

การดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยในภาวะวิกฤต ตามการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วย* Spiritual Care in Critically ILL Persons Perceived by Nurses and Patients

บทความวิจัย

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ
Journal of Nursing Science & Health
ปีที่ 35 ฉบับที่ 3 (กรกฎาคม-กันยายน) 2555
Volume 35 No.3 (July-September) 2012

เพ็ญนภา บุบผา พย.ม.** บำเพ็ญจิต แสงชาติ พย.ค.***
Pennapa Buppha MSN.** Bumpenchit Sangchart DNS.***

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ระหว่างการให้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลกับการได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยในภาวะวิกฤตในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักจำนวน 60 คน และกลุ่มผู้ป่วยหลังภาวะวิกฤตและพร้อมย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 70 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามการรับรู้การให้การดูแลด้านจิตวิญญาณสำหรับพยาบาล และแบบสอบถามการรับรู้การได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยโดยใช้การทดสอบค่าที่ ผลการวิจัยพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณระหว่างกลุ่มพยาบาล และกลุ่มผู้ป่วยโดยรวมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p=0.000$)

คำสำคัญ: การดูแลด้านจิตวิญญาณ ผู้ป่วยภาวะวิกฤต หอผู้ป่วยหนัก

Abstract

This descriptive research aimed to compare perceived of spiritual care between critical patients who were in intensive care unit (ICU) and the nurses cared for them in Sisaket hospital. Participants included 60 ICU nurses and 70 post-crisis patients who were about to transfer from ICU. Two sets of spiritual care questionnaire for the nurses and patients were used to measure their perceptions towards spiritual care. Data were analyzed using descriptive statistics. The independent t-test was used to compare the spiritual care mean score between nurses' and patients' perceptions. The findings were: the nurses' and patients' perceptions spiritual care mean scores revealed a significant difference at the level of 0.05 ($p=0.000$)

keywords: spiritual care, critically ill persons, intensive care unit

*วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้รับทุนอุดหนุนการทำวิทยานิพนธ์จากบัณฑิตวิทยาลัย ปีการศึกษา 2554

**นักศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

บุคคลประกอบไปด้วยมิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งมีความผสมผสานกันอยู่ในแต่ละองค์ประกอบ โดยจิตวิญญาณจะทำหน้าที่ประสานเชื่อมโยงให้ทุกมิติรักษาสภาวะสมดุลของร่างกาย อันจะช่วยให้บุคคลมีความสมดุลแบบองค์รวม¹ ดังนั้นเมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้านร่างกาย และจิตใจ ย่อมเกิดผลกระทบต่อจิตวิญญาณของบุคคลเสมอ² โดยการเจ็บป่วยด้านร่างกายจะทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการด้านจิตวิญญาณมากขึ้น³ เช่นเดียวกันกับผู้ป่วยภาวะวิกฤต การเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิตทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการด้านจิตวิญญาณมากขึ้นเป็นพิเศษ^{4,5} เพื่อเป็นที่พึ่งและเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ^{6,7} และดำรงไว้ซึ่งความสมดุลของชีวิต เพื่อให้ชีวิตมีคุณค่า มีความหมาย มีความหวัง มีกำลังใจ⁸ จิตวิญญาณจึงถือเป็นมิติที่สำคัญสำหรับการพยาบาลแบบองค์รวม⁸ ดังนั้นคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมจะไม่เกิดขึ้นหากขาดการดูแลด้านจิตวิญญาณ

การดูแลด้านจิตวิญญาณเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล⁹ เป็นการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้มแข็งทางจิตวิญญาณและความผาสุกทางจิตวิญญาณ แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า พยาบาลส่วนใหญ่ให้การดูแลด้านจิตวิญญาณไม่ครอบคลุมทุกด้าน¹⁰ Chan (2009)¹¹ กล่าวว่า การดูแลด้านจิตวิญญาณเป็นมิติที่ถูกละเลยในการปฏิบัติ การพยาบาลของพยาบาลมากที่สุด และพบว่ามีปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการให้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาล เช่น การขาดความรู้ ทักษะ และแนวทางในการดูแลด้านจิตวิญญาณอย่างแท้จริง ทำให้พยาบาลมักหลีกเลี่ยงการให้การดูแลด้านจิตวิญญาณ หรือเกิดความกังวลใจในการดูแลด้านจิตวิญญาณ^{12,13}

สำหรับผู้ป่วยภาวะวิกฤต อาจมีความแตกต่างในการรับรู้การได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณ ได้ ขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคล เช่น ระดับความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย ซึ่งเป็นสิ่งเร้าที่บุคคลรับรู้โดยตรงและมีผลกระทบต่อมิติจิตวิญญาณของบุคคลโดยเฉพาะการเจ็บป่วยภาวะวิกฤตที่เป็นการเจ็บป่วยที่มีความรุนแรงและคุกคามต่อชีวิต เป็นสิ่งเร้าที่ทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการ

ทางจิตวิญญาณมากขึ้น⁴ เมื่อผู้ป่วยมีความต้องการด้านจิตวิญญาณมากย่อมรับรู้การได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณถูกต้องได้มากขึ้นเช่นกัน เนื่องจากบุคคลที่มีความต้องการด้านจิตวิญญาณมีความตั้งใจแน่วแน่และสามารถรับรู้ในด้านนั้นได้ถูกต้อง¹⁴ Williams (1998)¹⁵ กล่าวว่า การรับรู้เกี่ยวกับการได้รับพยาบาลของผู้ป่วยเป็นเรื่องสำคัญที่บ่งบอกคุณภาพของการพยาบาล ดังนั้นหากผู้ป่วยแปลความหมายการพยาบาลแตกต่างกับการพยาบาลที่พยาบาลได้ปฏิบัติจริง จะทำให้การปฏิบัติพยาบาลไม่ประสบผลสำเร็จ¹⁶ ผู้ป่วยรับรู้ว่าไม่ได้รับการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพตามที่ควรจะเป็น แม้การดูแลด้านจิตวิญญาณจะได้รับการยอมรับว่าเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญสำหรับการพยาบาลแบบองค์รวม แต่การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยภาวะวิกฤตส่วนใหญ่เป็นการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมิติร่างกาย จิตใจ และสังคม^{17,18} การศึกษาในมิติจิตวิญญาณในผู้ป่วยภาวะวิกฤตยังพบได้น้อย จะเห็นได้ว่าองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยภาวะวิกฤตยังไม่ครอบคลุม และยังขาดการวิจัยเกี่ยวกับการรับรู้การได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยภาวะวิกฤต และการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการรับรู้การให้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลและการรับรู้การได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณในภาวะวิกฤตของผู้ป่วย ซึ่งหากการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยมีความแตกต่างกัน ย่อมจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยได้ โดยการดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลนั้นอาจไม่ประสบผลสำเร็จ ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ไม่ได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพตามที่ควรจะเป็น ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ระหว่างการให้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลกับการได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยในภาวะวิกฤต เพื่อนำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ และพัฒนาศักยภาพของพยาบาลในด้านการดูแลด้านจิตวิญญาณให้เหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ระหว่างการให้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาล กับการได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยในภาวะวิกฤตในหอผู้ป่วยหนัก

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม ผู้วิจัยได้ศึกษาในมิติจิตวิญญาณ โดยใช้แนวคิดกิจกรรมการดูแลด้านจิตวิญญาณของ Sellers & Haag (1998)¹² มาใช้ในการประเมินการรับรู้การให้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาล และการรับรู้การได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มประชากรได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก 1 (ICU-1) หอผู้ป่วยหนัก 2 (ICU-2) และหอผู้ป่วยดูแลระบบทางเดินหายใจ (RCU) และผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่แพทย์วินิจฉัยให้เข้ารับการรักษาใน ICU-1, ICU-2 และ RCU ของโรงพยาบาลศรีสะเกษ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ICU-1, ICU-2 และ RCU มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตอย่างน้อย 1 ปี ให้การดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตในระหว่าง เดือนมีนาคม ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2555 และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 60 คน

2. กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจนผ่านพ้นภาวะวิกฤต โดยผู้วิจัยเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยภาวะวิกฤตอายุรกรรมที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย ICU-1, ICU-2 และ RCU ตั้งแต่ 24 ชั่วโมงขึ้นไป ได้รับการรักษาจนกระทั่งอาการดีขึ้น ผ่านพ้นภาวะวิกฤต และพร้อมจะย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก 2) มีอายุ 18-60 ปี 3) นับถือศาสนาพุทธ 4) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ 5) มีแผนการจำหน่ายจากแพทย์ให้ย้ายออก

จากหอผู้ป่วยหนัก 6) มีการรับรู้ วัน เวลา สถานที่ และบุคคล ตามปกติ ซึ่งประเมินจากแบบประเมินสมรรถภาพสมองไทย (Thai Mental State Exam [TMSE]) คำนวณขนาดตัวอย่างจากการประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร¹⁹ ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วย จำนวน 70 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถามการรับรู้การให้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาล และแบบสอบถามการรับรู้การได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยที่ผู้วิจัยดัดแปลงจาก อวยพร ภทรภักดีกุล และคณะ (2553)²⁰ ซึ่งสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการพยาบาลด้านจิตวิญญาณของ Sellers & Haag¹² เพื่อให้มีความเหมาะสมกับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยภาวะวิกฤต โดยลดข้อคำถามลงจาก 38 ข้อ เหลือ 25 ข้อ แบบสอบถามประกอบด้วย

1. แบบสอบถามการรับรู้การให้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาล ประกอบด้วย

- 1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

- 1.2 การรับรู้การให้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาล สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการพยาบาลด้านจิตวิญญาณของ Sellers & Haag¹² ประกอบด้วยกิจกรรมการดูแลด้านจิตวิญญาณ 5 ด้าน ข้อคำถามในแต่ละด้านมีด้านละ 5 ข้อ รวมข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อ ดังนี้ 1) การดูแลโดยใช้เทคนิคการสื่อสาร 2) การดูแลด้านความคิดและความทรงจำ 3) การดูแลโดยกระตุ้นประสาทการรับรู้ 4) การดูแลกิจกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินชีวิต และ 5) การดูแลด้านศาสนา/วัฒนธรรม แบบสอบถามมีลักษณะเป็นคำถามปลายปิด ให้เลือกตอบใช้มาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ การให้คะแนนแต่ละระดับคือ ไม่ปฏิบัติได้ = 0 คะแนน จนถึงปฏิบัติทุกครั้งได้ = 4 คะแนน

2. แบบสอบถามการรับรู้การได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย ประกอบด้วย

- 2.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

2.2 การรับรู้การได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการพยาบาลด้านจิตวิญญาณของ Sellers & Haag¹² ประกอบด้วยกิจกรรมการดูแลด้านจิตวิญญาณ 5 ด้าน เช่นเดียวกันกับแบบสอบถามการรับรู้การให้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาล โดยแต่ละด้านมีข้อความที่มีลักษณะเป็นคู่ขนานกันกับแบบสอบถามการรับรู้การให้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาล แบบสอบถามมีลักษณะเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ การให้คะแนนแต่ละระดับคือ ไม่เคยได้รับได้ = 0 คะแนน จนถึงได้รับทุกครั้งได้ = 4 คะแนน

การแปลผลระดับการรับรู้การให้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาล และการรับรู้การได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยในภาวะวิกฤตในหอผู้ป่วยหนัก โดยรวม และรายด้าน แบ่งเป็น 5 ระดับดังนี้

1. การแปลผลระดับการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณโดยรวม พิสัยของคะแนนเท่ากับ 0-100 คะแนน แบ่งเป็น 5 ช่วง คือ 0-19.99 พยาบาลให้การดูแลด้านจิตวิญญาณระดับน้อยที่สุดหรือผู้ป่วยได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณระดับน้อยที่สุด 20.00-39.99 พยาบาลให้การดูแลด้านจิตวิญญาณระดับน้อย หรือผู้ป่วยได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณระดับน้อย 40.00-59.99 พยาบาลให้การดูแลด้านจิตวิญญาณระดับปานกลาง หรือผู้ป่วยได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณระดับปานกลาง 60.00-79.99 พยาบาลให้การดูแลด้านจิตวิญญาณระดับมาก หรือผู้ป่วยได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณระดับมาก และ 80.00-100 พยาบาลให้การดูแลด้านจิตวิญญาณระดับมากที่สุดหรือ ผู้ป่วยได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณระดับมากที่สุด

2. การแปลผลระดับการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณรายด้าน พิสัยของคะแนนเท่ากับ 0-20 คะแนน แบ่งเป็น 5 ช่วงเช่นเดียวกันกับการแปลผลระดับการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณโดยรวม คือ 0-3.99 พยาบาลให้การดูแลด้านจิตวิญญาณระดับน้อยที่สุด หรือผู้ป่วยได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณระดับน้อยที่สุด จนถึง 16.00-20.00 พยาบาลให้การดูแลด้านจิตวิญญาณ

ระดับมากที่สุดหรือผู้ป่วยได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณระดับมากที่สุด

การควบคุมคุณภาพของเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) แบบสอบถามการรับรู้การให้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาล และแบบสอบถามการรับรู้การได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ของแบบสอบถามทั้ง 2 ชุดได้เท่ากับ 0.92 และ 0.88 ตามลำดับ

2. ตรวจสอบความเที่ยง/ความเชื่อมั่น (reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้การให้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาล และแบบสอบถามการรับรู้การได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย ไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา โดยทดลองใช้กับพยาบาลและผู้ป่วยจำนวน 20 คน และ 15 คน ตามลำดับ แล้วคำนวณความเที่ยงโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.96 และ 0.92 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับเอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น และโรงพยาบาลศรีสะเกษแล้ว ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสะเกษ เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลจากพยาบาลและผู้ป่วย

2. ผู้วิจัยแนะนำตนเอง และชี้แจงวัตถุประสงค์ ตลอดจนการเก็บข้อมูลในการทำวิจัยแก่หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย ICU-1, ICU-2 และ RCU โรงพยาบาลศรีสะเกษ เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บ

ข้อมูล และสำรวจคุณลักษณะของพยาบาลที่มีคุณลักษณะตามประชากรที่กำหนด

การดำเนินการในกลุ่มพยาบาล

ผู้วิจัยขอความร่วมมือกับหัวหน้าหอผู้ป่วย ICU-1, ICU-2 และ RCU ช่วยแนะนำผู้วิจัยให้กับพยาบาลในหอผู้ป่วย ผู้วิจัยแนะนำตัวพร้อมกับอธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย ตลอดจนการเก็บข้อมูลเมื่อพยาบาลยินยอมเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยขออนุญาตหมายวัน เวลา และสถานที่เพื่อเก็บข้อมูล

การดำเนินการในกลุ่มผู้ป่วย

ผู้วิจัยสำรวจผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแต่ละหอผู้ป่วยในเวรเช้าของแต่ละวัน เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยตามคุณสมบัติที่กำหนด เมื่อผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะวิกฤต และมีคำสั่งจากแพทย์ผู้ทำการรักษาให้ย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก ผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์ให้พยาบาลหัวหน้าเวรเป็นผู้ชี้แจงขอความร่วมมือผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยแนะนำตัวพร้อมกับอธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย ตลอดจนวิธีการเก็บข้อมูล และดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนผู้ป่วยย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก

การวิเคราะห์ข้อมูล

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การให้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลและการรับรู้การได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยภาวะวิกฤตโดยการวิเคราะห์โดยรวม และรายด้าน โดยใช้สถิติ independent t-test

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลพบว่าพยาบาลส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31-35 ปีร้อยละ 36.70 เป็นเพศหญิงทั้งหมด สถานภาพสมรสโสดร้อยละ 48.30 ส่วนใหญ่

จบการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 96.7 ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยดูแลระบบทางเดินหายใจร้อยละ 45 มีประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยหนัก ≤ 5 ปี ร้อยละ 43.3

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยพบว่ามีอายุระหว่าง 19-60 ปีอายุเฉลี่ย 46.87 ปี กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ กลุ่มอายุตั้งแต่ 51 ถึง 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 48.6 เป็นเพศชายร้อยละ 55.7 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 72.9 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 64.3 มีระยะเวลาวันนอนในหอผู้ป่วยหนัก ≤ 7 วัน ร้อยละ 41.4

ระดับการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณพบว่าพยาบาลรับรู้การให้การดูแลด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยโดยรวมในระดับมาก ($\bar{X}=72.50$, S.D.=7.61) โดยรายด้านที่พยาบาลรับรู้ว่าการดูแลในระดับมากประกอบด้วย การดูแลโดยใช้เทคนิคการสื่อสาร ($\bar{X}=14.78$, S.D.=1.71,) การดูแลโดยการกระตุ้นประสาทการรับรู้ ($\bar{X}=15.10$, S.D.=1.79) การดูแลกิจกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินชีวิต ($\bar{X}=15.91$, S.D.=1.72,) และการดูแลด้านศาสนา/วัฒนธรรม ($\bar{X}=15.25$, S.D.=2.74) ส่วนการรับรู้การให้การดูแลด้านความคิดและความทรงจำอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=11.45$, S.D.=3.11)

ผู้ป่วยรับรู้การได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณจากพยาบาลโดยรวมในระดับมาก ($\bar{X}=64.28$, S.D.=11.72) โดยรายด้านที่ผู้ป่วยรับรู้ได้รับการดูแลในระดับมากประกอบด้วย การดูแลโดยใช้เทคนิคการสื่อสาร ($\bar{X}=12.72$, S.D.=3.33) การดูแลโดยการกระตุ้นประสาทการรับรู้ ($\bar{X}=12.94$, S.D.=2.93) การดูแลกิจกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินชีวิต ($\bar{X}=15.25$, S.D.=2.65) และการดูแลด้านศาสนา/วัฒนธรรม ($\bar{X}=13.17$, S.D.=2.58) ส่วนการดูแลด้านความคิดและความทรงจำอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=10.18$, S.D.=3.40) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้การให้การดูแลด้านจิตวิญญาณ ของพยาบาล และระดับการรับรู้การได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย จำแนกรายด้าน และ โดยรวม

การรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณ	พยาบาล (n=60)		ผู้ป่วย(n=70)		ระดับการรับรู้
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	
การดูแลโดยใช้เทคนิคการสื่อสาร	14.78	1.71	12.72	3.33	มาก
การดูแลด้านความคิดและความทรงจำ	11.45	3.11	10.18	3.40	ปานกลาง
การดูแลโดยการกระตุ้นประสาทการรับรู้	15.10	1.79	12.94	2.93	มาก
การดูแลกิจกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินชีวิต	15.91	1.72	15.25	2.65	มาก
การดูแลด้านศาสนา/วัฒนธรรม	15.25	2.74	13.17	2.58	มาก
การรับรู้การดูแลในภาพรวม	72.50	7.61	64.28	11.72	มาก

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้การให้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาล กับการรับรู้การได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณในภาวะวิกฤตของผู้ป่วย

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณระหว่างกลุ่มพยาบาล และกลุ่มผู้ป่วยโดยรวมทุกด้าน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p=0.000$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อยู่ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลโดยใช้เทคนิคการสื่อสาร ($p=0.000$) การดูแลด้านความคิดและความทรงจำ ($p=0.030$) การดูแลโดยการกระตุ้นประสาทการรับรู้ ($p=0.000$) และการดูแลด้านศาสนา/วัฒนธรรม ($p=0.000$) ส่วนด้านการดูแลกิจกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินชีวิตพบว่ามี ความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p=0.101$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณระหว่างกลุ่มพยาบาล กับกลุ่มผู้ป่วย

การรับรู้การดูแล ด้านจิตวิญญาณ	จำนวน (n)	$\bar{X}$	S.D.	t-test	p-value	95% confidence interval of the difference	
						lower	upper
ด้านการใช้เทคนิคการสื่อสาร							
พยาบาล	60	14.78	1.71	4.50	0.000*	1.15	2.95
ผู้ป่วย	70	12.72	3.33				
ด้านความคิดและ ความทรงจำ							
พยาบาล	60	11.45	3.11	2.19	0.030*	0.12	2.40
ผู้ป่วย	70	10.18	3.40				

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณระหว่างกลุ่มพยาบาลกับกลุ่มผู้ป่วย (ต่อ)

การรับรู้การดูแล ด้านจิตวิญญาณ	จำนวน (n)	$\bar{X}$	S.D.	t-test	p-value	95% confidence interval of the difference	
						lower	upper
ด้านการกระตุ้นประสาทการรับรู้							
พยาบาล	60	15.10	1.79	5.13	0.000*	1.32	2.99
ผู้ป่วย	70	12.94	2.93				
ด้านกิจกรรมเกี่ยวกับ รูปแบบการดำเนินชีวิต							
พยาบาล	60	15.91	1.72	1.65	0.101	-0.13	1.44
ผู้ป่วย	70	15.25	2.65				
ด้านศาสนา/วัฒนธรรม							
พยาบาล	60	15.25	2.74	4.44	0.000*	1.15	3.00
ผู้ป่วย	70	13.17	2.58				
การดูแลโดยรวม							
พยาบาล	60	72.50	7.61	4.90	0.000*	4.90	11.52
ผู้ป่วย	70	64.28	11.72				

*p <0.05

การอภิปรายผล

การรับรู้การให้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลแตกต่างกับการรับรู้การได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณในภาวะวิกฤตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p=0.000$) โดยคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ของพยาบาลมากกว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ของผู้ป่วย อธิบายได้ว่าการดูแลจะเกิดขึ้นได้โดยผ่านการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันเท่านั้น และเป็นการดูแลที่เข้าถึงความรู้สึกและสัมผัสจิตใจ จิตวิญญาณของกันและกัน²¹ เช่นเดียวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณที่พยาบาลต้องมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยจึงจะสามารถสัมผัสจิตวิญญาณของผู้ป่วยได้ แต่ประเด็นด้านจิตวิญญาณจะเกี่ยวข้องกับ ศรัทธา ศาสนา และความเชื่อส่วนบุคคล การที่พยาบาลจะสัมผัสจิตวิญญาณของผู้ป่วยได้จะต้องอาศัยการสร้างสัมพันธภาพอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ⁸ เพื่อให้ผู้ป่วย

เกิดความไว้วางใจและกล้าที่พูดคุยด้านจิตวิญญาณกับพยาบาล การรับรู้ที่แตกต่างกันของพยาบาลและผู้ป่วยอาจเนื่องจาก ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระยะเวลาวันนอนในหอผู้ป่วยหนัก ≤ 7 วัน ร้อยละ 41.4 ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยด้วยข้อจำกัดของระยะเวลาดังกล่าว แม้พยาบาลจะรับรู้ว่าการดูแลด้านจิตวิญญาณแต่ยังไม่สามารถสัมผัสถึงจิตวิญญาณของผู้ป่วยได้ทั้งหมด จึงทำให้การรับรู้ของพยาบาลแตกต่างกับการรับรู้ของผู้ป่วย ประกอบกับการเจ็บป่วยภาวะวิกฤต ทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการด้านจิตวิญญาณมากขึ้นเป็นพิเศษ⁴ จึงต้องการการได้รับการตอบสนองด้านจิตวิญญาณมากขึ้น ดังนั้นถึงแม้ว่าพยาบาลจะรับรู้ว่าได้ให้การดูแลด้านจิตวิญญาณ แต่ยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ทั้งหมด สอดคล้องกับการศึกษาของ อวยพร ภัทรภักดีกุล และคณะ²⁰

ที่ศึกษาการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยเรื้อรังที่พักรักษาในโรงพยาบาล พบว่า คะแนนการรับรู้การให้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลมากกว่าคะแนนการรับรู้การได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณที่ผู้ป่วยได้รับจริงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) แสดงให้เห็นว่าแม้พยาบาลจะรับรู้ว่าได้ให้การดูแลด้านจิตวิญญาณในระดับมาก แต่ยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยได้

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณระหว่างกลุ่มพยาบาลและกลุ่มผู้ป่วยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อยู่ 4 ด้าน โดยคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ของพยาบาลมากกว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ของผู้ป่วย ได้แก่ 1) ด้านการดูแลโดยใช้เทคนิคการสื่อสาร ซึ่งอธิบายได้ว่าการสื่อสารกับผู้ป่วยภาวะวิกฤตมักมีข้อจำกัดจากการใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อการรักษา ผู้ป่วยจึงต้องสื่อสารกับพยาบาลด้วยการใช้ท่าทาง²² ซึ่งอาจทำให้ การสื่อความหมายไม่ชัดเจนเท่าที่ควร และการที่ผู้ป่วยเลือกเปิดรับ (selective exposure) ข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับตน หรือที่อยู่ในความสนใจ เลือกรับรู้และเลือกตีความให้สอดคล้องกับความเชื่อหรือความต้องการของตน ตลอดจนจงใจเลือกจำเรื่องที่สำคัญเฉพาะตนด้วย²³ ดังนั้นผู้ป่วยจึงไม่สามารถรับรู้ถึงการให้การดูแลของพยาบาลได้ทั้งหมด ทำให้การรับรู้ของพยาบาลกับผู้ป่วยแตกต่างกันได้ 2) การดูแลด้านความคิดและความทรงจำอธิบายได้ว่าจิตวิญญาณเป็นเรื่องของปัจเจกบุคคล ซึ่งการสนทนาเกี่ยวกับจิตวิญญาณถือเป็นประเด็นที่มีความอ่อนไหวโดยเฉพาะการเล่าถึงเรื่องราวส่วนตัวเช่น ประสบการณ์ชีวิต ความทรงจำเกี่ยวกับชีวิตส่วนตัว ซึ่งในบริบทของสังคมไทยถือว่าเรื่องดังกล่าวเป็นเรื่องที่ไม่เปิดเผยกับบุคคลอื่นที่ไม่คุ้นเคย⁶ ทำให้การดูแลในด้านนี้มักต้องใช้เวลาในการสร้างสัมพันธภาพอย่างต่อเนื่องก่อนเสมอ ประกอบกับผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระยะเวลาวันนอนในหอผู้ป่วยหนัก ≤ 7 วัน ร้อยละ 41.4 จึงอาจทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าที่จะเปิดเผยเรื่องราวชีวิตส่วนตัวทั้งหมดกับพยาบาล ทำให้การดูแลยังไม่สามารถเข้าถึงส่วนลึกในจิตใจของผู้ป่วยได้ จึงทำให้

การรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยแตกต่างกันได้ 3) การดูแลโดยการกระตุ้นประสาทการรับรู้ การเจ็บป่วยภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นทันทีทันใดและคุกคามต่อชีวิต มักทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์²⁴ ซึ่งอาจมีผลต่อสภาพจิตใจ ความเข้าใจ และการแปลความหมายของการสัมผัส โดยอาจทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ในสิ่งต่าง ๆ ผิดพลาดได้ และอาจทำให้การรับรู้ของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติ การพยาบาลลดลง 4) การดูแลด้านศาสนา/วัฒนธรรม อธิบายได้ว่า กิจกรรมการดูแลด้านศาสนา/วัฒนธรรมนั้น ส่วนใหญ่พยาบาลทำหน้าที่ในการอนุญาตให้ผู้ป่วยและญาติได้ปฏิบัติตามความเชื่อโดยกิจกรรมนั้นไม่ขัดต่อแผนการรักษา²⁵ และการเอื้ออำนวยความสะดวกในการปฏิบัติกิจกรรมให้ผู้ป่วยและญาติ²² ทำให้การดูแลด้านศาสนาของพยาบาลอาจยังไม่เข้าถึงความเชื่อด้านศาสนา/วัฒนธรรมที่แท้จริงของผู้ป่วยได้ จึงทำให้การรับรู้ของพยาบาลแตกต่างกับการรับรู้ของผู้ป่วยได้ ส่วนการดูแลกิจกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินชีวิตพบว่าการรับรู้การให้การดูแลของพยาบาลกับการรับรู้การได้รับการดูแลในภาวะวิกฤตของผู้ป่วยมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.101$) อธิบายได้ว่าการดูแลกิจกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินชีวิตเป็นกิจกรรมที่ตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกายที่พยาบาลให้การดูแลเป็นประจำ (routine) และปฏิบัติมากที่สุด¹⁶ ประกอบกับการเจ็บป่วยในภาวะวิกฤต ผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลด้านร่างกายเป็นลำดับแรก²⁴ ทำให้ผู้ป่วยรับรู้การได้รับการดูแลกิจกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินชีวิตได้มาก เพราะเมื่อบุคคลมีความต้องการด้านใดมากย่อมรับรู้ในด้านนั้นได้มาก จึงทำให้การรับรู้ของพยาบาลและการรับรู้ของผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน

สรุป

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า การรับรู้การให้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลแตกต่างกับการรับรู้การได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย สะท้อนว่าพยาบาลยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล โรงพยาบาลควรมีการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลในการดูแลด้านจิตวิญญาณเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยและผู้ป่วยรับรู้ได้มากขึ้น

ด้านการบริหารการพยาบาล หน่วยงานควรมีการพัฒนาระบบการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยภาวะวิกฤต และหาแนวทางในการจัดระบบการดูแลด้านจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ได้รับการดูแลมากขึ้น

ด้านการวิจัย ควรศึกษาเชิงลึกถึงปัญหาและอุปสรรคในการให้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาล เพื่อนำไปสู่การพัฒนาศักยภาพของพยาบาลในการดูแลด้านจิตวิญญาณที่ผู้ป่วยสามารถรับรู้ได้มากขึ้น

ขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษา ที่กรุณาให้คำปรึกษาข้อเสนอแนะ และตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องเป็นอย่างดีในทุกขั้นตอนของการวิจัย ขอขอบคุณพยาบาลและผู้ป่วยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการศึกษา และขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ให้ทุนส่งเสริมการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. อัมพล จินดาวัฒนะ. ปฏิรูปสุขภาพปฏิรูปชีวิตและสังคม. กรุงเทพฯ: อุกาการพิมพ์; 2546.
2. นงครัตน์ พุทธา เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ ชนิษฐานาคะ. ผลของโปรแกรมพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลต่อการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2554; 34 (2): 11-9.
3. อนงค์ ภิบาล. ความต้องการการดูแลทางด้านจิตวิญญาณและการได้รับการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยไทยมุสลิมระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2552.
4. O' Brien ME. Spirituality in nursing: standing on holy ground. 3rd ed. Massachusetts: Jones & Bartett; 2008.
5. รุ่งทิพย์ ดารายนตร์ เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ วิชาวิคองอินทร์. ประสบการณ์ของผู้ป่วยที่เผชิญความยากลำบากในระหว่างการหย่าเครื่องช่วยหายใจ. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2552; 32(4): 23-32
6. พชนี สมกำลัง เพ็ญศิริ ดำรงภคภากร. การใช้หลักการคัมภีร์ศาสนาเพื่อการดูแลจิตวิญญาณตามบริบทสังคมวัฒนธรรมตะวันตก. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2554; 34(4): 93-101.
7. เรวดีวัน เอกวุฒิงศา บำเพ็ญจิต แสงชาติ. จิตวิญญาณของพระภิกษุอาพาธ. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2555; 35(2): 100-10.
8. พชนี สมกำลัง ดัชนี สุวรรณคม. การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2552; 32(2): 98-110.
9. ทศนีย์ ทองประทีป. จิตวิญญาณ: มิติหนึ่งของการพยาบาล. กรุงเทพฯ: วี.พริ้น; 2552.
10. บุปผา ชอบใจ. ความสามารถทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยในมิติจิตวิญญาณ. ขอนแก่น: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2543.
11. Chan MF. Factors affecting nursing staff in practicing spiritual care. J Clin Nurs 2009; 19: 2128-36.
12. Sellers SC, Haag BA. Spiritual nursing interventions. J Holis Nurs 1998; 16(3): 338-54.
13. ธมลวรรณ แก้วกระจก วิชาวิคองอินทร์. การพยาบาลด้านจิตวิญญาณ. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2550; 27(1): 35-48.
14. กุสุมาปิยะศิริภักดิ์. พฤติกรรมการดูแลเอื้ออาทรของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2545.

15. Williams AS. Quality and care: Patients' perceptions. *J Nurs Care Qual* 1998; 12(6): 18-25.
16. บุญวดี เพชรรัตน์ จรัสศรี บัวบาน. การรับรู้ของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมของพยาบาล. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์* 2541; 17(1-4): 44-60.
17. บั้ววรรณ ประทุมทอง. ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยวิกฤตที่หอผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลมโหสถ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว. *วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น*; 2553.
18. ไพโรพนา ไชยตะมาตย์. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในการหย่าเครื่องช่วยหายใจโดยวิธี T-PIECE ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลสกลนคร. *รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*; 2554.
19. วรรณชนก จันทชุม. การวิจัยทางการพยาบาล การเลือกตัวอย่างและขนาดตัวอย่าง. *ภาควิชาการศึกษาวิจัยและบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*; 2545.
20. อวยพร ภัทรภักดีกุล โสเพ็ญ ชุนวล มัลลิกา สุนทรวิภาต. การดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยเรื้อรังที่พักรักษาในโรงพยาบาล. *วารสารสภาการพยาบาล* 2553; 25(1):100-11.
21. Watson J. Human science and human care theory of nursing. New York: National league fund; 1988.
22. Lundberg CP, Kerdombag P. Spiritual care provided by Thai nurses in intensive care units. *J Clin Nurs* 2010; 19: 112-18.
23. บุญศรี ปราภณศักดิ์ ศิริพร จิรวัดน์กุล. การสื่อสารเพื่อคุณภาพการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2538.
24. สุจิตรา ลีมนานวยลาก. การเจ็บป่วยวิกฤตและการพยาบาล. ใน: สุจิตรา ลีมนานวยลาก ชวนพิศ ทำนอง, บรรณาธิการ. *การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต*. พิมพ์ครั้งที่ 4. ขอนแก่น: คลังนาโนวิทยา; 2551.
25. วัลภา คุณทรงเกียรติ. ประสบการณ์ชีวิตการพยาบาลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลวิกฤต. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา* 2553; 18(3): 17-31.