

## บทความวิจัย

## การพัฒนาและทดสอบเครื่องมือประเมินความต้องการดูแล ด้านจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายในบริบทวัฒนธรรมไทย Development and Preliminary Testing of the Spiritual Care Need Assessment Scale for End of Life Patients in Thai Cultural Context

Received: 20 Sep 2018

Revised: 31 Oct 2018

Accepted: 23 Nov 2018

วาสนี วิเศษฤทธิ์, ปร.ด. (Wasinee Wisesrith, Ph.D.)<sup>1</sup>รังสิมันต์ สุนทรไชยา, Ph.D. (Rangsiman Soonthornchaiya, Ph.D.)<sup>2</sup>พิไลพร สุขเจริญ, พย. ม. (Pilaiporn Sukcharoen, MNS.)<sup>3</sup>

## บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาแบบประเมินความต้องการดูแลด้านจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย และ 2) เพื่อสังเคราะห์องค์ประกอบตัวบ่งชี้ความต้องการดูแลด้านจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย ในบริบทวัฒนธรรมไทย ใช้การวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Method Research) 3 ระยะ ระยะที่ 1 พัฒนาโครงสร้างองค์ประกอบและข้อรายการแบบประเมินด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ประกอบด้วย การสังเคราะห์วรรณกรรม การสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ป่วยระยะท้าย การสนทนากลุ่มกับครอบครัวและกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย นำข้อสรุปการสังเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดมาสร้างเป็นแบบประเมินเพื่อนำไปใช้ใน ระยะที่ 2 และ 3 ด้วยการวิจัยเชิงปริมาณ ระยะที่ 2 ตรวจสอบคุณภาพแบบประเมินด้วยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 17 คน ด้วยเดลฟิเทคนิค วิเคราะห์ข้อมูลโดยค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ตรวจสอบความเที่ยงด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .89 และระยะที่ 3 ตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยระยะท้ายที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาโดยเลือกแบบเจาะจง 321 คน วิเคราะห์องค์ประกอบหมุนแกนแบบอโรโคโนลด้วยวิธีแฟกเตอร์ และจัดสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพประเมินผลการนำแบบประเมินไปใช้ สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. แบบประเมินความต้องการดูแลด้านจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย มีโครงสร้างองค์ประกอบ 7 ด้าน จำนวน 31 ข้อรายการ ได้แก่ 1) การมีความหมาย มีคุณค่า และมีเป้าหมายในชีวิต 2) การได้ปฏิบัติ กิจกรรมตามความเชื่อ ความศรัทธาและพิธีกรรมทางศาสนา 3) ความต้องการการช่วยเหลือเพื่อก้าวข้ามความ มีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ 4) การได้มีโอกาสทำสิ่งสำคัญที่สุดในชีวิต 5) การทบทวนประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา 6) ความต้องการจากไปอย่างสงบไม่ทุกข์ทรมาน และ 7) การเตรียมความพร้อมเพื่อก้าวสู่ความตาย โดยแต่ละตัวประกอบมีค่าไอเกนระหว่าง 1.053-9.631 และค่าความแปรปรวนรวมร้อยละ 64.15

2. ผลการนำแบบประเมินไปใช้จริงจากการสนทนากลุ่มกับพยาบาลวิชาชีพ พบว่า โครงสร้างและข้อรายการสามารถใช้ในการประเมินความต้องการของผู้ป่วยระยะท้ายได้จริง จึงควรทำคู่มือและเกณฑ์การประเมินประกอบเพื่อนำไปประเมินความต้องการดูแลด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยระยะท้าย และเป็นแนวทางวางแผนการดูแลด้านจิตวิญญาณให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

**คำสำคัญ:** การพัฒนาและทดสอบเครื่องมือ, ความต้องการดูแลด้านจิตวิญญาณ, ผู้ป่วยระยะท้าย, บริบทวัฒนธรรมไทย

งานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยที่ได้รับทุนอุดหนุนจากสำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติปีงบประมาณ 2560

<sup>1</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย E-mail: [wwasinee.w@gmail.com](mailto:wwasinee.w@gmail.com)

<sup>2</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ E-mail: [rangsiman@nurse.tu.ac.th](mailto:rangsiman@nurse.tu.ac.th)

<sup>3</sup> อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี E-mail: [pilaiporn.navynurse@gmail.com](mailto:pilaiporn.navynurse@gmail.com)

<sup>1</sup> Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand, <sup>2</sup> Thammasat University, Pathum Thani, Thailand,

<sup>3</sup> Suratthani Rajabhat University, Suratthani, Thailand

### Abstract

This study aimed to: 1) develop spiritual care need assessment scale for end-of-life patients; and 2) synthesize the components of the scale using a mixed-method design divided to three stages. Stage 1 consisted of the following: a development of structure; and components and assessment items using the qualitative method (systematic synthesis of literature on spiritual care, in-depth interviews with end-stage cancer, and focus group discussions with families and professional nurses). Stage 2 focused on a scale quality testing by 17 experts in palliative and end of life care using the Delphi technique. Reliability was tested using Cronbach's alpha coefficient, which yielded a reliability value of .89. Stage 3 aimed to develop and test a scale with 321 subjects to determine construct validity using the Varimax method. Focus group discussion was conducted with professional nurses to evaluate the instrument.

Results were as follows.

1) The findings could be summarized in 7 aspects (31 items) as follows: (1) meaning, value, and goals in living; (2) performance of activities consistent with religious beliefs, faith, and ceremony; (3) need for support to maintain human dignity; (4) opportunity to do the most important activities in life; (5) pas-life experience review; (6) need for a peaceful and painless departure; and (7) preparations for death. The components had eigen value at 1.053-9.631, and 64.156 % of variances.

2) The discussions with professional nurses found that assessment scale can be used to assess end-of-life patients' needs. In addition, assessment handbooks and criteria should be prepared to enable patients to use the scales in assessments and guidelines for planning more effective care.

**Keywords:** development and preliminary testing, spiritual care need assessment scale, end of life patients, Thai cultural context

## บทนำ

ปัจจุบันระบบสุขภาพทั่วโลกเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วโดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และโรคระยะรุนแรงในประเทศไทยที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง<sup>1</sup> ซึ่งล้วนทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานจากโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และจำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองอย่างใกล้ชิด การดูแลแบบประคับประคองจึงเป็นการดูแลที่มีความสำคัญที่เน้นการรักษาแบบองค์รวมเพื่อลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยไปจนเสียชีวิต และพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว และปัจจุบัน คำว่า การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) เป็นคำที่มีนัยครอบคลุมนับตั้งแต่การวินิจฉัยไปจนกระทั่งภายหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งสามารถดูแลร่วมกับกระบวนการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยและครอบครัว ตราบจนวาระสุดท้าย<sup>2</sup>

อย่างไรก็ตามการได้รับการส่งเสริมการดูแลด้านจิตวิญญาณในช่วงแรกของการวินิจฉัยอาจไม่สามารถกระทำได้อย่างชัดเจน ด้วยเงื่อนไขหลายประการ เช่น การขาดความตระหนักและให้ความสำคัญเนื่องจากสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่ยังไม่มีอาการรบกวนมากนักและยังตอบสนองต่อกระบวนการรักษาได้ดี เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะเปลี่ยนผ่านเนื่องจากอาการเจ็บป่วยที่มากขึ้นไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพและระบบสุขภาพ ซึ่งปัจจุบันการประเมินโดยเครื่องมือต่างๆ สามารถประเมินสภาพผู้ป่วยและให้การดูแลช่วยเหลือได้ดีขึ้น เช่น ผู้ป่วยระยะท้ายหมายถึงผู้ป่วยที่มีการดำเนินโรคมามากขึ้นและร่างกายไม่ตอบสนองต่อการรักษา มีระดับคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรม (Palliative Performance Scale) ลดลงเรื่อยๆ จากระดับคะแนน 0-100 เครื่องมือนี้สามารถช่วยให้ทีมสุขภาพประเมินผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองและให้การช่วยเหลือดูแลได้เหมาะสมยิ่งขึ้นกว่าในอดีตมาก สามารถแบ่งกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองเป็น 3 กลุ่มย่อยได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ (PPS>70%) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (PPS 0-30%) และผู้ป่วยที่อยู่ระหว่าง 2 กลุ่ม<sup>3</sup> หากค่าระดับคะแนนลดลงไปเรื่อยๆอย่างต่อเนื่องโดยไม่ได้มีการประเมินความต้องการดูแลด้านจิตวิญญาณอย่างเหมาะสม อาจไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการตอบ

สนองและสามารถเตรียมความพร้อมก้าวสู่ความตายได้ตามความปรารถนาที่จะตายที่ดี

จากปัญหาของระบบบริการสุขภาพในประเทศไทยที่ยังคงขาดระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่มีความเฉพาะเจาะจง ยังขาดการพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายด้านจิตวิญญาณ<sup>4</sup> พยาบาลวิชาชีพจึงควรเห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยเฉพาะการดูแลด้านจิตวิญญาณเพื่อสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเป็นองค์รวม

เมื่อกล่าวถึงคำว่า “จิตวิญญาณ” พบว่า จิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะท้ายแต่ละคนมีความแตกต่างกันโดยขึ้นอยู่กับประสบการณ์ วัฒนธรรม ประเพณี ศาสนา และค่านิยม จิตวิญญาณที่ผาสุกจึงช่วยให้บุคคลเผชิญต่อภาวะวิกฤติในชีวิตได้ดีที่สุดแม้จะมีความบกพร่องในด้านอื่นๆ<sup>5</sup> รวมไปถึงจิตวิญญาณมีผลต่อความสำเร็จในชีวิตทั้งเรื่องของสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยข้อมูลสนับสนุนคือ ผู้ป่วยระยะท้ายที่มีการรับรู้และสภาวะทางจิตวิญญาณที่ดี จะมีประสบการณ์ที่ดีต่อการเจ็บป่วย และพร้อมเผชิญต่อสภาวะการเจ็บป่วยและภาวะวิกฤติ การดูแลด้านจิตวิญญาณจึงเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองที่มีประสิทธิภาพ การประเมินความต้องการดูแลด้านจิตวิญญาณจะช่วยให้ทีมสุขภาพสามารถวางแผนการดูแลร่วมกับครอบครัวได้อย่างเหมาะสมเพื่อช่วยเหลือดูแลได้อย่างต่อเนื่องทันเวลาจนกระทั่งภายหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย

จากการศึกษาที่ผ่านมา การดูแลด้านจิตวิญญาณในประเทศไทยเป็นเพียงการนำแนวคิดและปรัชญาประเทศทางตะวันตกมาออกแบบสอบถามเท่านั้น พยาบาลส่วนใหญ่ยังขาดการตระหนักและให้ความสำคัญต่อการพัฒนาเครื่องมือสำหรับการประเมินและวัดคุณภาพของการดูแลด้านจิตวิญญาณ โดยในต่างประเทศ มีการพัฒนาเครื่องมือประเมินจิตวิญญาณของครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย<sup>6</sup> และใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะทางจิตวิญญาณของผู้ป่วย<sup>6</sup> แต่ในประเทศไทยไม่ปรากฏการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาและทดสอบเครื่องมือประเมินจิตวิญญาณผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตภายใต้บริบทสังคมวัฒนธรรมไทย ผู้วิจัยจึงต้องการพัฒนาและทดสอบเครื่องมือประเมินความต้องการดูแลด้านจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายในบริบทวัฒนธรรมไทยเพื่อนำมาสร้างเครื่องมือประเมินจิตวิญญาณและนำเครื่องมือ

มาใช้ทดสอบกับผู้ป่วยระยะท้าย และสร้างแนวทางในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแบบประเมินความต้องการดูแลด้านจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายในบริบทวัฒนธรรมไทย
2. เพื่อสังเคราะห์องค์ประกอบตัวบ่งชี้ความต้องการดูแลด้านจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายในบริบทวัฒนธรรมไทย

## กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้แนวคิดจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลด้านจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายประกอบด้วย วิธีการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง การให้ความสำคัญและการเคารพการรับรู้ส่วนบุคคลของผู้ป่วย การให้คุณค่าต่อประสบการณ์การเจ็บป่วยในบริบทวัฒนธรรมที่สอดคล้องกับความเชื่อความศรัทธาและวิถีชีวิตของผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญและปรับตัวต่อการยอมรับในความเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมาน<sup>7-10</sup> ร่วมกับผลการสังเคราะห์การให้หมายตามการรับรู้และประสบการณ์ของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในบริบทวัฒนธรรมไทย ได้แก่ ผู้ป่วยระยะท้าย ครอบครัวที่ให้การดูแล พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแล เพื่อพัฒนาแบบประเมินความต้องการดูแลด้านจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายในบริบทวัฒนธรรมไทยในด้านโครงสร้างองค์ประกอบและข้อรายการ<sup>11</sup> และนำไปทดสอบคุณภาพของแบบประเมิน<sup>12,13</sup>

## ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี ดำเนินการวิจัย 3 ระยะดังนี้

### ระยะที่ 1 การพัฒนาโครงสร้างองค์ประกอบและข้อรายการแบบประเมิน

การเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดย 1) สังเคราะห์วรรณกรรมเกี่ยวกับ จิตวิญญาณ การดูแลแบบประคับประคองอย่างเป็นระบบ 2) สัมภาษณ์เจาะลึกผู้ป่วยระยะท้ายที่มีระดับคะแนนจากการประเมินสถานะของผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลรักษาแบบประคับประคอง

(Palliative performance scale) 40-50 คะแนน จำนวน 3 คน 3) สันทนากรูมกับญาติที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักและเฝ้าดูแลอยู่ตลอดเวลา จำนวน 4 คน ในหออภิบาลคุณภาพชีวิต ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง และ 4) สันทนากรูมกับพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การดูแลกำหนดคุณสมบัติเป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในระยะเวลา 10 ปีขึ้นไป มีผลงานทางการวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลระยะท้าย เป็นวิทยากรสอนฝึกอบรมพยาบาลวิชาชีพทั่วภูมิภาค ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ ภาคกลาง และกรุงเทพมหานคร จำนวน 8 คน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เนื้อหา เพื่อสร้างแบบประเมินได้แบบประเมินที่มีโครงสร้างองค์ประกอบ จำนวน 8 ด้าน 43 ข้อรายการ จากนั้นนำแบบประเมินไปตรวจสอบคุณภาพด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปริมาณในระยะที่ 2 และ 3

### ระยะที่ 2 การตรวจสอบคุณภาพแบบประเมิน

นำแบบประเมินที่สร้างขึ้นมาตรวจสอบคุณภาพด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปริมาณ โดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลระยะท้ายโดยใช้เทคนิคเดลไฟ (Delphi technique) จำนวนทั้งสิ้น 17 คน ประกอบด้วย แพทย์ 3 คน พยาบาลวิชาชีพระดับระดับปฏิบัติการ 8 คน อาจารย์พยาบาล 3 คน และผู้นำทางศาสนา 3 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่เห็นด้วยกับโครงสร้างและข้อรายการของแบบประเมินและมีข้อเสนอแนะให้ปรับข้อความให้เหมาะสม จากนั้นปรับปรุงแบบประเมินตามคำแนะนำ และนำแบบประเมินไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 28 คน ตรวจสอบความเที่ยงด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค โดยระยะนี้ได้แบบประเมินที่มีโครงสร้างองค์ประกอบ จำนวน 8 ด้าน 41 ข้อรายการ จากนั้นนำแบบประเมินไปสังเคราะห์องค์ประกอบตัวบ่งชี้ในระยะที่ 3

### ระยะที่ 3 การสังเคราะห์องค์ประกอบตัวบ่งชี้ของแบบประเมินที่พัฒนาขึ้น

เมื่อได้แบบประเมินที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ว ด้านความตรง ความเที่ยง นำแบบประเมินไปตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง กำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เป็นผู้ป่วยระยะท้ายที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา (ระยะที่ 3 และระยะที่ 4) มีอายุ 40 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิงมารับ

การรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล มีคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรม (Palliative Performance Scale) ร้อยละ 40-70 มีสติสัมปชัญญะดี พูดคุยรู้เรื่อง และยินดีเข้าร่วมวิจัย โดยเลือกแบบเจาะจง ซึ่งการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิเคราะห์องค์ประกอบควรมีขนาดตัวอย่างอย่างน้อย 300 คน<sup>14</sup> และในงานวิจัยครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 321 คน จากนั้นวิเคราะห์องค์ประกอบ (EFA) ด้วยวิธีวิเคราะห์ตัวประกอบหลัก (Principle component analysis) หมุนแกนแบบออร์โธโกนอล (Orthogonal) ด้วยวิธีแวนแม็กซ์คัดเลือกตัวประกอบที่มีค่าไอเกนมากกว่าหรือเท่ากับ 1 และมีตัวแปรที่อธิบายตัวประกอบนั้นตั้งแต่ 3 ตัวแปรขึ้นไป แต่ละตัวแปรต้องมีน้ำหนักตัวประกอบ (Factor loading) ตั้งแต่ .35 ขึ้นไป จึงถือว่ายอมรับได้ ผู้วิจัยตรวจสอบการเกาะกลุ่มกันตามน้ำหนักตัวประกอบของข้อรายการตัวบ่งชี้ โดยภายหลังการวิเคราะห์ข้อมูลได้แบบประเมินที่มีโครงสร้างองค์ประกอบจำนวน 7 ด้าน 31 ข้อรายการ

#### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางจึงมีการกำหนดคุณสมบัติของโรงพยาบาลอย่างเฉพาะเจาะจงโดยเป็นโรงพยาบาลที่ให้การรักษายาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง มีหน่วยงาน/ศูนย์หรือพยาบาลผู้รับผิดชอบการดูแลระยะท้าย และมีพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์และผ่านการฝึกอบรมการดูแลแบบประคับประคองและระยะท้าย ซึ่งสถานที่ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วยโรงพยาบาลเขตภาคเหนือ 2 แห่ง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 3 แห่ง ภาคกลาง 1 แห่ง และภาคใต้ 1 แห่ง รวม 7 แห่ง โดยผู้วิจัยติดต่อขออนุมัติเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล และผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยและอนุญาตจากโรงพยาบาลที่เข้าไปเก็บข้อมูล

สำหรับในงานวิจัยนี้ผู้ช่วยวิจัยมีการอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย สิทธิประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างพึงได้รับ การพิทักษ์สิทธิในการปกปิดข้อมูลส่วนบุคคล การตอบรับหรือปฏิเสธไม่มีผลต่อการให้บริการแต่อย่างใด และหากการถามคำถามที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกไม่สบายใจและไม่ต้องการตอบคำถาม ผู้ช่วยวิจัยจะยุติการซักถามและประเมินความพร้อมของผู้ให้ข้อมูลทันที หากพบว่ามีความเสี่ยงต่อการกระทบอารมณ์และความรู้สึกอย่างรุนแรงจะยุติการสัมภาษณ์

และส่งต่อไปกับผู้เชี่ยวชาญต่อไป ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ แลบบันทึกลงความเสี่ยงทั้งหมดจะมีการทำลายทันที เพื่อพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย และงานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เอกสารรับรองเลขที่ 187.1/59

#### ผลการวิจัย

##### ระยะที่ 1 การพัฒนาโครงสร้างองค์ประกอบและข้อรายการแบบประเมิน

จากการศึกษาวิเคราะห์และทบทวนแนวคิดด้านจิตวิญญาณในทฤษฎีต่าง ๆ โดยเลือกเอกสารที่ได้รับการตีพิมพ์และเลือกการวิจัยที่พบในช่วง 12 ปีที่เป็นวารสารฉบับเต็ม (Full text) ทั้งในและต่างประเทศจากฐานข้อมูล Science direct, ProQuest, PubMed ภาษาไทยจากวารสารฉบับเต็มที่เผยแพร่ผ่านศูนย์อ้างอิงวารสารไทย (TCI) ประกอบด้วยผลการศึกษาในบริบทประเทศไทย 8 เรื่อง และผลการศึกษาในต่างประเทศ 48 เรื่อง จากนั้นสังเคราะห์และสรุปเป็นโครงสร้างองค์ประกอบของแบบประเมินได้จำนวนทั้งสิ้น 7 องค์ประกอบ 29 ข้อรายการ ได้แก่ 1) การมีความหมาย มีคุณค่าและมีเป้าหมายในชีวิต 2) การได้รับความรักและกำลังใจจากครอบครัว 3) การทบทวนประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา 4) การมีโอกาสทำสิ่งสำคัญที่สุดในชีวิต 5) การได้ปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อ ความศรัทธาและปฏิบัติกิจกรรม/พิธีกรรมทางศาสนา 6) การได้อยู่ในสภาพแวดล้อมและบรรยากาศที่เอื้อต่อความสงบใจ และ 7) การเตรียมความพร้อมเพื่อก้าวสู่ความตาย

ต่อมาเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้ให้ข้อมูล 3 กลุ่มที่มีประสบการณ์ตรง ได้แก่ การสัมภาษณ์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย การสนทนากลุ่มกับครอบครัวและญาติผู้ที่เป็นผู้ดูแลหลัก และสนทนากลุ่มกับพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์และเชี่ยวชาญการดูแลระยะท้าย ถอดเทปและวิเคราะห์เนื้อหา และสังเคราะห์เชื่อมโยงข้อมูลเพื่อบูรณาการร่วมกับโครงสร้างองค์ประกอบและข้อรายการจากการสังเคราะห์วรรณกรรม โดยได้องค์ประกอบและคุณลักษณะรายการเนื้อหาแบบประเมินจำนวนทั้งสิ้น 8 องค์ประกอบ 43 ข้อรายการ มีการเพิ่มเติมองค์ประกอบจากการสังเคราะห์วรรณกรรมอีก 1 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบด้านความต้องการการสนับสนุนด้านค่าใช้จ่าย

จ่าย/การช่วยเหลือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งจากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ นำมาวิเคราะห์เนื้อหาพบว่า สำหรับบริบทประเทศไทยความต้องการการมีความหมาย มีคุณค่าและศักดิ์ศรีเกิดขึ้นได้ยากหากไม่ได้รับการสนับสนุน การช่วยเหลือจากระบบสุขภาพเพราะผู้ป่วยและครอบครัวขาด ความมั่นใจ ขาดความสามารถในการจัดการดูแลการรบกวน ที่มีมากขึ้นในระลอกของการเจ็บป่วย และปัญหาต่างๆ เช่น ขาดรายได้ ปัญหาสิทธิการรักษาที่ไม่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายบาง ประการ เช่น ค่าวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ หรือได้มาอย่าง จำกัดทำให้การใช้ชีวิตที่บ้านมีความยากลำบาก ปัญหาห่วง และกังวลความเป็นอยู่ของครอบครัวภายหลังการเสียชีวิตของ ตนเอง จากการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลานานโดยเฉพาะผู้ป่วยที่ เป็นผู้หยาดได้หลักของครอบครัว ส่งผลให้การยอมรับปรับตัว พร้อมทั้งจะเผชิญและก้าวสู่ความตายอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ ต้องการได้ยาก รู้สึกผิดรู้สึกเศร้าใจที่ไม่สามารถจัดการดูแล ครอบครัวได้ และเพิ่มข้อรายการในแต่ละด้านในแต่ละองค์ ประกอบอีก 14 ข้อรายการ เนื่องจากมีโครงสร้างเนื้อหาที่ คล้ายคลึงกับการทบทวนวรรณกรรม สำหรับแบบประเมินที่ สร้างขึ้นประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคลแบบสอบถามประวัติและแหล่งสนับสนุนทาง จิตวิญญาณเป็นคำถามปลายเปิด และส่วนที่ 2 แบบประเมิน ความต้องการด้านจิตวิญญาณเป็นคำถามแบบประเมินค่า ระดับคะแนน

ตาราง 1 แสดงความเที่ยงของแบบประเมินความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณ

| ความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณ                    | ค่าความเที่ยง           |                          |
|----------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------|
|                                                    | กลุ่มทดลองใช้<br>(n=28) | กลุ่มตัวอย่าง<br>(n=321) |
| ความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณโดยรวม              | 0.89                    | 0.91                     |
| 1. ด้านการมีความหมาย มีคุณค่า และมีเป้าหมายในชีวิต | 0.87                    | 0.88                     |
| 2. ด้านการได้ปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อ และศาสนา   | 0.88                    | 0.90                     |
| 3. ความต้องการการช่วยเหลือเพื่อคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรี  | 0.88                    | 0.89                     |
| 4. ด้านการมีโอกาสทำสิ่งที่สำคัญที่สุดในชีวิต       | 0.88                    | 0.89                     |
| 5. ด้านการทบทวนประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา            | 0.90                    | 0.91                     |
| 6. ความต้องการจากไปอย่างสงบไม่ทุกข์ทรมาน           | 0.89                    | 0.89                     |
| 7. ด้านการเตรียมความพร้อมเพื่อก้าวสู่ความตาย       | 0.88                    | 0.89                     |

## ระยะที่ 2 การตรวจสอบคุณภาพแบบประเมิน

เมื่อได้แบบประเมินจึงนำไปตรวจสอบความตรงตาม เนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคองโดยใช้ เทคนิคเดลไฟ จำนวน 17 คน ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วย ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ พบค่ามัธยฐาน 4.84 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ 0.82 ปรับปรุงแบบประเมินตาม คำแนะนำและตัดข้อคำถามออกไปจำนวน 2 ข้อเนื่องจากมี ความซ้ำซ้อน จากนั้นนำแบบประเมินไปทดสอบกับกลุ่ม ตัวอย่างจำนวน 28 คน และตรวจสอบความเที่ยงด้วยค่า สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้ค่า ความเที่ยง 0.89 สำหรับ ระยะนี้ได้แบบประเมินที่มีโครงสร้างองค์ประกอบ จำนวน 8 ด้าน 41 ข้อรายการ จากนั้นนำแบบประเมินไปทดลองใช้กับ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 321 คน ผลการวิเคราะห์ความเที่ยง ดังตารางที่ 1

## ระยะที่ 3 การสังเคราะห์องค์ประกอบตัวบ่งชี้ ของแบบประเมินที่พัฒนาขึ้น

จากการวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างของแบบ ประเมินฯ ด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบ (EFA) ด้วยวิธี วิเคราะห์ตัวประกอบหลัก หมุนแกนแบบอโรโกนอลด้วยวิธี แวริแมกซ์ โดยผู้วิจัยตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นด้วยค่า เมทริกซ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรก่อนวิเคราะห์องค์ประกอบ ด้วยค่าสถิติ Bartlett's test of Sphericity พบว่า เมทริกซ์ สหสัมพันธ์เป็นเมทริกซ์เอกลักษณ์มีค่าเท่ากับ 465.00 และ

ตารางที่ 2 แสดงค่าน้ำหนักตัวประกอบ (Factor loading) ของแต่ละตัวแปรโดยจำแนกรายด้าน

| ความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณ<br>สำหรับผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตในบริบทวัฒนธรรมไทย | น้ำหนัก<br>ตัวประกอบ |
|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| 1. การมีความหมาย มีคุณค่า และมีเป้าหมายในชีวิต                                     | 0.652                |
| 2. การได้ปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อ ความศรัทธา                                     | 0.786                |
| 3. ความต้องการการช่วยเหลือ เพื่อคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์                   | 0.704                |
| 4. การมีโอกาสดำเนินสิ่งที่สำคัญที่สุดในชีวิต                                       | 0.548                |
| 5. การทบทวนประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา                                                | 0.583                |
| 6. ความต้องการจากไปอย่างสงบไม่ทุกข์ทรมาน                                           | 0.601                |
| 7. การเตรียมความพร้อมเพื่อก้าวสู่ความตาย                                           | 0.581                |

ตาราง 3 แสดงค่าไอเกน (Eigen value) ร้อยละของความแปรปรวน (% of variance) และร้อยละสะสมของความแปรปรวน (Cumulative %) ในแต่ละองค์ประกอบความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณ

| องค์ประกอบความต้องการการดูแล<br>ด้านจิตวิญญาณรายด้าน | ค่าไอเกน | ร้อยละ<br>ของความ<br>แปรปรวน | ร้อยละสะสม<br>ของความ<br>แปรปรวน |
|------------------------------------------------------|----------|------------------------------|----------------------------------|
| 1. การมีความหมาย มีคุณค่า และมีเป้าหมายในชีวิต       | 9.631    | 31.066                       | 31.066                           |
| 2. การได้ปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อ ความศรัทธา       | 2.723    | 8.785                        | 39.852                           |
| 3. ความต้องการการช่วยเหลือ เพื่อคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรี   | 2.255    | 7.274                        | 47.125                           |
| 4. การมีโอกาสดำเนินสิ่งที่สำคัญที่สุดในชีวิต         | 1.734    | 5.592                        | 52.718                           |
| 5. การทบทวนประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา                  | 1.334    | 4.302                        | 57.019                           |
| 6. ความต้องการจากไปอย่างสงบไม่ทุกข์ทรมาน             | 1.160    | 3.741                        | 60.760                           |
| 7. การเตรียมความพร้อมเพื่อก้าวสู่ความตาย             | 1.053    | 3.395                        | 64.156                           |

ค่าสถิติ Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (MSA) พบว่ามีค่าเท่ากับ .889 จากนั้นวิเคราะห์ตัวประกอบหลักได้ตัวประกอบจำนวน 7 ตัวที่มีค่าไอเกนมากกว่าหรือเท่ากับ 1 โดยมีตัวแปรที่อธิบายตัวประกอบนั้นตั้งแต่ 3 ตัวแปรขึ้นไป ซึ่งแต่ละตัวแปรมีน้ำหนักตัวประกอบ (Factor loading) ตั้งแต่ .35 ขึ้นไป ดังตารางที่ 2 และเมื่อเรียงลำดับตามค่าไอเกนและร้อยละของความแปรปรวนจากมากไปหาน้อยพบว่า แต่ละตัวประกอบมีค่าไอเกนระหว่าง 1.053-9.631 ค่าความแปรปรวนร้อยละ 3.395-31.066 และค่าความแปรปรวนร้อยละ 64.156 ดังตารางที่ 3

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบหมุนแกนแบบอโรโกลนอลด้วยวิธีแวกซ์แม็กซ์ เมื่อวิเคราะห์การเกาะกลุ่มกันของข้อรายการตามน้ำหนักตัวประกอบ พบว่า ข้อรายการองค์ประกอบด้านการได้อยู่ในสภาพแวดล้อมและบรรยากาศที่เอื้อต่อความสงบใจได้กระจายไปอยู่ใน ด้านที่ 1 ด้านที่ 2 และ ด้านที่ 3 และบางข้อรายการมีน้ำหนักตัวประกอบไม่เป็นไปตามเกณฑ์สรุปเหลือข้อรายการแบบประเพณีที่มีโครงสร้างองค์ประกอบจำนวน 7 ด้าน 31 ข้อรายการ ประกอบด้วย 1) การมีความหมาย มีคุณค่า และมีเป้าหมายในชีวิต จำนวน 8 ข้อ

- 2) การได้ปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อ ความศรัทธาและพิธีกรรมทางศาสนา จำนวน 5 ข้อ
- 3) ความต้องการการช่วยเหลือเพื่อคงไว้ซึ่งความมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ จำนวน 4 ข้อ
- 4) การได้มีโอกาสทำสิ่งสำคัญที่สุดในชีวิต จำนวน 5 ข้อ
- 5) การทบทวนประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา จำนวน 3 ข้อ
- 6) ความต้องการจากไปอย่างสงบไม่ทุกข์ทรมาน จำนวน 3 ข้อ และ
- 7) การเตรียมความพร้อมเพื่อก้าวสู่ความตาย จำนวน 3 ข้อ

### ผลการประเมินการนำไปใช้ของแบบประเมินความต้องการดูแลด้านจิตวิญญาณ

เมื่อนำแบบประเมินไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 321 คนเรียบร้อยแล้ว ดำเนินการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับพยาบาลผู้ช่วยวิจัยที่ได้นำแบบประเมินไปใช้จริงทั่วภูมิภาค ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ ภาคกลาง และกรุงเทพมหานคร จำนวน 9 คน และได้ข้อสรุปดังนี้ ลักษณะแบบประเมินมีความเหมาะสมสามารถนำไปประเมินความต้องการดูแลด้านจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายในบริบทวัฒนธรรมไทยได้จริง ข้อคำถามทุกข้อสามารถสื่อสารกับผู้ได้รับการประเมินได้ตรงและชัดเจน ข้อคำถามแต่ละข้อสามารถอ่านและเข้าใจได้ง่าย และสามารถตอบคำถามและให้คำระบับคะแนนได้ง่าย ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นคือ พยาบาลวิชาชีพได้ข้อมูลการรับรู้ความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณดีขึ้น ดังนั้นควรเพิ่มคู่มือการใช้แบบประเมินความต้องการดูแลด้านจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายในบริบทวัฒนธรรมไทยสำหรับผู้ประเมินและแปลผลการประเมินโดยการกำหนดเกณฑ์คะแนนเพื่อนำไปใช้ต่อไปในวงกว้าง และ ผู้บริหารควรสนับสนุนการนำไปใช้เชิงนโยบายและสนับสนุนให้มีการนำไปใช้อย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองของประเทศไทยให้มีคุณภาพเพิ่มขึ้น

### การอภิปรายผลการวิจัย

#### ประเด็นที่ 1 การอภิปรายข้อรายการแบบประเมินความต้องการดูแลด้านจิตวิญญาณรายด้าน

1. องค์ประกอบด้านการมีความหมาย มีคุณค่า และมีเป้าหมายในชีวิต ประกอบด้วยตัวบ่งชี้ได้แก่ ความต้องการใช้ชีวิตอย่างมีความสุขร่วมกับครอบครัว บุคคล และสิ่งที่รัก ความต้องการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลเมื่ออยู่

ในวาระสุดท้าย ความต้องการได้รับคำพูดที่แสดงถึงการให้กำลังใจจากครอบครัวและคนใกล้ชิด ความต้องการได้มีโอกาสกลับไปใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวและคนใกล้ชิด ความต้องการมีความสัมพันธ์ที่ดีกับคนที่รัก ครอบครัว คนใกล้ชิด และบุคคลที่เกี่ยวข้อง ความต้องการให้ครอบครัวและคนที่เกี่ยวข้องให้ความสำคัญกับท่าน ความต้องการได้รับการแสดงออกซึ่งความรักจากครอบครัวและคนใกล้ชิด และความต้องการให้บุคคลอื่นยอมรับในคุณค่าและความเชื่อของท่าน ซึ่งตัวบ่งชี้ข้างต้นถือเป็นส่วนหนึ่งของความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะท้าย ครอบครัวและญาติของผู้ป่วยระยะท้ายจึงมีอิทธิพลและส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย หากมีการสนับสนุนและให้ความสำคัญกับบุคคลเหล่านี้<sup>11</sup> ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลและได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณที่มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น<sup>15</sup> พยาบาลวิชาชีพควรให้ความสำคัญกับการประเมินจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะท้ายและการประเมินความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะท้ายต่อการให้คุณค่า และการมีเป้าหมายในชีวิตของผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลที่ครอบคลุมความต้องการแบบองค์รวมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อทำให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตช่วงวาระสุดท้ายได้อย่างมีคุณภาพ<sup>16,17</sup>

2. องค์ประกอบด้านการได้ปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อ ความศรัทธา และพิธีกรรมทางศาสนาประกอบด้วยตัวบ่งชี้ได้แก่ ความต้องการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ร่วมกับครอบครัวและคนใกล้ชิด ความต้องการความสะดวกในการประกอบพิธีทางศาสนาตามความเชื่อ หรือประเพณีนิยม ความต้องการโอกาสปฏิบัติกิจกรรมหรือพิธีกรรมต่างๆ ตามความเชื่อ และศรัทธาของตัวเอง ความต้องการโอกาสพูดแสดงความรู้สึกเกี่ยวกับสิ่งที่เลื่อมใสและศรัทธา และความต้องการให้ครอบครัวและคนใกล้ชิดสวดมนต์หรืออ่านคัมภีร์ตามความเชื่อทางศาสนาของท่าน ซึ่งตัวบ่งชี้ข้างต้นวิเคราะห์ได้ว่า ความเชื่อ และศรัทธาต่อศาสนามีอิทธิพลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะท้าย เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละคนล้วนมีความเชื่อและความต้องการด้านศาสนาที่แตกต่างกัน บทบาทด้านความเชื่อ และความต้องการที่จะประกอบพิธีกรรมทางศาสนาจึงแตกต่างกันตามมา แต่หากผู้ป่วยแต่ละคนได้รับการตอบสนองความเชื่อ ความศรัทธา และศาสนาตามที่ตนเองต้องการ<sup>13</sup> ผู้ป่วยจะเกิดความสุขสงบในชีวิต และ

ยอมรับในสภาวะความเจ็บป่วยและวาระสุดท้ายของชีวิตมากขึ้น และมีส่วนส่งเสริมให้เกิดการพยาบาลแบบองค์รวมที่มีประสิทธิภาพ<sup>16</sup>

3. องค์ประกอบด้านความต้องการการช่วยเหลือเพื่อคงไว้ซึ่งความมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ประกอบด้วยตัวบ่งชี้ได้แก่ ความต้องการได้รับการดูแลรวมถึงอุปกรณ์เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานทั้งขณะอยู่ในโรงพยาบาลและที่บ้าน ความต้องการได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างรวดเร็วทันการณ์เมื่อเกิดปัญหาหรืออุปสรรคขณะอยู่ในโรงพยาบาลและภายหลังออกจากโรงพยาบาล ความต้องการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้านจนกระทั่งเสียชีวิต และความต้องการความช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลตามสิทธิที่พึงได้รับ ซึ่งตัวบ่งชี้ข้างต้นวิเคราะห์ได้ว่า ผู้ป่วยระยะท้ายมีความต้องการด้านจิตวิญญาณที่แตกต่างกันจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วย โดยมีงานวิจัยที่สนับสนุนข้อค้นพบข้างต้น โดยมีผู้เสนอผลการศึกษาว่า ควรมีการส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่และบุคลากรทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะด้านการบริการเชิงรุกที่ทันทั่วถึงตามความเจ็บป่วยของผู้ป่วย<sup>13</sup> และการเสนอแนะว่าควรมีการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยการสนับสนุนให้เกิดส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยระยะท้าย และครอบครัวอย่างต่อเนื่อง<sup>18,19</sup> เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลที่เป็นองค์รวม และเกิดผลลัพธ์การดูแลที่มีประสิทธิภาพ<sup>20</sup> การประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณในด้านความต้องการการช่วยเหลือเพื่อคงไว้ซึ่งความมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์จึงถือเป็นสิ่งที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว

4. องค์ประกอบด้านการมีโอกาสทำสิ่งที่สำคัญที่สุดในชีวิต ประกอบด้วยตัวบ่งชี้ได้แก่ ความต้องการเป็นผู้ให้ และให้สิ่งดีๆ แก่ผู้อื่นเท่าที่สามารถกระทำได้ ความต้องการบอกความต้องการสุดท้ายให้ครอบครัวและคนใกล้ชิดได้รับรู้ ความต้องการให้ครอบครัวและคนใกล้ชิดทำตามความต้องการครั้งสุดท้ายและสิ่งที่ค้างคาใจ ความต้องการบอกความรู้สึกที่ดีต่อครอบครัว และความต้องการได้พูดคุยหรือปฏิบัติสิ่งที่ค้างคาใจกับครอบครัวและบุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งตัวบ่งชี้ข้างต้นวิเคราะห์ได้ว่า ผู้ป่วยระยะท้ายแต่ละรายล้วนมีความแตกต่าง

กันโดยขึ้นอยู่กับประสบการณ์ วัฒนธรรม ประเพณี ศาสนา และค่านิยม จิตวิญญาณที่ผาสุกจึงช่วยให้บุคคลเผชิญต่อภาวะวิกฤติในชีวิตได้ดีที่สุดแม้จะมีความบกพร่องในด้านอื่นๆ และมีผลต่อความสำเร็จในชีวิตทั้งเรื่องของสุขภาพ ความผาสุก และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น<sup>18</sup> หากพยาบาลวิชาชีพมีความสามารถในการประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะท้ายโดยเฉพาะความต้องการสุดท้าย<sup>13</sup> ย่อมเชื่อมโยงให้เกิดความเข้าใจในความต้องการของผู้ป่วย และสามารถให้การดูแลและการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณในประเด็นความต้องการมีโอกาสทำสิ่งที่สำคัญที่สุดในชีวิต ผู้ป่วยที่ถือเป็นสิ่งค้างคาใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. องค์ประกอบด้านการทบทวนประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา ประกอบด้วยตัวบ่งชี้ได้แก่ ความต้องการพูดคุยและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในชีวิตกับผู้ป่วยรายอื่น หรือผู้ที่มีความเจ็บป่วยคล้ายกัน ความต้องการระบายความรู้สึกเกี่ยวกับความกลัว และความวิตกกังวลกับครอบครัวและคนใกล้ชิด และความต้องการทบทวนเหตุการณ์ในชีวิตที่ผ่านมาที่ทำให้ทุกข์ใจ ซึ่งตัวบ่งชี้ข้างต้นวิเคราะห์ได้ว่า ประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยระยะท้ายเป็นสิ่งที่มีความคุณค่าและส่งผลโดยตรงต่อการรับรู้สภาวะความเจ็บป่วย และเกิดการยอมรับในความเจ็บป่วยของตนเอง สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ได้อธิบายความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีว่าประกอบด้วย การมีทัศนคติเชิงบวกและความหวัง การทบทวนเรื่องความเชื่อ การเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่ความตาย และการศรัทธาในสิ่งที่มีความหมายในชีวิตและทำให้ชีวิตมีคุณค่า ได้แก่ บุญกรรมที่ทำมา คำสั่งสอนทางศาสนา และสิ่งศักดิ์สิทธิ์<sup>21</sup> หากผู้ป่วยระยะท้ายมีประสบการณ์ชีวิตที่ดี ย่อมส่งผลความรู้สึกด้านบวก เกิดการระลึกถึงประสบการณ์ชีวิตที่มีคุณค่า<sup>22</sup> จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความสงบ ผ่อนคลาย ยอมรับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และมีความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยลดลง<sup>7</sup>

6. องค์ประกอบด้านความต้องการจากไปอย่างสงบไม่ทุกข์ทรมาน ประกอบด้วยตัวบ่งชี้ได้แก่ ความต้องการให้บุคคลในครอบครัวและคนใกล้ชิดได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนจากไปในวาระสุดท้ายของชีวิต ความต้องการได้รับยาบรรเทาปวดเพื่อลดความทุกข์ทรมานและจากไปอย่างสงบ และความต้องการจากไปอย่างสงบโดยปราศจากการยื้อชีวิต

จากครอบครัวหรือบุคลากรทีมสุขภาพ ซึ่งตัวบ่งชี้ข้างต้นวิเคราะห์ได้ว่าผู้ป่วยระยะท้ายส่วนใหญ่มีความต้องการและความปรารถนาที่จะให้วาระสุดท้ายของชีวิตอยู่ท่ามกลางครอบครัวและญาติ ไม่ต้องการใช้เครื่องมือทางการแพทย์เพื่อยื้อชีวิตและต้องการที่จะจากไปอย่างสงบโดยไม่ทุกข์ทรมาน สอดคล้องกับงานวิจัยที่ได้พัฒนาเครื่องมือประเมินความต้องการด้านจิตใจ (Spiritual Need) ของผู้ป่วยมะเร็ง โดยพบว่าผู้ป่วยระยะท้ายต้องการด้านความสุขสบายในการใช้ชีวิตตามสิทธิที่พึงได้รับ<sup>21</sup> พยาบาลวิชาชีพจึงควรมีความเข้าใจในความต้องการของผู้ป่วยระยะท้ายโดยเฉพาะความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยเพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานลดลง เกิดการยอมรับในอาการเจ็บป่วยของตน พร้อมจากไปอย่างสงบโดยไม่มี ความทุกข์ทรมาน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น<sup>22</sup>

7. องค์ประกอบด้านการเตรียมความพร้อมเพื่อก้าวสู่ความตาย ประกอบด้วยตัวบ่งชี้ได้แก่ ความต้องการการยอมรับในความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ และต้องการเรียนรู้วิธีการดูแลตนเอง ความต้องการการยอมรับในการกระทำที่ผ่านมา ตลอดจนความเชื่อในคำสอนทางศาสนาและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ และความต้องการเวลาในการพิจารณาใคร่ครวญว่าความตายเป็นเรื่องธรรมดาที่ทุกคนต้องเผชิญ ซึ่งตัวบ่งชี้ข้างต้นวิเคราะห์ได้ว่า ผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวมีความเกี่ยวข้องต่อกัน โดยหากทั้งสองฝ่ายไม่มีประสบการณ์ และไม่มีความพร้อมที่จะเผชิญกับความตายที่กำลังจะเกิดขึ้น ผลที่ตามมาคือความไม่สบายใจ ไม่มีความสุข และมีแต่ความทุกข์ทรมาน ความวิตกกังวล และความกลัวต่อสถานการณ์ความตายที่กำลังจะเกิดขึ้นในอนาคต<sup>7</sup> แต่หากพยาบาลวิชาชีพมีการเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจในความเจ็บป่วย และยอมรับกับสภาวะความเจ็บป่วยของตนเอง ย่อมทำให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการตอบสนองด้านจิตวิญญาณ เกิดความมีคุณค่าในตนเอง และพร้อมที่จะจากไปอย่างสงบ และเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น<sup>12</sup>

**ประเด็นที่ 2 การอภิปรายผลสังเคราะห์องค์ประกอบตัวบ่งชี้ของแบบประเมินความต้องการดูแลด้านจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายในบริบทวัฒนธรรมไทย**

แบบประเมินที่มีคุณภาพต้องเป็นเครื่องมือที่ผ่านการและการกระบวนการไตร่ตรองอย่างถูกต้อง เพื่อนำแบบ

ประเมินนั้นมาพิจารณาตัดสินคุณค่าของสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ต้องการวัดหรือตรวจสอบด้วยการเปรียบเทียบผลที่วัดได้กับเกณฑ์ที่กำหนดไว้<sup>14</sup> และเมื่อทบทวนวิธีการสร้างและพัฒนาแบบประเมินความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายในบริบทวัฒนธรรมไทยในงานวิจัยนี้ พบว่า วิธีการสร้างและพัฒนาแบบประเมินสอดคล้องกับงานวิจัยที่ได้พัฒนาและทดสอบเครื่องมือวัดความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะท้ายที่เริ่มต้นด้วยการทบทวนวรรณกรรม การตรวจสอบความเที่ยงตรงด้วยการวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้าง และการวิเคราะห์หองค์ประกอบ<sup>12</sup> รวมไปถึงงานวิจัยที่มีการพัฒนาและสร้างเครื่องมือประเมินความต้องการจำเป็นของผู้ป่วยมะเร็งด้วยการทบทวนวรรณกรรม การสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ และการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือประเมิน<sup>17</sup> และพัฒนาเครื่องมือประเมินจิตวิญญาณของผู้ป่วยเรื้อรัง ด้วยวิธีการสร้างแบบประเมินที่ใกล้เคียงการนำแบบประเมินที่สร้างขึ้นไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็ง<sup>12</sup> แบบประเมินความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณจึงมีคุณภาพเพียงพอต่อการนำไปใช้ประเมินความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะท้าย

### ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ส่งเสริมความรู้ความเข้าใจของพยาบาลวิชาชีพและบุคคลที่เกี่ยวข้องต่อการประเมินความต้องการดูแลด้านจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายในบริบทวัฒนธรรมไทย และนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการประเมินความต้องการการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยเฉพาะการดูแลด้านจิตวิญญาณ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่เป็นองค์รวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ
2. เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายเพื่อปรับปรุงคุณภาพระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองด้านการประเมินความต้องการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะท้ายโดยการส่งเสริมให้นำเครื่องมือการประเมินไปปรับใช้ในหน่วยงานที่ให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย เพื่อสนับสนุนศักยภาพบุคลากร พัฒนาระบบสนับสนุนต่างๆ และแนวปฏิบัติ และเพื่อเป็นการประเมินผลลัพธ์ ในการนำนโยบายลงสู่การปฏิบัติ และสามารถให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบองค์รวมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยในอนาคต

เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยในมิติการพัฒนาแบบ  
ประเมินความต้องการดูแลด้านจิตวิญญาณ สำหรับผู้ป่วย

ระยะท้ายในบริบทวัฒนธรรมไทย เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้าย  
และครอบครัวได้รับการตอบสนอง ด้านจิตวิญญาณ และเสีย  
ชีวิตโดยสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

### References

1. The national health. The laws and guideline for palliative care. 2<sup>th</sup> ed. Bangkok: TQP Company Limited; 2011. (in Thai)
2. World Health Organization. WHO Definition of Palliative Care [internet]. 2014. [cited 2015 December 3]. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
3. Jaturapatporn D. The method for assessment with Palliative Performance Scale (PPS). [internet]. 2015. [cited 2018 December 27]. Available from: <https://med.mahidol.ac.th/fammed/th/palliativecare/tools/doctorpalliative3th>
4. Wisarith W, Khungern J. The analysis of palliative care situations in Thai context. Journal of Gerontology and Geriatric Medicine 2006;7(3):12-20. (in Thai)
5. Daaleman TP, Reed D, Cohen LW, Zimmerman S. Development and Preliminary Testing of the Quality of Spiritual Care Scale. Journal of Pain and Symptom Management 2014;47(4):793-800.
6. Benito E, Oliver A, Galiana L, Barreto P, Pascual A, Gomis C, Barbero J. Development and Validation of a New Tool for the Assessment and Spiritual Care of Palliative Care Patients. Journal of Pain and Symptom Management 2014;47(6):1008-18.
7. Astrow BA. A Chinese Version of the Spiritual Needs Assessment for Patients Survey Instrument. Journal of Palliative Medicine 2012;15(12):1297-305.
8. Hocker A, Krull A, Koch U, Mehnert A. Exploring spiritual needs and their associated factors in an urban sample of early and advanced cancer patients. European Journal of Cancer Care 2014; 23:786-94.
9. Blaber M, Jones J, Willis D. Spiritual care: which is the best assessment tool for palliative settings. International Journal of Palliative Nursing 2015;21(9):430-8.
10. Lin YL, Rau KM, Liu YH, Lin YH, Ying J, Kao CC. Development and validation of the Chinese Version of Spiritual Interests Related Illness Tool for patients with cancer in Taiwan. European Journal of Oncology Nursing 2015; 19:589-94.
11. Boonyarat J, Uppanisakorn S. The spirituality care in Intensive Patients and families in Intensive Care Unit: Nursing Experiences. Princess of Narathiwat University Journal 2014;4(1):1-13. (in Thai)
12. Borneman T, Ferrell B, Puchalski CM. Evaluation of the FICA Tool for Spiritual Assessment. Journal of Pain and Symptom Management 2010;40(2):163-73.

13. Lin YL, Rau KM, Liu YH, Lin YH, Ying J, Kao CC. Development and validation of the Chinese Version of Spiritual Interests Related Illness Tool for patients with cancer in Taiwan. *European Journal of Oncology Nursing* 2015;19:589-94.
14. Shim EJ, Lee KS, Park JH, Park JH. Comprehensive needs assessment tool in cancer (CNAT): the development and validation. *Support Care Cancer* 2011;19:1957-68.
15. Leow M, Chan M, Chan S. Predictors of Change in Quality of Life of Family Caregivers of Patients Near the End of Life with Advanced Cancer. *Cancer Nursing* 2014;37(5):391-9.
16. Cobb M, Dowrick C, Lloyd-Williams M. What Can We Learn About the Spiritual Needs of Palliative Care Patients from the Research Literature? *Journal of Pain and Symptom Management* 2012;43(6):1105-19.
17. Kyle EK, Grace SC, Vineet A, David OM, Farr AC. Religiosity, Spirituality, and End-of-Life Planning: A Single-Site Survey of Medical Inpatients. *Journal of Pain and Symptom Management* 2012;44(6):843-51.
18. Currow DC, Allingham S, Yates P, Johnson C, Clark K, Eagar K. Improving national hospice/palliative care service symptom outcomes systematically through point-of-care data collection, structured feedback and benchmarking. *Support Care Cancer* 2015;23:307-15.
19. Sirilla J, Overcash J. Quality of life (QOL), supportive care, and spirituality in hematopoietic stem cell transplant (HSCT) patients. *Support Care Cancer* 2013;21:1137-44.
20. Charalambous A, Adamakidou T. Construction and validation of the quality of oncology nursing care scale (QONCS). *BMC Nursing* 2014;13(48):1-10.
21. Kaewmanee C, Nanthachaipan P, Sittisombut S. Spiritual Needs of Persons with Cholangiocarcinoma. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health* 2014;15-28. (in Thai)
22. Vilalta A, Valls J, Porta J, Vinas J. Evaluation of Spiritual Needs of Patients with Advanced Cancer in a Palliative Care Unit. *J Palliat Med.* 2014;17(5),592-9. retical model of health behavior change. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 2011;43(1):23-9.