมายและเป้าหมายในชีวิต		ประสบการณ์การปฏิบัติในสิ่งที่มีความหมายและเป้าหมายในชีวิต		สุขภาวะทางจิตวิญญาณ		ความต้องการความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ	
	Mean (SD)	แปลผล	Mean (SD)	แปลผล	mean scores	แปลผล	Mean (SD)	แปลผล
มิติด้านตนเอง	4.44 (.58)	มาก	2.43 (.68)	น้อย	2.01	เป็นทุกข์	3.89 (.68)	มาก
มิติด้านบุคคลอื่น	4.79 (.51)	มากที่สุด	2.75 (.88)	ปานกลาง	2.04	เป็นทุกข์	3.83 (.95)	มาก
มิติด้านสิ่งแวดล้อม	4.49 (.50)	มาก	2.54 (.60)	ปานกลาง	1.95	ปานกลาง	3.71 (.69)	มาก
มิติด้านสิ่งศรัทธาเป็องบน	4.81 (.51)	มากที่สุด	2.77 (.81)	ปานกลาง	2.04	เป็นทุกข์	3.91 (.81)	มาก
คะแนนโดยรวม	4.63 (.47)	มากที่สุด	2.62 (.62)	ปานกลาง	2.01	เป็นทุกข์	3.83 (.73)	มาก



อภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้หากพิจารณาตามแนวคิด สุขภาวะทางจิตวิญญาณของฟิชเชอร์ (Fisher, 1998) อธิบายได้ว่าการที่สุขภาวะทางจิตวิญญาณโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับที่เป็นทุกข์ เนื่องจากมีประสบการณ์การปฏิบัติในสิ่งที่มีความหมายและเป้าหมายในชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งไม่สอดคล้องกันกับการรับรู้หรือการให้ความสำคัญในสิ่งที่มีความหมายและเป้าหมายในชีวิตที่อยู่ในระดับมากที่สุด และมีความต้องการความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพในระดับมาก ผลการวิจัยยืนยันแนวคิดสุขภาวะทางจิตวิญญาณของฟิชเชอร์ (Fisher, 1998) ที่กล่าวว่าหากบุคคลซึ่งในการวิจัยนี้คือ ญาติผู้ป่วยวิกฤตรับรู้ว่าการปฏิบัติในสิ่งที่มีความหมายและเป้าหมายในชีวิต ไม่สอดคล้องกันกับการรับรู้หรือการให้ความสำคัญในสิ่งที่มีความหมายและเป้าหมายในชีวิต ก็จะก่อให้เกิดการไม่สอดคล้องกัน ในมิติทางจิตวิญญาณ (spiritual dissonance) หรือมีทุกขภาวะทางจิตวิญญาณและมีความต้องการความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพในการคงไว้ซึ่งสุขภาวะทางจิตวิญญาณในระดับมาก

ผลการวิจัยที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 66.10 อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางถึงวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย เป็นกลุ่มที่มีการปฏิบัติตามความเชื่อ ความศรัทธาของตนเองมากขึ้นเพื่อให้ตนเองเกิดความสงบสุขในชีวิต เป็นวัยที่มีเป้าหมายชีวิตที่ชัดเจนขึ้น ตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงของชีวิตได้ดี (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552) และกลุ่มตัวอย่างเป็นบุตรของผู้ป่วยวิกฤต ร้อยละ 56.20 รองลงมาเป็นคู่สมรสร้อยละ 32.50 โดยมีความผูกพันกันทางสายเลือดและทางกฎหมาย ซึ่งต้องเผชิญกับเหตุการณ์วิกฤตตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต และต้องเผชิญกับความกดดันในการตัดสินใจในช่วงเวลาที่จำกัด ซึ่งญาติส่วนใหญ่ยังไม่เคยมีประสบการณ์ การเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ร้อยละ 98.20 และไม่เคยมีประสบการณ์ที่บุคคลอื่นเป็นที่รักเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ร้อยละ 95.80 ประกอบกับผู้ป่วยวิกฤตมีระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย (APACHE II) อยู่ในระดับมากและ

มีโอกาสเสียชีวิตสูงร้อยละ 69.30 และญาติได้รับข้อมูลข่าวสารจากทีมสุขภาพเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยมีอาการคงเดิม อาการทรุดลง และอาการไม่แน่นอน ร้อยละ 32.50 29.30 และ 20.50 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างจึงมีการรับรู้หรือการให้ความสำคัญในสิ่งที่มีความหมายและเป้าหมายในชีวิตระดับมากที่สุด แต่อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การปฏิบัติในสิ่งที่มีความหมายและเป้าหมายในชีวิตของตนเองในระดับน้อยถึงปานกลาง โดยอาจเกิดจากสภาพของผู้ป่วยวิกฤตที่เต็มไปด้วยอุปกรณ์ช่วยชีวิต รวมถึงสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยวิกฤตที่ไม่ได้เอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยวิกฤตและญาติได้แสดงออกถึงความรัก ความห่วงใยที่มีต่อกัน ตลอดจนการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยต้องได้รับอย่างเร่งด่วน ประกอบกับญาติมีความกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย (ปฐมวดี สิงห์ตง และ ชนกพร จิตปัญญา, 2555) และเมื่อบุคคลที่ตนรักเข้ามาได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่ไม่ได้คาดการณ์ไว้ก่อน การดำเนินของโรคที่เป็นไปอย่างรวดเร็วและไม่คงที่ ต้องให้การรักษาอย่างรวดเร็วภายในระยะเวลาที่จำกัด อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกถึงความไม่แน่นอนที่จะเกิดขึ้น (พรเลิศ ฉัตรแก้ว, 2556) ประกอบกับต้องใช้เวลาในการทำงานเพื่อหารายได้มาจุนเจือครอบครัว โดยการประกอบอาชีพค้าขาย รับจ้าง และเกษตรกรร้อยละ 36.04 22.62 และ 22.26 ตามลำดับ ทำให้ประสบการณ์การปฏิบัติในสิ่งที่มีความหมายและเป้าหมายในชีวิตอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับแนวคิดของคาร์เวน และ เฮอเนล (Craven & Hirnle, 2003) กล่าวว่า การรักษาตัวในโรงพยาบาล เป็นสิ่งที่มีขอบเขต ขาดความเป็นอิสระส่วนบุคคล ผู้ป่วยและครอบครัวมีกิจวัตรประจำวันเปลี่ยนแปลง ไม่สามารถทำกิจกรรมตามปกติตามความศรัทธาของเขา หรือการได้รับการสนับสนุนจากสังคม ถูกแยกจากสถานที่ที่ให้การสนับสนุนด้านจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้การปฏิบัติทางจิตวิญญาณลดลงส่งผลให้ญาติผู้ป่วยวิกฤตเกิดการไม่สอดคล้องกันทางจิตวิญญาณ (spiritual dissonance) หรือเกิดทุกขภาวะทางจิตวิญญาณ

ผลการวิจัยในภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมี



สุขภาวะทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับที่เป็นทุกข์ (mean score = 2.01) และเมื่อพิจารณารายละเอียดในแต่ละมิติ พบว่า ในกลุ่มตัวอย่างมีสุขภาวะทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับดี 5 ข้อ ดังนี้ มิติด้านตนเอง 2 ข้อ คือ การรับรู้ในตัวตนของตนเอง (mean score = 1.28) และตระหนักรู้ในตนเอง (mean score = 1.41) มิติด้านสิ่งแวดล้อม 3 ข้อ คือ การเชื่อมโยงกับธรรมชาติ (mean score = 1.19) ไม่ลบหลู่สิ่งรอบข้าง (mean score = 1.28) และการรับรู้ถึงพลังหรืออำนาจพิเศษที่อยู่ในสิ่งแวดล้อม (mean score = 1.20) ผลการวิจัยดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ในภาวะที่สุขภาวะทางจิตวิญญาณเป็นทุกข์ มิติด้านตนเองและสิ่งแวดล้อมบางส่วนยังคงสุขภาวะทางจิตวิญญาณในระดับดีสามารถอธิบายได้ตามแนวคิดของฟิชเชอร์ (Fisher, 1998) ที่กล่าวว่า สุขภาวะทางจิตวิญญาณ มีการดำรงอยู่อย่างเป็นพลวัต โดยทั้ง 4 มิติทางจิตวิญญาณ ประกอบด้วย มิติด้านตนเอง มิติด้านบุคคลอื่น มิติด้านสิ่งแวดล้อม และมิติด้านสิ่งศรัทธา เบื้องบน มีความสัมพันธ์และมีการทำงานเกื้อกูลกัน เมื่อมีด้านใดด้านหนึ่งมีการรับรู้หรือการปฏิบัติอยู่ในระดับต่ำหรือเกิดทุกข์ภาวะทางจิตวิญญาณ ก็จะมีการปรับสมดุลโดยการปฏิบัติในด้านอื่นทดแทน เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาวะทางจิตวิญญาณอย่างต่อเนื่อง (Fisher, 1998)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การดูแลผู้ป่วยวิกฤตควรเน้นการดูแลแบบองค์รวม โดยให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต และพยาบาลควรให้การดูแลญาติผู้ป่วยวิกฤตโดยเน้นการดูแลที่ครอบคลุมด้านจิตวิญญาณ
2. การสอนทางการพยาบาลควรนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ประกอบการสอนนักศึกษาพยาบาลให้ตระหนักถึงความเจ็บป่วยของผู้ป่วยวิกฤตที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤตและให้การดูแลญาติเพื่อส่งเสริมสุขภาวะทางจิตวิญญาณ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางจิตวิญญาณ
2. ควรศึกษาหาวิธีการปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับส่งเสริมสุขภาวะทางจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต
3. ควรศึกษาสุขภาวะทางจิตวิญญาณในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติผู้ป่วยวิกฤตที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดทุกคนเนื่องจากผู้ป่วยวิกฤต 1 คนอาจมีญาติที่เป็นผู้ดูแลหลักและมีความผูกพันกับผู้ป่วยวิกฤต และเป็นผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจในการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยวิกฤตมากกว่า 1 คน

เอกสารอ้างอิง

- จากรุวรรณ บุญรัตน์, และสุพัตรา อุปนิสากร. (2555). การดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยวิกฤตและครอบครัวในไอซียู: ประสพการณ์ทางการพยาบาล. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 4(1), 1-13.
- ฉวีวรรณ ธงชัย. (2555). การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในผู้ป่วยวิกฤต. ในสมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธักดิ์ (บรรณาธิการ), *การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง: บูรณาการสู่การปฏิบัติ* (หน้า 227-228) กรุงเทพฯ: สภาการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2552). *จิตวิญญาณ: มิติหนึ่งของการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญสูง พัจจนสุนทร. (2555). What do we need for the ICU of tomorrow. ในดุสิต สถาวร, สหตลบุญญธาวร, และครรชิต ปิยะเวชวิรัตน์ (บรรณาธิการ), *From basics to bedsides* (หน้า 3-13). กรุงเทพฯ: สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย.
- ปฐมวดี สิงห์จง, และชนกพร จิตปัญญา. (2555). ประสพการณ์ของสมาชิกครอบครัวในหอผู้ป่วยวิกฤต: การวิจัยเชิงคุณภาพ. *วารสารพยาบาลรามธิบดี*, 18(3), 404-417.



- พรเลิศ ฉัตรแก้ว. (2556). *End-of-life care in ICU: The most difficult time for us (Update critical care)*.
เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พรเลิศ ฉัตรแก้ว. (2557). น้อมใจ ยอมรับ. ในสุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา และไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล (บรรณาธิการ),
รู้ไว้ก่อนไป ICU ความจริง 12 ประการที่ต้องรู้ (หน้า 146 – 165). กรุงเทพฯ: ธรรมสาร.
- สถิติโรงพยาบาลลำพูน. (2554-2556). *สถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต*. ลำพูน: โรงพยาบาลลำพูน.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2553). *ข้อมูลทรัพยากร ปี 2553: จำนวนเตียงผู้ป่วยหนัก ICU
จำแนกตามสังกัด รายเขตพื้นที่เครือข่ายบริการ จังหวัด ปี 2553*. Retrieved from [http://hrm.moph.go.th/
res53/res-rep2553.html](http://hrm.moph.go.th/res53/res-rep2553.html)
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *ข้อมูลทรัพยากร ปี 2554: จำนวนเตียงผู้ป่วยหนัก ICU
จำแนกตามสังกัด รายเขตพื้นที่เครือข่ายบริการ จังหวัด ปี 2554*. Retrieved from [http://thcc.or.th/
download/gishealth/report-gis54.pdf](http://thcc.or.th/download/gishealth/report-gis54.pdf)
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *ข้อมูลทรัพยากร ปี 2555: จำนวนเตียงผู้ป่วยหนัก ICU
จำแนกตามสังกัด รายเขตพื้นที่เครือข่ายบริการ จังหวัด ปี 2555*. Retrieved from [http://bps.ops.moph.
go.th/ Healthinformation/hos55/hos.html](http://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/hos55/hos.html)
- โหมมูนิะ คลังช่อง .(2552). *สภาวะทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย* (วิทยานิพนธ์
ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนามนุษย์และสังคม). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- Craven, R. F., & Hirnle, C. J. (2003). Spiritual health. In R. F. Craven (Ed.), *Fundamental of nursing:
Human health and function* (4th ed., pp. 1380-1402). Philadelphia: Lippincott.
- Fisher, J. W. (1998). *Spiritual health: Its nature and place in the school curriculum* (Unpublished
doctoral dissertation). University of Melbourne, Australia.
- Fisher, J. W. (2010). Development and application of a spiritual well-being questionnaire called
SHALOM. *Religions*, 1(1), 105-121.
- Fisher, J. W. (2012). Staff's and family members' spiritual well-being in relation to help for residents
with dementia. *Journal of Nursing Education and Practice*, 2(4), 77-85.
- Fisher, J. W., & Brumley, D. (2008). Nurses' and carers' spiritual wellbeing in the Workplace. *Australian
Journal of Advanced Nursing*, 25(4), 49-57. Retrieved from [http://bhdsdigital repository. bhs.org.
au/bhdsjspui/bitstream/11054/115/1/AJAN101.pdf](http://bhdsdigital repository. bhs.org.au/bhdsjspui/bitstream/11054/115/1/AJAN101.pdf)
- Herring, A. A., Ginde, A., Fahimi, J., Alter, H. J., Maselli, J. H., Espinola, J. A., . . . Camargo, C. A. (2013).
Increasing critical care admissions from U.S. emergency departments, 2001-2009. *Critical Care
Medicine*, 41(5), 1197-1204.
- Hov, R., Hedelin, B., & Athlin, E. (2007). Good nursing care to ICU patients on the edge of life. *Intensive
and Critical Care Nursing*, 23(6), 331-341.
- Jones, C. (2012). Surviving the intensive care: Residual physical, cognitive, and emotional dysfunction.
Thoracic Surgery Clinics, 22(4), 509-516.
- Kirchhoff, K. T., & Faas, A. I. (2007). Family support at end of life. *American Association of Critical Care
Nurse Advance Critical Care*, 18(4), 426-435.



- Komachi, M., & Kamibeppu, K. (2015). Acute stress symptoms in families of patients admitted to the intensive care unit during the first 24 hours following admission in japan. *Open Journal of Nursing*, 5(4), 325-335.
- Li, D., Puntillo, K., & Miaskowski, C. (2008). A review of objective pain measures for use with critical care adult patients unable to self-report. *The Journal of Pain*, 9(1), 2-10. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1526590007008553>
- Matthews, E. E. (2011). Sleep disturbances and fatigue in critically ill patients. *American Association of Critical Care Nurse Advance Critical Care*, 22(3), 204-224.
- National Interfaith Coalition on Aging. (1975). *Spiritual well-being*. Athens, GA: NICA.
- Sandri, M., Berchiolla, P., Baldi, I., Gregori, D., & De Blasi, R. A. (2014). Dynamic Bayesian Networks to predict sequences of organ failures in patients admitted to ICU. *Journal of Biomedical Informatics*, 48, 106-113.
- Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2002). *Thelan's critical care nursing: Diagnosis and management* (4th ed.). St. Louis: Mosby.
- Weiland, S. A. (2010). Integrating spirituality into critical care an APN perspective using Roy's adaptation model. *Critical Care Nursing Quarterly*, 33(3), 282-291.
- World Health Organization. (1986). *The Ottawa charter for health promotion*. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986. Retrieved from <http://www.who.int/hpr/archive/does/ottawa.html>
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An introductory analysis* (3rd ed.). New York: Harper and Row.