โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุสมรรถนะการดูแลด้านจิตวิญญาณของนักศึกษาพยาบาล: การวิจัยแบบผสานวิธี

ยุทธชัย ไชยสิทธิ์ พย.ม.*
จำลอง วงษ์ประเสริฐ ปร.ด.** ไพรวัลย์ โคตรตะ ปร.ด.***

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสานวิธีเชิงลำดับประเภทอธิบายนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและตรวจสอบโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะการดูแลด้านจิตวิญญาณของนักศึกษาพยาบาล ตามด้วยการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อขยายความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงสุด กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 จากมหาวิทยาลัยราชภัฏ 12 แห่ง จำนวน 300 คน ผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 10 คน เครื่องมือวิจัยเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบวัดสมรรถนะการดูแลด้านจิตวิญญาณ แบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณ แบบวัดการรับรู้เกี่ยวกับจิตวิญญาณและการดูแลด้านจิตวิญญาณ แบบวัดทัศนคติด้านจิตวิญญาณและสิ่งที่เกี่ยวข้อง แบบวัดการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา แบบวัดความฉลาดด้านศีลธรรมจรรยา แบบวัดการรับรู้ความสามารถแห่งตน และแบบวัดการปฏิบัติการดูแลด้านจิตวิญญาณ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา 0.96-1.00 และค่าความเที่ยง 0.83-0.97 เครื่องมือวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เชิงลึกกึ่งโครงสร้าง แบบบันทึกภาคสนาม และการสังเกต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่าโมเดลที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (χ^2/df = 1.99, CFI = 0.96, TLI = 0.93, RMSEA = 0.057) โดยความผาสุกทางจิตวิญญาณมีอิทธิพลต่อสมรรถนะการดูแลด้านจิตวิญญาณสูงสุด (β = 0.68) รองลงมา ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับจิตวิญญาณและการดูแลด้านจิตวิญญาณ (β = 0.51) ทัศนคติด้านจิตวิญญาณและสิ่งที่เกี่ยวข้อง (β = 0.44) การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา (β = - 0.44) การปฏิบัติการดูแลด้านจิตวิญญาณ (β = 0.30) และความฉลาดด้านศีลธรรมจรรยา (β = -0.21) ตัวแปรทั้งหมดร่วมกันอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 57.10 ผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพชี้ให้เห็นว่าความผาสุกทางจิตวิญญาณช่วยส่งเสริมสมรรถนะการดูแลด้านจิตวิญญาณใน 4 ประเด็น ได้แก่ ส่งเสริมความเข้มแข็งภายในความเข้าใจตนเองและผู้ป่วย ความเมตตาและกรุณา และการดูแลด้านจิตวิญญาณให้ดียิ่งขึ้น

ดังนั้น หลักสูตรการศึกษาพยาบาลควรสอดแทรกแนวคิดการดูแลด้านจิตวิญญาณในการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ เจตคติที่ดี และทักษะการดูแลด้านจิตวิญญาณ เพื่อส่งเสริมสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาลในการดูแลด้านจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วย

คำสำคัญ: การดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณ การวิจัยแบบผสานวิธี นักศึกษาพยาบาล โมเดลเชิงสาเหตุ สมรรถนะการดูแลด้านจิตวิญญาณ

เลขที่จริยธรรมการวิจัย HE672004 ผ่านการตรวจไม่คัดลอกผลงาน พิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน
วันที่รับบทความ 29 เมษายน 2568 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 7 ตุลาคม 2568 วันที่ตอบรับบทความ 7 ตุลาคม 2568

***นักศึกษาหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิจัยและประเมินผลการศึกษา คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี ผู้ประพันธ์บรรณกิจ อีเมล yuttachai.c@ubru.ac.th**
****รองศาสตราจารย์ คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี**
*****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี**

A causal model of nursing students' competency in providing spiritual care: A mixed methods research

Yuttachai Chaiyasit M.N.S.*
Jumlong Vongprasert Ph.D.** Paiwan Kotta Ph.D.***

Abstract

This explanatory sequential mixed methods design, aimed to develop and validate a causal model of key factors influencing nursing students' competencies in spiritual care, followed by a qualitative study to gain a deeper understanding of the most influential variables. The sample included 300 fourth-year nursing students from 12 Rajabhat Universities and 10 key informants. Quantitative research tools included scales measuring spiritual care competency, spiritual well-being, spiritual perception and caregiving, spiritual attitudes and related aspects, religious practice, moral intelligence, self-efficacy, and spiritual care practice. The content validity indices ranged from 0.96 to 1.00, and the reliability coefficients ranged from 0.83 to 0.97. Qualitative research tools included semi-structured in-depth interviews, field notes, and observations. Data were analyzed using structural equation modeling and content analysis.

The study results showed that the developed model showed a good fit to the empirical data, as evidenced by satisfactory model fit indices (χ^2/df = 1.99, CFI = 0.96, TLI = 0.93, RMSEA = 0.057). Spiritual well-being had the strongest influence (β = 0.68), followed by spiritual perception and caregiving (β = 0.51), spiritual perception and caregiving (β = 0.44), religious practice (β = -0.44), spiritual care practice (β = 0.30), and moral intelligence (β = -0.21). All variables together explained 57.10% of variance. Qualitative analysis indicated that spiritual well-being enhances spiritual care competence in four areas: fostering inner strength, empathy, self-awareness and understanding of the patient, compassion, and improved spiritual care.

It is recommended that nursing curricula integrate spiritual care concepts into both theoretical and practical learning, including promoting spiritual well-being, positive attitudes, and spiritual care skills to enhance the competence of nursing students in providing spiritual care for patients.

keywords: causal model; mixed methods research; nursing students; spiritual care competency; spiritual care for patients

Ethical approval: HE672004, Plagiarism checked, 3 Reviewers.
Received 29 April 2025, Revised 7 October 2025, Accepted 7 October 2025

**PhD student in Educational Research and Evaluation, Faculty of Education, Ubon Ratchathani Rajabhat University, Corresponding author, E-mail: yuttachai.c@ubru.ac.th
**Associate professor, Faculty of Education, Ubon Ratchathani Rajabhat University
***Assistant professor, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani Rajabhat University

บทนำ

ความเจ็บป่วยส่งผลกระทบต่อมิติจิตวิญญาณ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรังและระยะสุดท้ายของชีวิต พบว่ามีภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณสูงถึงร้อยละ 17–73[1] พยาบาลจึงควรตอบสนองต่อความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย แต่การดูแลด้านจิตวิญญาณยังมีข้อจำกัดหลายประการ เนื่องจากความเป็นนามธรรมสูง ขาดคำนิยามที่ชัดเจน รวมถึงข้อจำกัดด้านเวลา การขาดแคลนบุคลากร และทัศนคติเชิงลบต่อการดูแลด้านนี้ ส่งผลให้การดูแลมุ่งเน้นเฉพาะด้านร่างกาย[2] นอกจากนี้การเรียนการสอน และการฝึกปฏิบัติที่ไม่เพียงพอส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลมีความสามารถในการดูแลด้านจิตวิญญาณของอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.40- 55.22[3-4] และมีเพียงร้อยละ 34.10 เท่านั้น ที่เคยที่ได้รับการฝึกอบรมด้านนี้[4]

สมรรถนะการดูแลด้านจิตวิญญาณเป็นการบูรณาการความรู้ เจตคติ และทักษะ ซึ่งอาศัยประสบการณ์และการฝึกฝนอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับแนวคิดปิรามิดสมรรถนะทางคลินิก ที่ระบุว่า ความเชี่ยวชาญทางคลินิกเกิดจากการหลอมรวมขององค์ประกอบทั้งสามข้างต้น[5] ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลด้านนี้อย่างเพียงพอมีแนวโน้มที่จะมีประสบการณ์ที่ดี มีความผาสุกในชีวิต ค้นพบความหมายและเป้าหมายของชีวิต ลดความวิตกกังวล มีความผาสุกด้านจิตวิญญาณ และคุณภาพชีวิตที่ดี[6] ประกอบด้วย 1) การปฏิบัติ การปรับปรุงคุณภาพ และการส่งต่อ 2) ทัศนคติต่อจิตวิญญาณ และการสื่อสาร 3) การสนับสนุนส่วนบุคคล และการให้คำปรึกษา และ 4) การประเมินด้านจิตวิญญาณ[5,7-8]

สมรรถนะการดูแลด้านจิตวิญญาณขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย โดยปัจจัยที่ไม่สามารถจัดกระทำได้ ได้แก่ 1) เพศ[9] 2) อายุ พบว่า ช่วงอายุ 40-49 ปี มีความสามารถในการดูแลด้านจิตวิญญาณลดลง 0.26 หน่วย เมื่อเทียบกับอายุ 20-29 ปี (95% CI = −0.49 to −0.03, p = 0.026)[10] และ 3) ระดับการศึกษา พบว่าความสามารถในการดูแลด้านจิตวิญญาณของระดับประกาศนียบัตรลดลง 0.40 หน่วย เมื่อเทียบกับระดับพยาบาลศาสตรบัณฑิต (95% CI = −0.56 to −0.24, p < 0.001)[10] ส่วนปัจจัยที่สามารถจัดกระทำได้ ได้แก่ 1) ความผาสุกทางจิตวิญญาณ[11] 2) การรับรู้เกี่ยวกับจิตวิญญาณและการดูแลด้านจิตวิญญาณ โดยมีอำนาจทำนาย ร้อยละ 13[12] 3) ทัศนคติด้านจิตวิญญาณและสิ่งที่เกี่ยวข้อง โดยมีอำนาจทำนาย ร้อยละ 55[13] 4) การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา (β = −11.82, p = 0.002)[9] 5) ความฉลาดด้านศีลธรรมจรรยา (r = 0.24, p < 0.001)[9] 6) การรับรู้ความสามารถแห่งตน (p < 0.05)[14] และ 7) การปฏิบัติการดูแลด้านจิตวิญญาณ (β = 0.398, p = 0.000)[13,15] อย่างไรก็ตาม งานวิจัยส่วนใหญ่มุ่งเน้นศึกษาความสัมพันธ์เชิงสหสัมพันธ์ และอิทธิพลทางตรงต่อสมรรถนะการดูแลด้านจิตวิญญาณ โดยยังขาดการอธิบายเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ที่ซับซ้อน และอิทธิพลทางอ้อมของปัจจัยเหล่านี้ที่ส่งผ่านตัวแปรอื่น ๆ ไปยังสมรรถนะการดูแลด้านจิตวิญญาณ

ในบริททประเทศไทย งานวิจัยเกี่ยวกับสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาลในการดูแลด้านจิตวิญญาณยังมีอยู่อย่างจำกัด งานวิจัยที่มีมุ่งเน้นศึกษาพฤติกรรมของพยาบาลในการดูแลด้านจิตวิญญาณ พบว่า พยาบาลมีพฤติกรรมการดูแลด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง[16] ทั้งนี้นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 อยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่านจากนักศึกษาสู่การเป็นพยาบาลวิชาชีพ[5] ผ่านการเรียนรู้ทั้งภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติในสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจริงทั้งในโรงพยาบาล และชุมชน จึงเป็นกลุ่มที่เหมาะสมในการศึกษาสมรรถนะการดูแลด้านจิตวิญญาณอย่างลึกซึ้ง เพื่อเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติงานจริงในอนาคต

เพื่อให้เข้าใจทั้งมิติของปัจจัยที่มีผลต่อสมรรถนะ และเข้าถึงความหมายรวมถึงประสบการณ์ที่อยู่เบื้องหลังพฤติกรรมการดูแลด้านจิตวิญญาณ การวิจัยครั้งนี้จึงเลือกใช้แนวทางการวิจัยแบบผสานวิธีภายใต้ปรัชญาปฏิบัตินิยม (pragmatism) ซึ่งเชื่อว่า การแสวงหาความรู้ไม่ควรยึดติดเพียงรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง แต่ควรเลือกวิธีการที่เหมาะสม และให้ข้อมูลที่มีประโยชน์ในทางปฏิบัติ[17] โดยเริ่มจากการศึกษาปัจจัยเชิงปริมาณ

เพื่อวิเคราะห์ และระบุปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะการดูแลด้านจิตวิญญาณของนักศึกษาพยาบาลอย่างเป็นระบบ จากนั้นจึงดำเนินการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยมุ่งเน้นขยายความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงสุด อธิบายถึงเหตุผลเชิงประสบการณ์ และบริบทที่ทำให้ตัวแปรนั้นส่งผลต่อสมรรถนะดังกล่าว ผลการวิจัยจากทั้งสองระยะจะถูกนำมาสังเคราะห์ร่วมกันในขั้นตอนสุดท้าย เพื่อสร้างองค์ความรู้ที่รอบด้าน และนำไปใช้เป็นแนวทางในการออกแบบหลักสูตร พัฒนาเจตคติ ทักษะ และการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล เพื่อส่งเสริมสมรรถนะการดูแลด้านจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพในอนาคต

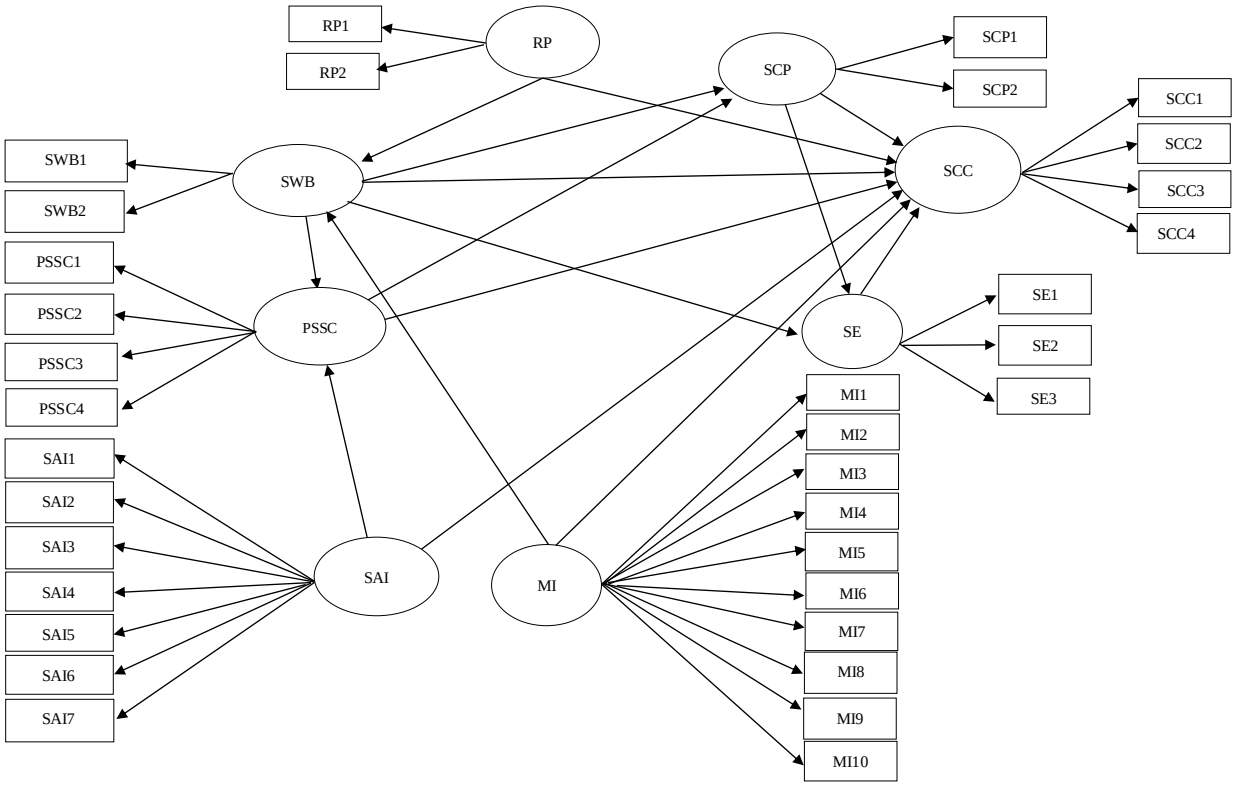
วัตถุประสงค์การวิจัย

1.พัฒนาและตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาลในการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย

2. อธิบายตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงสุดต่อสมรรถนะการดูแลด้านจิตวิญญาณ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมรรถนะการดูแลด้านจิตวิญญาณเป็นการบูรณาการความรู้ เจตคติ และทักษะ ประกอบด้วย 1) การปฏิบัติ การปรับปรุงคุณภาพ และการส่งต่อ 2) ทัศนคติต่อจิตวิญญาณ และการสื่อสาร 3) การสนับสนุนส่วนบุคคลและการให้คำปรึกษา และ 4) การประเมินด้านจิตวิญญาณ[5,7-8] สอดคล้องกับแนวคิดปิรามิดสมรรถนะทางคลินิก ระบุว่า ความเชี่ยวชาญทางคลินิกเกิดจากการบูรณาการองค์ประกอบทั้ง 3 ผ่านลำดับขั้นการพัฒนาสมรรถนะ ได้แก่ ขั้นความรู้ความเข้าใจ และขั้นแสดงออกเชิงพฤติกรรม[5] ส่วนปัจจัยที่ส่งผลต่อสมรรถนะการดูแลด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ ความผาสุกทางจิตวิญญาณ (SWB)[11] การรับรู้เกี่ยวกับจิตวิญญาณและการดูแลด้านจิตวิญญาณ (PSSC)[11-12] ทัศนคติด้านจิตวิญญาณและสิ่งที่เกี่ยวข้อง (SAI)[13] การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา (RP)[12-13] ความฉลาดด้านศีลธรรมจรรยา (MI)[9] การรับรู้ความสามารถแห่งตน (SE)[14] และการปฏิบัติการดูแลด้านจิตวิญญาณ (SCP)[15] ปัจจัยดังกล่าวยังส่งผลทางอ้อมผ่านตัวแปรอื่น ๆ ไปยังสมรรถนะการดูแลด้านจิตวิญญาณ ดังกรอบแนวคิดการวิจัยภาพที่ 1 กำหนดสมมุติฐานการวิจัยดังนี้ 1) ความผาสุก 2) การรับรู้เกี่ยวกับจิตวิญญาณและการดูแลด้านจิตวิญญาณ 3) ทัศนคติด้านจิตวิญญาณและสิ่งที่เกี่ยวข้อง 4) การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา 5) ความฉลาดทางด้านศีลธรรมจรรยา 6) การรับรู้ความสามารถแห่งตน และ 7) การปฏิบัติการดูแลด้านจิตวิญญาณ มีอิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อมและอิทธิพลรวมต่อสมรรถนะการดูแลด้านจิตวิญญาณของนักศึกษาพยาบาล



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสานวิธีเชิงลำดับประเภทอธิบาย (explanatory sequential design)[17] เริ่มจากการศึกษาเชิงปริมาณ เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะการดูแลด้านจิตวิญญาณของนักศึกษาพยาบาล ตามด้วยการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อเจาะลึกปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงสุด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2567 จำนวน 782 คน จากมหาวิทยาลัยราชภัฏ 12 แห่ง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง 5-10 เท่าของตัวแปรสังเกตได้หรือ 300 คน อยู่ในระดับดี[18] ตัวแปรสังเกตมี 34 ตัวแปร กลุ่มตัวอย่างควรมีขนาด 170-340 คน ดังนั้น กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง 300 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น กำหนดขนาดเป็นสัดส่วนกับชั้นภูมิ เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ทั้งเพศหญิงและเพศชาย 3) มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยทุกช่วงวัยในหลากหลายสาขาทั้งผู้ป่วยวิกฤตและเรื้อรังในโรงพยาบาลและชุมชน 4) สื่อสารเข้าใจ และ 5) สมัครใจเข้าร่วมการศึกษา เกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) มีปัญหาสุขภาพกายและจิตที่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา และ 2) ถอนตัวออกจากการศึกษา ส่วนผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากสถาบันที่มีคะแนนสูงสุดของตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงสุดต่อสมรรถนะการดูแลด้านจิตวิญญาณ โดยใช้เกณฑ์คัดเข้าและคัดออกเดียวกัน เน้นความหลากหลายสูงสุดตามบริบทการดูแลผู้ป่วยที่แตกต่างกัน เพื่อสะท้อนประสบการณ์ที่หลากหลาย จนข้อมูลอิ่มตัว คือ ไม่พบประเด็นใหม่จากการสัมภาษณ์[17] ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดมีจำนวน 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบวัดการรับรู้เกี่ยวกับจิตวิญญาณและการดูแลด้านจิตวิญญาณ ทัศนคติเกี่ยวกับจิตวิญญาณและสิ่งที่เกี่ยวข้อง การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ความฉลาดด้านศีลธรรมจรรยา การรับรู้ความสามารถแห่งตน และการปฏิบัติการดูแลด้านจิตวิญญาณต้นฉบับภาษาอังกฤษถูกเป็นภาษาไทยโดยการแปลไปข้างหน้าพร้อมการทดสอบ (forward-only translation with testing)[19]โดยผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาล 2 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา 1 คน ผู้แปลเป็นอิสระต่อกัน นำผลการแปลมาสรุปแล้วส่งให้ผู้แปลตรวจสอบ ตรวจสอบความเข้าใจภาษากับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 จำนวน 5 คน ซึ่งไม่มีการแก้ไขเนื้อหาในแบบวัด ตรวจสอบความตรงด้วยดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI)[20] โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญการดูแลด้านจิตวิญญาณ ด้านการวิจัยและประเมินผลการศึกษา และพยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญการดูแลจิตวิญญาณ ตรวจสอบความเที่ยง (reliability) กับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค[20] ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ชั้นปีและสถาบันการศึกษา

2. แบบวัดสมรรถนะการดูแลด้านจิตวิญญาณ พัฒนาโดยผู้วิจัยตามแนวคิดสมรรถนะการดูแลด้านจิตวิญญาณ[5,7-8] ลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 30 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) การปฏิบัติการปรับปรุงคุณภาพ และการส่งต่อ 2) ทัศนคติต่อจิตวิญญาณ และการสื่อสาร 3) การสนับสนุนส่วนบุคคลและการให้คำปรึกษา และ 4) การประเมินด้านจิตวิญญาณ การแปลผล คะแนนสูง หมายถึง มีสมรรถนะการดูแลด้านจิตวิญญาณสูง แบบวัดมีความตรง 0.96 และความเที่ยง 0.96 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ พบว่าค่าไอเกน 3.93-8.76 อธิบายความแปรปรวนร้อยละ 74.03 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน พบว่าโมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($p < 0.05$) ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ 0.74-0.95 ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ ร้อยละ 54.40-91.00

3. แบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณ พัฒนาโดย Poloutzian & Ellison[21] ลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 6 ระดับ จำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็น 2 มิติ ได้แก่ 1) ความผาสุกกับสิ่งที่เป็นอยู่ และ 2) ความผาสุกด้านศาสนา การแปลผล 20-40 คะแนน ระดับต่ำ 41-99 คะแนน ระดับปานกลาง และ 100-120 คะแนน ระดับสูง แบบวัดมีความตรง 0.98 และความเที่ยง 0.90

4. แบบวัดการรับรู้เกี่ยวกับจิตวิญญาณและการดูแลด้านจิตวิญญาณ พัฒนาโดย McSherry และคณะ[22] ตามแนวคิดการดูแลด้านจิตวิญญาณ ลักษณะเป็นมาตรวัด 5 ระดับ จำนวน 17 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) จิตวิญญาณจำนวน 2) การดูแลด้านจิตวิญญาณ 3) ศาสนา และ 4) การดูแลส่วนบุคคล การแปลผล คะแนนสูง หมายถึง การรับรู้และการดูแลด้านจิตวิญญาณระดับสูง แบบวัดมีความตรง 0.99 และความเที่ยง 0.92

5. แบบวัดทัศนคติเกี่ยวกับจิตวิญญาณและสิ่งที่เกี่ยวข้องพัฒนาโดย de Jager Meezenbroek และคณะ[23] ลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 6 ระดับ จำนวน 26 ข้อ แบ่งเป็น 7 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการมีความหมาย 2) ด้านความเชื่อมั่น 3) ด้านการยอมรับ 4) ด้านการดูแลผู้อื่น 5) ด้านการเชื่อมต่อกับธรรมชาติ 6) ด้านการมีประสบการณ์กับสิ่งที่เหนือกว่า และ 7) ด้านการปฏิบัติด้านจิตวิญญาณ การแปลผล คะแนนสูง หมายถึง ทัศนคติเกี่ยวกับจิตวิญญาณและสิ่งที่เกี่ยวข้องระดับสูง แบบวัดมีความตรง 0.99 และความเที่ยง 0.91

6. แบบวัดการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา พัฒนาโดย Koenig & Büssing[24] จำนวน 5 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ 1) ชุมชน/องค์กรศาสนา เป็นมาตรประมาณค่า 6 ระดับ และ 2) ปัจเจกบุคคล/ภายใน เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ การแปลผล คะแนนสูง หมายถึง มีการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาระดับสูง แบบวัดมีความตรง 1.00 และความเที่ยง 0.85

7. แบบวัดความฉลาดด้านศีลธรรมจรรยา พัฒนาโดย Lennick and Kiel[25] ลักษณะมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 40 ข้อ แบ่งเป็น 10 ด้าน ได้แก่ 1) การปฏิบัติตนสอดคล้องกับหลักการ ค่านิยม และความเชื่อ 2) การบอกความจริง 3) การยืนกรานเพื่อสิ่งที่ถูกต้อง 4) การรักษาสัญญา 5) การรับผิดชอบต่อการเลือกของตน 6) การยอมรับความผิดพลาดและล้มเหลว 7) การน้อมรับความรับผิดชอบในการรับใช้ผู้อื่น 8) การเอาใจใส่ผู้อื่นอย่างตั้งใจ 9) การละทิ้งความผิดพลาดของตัวเอง และ 10) การละทิ้งความผิดพลาดของผู้อื่น การแปลผล 90-100 คะแนน ระดับสูงมาก 80-89 คะแนน ระดับสูง 60-79 คะแนน ระดับปานกลาง 40-59 คะแนน ระดับต่ำ และ 20-39 ระดับต่ำมาก แบบวัดมีความตรง 0.99 และความเที่ยง 0.97

8. แบบวัดการรับรู้ความสามารถแห่งตน พัฒนาโดย Yildirim and Ilhan[26] ตามแนวคิดการรับรู้ความสามารถแห่งตน (self-efficacy ของ Bandura มีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 17 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความริเริ่มตั้งใจ 2) ด้านความอดทน และ 3) ด้านความพยายาม ข้อความทางลบจะให้คะแนนตรงข้ามกับข้อความเชิงบวก การแปลผล คะแนนสูง หมายถึง การรับรู้ความสามารถแห่งตนระดับสูง แบบวัดมีความตรง 1.00 และความเที่ยง 0.83

9. แบบวัดการปฏิบัติการดูแลด้านจิตวิญญาณ Musa and Pevalin[27] ตามแนวคิดการดูแลด้านจิตวิญญาณ มีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ จำนวน 17 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านสิ่งที่เป็นอยู่ และ 2) ด้านศาสนา การแปลผล คะแนนสูง หมายถึง ปฏิบัติการดูแลด้านจิตวิญญาณระดับสูง แบบวัดมีความตรง 1.00 และความเที่ยง 0.96

ส่วนเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกกึ่งโครงสร้างซึ่งเป็นคำถามปลายเปิด สอบถามในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรเด่นที่ส่งผลต่อสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาลในการดูแลด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ ความผาสุกทางจิตวิญญาณ ตัวอย่างแนวคำถาม 1.1) นักศึกษาให้ความหมายของความผาสุกทางจิตวิญญาณอย่างไร 1.2) นักศึกษามองว่าความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยอย่างไร 1.3) นักศึกษาช่วยเล่าประสบการณ์ที่เห็นว่าความผาสุกทางจิตวิญญาณส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยได้อย่างไร 2) แบบบันทึกภาคสนามและการสังเกต เพื่อบันทึกเรื่องราว เหตุการณ์ และปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นขณะดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึก และ 3) แบบบันทึกการสะท้อนคิด เพื่อบันทึกความรู้สึกและความคิดของผู้วิจัยที่เกิดขึ้นระหว่างดำเนินการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลถึงคณบดี มหาวิทยาลัยราชภัฏ 12 แห่ง ประสานผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ รายละเอียดการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจัดส่งแบบสอบสอบถามการวิจัยแบบออนไลน์ เพื่อชี้แจงข้อมูลการเข้าร่วมวิจัย สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย เพื่อประกอบการตัดสินใจ ผู้สมัครใจเข้าร่วมการศึกษาตอบแบบสอบถามด้วยตนเองใช้เวลา 15-20 นาที รวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม-พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 เก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยเชิงคุณภาพจากสถาบันที่มีคะแนนของตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงสุด คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจงและแบบบอกต่อ ซึ่งเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยทุกช่วงวัยหลากหลายสาขาทางคลินิก ทั้งภาวะวิกฤตและภาวะเรื้อรังในโรงพยาบาลและชุมชน จึงสามารถสะท้อนสมรรถนะด้านการดูแลด้านจิตวิญญาณได้อย่าง

เหมาะสม และเป็นตัวแทนที่ดีของกลุ่มเป้าหมายในการศึกษา เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกใช้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ 45-60 นาที/ครั้ง จำนวน 1-2 ครั้ง/คน ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567-มกราคม พ.ศ. 2568

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

1. วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

2. ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง ได้แก่ 2.1) ข้อมูลแจกแจงปกติ 2.2) ไม่มีปัญหาความสัมพันธ์แบบพหุร่วมเชิงเส้น (multicollinearity) และ 2.3) ค่าเบี่ยงเบนผิดปกติ

3. วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันความตรงเชิงโครงสร้างของโมเดลการวัดตัวแปรแฝง โดยควรมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (factor loading) ≥ 0.30

4. วิเคราะห์ความสอดคล้องของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยใช้เกณฑ์อัตราส่วนไคสแควร์ต่ออองศาอิสระ (χ^2/df หรือ relative chi-square) ≤ 2, root mean square error of approximation (RMSEA) < 0.07, standardized root mean square residual (SRMR) < 0.08, comparative fit index (CFI) > 0.90 และ Tucker–Lewis index (TLI) > 0.90[28]

5. วิเคราะห์อิทธิพลทางตรง ทางอ้อม และโดยรวม โดยวิเคราะห์เส้นทางอิทธิพล

6. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา[29] ได้แก่ 1) ศึกษาข้อมูลอย่างละเอียดถี่ถ้วน 2) ตัดทอนข้อมูลหรือการแปลงข้อมูล 3) ให้รหัสข้อมูลบรรทัดต่อบรรทัด 4) จัดหมวดหมู่ 5) พัฒนาประเด็นหลักหรือแก่นสาระเบื้องต้น และ 6) กำหนดประเด็นหลักหรือแก่นสาระสุดท้าย ผู้วิจัยผ่านการอบรมวิจัยเชิงคุณภาพ การศึกษาในหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา และมีประสบการณ์วิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยปฏิบัติตามแนวทางของ Lincoln และ Guba ได้แก่ 1) ความน่าเชื่อถือของข้อมูล (credibility) โดยเก็บข้อมูลจากหลายแหล่ง ได้แก่ การสังเกต การสัมภาษณ์ การบันทึกภาคสนาม การบันทึกสะท้อนกลับ และการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล 2) ความสามารถในการถ่ายโอนผลการวิจัย (transferability) โดยอธิบายรายละเอียดบริบท ผู้ให้ข้อมูล และกระบวนการอย่างละเอียด 3) ความเชื่อมั่นได้ของกระบวนการวิจัย (dependability) โดยบันทึกขั้นตอนวิจัยอย่างเป็นระบบ และการตรวจสอบกระบวนการโดยตรวจสอบความสอดคล้องผลการวิจัยระหว่างผู้วิเคราะห์ 4) ความยืนยันได้ของผลวิจัย (confirmability) โดยหารือร่วมกับทีมวิจัยและเก็บบันทึกเอกสารการวิเคราะห์ เพื่อยืนยันผลการศึกษาสะท้อนข้อมูลจริง

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี เลขที่รับรอง HE672004 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยยึดหลัก 3 ประการ ได้แก่ หลักความเคารพในบุคคล หลักผลประโยชน์ และหลักความยุติธรรม ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย โดยเก็บรักษาข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นความลับ นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา โดยไม่กระทบต่อสิทธิส่วนบุคคล

ผลการวิจัย

1. การพัฒนาและตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาลในการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย

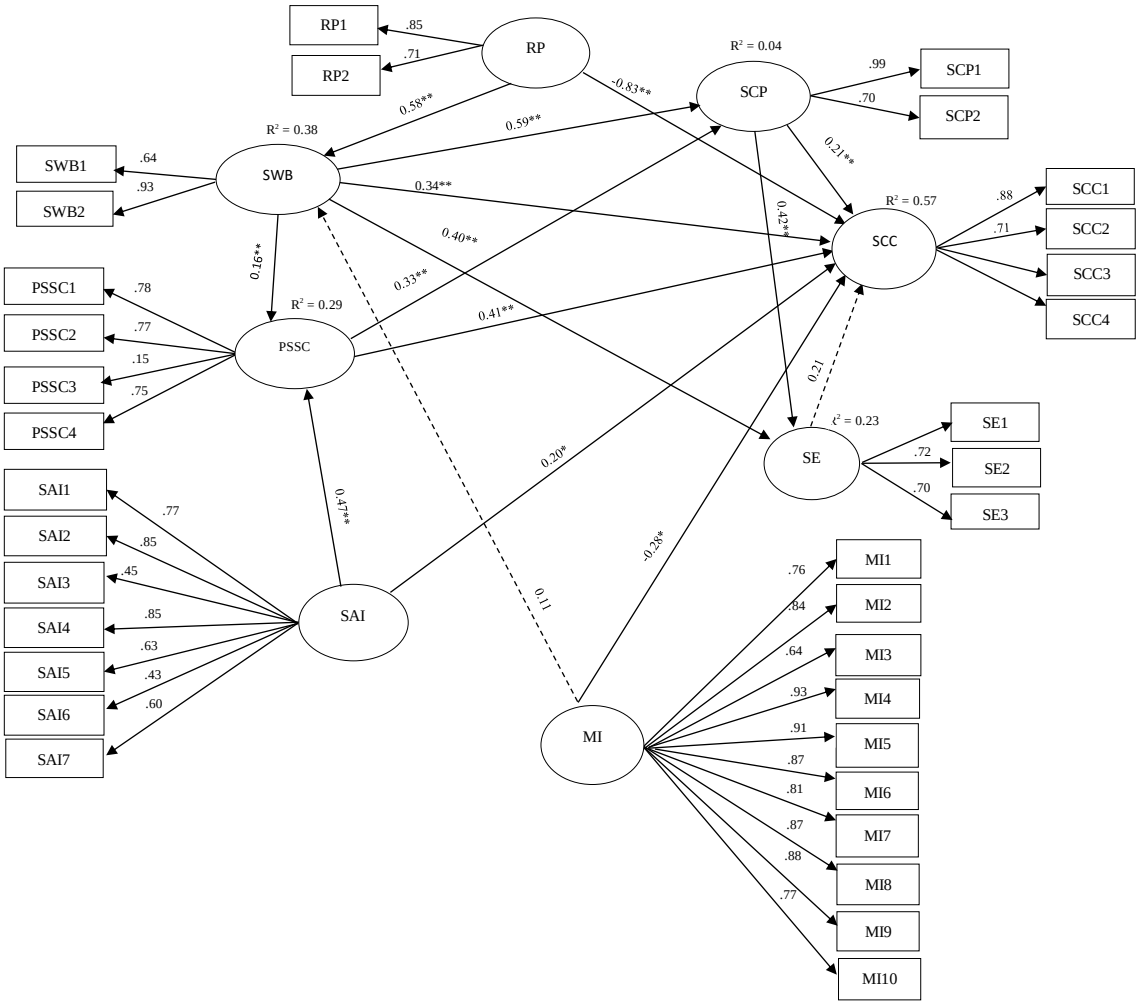
กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 94.70 อายุเฉลี่ย 21.70 ปี (±SD 0.83 ปี) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 99.00 ผลการวิเคราะห์สถิติพื้นฐาน พบว่า ค่าความเบ้ ไม่เกิน ±2 ค่าความโด่ง

ไม่เกิน ±7 ค่าสัมประสิทธิ์การกระจายร้อยละ 7.88-24.19 แสดงว่าข้อมูลมีแนวโน้มแจกแจงแบบปกติ (ตารางที่ 1) ค่า Tolerance อยู่ระหว่าง 0.519-0.724 (> 0.10) และค่า VIF อยู่ระหว่าง 1.431-1.982 (< 10) แสดงว่าไม่มีปัญหาความสัมพันธ์แบบพหุร่วมเชิงเส้น ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องของโมเดลสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์ก่อนปรับโมเดล พบว่า χ^2 = 2740.53, df = 509, χ^2/df = 5.38, CFI = 0.73, TLI = 0.70, RMSEA = 0.12, SRMR = 0.16 ซึ่งยังไม่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ผู้วิจัยทำการปรับโมเดลโดยยึดหลักการใช้ค่า Modification Indices (MI) เพื่อพิจารณาเส้นทางที่จำเป็น โดยเลือกเฉพาะค่า MI ที่สูงและสอดคล้องกับทฤษฎี หลีกเลี่ยงการปรับมากจนเกินไปจนกระทบต่อความถูกต้องหรือความตรงทางทฤษฎี ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า χ^2= 645.14, df = 324, χ^2/df = 1.99, CFI = 0.96, TLI = 0.93, RMSEA = 0.05, SRMR = 0.11 ซึ่งสอดคล้องกับเกณฑ์ χ^2/df ≤ 2, CFI > 0.90, TLI > 0.90, RMSEA < 0.07, SRMR < 0.08[28] แสดงว่าโมเดลสมมุติฐานมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ตารางที่ 1 ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปร	$\bar{X}$	SD	skewness	kurtosis	C.V. (%)	ตัวแปร	$\bar{X}$	SD	skewness	kurtosis
SWB1	4.83	0.54	-0.37	0.20	11.18	MI3	3.55	0.47	-0.15	1.54
SWB2	4.67	0.59	-0.45	1.83	12.63	MI4	3.94	0.40	-0.89	3.13
PS1	4.12	0.37	1.07	3.93	8.98	MI5	3.98	0.39	-0.93	3.17
PS2	4.44	0.46	-0.48	1.25	1.36	MI6	4.01	0.41	-0.71	2.75
PS3	3.65	0.84	-1.07	1.19	23.01	MI7	3.79	0.43	-0.23	1.94
PS4	4.25	0.37	-0.15	3.67	8.71	MI8	3.93	0.40	-0.38	2.63
AS1	4.95	0.39	-0.70	5.65	7.88	MI9	3.93	0.40	-1.33	4.92
AS2	4.82	0.41	-1.10	4.48	8.51	MI10	3.86	0.41	-1.13	4.12
AS3	4.98	0.52	-1.63	5.39	1.44	SE1	4.13	0.63	-2.15	5.02
AS4	4.64	0.45	0.26	1.75	9.70	SE2	3.96	0.42	-0.65	1.27
AS5	4.36	0.63	0.53	0.52	14.45	SE3	3.65	0.51	-0.26	3.14
AS6	3.32	0.80	1.41	2.15	24.10	SP1	3.47	0.40	-0.99	2.41
AS7	3.85	0.83	-0.01	-0.07	21.56	SP2	3.23	0.41	-1.35	5.18
RP1	3.72	0.90	-0.78	0.45	24.19	SPC1	3.50	0.61	1.26	0.43
RP2	3.56	0.71	-1.69	2.91	19.94	SPC2	4.12	0.45	-0.02	1.24
MI1	3.87	0.41	-1.55	4.10	1.59	SPC3	3.84	0.55	0.45	0.06
MI2	3.89	0.41	-1.49	4.22	1.54	SPC4	3.72	0.60	0.36	-0.40

ตัวแปรความผาสุกทางจิตวิญญาณมีอิทธิพลขนาดกลาง (β = 0.34) การรับรู้เกี่ยวกับจิตวิญญาณและการดูแลด้านจิตวิญญาณมีอิทธิพลขนาดกลาง (β = 0.41) ทัศนคติด้านจิตวิญญาณและสิ่งที่เกี่ยวข้องมีอิทธิพลขนาดเล็ก (β = 0.20) การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนามีอิทธิพลทางลบขนาดใหญ่ (β = -0.83) ความฉลาดทางด้านศีลธรรมจรรยามีอิทธิพลทางลบขนาดเล็ก (β = -.284) และการปฏิบัติการดูแลด้านจิตวิญญาณมีอิทธิพลขนาดเล็ก (β = 0.20) ตัวแปรทั้งหมดร่วมกันทำนายความแปรปรวนได้ร้อยละ 57.10 ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุสมรรถนะนักศึกษาพยาบาลในการดูแลด้านจิตวิญญาณผู้ป่วย

ผลการวิเคราะห์เส้นทางอิทธิพลปัจจัยที่ส่งผลต่อสมรรถนะการดูแลด้านจิตวิญญาณ พบว่า 1) ความผาสุกทางจิตวิญญาณมีอิทธิพลทางตรงขนาดกลาง (β = 0.34) อิทธิพลทางอ้อมขนาดกลาง (β = 0.337) และอิทธิพลรวมขนาดใหญ่ (β = 0.68) 2) การรับรู้เกี่ยวกับจิตวิญญาณและการดูแลด้านจิตวิญญาณมีอิทธิพลทางตรงขนาดกลาง (β = 0.41) อิทธิพลทางอ้อมขนาดเล็ก (β = 0.10) และอิทธิพลรวมขนาดใหญ่ (β = 0.51) 3) ทัศนคติด้านจิตวิญญาณและสิ่งที่เกี่ยวข้องมีอิทธิพลทางตรงขนาดเล็ก (β = 0.20) อิทธิพลทางอ้อมขนาดเล็ก (β = 0.24) และอิทธิพลรวมขนาดกลาง (β = 0.44) 4) การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนามีอิทธิพลทางตรงเชิงลบขนาดใหญ่ (β = -0.83) อิทธิพลทางอ้อมขนาดปานกลาง (β = 0.390) และอิทธิพลรวมเชิงลบขนาดปานกลาง (β = -0.44) 5) ความฉลาดทางด้านศีลธรรมจรรยามีอิทธิพลทางตรงเชิงลบขนาดเล็ก (β = -0.28) และอิทธิพลรวมเชิงลบขนาดเล็ก (β = -0.21) 6) การปฏิบัติการดูแลด้านจิตวิญญาณมีอิทธิพลโดยตรงขนาดเล็ก (β = 0.21) และอิทธิพลรวมขนาดปานกลาง (β = 0.30) และ 7) การรับรู้ความสามารถแห่งตน พบว่าไม่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะการดูแลด้านจิตวิญญาณ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์อิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อม และอิทธิพลรวมของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาลในการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย

เส้นทางอิทธิพล	อิทธิพลทางตรง	อิทธิพลทางอ้อม	อิทธิพลรวม
SWB to SCC	0.34**	0.34**	0.68**
PSSC to SCC	0.41**	0.10**	0.51**
SAI to SCC	0.20*	0.24**	0.44**
RP to SCC	-0.83**	0.39**	-0.44**
MI to SCC	-0.28*	0.07	-0.21*
SE to SCC	0.21		.207
SCP to SCC	0.21**	0.09	0.30**

*หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

สรุปผลการวิจัยเชิงปริมาณ พบว่าตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะการดูแลด้านจิตวิญญาณของนักศึกษามากที่สุด คือ ความผาสุกทางจิตวิญญาณร่วมกับตัวแปรอื่นอธิบายความแปรปรวนได้ ร้อยละ 57.10 ผู้วิจัยจึงดำเนินการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยมุ่งเน้นขยายความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับตัวแปรความผาสุกทางจิตวิญญาณ เพื่ออธิบายเหตุผลที่ทำให้ตัวแปรนี้ส่งผลต่อสมรรถนะการดูแลด้านจิตวิญญาณ

2. อธิบายตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงสุดต่อสมรรถนะการดูแลด้านจิตวิญญาณ

ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นเพศหญิง 9 คน และเพศชาย 1 คน ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ประเด็นหลักที่พบ คือ ความผาสุกทางจิตวิญญาณมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาลในการดูแลด้านจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วย 4 ประเด็น ได้แก่ 1) ส่งเสริมความเข้มแข็งภายใน 2) ส่งเสริมความเข้าใจตนเองและผู้ป่วย 3) ส่งเสริมความเมตตาและกรุณา และ 4) ส่งเสริมการดูแลด้านจิตวิญญาณให้ดียิ่งขึ้น

1) ส่งเสริมความเข้มแข็งภายใน ความผาสุกทางจิตวิญญาณช่วยให้นักศึกษาพยาบาลมีความเข้มแข็งภายใน โดยช่วยให้เผชิญกับสถานการณ์กดดันหรือความท้าทายในการดูแลผู้ป่วย คลายความเหนื่อยล้าด้านร่างกายและจิตใจในการเรียน และการปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย ดังตัวอย่างคำกล่าวผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“หนูคิดว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสำคัญต่อนักศึกษาพยาบาล เพราะช่วยเสริมสร้างความแข็งแรง และความสมดุลทั้งในด้านจิตใจหรือจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญ ในการส่งเสริมสมรรถนะการดูแลด้านจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยนะคะ” (KI03)

“นักศึกษาพยาบาลจะมีความสงบภายในใจ เป็นการลดความเครียดหรือว่าความเหนื่อยล้า ความผาสุกทางจิตวิญญาณจะทำให้นักศึกษาที่เผชิญ เกี่ยวกับความกดดันในบทบาทหน้าที่การงาน สามารถอดทนต่อความกดดันหรือเผชิญกับสิ่งเหล่านั้นได้ดีขึ้น” (KI02)

2) ส่งเสริมความเข้าใจตนเองและผู้ป่วย ความผาสุกทางจิตวิญญาณช่วยให้นักศึกษาพยาบาลเข้าใจตนเองและผู้ป่วยยิ่งขึ้น โดยช่วยให้เข้าใจความรู้สึกและความต้องการของผู้ป่วยยิ่งขึ้น ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาสมรรถนะการดูแลจิตวิญญาณของผู้ป่วย ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“หากนักศึกษาพยาบาลมีความผาสุกทางจิตวิญญาณ จะช่วยให้นักศึกษาพยาบาลเข้าใจตนเอง เข้าใจผู้ป่วย และญาติมากขึ้น” (KI08)

“ความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยค่ะ คือช่วยให้เข้าใจตนเอง แล้วก็การเข้าใจผู้ป่วยด้วยค่ะ” (KI05)

3) ส่งเสริมความเมตตาและกรุณา ความผาสุกทางจิตวิญญาณช่วยให้นักศึกษาพยาบาลมีความเมตตาและกรุณาต่อผู้ป่วย โดยช่วยให้เข้าใจความรู้สึก และความต้องการของผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยเต็มไปด้วยความจริงใจและเอาใจใส่ จึงช่วยพัฒนาสมรรถนะการดูแลด้านจิตวิญญาณ ดังตัวอย่างคำกล่าวผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“ความผาสุกทางจิตวิญญาณช่วยทำให้เรามองเห็นถึงความยากลำบากของผู้ป่วย มีความเห็นใจผู้ป่วยมากขึ้น และเต็มใจให้การช่วยเหลือผู้ป่วยค่ะ” (KI07)

“ผมมองว่าจิตวิญญาณสำหรับนักศึกษาพยาบาลหรือว่าพยาบาล คือความเมตตา ให้การพยาบาลด้วยความอ่อนน้อมถ่อมตนกับผู้ป่วย แล้วก็ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวลครับ” (KI04)

4) ส่งเสริมการดูแลด้านจิตวิญญาณให้ดียิ่งขึ้น ความผาสุกทางจิตวิญญาณช่วยให้นักศึกษาพยาบาลเข้าใจตนเองและผู้ป่วย ส่งเสริมความเมตตาและกรุณา สิ่งนี้จะช่วยให้การดูแล ผู้ป่วยเต็มไปด้วยความหมาย ส่งเสริมคุณภาพการดูแลด้านจิตวิญญาณให้ดียิ่งขึ้น ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“ความผาสุกทางจิตวิญญาณช่วยสร้างเสริมทักษะในการสนับสนุนจิตใจของผู้ป่วย และการส่งเสริมการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยให้มีความหมายค่ะ” (KI03)

“ความผาสุกทางจิตวิญญาณทำให้เราดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น เราเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้นก็จะทำให้การพยาบาลของเราเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เพราะว่าเราเข้าใจ และยอมรับในตัวของผู้ป่วย” (KI08)

สรุปผลการวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณช่วยส่งเสริมสมรรถนะการดูแลด้านจิตวิญญาณใน 4 ประเด็น ได้แก่ ส่งเสริมความเข้มแข็งภายใน ความเข้าใจตนเองและผู้ป่วย ความเมตตาและกรุณา และการดูแลด้านจิตวิญญาณให้ดียิ่งขึ้น กล่าวโดยสรุป ผลการวิจัยเชิงปริมาณ พบว่าความผาสุกทางจิตวิญญาณ เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะการดูแลด้านจิตวิญญาณของนักศึกษาพยาบาลมากที่สุด ผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพชี้ให้เห็นว่าความผาสุกทางจิตวิญญาณมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสมรรถนะการดูแลด้านจิตวิญญาณของนักศึกษาพยาบาล 4 ประเด็น ได้แก่ ส่งเสริมความเข้มแข็งภายใน ความเข้าใจตนเองและผู้ป่วย ความเมตตาและกรุณา และการดูแลด้านจิตวิญญาณให้ดียิ่งขึ้น การบูรณาการผลจากทั้งสองระยะสะท้อนให้เห็นว่าความผาสุกทางจิตวิญญาณไม่เพียงเป็นปัจจัยเชิงปริมาณที่มีอิทธิพลสูงสุด แต่ยังมีมิติทางจิตใจและคุณค่าภายในที่ส่งผลเชิงลึกต่อความสามารถในการดูแลด้านจิตวิญญาณของนักศึกษาพยาบาล

อภิปรายผลการวิจัย

ความผาสุกทางจิตวิญญาณมีอิทธิพลทางตรง ทางอ้อม และโดยรวมต่อสมรรถนะการดูแลด้านจิตวิญญาณสูงสุด ความผาสุกมีบทบาทสำคัญในการดูแลจิตวิญญาณ โดยสะท้อนภาวะจิตวิญญาณที่มั่นคง เสริมสร้างความหมายในชีวิต[21] และเป็นแนวทางในการดูแลแบบองค์รวมที่สอดคล้องกับคุณค่าของแต่ละบุคคล สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ พบว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณช่วยส่งเสริมความเข้มแข็งภายใน ซึ่งสำคัญต่อการปรับตัวในการเรียนและการปฏิบัติงานบนคลินิก ช่วยให้เข้าใจตนเองและผู้ป่วยจึงตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ช่วยให้การดูแลเต็มเปี่ยมด้วยความเห็นอกเห็นใจ เมตตาและกรุณา[30] สิ่งเหล่านี้ช่วยให้การดูแลด้านจิตวิญญาณมีคุณภาพยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของบุคลากรพยาบาลในการดูแลด้านจิตวิญญาณ[11] สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าความผาสุกทางจิตวิญญาณส่งผลทางอ้อมต่อการรับรู้เกี่ยวกับจิตวิญญาณและการดูแลด้านจิตวิญญาณ[30] และการปฏิบัติการดูแลด้านจิตวิญญาณ[31] ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมสมรรถนะการดูแลด้านจิตวิญญาณ เนื่องจากบุคคลที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณสูงมักมีความตระหนักรู้ เข้าใจคุณค่าของจิตวิญญาณ และสามารถเชื่อมโยงสู่การดูแลผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม

การรับรู้เกี่ยวกับจิตวิญญาณและการดูแลด้านจิตวิญญาณมีอิทธิพลทางตรง ทางอ้อม และโดยรวมต่อสมรรถนะการดูแลด้านจิตวิญญาณ ทั้งนี้เพราะช่วยเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และเจตคติเชิงบวกต่อจิตวิญญาณและการดูแลด้านจิตวิญญาณ สอดคล้องกับแนวคิดปิรามิดสมรรถนะทางคลินิก ที่ระบุว่า เจตคติเป็นหนึ่งในตัวแปรสำคัญของการเสริมสร้างสมรรถนะทางคลินิก[5] ช่วยให้เกิดความตระหนักรู้ในจิตวิญญาณของตน เข้าใจและตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าตัวแปรนี้ส่งผลต่อสมรรถนะการดูแลด้านจิตวิญญาณ[11-12] นอกจากนี้ยังส่งผลทางอ้อมต่อการปฏิบัติการดูแลด้านจิตวิญญาณ เพราะการรับรู้เป็นตัวแปรสำคัญต่อการแสดงออกเชิงพฤติกรรม[5] สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าตัวแปรนี้ส่งผลต่อการปฏิบัติการดูแลด้านจิตวิญญาณ[31]

ทัศนคติด้านจิตวิญญาณและสิ่งที่เกี่ยวข้องมีอิทธิพลทางตรง ทางอ้อม และโดยรวมต่อสมรรถนะการดูแลด้านจิตวิญญาณ ทั้งนี้เพราะเชิงบวกและเปิดกว้างช่วยเสริมสร้างความเข้าใจและการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับความหมายและวิธีการดูแลด้านจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วย สอดคล้องกับแนวคิดปิรามิดสมรรถนะทางคลินิก ระบุว่าทัศนคติเป็นหนึ่งในตัวแปรสำคัญของการเสริมสร้างสมรรถนะทางคลินิก[5] ช่วยให้นักศึกษามีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลและตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าตัวแปรนี้ส่งผลต่อสมรรถนะการดูแลด้านจิตวิญญาณ[4] นอกจากนี้ยังส่งผลทางอ้อมต่อการรับรู้เกี่ยวกับจิตวิญญาณและการดูแลด้านจิตวิญญาณ ทั้งนี้เพราะทัศนคติเชิงบวกช่วยให้บุคคลเข้าใจยอมรับและให้คุณค่ากับมิติทางจิตวิญญาณ

การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนามีอิทธิพลเชิงลบทางตรง และมีอิทธิพลเชิงลบโดยรวมต่อสมรรถนะการดูแลด้านจิตวิญญาณ Fowler ระบุว่า บุคคลอาจมองความเชื่อของตนเป็นหลัก มุมมองที่แตกต่าง และเคร่งครัดในศาสนาทำให้เกิดข้อจำกัดการดูแลด้านจิตวิญญาณ การยึดติดในรูปแบบทางศาสนาแบบตายตัวอาจจำกัดความเข้าใจมิติจิตวิญญาณและการเปิดรับความแตกต่างของผู้อื่น ทำให้การดูแลด้านจิตวิญญาณขาดความยืดหยุ่น มุ่งเน้นสนับสนุนความเชื่อของตนมากกว่าตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย[32] สอดคล้องการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนามีความสัมพันธ์ทางลบกับสมรรถนะการดูแลด้านจิตวิญญาณ[9,12] นอกจากนี้ยังมีอิทธิพลทางอ้อมต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณ ทั้งนี้เพราะกิจกรรมทางศาสนามีบทบาทในการส่งเสริมความรู้สึกเชื่อมโยงทางจิตใจ ความหมายในชีวิต และการยอมรับตนเอง[21]

ความฉลาดทางด้านศีลธรรมจรรยามีอิทธิพลเชิงลบทางตรง และมีอิทธิพลเชิงลบโดยรวมต่อสมรรถนะการดูแลด้านจิตวิญญาณ อาจเป็นเพราะแบบวัดนี้เน้นการให้เหตุผลอย่างเป็นระบบและเคร่งครัดในแง่ศีลธรรมจรรยา[25] ไม่ได้เน้นที่ความเมตตาหรือความเห็นอกเห็นใจ จึงอาจมีความสัมพันธ์เชิงลบกับสมรรถนะด้านการดูแลจิตวิญญาณ การมีเหตุผลทางศีลธรรมที่แข็งแกร่งอาจมุ่งเน้นที่หลักการทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงเหตุผลมากกว่าด้านอารมณ์และจิตวิญญาณ ส่งผลต่อความเห็นอกเห็นใจและความยืดหยุ่นในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ สอดคล้องกับการศึกษาของ Melo และคณะ พบว่าความฉลาดด้านศีลธรรมจรรยามีความสัมพันธ์ทางลบกับจิตวิญญาณของนักศึกษาด้านการแพทย์[33]

การปฏิบัติการดูแลด้านจิตวิญญาณมีอิทธิพลทางตรง และอิทธิพลรวมต่อสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาลในการดูแลด้านจิตวิญญาณ ทั้งนี้เพราะการปฏิบัติการดูแลด้านจิตวิญญาณเป็นกระบวนการที่เกิดจากการบูรณาการระหว่างความรู้ เจตคติ และทักษะปฏิบัติ การเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยประสบการณ์ตรงผ่านการปฏิบัติจริง การไตร่ตรองจากประสบการณ์และการประยุกต์ใช้ความรู้ในบริบทของการดูแลทางคลินิก กระบวนการดังกล่าวเอื้อต่อการพัฒนาสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาลในการดูแลด้านจิตวิญญาณ[5]

สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการปฏิบัติการดูแลด้านจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการดูแลด้านจิตวิญญาณ[34]

การรับรู้ความสามารถแห่งตนไม่มีอิทธิพลทั้งทางตรง และโดยรวมต่อสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาลในการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย ทั้งนี้เพราะการรับรู้ความสามารถแห่งตนมีขนาดอิทธิพลน้อย การดูแลด้านจิตวิญญาณต้องอาศัยความเข้าใจอย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับมิติจิตวิญญาณ ซึ่งไม่สามารถประเมินจากความมั่นใจในทักษะทางเทคนิคเพียงอย่างเดียว นักศึกษาพยาบาลอาจมีความมั่นใจในด้านการดูแลสุขภาพทางกายมากกว่าตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ นอกจากนี้การดูแลด้านจิตวิญญาณมีความซับซ้อน ต้องการความรู้เชิงลึกที่เกิดจากประสบการณ์ และการฝึกฝนทางคลินิกเป็นระยะเวลานานพอควร[35]

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยแบบผสานวิธีมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและตรวจสอบโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของสมรรถนะในการดูแลด้านจิตวิญญาณของนักศึกษาพยาบาล ผลการวิจัยพบว่าโมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงสุดคือความผาสุกทางจิตวิญญาณ รองลงมาคือการรับรู้เกี่ยวกับจิตวิญญาณ ทัศนคติทางจิตวิญญาณ การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การปฏิบัติการดูแลด้านจิตวิญญาณ และความฉลาดทางศีลธรรมจรรยา ซึ่งร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของสมรรถนะในการดูแลด้านจิตวิญญาณได้มากกว่าครึ่งหนึ่ง ความผาสุกทางจิตวิญญาณช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งภายใน ความเข้าใจตนเองและผู้อื่น รวมถึงความเมตตาและกรุณา ซึ่งล้วนเอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ จึงควรส่งเสริมองค์ประกอบเหล่านี้ เพื่อพัฒนาศักยภาพนักศึกษาพยาบาลในมิติด้านจิตวิญญาณ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. สถาบันการศึกษาพยาบาลควรบูรณาการแนวคิดการดูแลด้านจิตวิญญาณในการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ การส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ เจตคติเชิงบวกต่อการดูแลด้านจิตวิญญาณ และทักษะการดูแลด้านจิตวิญญาณ เพื่อเพิ่มสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาลในการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย เช่น การเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลอง และการปฏิบัติงานในสถานการณ์จริง

2. ควรศึกษาวิจัยตัวแปรอื่น ๆ ที่อาจส่งผลต่อสมรรถนะการดูแลด้านจิตวิญญาณ เช่น ความฉลาดทางอารมณ์ ประสบการณ์ทางคลินิก การสนับสนุนทางสังคม และลักษณะส่วนบุคคล

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมสำหรับการทำวิจัย

1. การตรวจสอบเครื่องมือวัด แบบวัดความฉลาดด้านศีลธรรมจรรยาที่ใช้ในการวิจัยนี้ อาจมีข้อจำกัดในการสะท้อนมิติเชิงลึกของคุณลักษณะดังกล่าว โดยเฉพาะการวัดการให้เหตุผลทางศีลธรรมอย่างเคร่งครัด (rigid moral reasoning) มากกว่าเน้นความเมตตาหรือความเห็นอกเห็นใจ (compassionate moral wisdom) นอกจากนี้การใช้แบบประเมินตนเอง (self-report) อาจมีอคติจากการตอบในแบบที่ต้องการให้ผู้อื่นมองว่าตนเองดี (social desirability bias) ซึ่งอาจส่งผลต่อความแม่นยำของข้อมูล

2. การศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional) ความสัมพันธ์ที่พบในงานวิจัยนี้ไม่สามารถตีความว่าเป็นเหตุและผลโดยตรง จึงควรระมัดระวังในการสรุปเชิงสาเหตุ

3. ลักษณะเฉพาะของกลุ่มตัวอย่าง เช่น อายุ ประสบการณ์ชีวิต และ บริบททางวัฒนธรรม อาจเป็นตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีอิทธิพลต่อการศึกษา

4. ข้อจำกัดและการวิจัยในอนาคต ควรศึกษาเพิ่มเติมด้วยเครื่องมือที่แตกต่าง แบบสอบถามบางชุด เช่น การรับรู้ความสามารถแห่งตน พบว่า มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (factor loading) ต่ำ จึงควรพัฒนาเพิ่มเติมหรือปรับปรุงให้มีความเที่ยงตรงมากขึ้น รวมทั้งศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติม เพื่อให้เข้าใจปรากฏการณ์นี้ยิ่งขึ้น

5. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ การพัฒนาหลักสูตรควรเน้นบูรณาการศาสนาและศีลธรรมอย่างยืดหยุ่น เน้นการพัฒนาความยืดหยุ่นทางจิตวิญญาณ (spiritual flexibility) มากกว่าการยึดถือแบบเคร่งครัดในรูปแบบศาสนา (religious conformity) และออกแบบกิจกรรมที่สอดคล้องกับบริบทและลักษณะเฉพาะของกลุ่มเป้าหมายสำหรับการทำวิจัยต่อไป

ข้อจำกัดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลจากนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏจำนวน 12 แห่งในประเทศไทย ซึ่งอาจส่งผลให้ผลการศึกษามีข้อจำกัดในการนำไปใช้กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีอื่น ๆ หรือนักศึกษาพยาบาลในบริบทของสถาบันการศึกษาพยาบาลที่มีลักษณะแตกต่างกัน ทั้งในด้านหลักสูตร การจัดการเรียนการสอน และสภาพแวดล้อมทางการศึกษา

References

1. Chaiyasit Y, Chanbunlawat K. Spiritual distress among Thai patients with chronic non-communicable diseases. Malays J Med Health Sci 2024;20(5):30-5.
2. Riahi S, Goudarzi F, Hasanvand S, Abdollahzadeh H, Ebrahimzadeh F, Dadvari Z. Assessing the effect of spiritual intelligence training on spiritual care competency in critical care nurses. J Med Life 2018;11(4):346–54.
3. Ahmadi M, Estebsari F, Poormansouri S, Jahani S, Sedighie L. Perceived professional competence in spiritual care and predictive role of spiritual intelligence in Iranian nursing students. Nurse Educ Pract 2021;57:103227.
4. Guo Z, Zhang Y, Li P, Zhang Q, Shi C. Student nurses' spiritual care competence and attitude: An online survey. Nurs Open 2023;10(3):1811-20.
5. Vogel A, Schep-Akkerman AE. Competence and frequency of provision of spiritual care by nurses in the Netherlands. Scand J Caring Sci 2018;32(4):1314-21.
6. Heidari A, Afzoon Z, Heidari M. The correlation between spiritual care competence and spiritual health among Iranian nurses. BMC Nurs 2022;21(1):277.
7. van Leeuwen R, Tiesinga LJ, Middel B, Post D, Jochemsen H. The validity and reliability of an instrument to assess nursing competencies in spiritual care. J Clin Nurs 2009; 18(20):2857-69.
8. Fang HF, Susanti HD, Dlamini LP, Lin CC, Wang JJ, Chao YF. Validity and reliability of the spiritual care competency scale for oncology nurses in Taiwan. BMC Palliat Care 2022;21(1):16.

9. Eskandari N, Golaghaie F, Aghabarary M, Dinmohammadi M, Koohestani H, Didehdar M, et al. Explaining the relationship between moral intelligence and professional self-concept with the competency of nursing students in providing spiritual care to promote nursing education. J Educ Health Promot 2019;8:230.
10. Alshehry AS. Spirituality and spiritual care competence among expatriate nurses working in Saudi Arabia. Religions 2018;9(12):384.
11. Parveen SA, Sehar S, Mustufa D. Spirituality, spiritual well-being, and spiritual care competence among nurses during the third wave of coronavirus in Faisalabad, Pakistan. Saudi J Nurs Health Care 2021;4(6):141-7.
12. Prlić N, Podgorelec F, Barać I. Perception of spirituality and spiritual care as a predictor of spiritual care competencies in nursing students. Nova Prisutnost 2021;19(2):229-42.
13. Hsieh SI, Hsu LL, Kao CY, Breckenridge-Sproat S, Lin HL, Tai H, et al. Factors associated with spiritual care competencies in Taiwan's clinical nurses: a descriptive correlational study. J Clin Nurs 2020;29(9-10):1599-613.
14. Guo YF, Cross WM, Lam L, Plummer V, Wang XX, Wang SS. Association between psychological capital and spiritual care competencies of clinical nurses: a multicentre cross-sectional study. J Nurs Manag 2021;29(6):1713-22.
15. Green A, Kim-Godwin YS, Jones CW. Perceptions of spiritual care education, competence, and barriers in providing spiritual care among registered nurses. J Holist Nurs 2020;38(1):41-51.
16. Poiynok S, Luangon D, Boonurai S, Thongsook P, Watanapruk P. The relationship between nurses' spiritual well-being and their spiritual care. SWU J Sci Technol 2020;12(24):169-82.
17. Creswell JW, Poth CN. Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches. 4th ed. Thousand Oaks (CA): SAGE Publications; 2018.
18. Kyriazos TA. Applied psychometrics: sample size and sample power considerations in factor analysis (EFA, CFA) and SEM in general. Psychology 2018;9(8):2207-30.
19. Vujcich D, Roberts M, Gu Z, Kao SC, Lobo R, Mao L, et al. Translating best practice into real practice: methods, results and lessons from a project to translate an English sexual health survey into four Asian languages. PLoS One 2021;16(12):e0261074.
20. Thato R. Nursing research: Concepts to application. 4th ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2018. (in Thai)
21. Westmont College. Spiritual well-being scale [Internet]. Westmont College: Santa Barbara, CA United States [updated 2025; cited 2025 April 24] Available from: https://www.westmont.edu/psychology/raymond-paloutzian-spiritual-wellbeing-scale
22. McSherry W, Draper P, Kendrick D. The construct validity of a rating scale designed to assess spirituality and spiritual care. Int J Nurs Stud 2002;39(7):723-34.

23. de Jager Meezenbroek E, Garssen B, van den Berg M, van Dierendonck D, Visser A, Schaufeli WB. Measuring spirituality as a universal human experience: Development of the Spiritual Attitude and Involvement List (SAIL). J Psychosoc Oncol 2012; 30(2):141-67.
24. Koenig HG, Büssing A. The Duke University Religion Index (DUREL): a five-item measure for use in epidemological studies. Religions. 2010;1(1):78-85.
25. Lennick D, Kiel F. Moral intelligence 2.0: enhancing business performance and leadership success in turbulent times. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2011.
26. Yildirim F, Ilhan IO. [The validity and reliability of the general self-efficacy scale-Turkish form]. Turk Psikiyatri Derg. 2010;21(4):301-8.
27. Musa AS, Pevalin DJ. Development of the Arabic Spiritual Care Intervention-Provision Scale. J Clin Nurs 2016;25(15-16):2275-84.28.
28. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. Multivariate data analysis. 8th ed. Andover (UK): Cengage Learning EMEA; 2019.
29. Cohen MZ, Kahn DL, Steeves RH. Hermeneutic phenomenological research: a practical guide for nurse researchers. Thousand Oaks (CA): SAGE Publications; 2000.
30. Wang Z, Liang Y, Zhao H, Zhu Y, Liu M, Zhang Y, et al. Spiritual care perceptions and empathy of Chinese nursing students: the mediating roles of spiritual well-being. Palliat Support Care 2022;20(5):701-10.
31. Kitchener BJ. Exploring the relationships between and among registered nurses' spiritual well-being, spiritual care perspectives, and their provision of spiritual care in acute care settings [dissertation]. South Orange (NJ): Seton Hall University; 2016.
32. van Leeuwen R, Schep-Akkerman A. Nurses' perceptions of spirituality and spiritual care in different health care settings in the Netherlands. Religions 2015;6(4):1346-57.
33. Fowler JW. Stages of faith: The psychology of human development and the quest for meaning. San Francisco (CA): Harper Collins; 1981.
34. Melo NW, Souza E, Barbosa L. Moral competence and spirituality in medical education: reality or challenge? Rev Bras Educ Med 2016;40(1):43-52.
35. Ramadhan MD, Pangestika DD, Fitriana NF. The correlation between spiritual care giving and nurses' competences at critical care units. J Pendidik Keperawatan Indones 2020;6(2):122-7.