

## ความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาวะด้านจิตวิญญาณของพยาบาลและการดูแลผู้ป่วย ด้านจิตวิญญาณ

### THE RELATIONSHIP BETWEEN NURSE' SPIRITUAL WELL-BEING AND THEIR SPIRITUAL CARE

สุกัญญา โปยนอก<sup>1\*</sup>, ดวงรัตน์ เหลืองอ่อน<sup>2</sup>, สุวภา บุญอุไร<sup>3</sup>, พิทักษ์ ทองสุข<sup>4</sup>, ภาสกรณ์ วัฒนพฤษ<sup>5</sup>  
*Sukanya Poiynok<sup>1\*</sup>, Duangrat Luangon<sup>2</sup>, Suwapha Boonurai<sup>3</sup>, Pitark Thongsook<sup>4</sup>, Pasakorn Watanapruk<sup>5</sup>*

<sup>1</sup>ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

<sup>1</sup>*Panyanantaphikkhu Chonprathan Medical Center, Srinakharinwirot University.*

<sup>2</sup>สาขาวิชาการวิจัยและสถิติทางวิทยาการปัญญา วิทยาลัยวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา มหาวิทยาลัยบูรพา

<sup>2</sup>*Research and Statistics in Cognitive Science, College of Research Methodology and Cognitive Science, Burapha University.*

<sup>3</sup>สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาชลบุรี เขต 1

<sup>3</sup>*Chonburi Primary Education Primary Education Service Area Office 1.*

<sup>4</sup>คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา

<sup>4</sup>*Faculty of Nursing, St Theresa International College.*

<sup>5</sup>บริษัทไทยออยล์ จำกัด (มหาชน)

<sup>5</sup>*Thaioil Public Company Limited.*

**\*Corresponding author, e-mail: jury1926@hotmail.com**

**Received: 19 March 2019; Revised: 10 July 2019; Accepted: 26 July 2019**

#### บทคัดย่อ

สุขภาวะด้านจิตวิญญาณของพยาบาลมีความสำคัญอย่างมาก เพราะส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วย นั่นคือ การมีจิตวิญญาณที่ดีส่งผลให้พยาบาลเกิดความตระหนักรู้ถึงความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยในมิติจิตวิญญาณได้ดี การวิจัยนี้ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาวะด้านจิตวิญญาณของพยาบาล และการดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณ โดยใช้แบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วย 3 ตอน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป สุขภาวะด้านจิตวิญญาณของพยาบาล ค่า CVI เท่ากับ 0.940 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.925 และการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย ค่า CVI เท่ากับ 0.88 มีค่าความเชื่อมั่น 0.940 ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นพยาบาลศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ จำนวน 122 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอย และการวิเคราะห์ความแปรปรวน

ผลการวิจัย ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 95.9 สถานภาพโสดร้อยละ 36.1 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 95.9 จบการศึกษาปริญญาตรีร้อยละ 92.6 มีอายุตั้งแต่ 22-60 ปี ส่วนใหญ่อายุช่วง 20-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 32 ในด้านประสบการณ์การทำงาน พบว่ามีอายุงานตั้งแต่ 1-41 ปี ส่วนใหญ่มีอายุงานมากกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.5 รองลงมาคือกลุ่มที่มีอายุงาน 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.2 และในด้านสถานที่ทำงาน พบว่า ส่วนใหญ่ทำงานในหน่วยการพยาบาลผู้ป่วยสามัญ คิดเป็นร้อยละ 41.8 รองลงมาคือกลุ่มที่ทำงานในหน่วย

การพยาบาลผู้ป่วยหนัก คิดเป็นร้อยละ 24.6 ผู้ตอบแบบสอบถามมีสุขภาวะด้านจิตวิญญาณระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.888 (S.D. = 0.435) พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.172 (S.D. = 0.601) ความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาวะด้านจิตวิญญาณของพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณพบว่า มีเพียงองค์ประกอบที่ 3 การมีชีวิตที่เต็มไปด้วยความหมายเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value = .012) โดยทำนายพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณได้ร้อยละ 5.1 ( $R^2 = 0.051$ ) นอกจากนี้ ยังพบว่าประสบการณ์การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตมีผลทำให้สุขภาวะด้านจิตวิญญาณของพยาบาลและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณของพยาบาลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value = .035)

สรุป องค์ประกอบที่ 3 ของสุขภาวะด้านจิตวิญญาณของพยาบาล คือ การมีชีวิตที่เต็มไปด้วยความหมาย มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**คำสำคัญ:** สุขภาวะด้านจิตวิญญาณ การดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณ จิตวิญญาณ สุขภาวะ

### Abstract

The nurse' spiritual well-being is very important. Because it affects the care of patients, That is, having a good spirit results in the nurse being aware of the spiritual needs of the patient. Making it possible to take care of patients in the spiritual dimension well. The purpose of this study were to examine predictors of spiritual well-being on their spiritual care. The assessments included a spiritual well-being questionnaire on 5 level rating scale, consisting of 3 parts: general information, spiritual health of nurses, CVI equal to 0.940, confidence value equal to 0.925, and spiritual care, CVI equal to 0.88, confidence value 0.940. One hundred and twenty-two nurses from Panyanantaphikkhu Chonprathan Medical Center Srinakharinwirot University were recruited. Data analysis using linear regression and analysis of variance.

The results revealed that most of the sample groups were female, 95.9%, single status 63.1%, Buddhism 95.9%, graduated bachelor degree 92.6%, age from 22-60 years old, mostly age 26-30 years, 32%. Work experience found that most of the work from 1-41 years old, most of the work is over 10 years, accounting for 42.6%, followed by the group of workers age 1-5 years, accounting 35.2%. Workplaces found that most of them work in General ward, 41.8%, followed by those work in intensive care units accounting for 24.6%. The sample reported having moderate level of spiritual well-being, 3.888 (S.D. = 0.435 and their spiritual care was at a moderate level, 3.172 (S.D. = 0.601). The relationship between nurse' spiritual well-being and their spiritual care it was found that only the 3rd element, meaningful life could explain the spiritual care significantly .05 (p-value = .012), by explaining for spiritual care by 5.1 percent. In addition, the experience of caring for family members who were in the end of life had resulted in the nurse' spiritual well-being were significantly different at the level of .05 (p-value = .035).

Conclusion: The third element of the nurse' spiritual well-being is having a meaningful life. There was a significant positive correlation with the spiritual care for patients.

**Keywords:** Spiritual well-being, Spiritual care, Spiritual, Well-being

## บทนำ

ปัจจุบันสาเหตุการเจ็บป่วยมีแนวโน้มเปลี่ยนจากโรคติดเชื้อเป็นโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะกลุ่มโรคมะเร็ง โรคทางหลอดเลือดสมองหรือหัวใจ โรคไต เป็นต้น [1] จากข้อมูลของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข พบผู้ป่วยมะเร็งร้ายใหม่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จากร้อยละ 8.52 ในปี พ.ศ. 2551 เป็นร้อยละ 15.47 ในปี พ.ศ. 2560 [2] เป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของไทยและมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2555 - 2557 จาก 43,829 ราย เป็น 47,086 ราย [3] รวมถึงอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคเบาหวาน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2559 พบอัตรา 114.10 ราย ต่อแสนประชากร และ 114.66 รายต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2560 [4] จากข้อมูลดังกล่าวนี้ สะท้อนถึงความต้องการ การดูแลแบบประคับประคองและการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิตมากขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยเรื้อรังจะมีอาการของโรคทรุดลงไม่สามารถรักษาให้หายขาด และมีแนวโน้มเสียชีวิตจากตัวโรคในอนาคต กลายเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต มีความเจ็บปวดและทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ [1] โดยมีการให้คำจำกัดความว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา ทำได้เพียงการดูแลแบบประคับประคองในเรื่องของการเจ็บปวด และอาการอื่น ๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ผู้ป่วยจะมีอาการทรุดลงไปเรื่อย ๆ และจะเสียชีวิตในที่สุด [5] ส่วนการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) หมายถึง การดูแลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต รวมถึงการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมาน หรือวิธีการดูแลผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด มีแนวโน้มที่ทรุดลง หรือเสียชีวิตจากตัวโรคในอนาคต หรือป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตเน้นการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมมิติทาง ใจ สังคม และจิตวิญญาณของทั้งผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแล โดยอยู่บนเป้าหมายหลักคือการที่จะทำให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ โดยการจัดหาหรือสนับสนุนพิธีกรรมทางจิตวิญญาณ ตามความต้องการของผู้ป่วย เช่น การใส่บาตร สังฆทาน สวดมนต์ ทำวัตรเช้า-เย็น การละหมาดการอ่านหนังสือธรรมะ คัมภีร์อัลกุรอาน หรือคัมภีร์ไบเบิล เป็นต้น [1] จากการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมของอรุณา เย็นเสมอ [6] พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 2.44$ , S.D. = .24) ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณจึงมีความสำคัญมาก โดยเฉพาะผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งพยาบาลควรให้ความสำคัญ แต่จากการศึกษาของ Koninck และคณะ [7] ในปี 2016 ประเทศสหรัฐอเมริกา อังกฤษ สวิตเซอร์แลนด์ ออสเตรเลีย และเยอรมนี เพื่อสำรวจความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณ พบว่า ส่วนใหญ่พยาบาลมีการประเมินความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยเพียงบางครั้งเท่านั้น คิดเป็นร้อยละ 52.9 รองลงมาคือไม่มีการประเมินความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยเลย คิดเป็นร้อยละ 36.8 และมีน้อยมากที่ให้ความสำคัญและการประเมินความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยตลอดเวลา คิดเป็นร้อยละ 10.3 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 72.1 ระบุว่าเขาไม่ได้รับการฝึกเกี่ยวกับการประเมินความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยในหลักสูตรการเรียนพยาบาล

การดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณ หมายถึง พฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลต่อผู้ป่วยที่มีภาวะการเจ็บป่วยโดยเฉพาะด้วยโรคเรื้อรัง ทั้งที่อยู่ในระยะสุดท้าย และไม่ได้อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต เป็นการพยาบาลในด้านจิตวิญญาณ อันได้แก่ การจัดหรือสนับสนุนให้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ความเชื่อ ความศรัทธา หรือสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้บอกเล่าเกี่ยวกับความเชื่อ ความศรัทธา การให้ความหมายของชีวิต การเจ็บป่วย และการตาย รวมถึงการแสดงออกถึงการให้ความสำคัญกับผู้ป่วย [8] ในขณะที่พยาบาลเป็นวิชาชีพที่มีหน้าที่ดูแลมนุษย์เพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดีครบทั้ง 4 มิติ ได้แก่ มิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งพยาบาลจะต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและญาติ ต้องมีความรับผิดชอบสูง ปฏิบัติตามกฎระเบียบอย่างเคร่งครัด รวมทั้งต้องสร้างสัมพันธภาพกับทีมสุขภาพอยู่ตลอดเวลา ซึ่งการที่ต้องดำเนินชีวิตอยู่ภายใต้สถานการณ์ตึงเครียดเช่นนี้ อาจจะทำให้ขาดสุขภาวะด้านจิตวิญญาณ ส่งผลให้รู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง ขาดกำลังใจที่จะดำเนินชีวิตต่อไป สุขภาวะด้านจิตวิญญาณของพยาบาลจึงมีความสำคัญมาก โดยมีข้อมูลสนับสนุนว่าสุขภาวะด้านจิตวิญญาณของพยาบาลส่งผลให้พยาบาลเกิดความตระหนักรู้ถึงความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยในมิติจิตวิญญาณได้ดี และทำ

ให้การดูแลผู้ป่วยในภาพรวมออกมาดี และส่งผลให้พยาบาลมีความยึดมั่นต่อวิชาชีพด้วย ในทางตรงกันข้าม หากสุขภาวะด้านจิตวิญญาณของพยาบาลไม่ดีก็จะทำให้การดูแลผู้ป่วยในภาพรวมไม่ดีอาจจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางกายทรุดลง และส่งผลต่อภาพลักษณ์วิชาชีพพยาบาลด้วย จากการศึกษาของ Chiang และคณะ ในปี ค.ศ. 2016 [9] เกี่ยวกับโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของสุขภาวะด้านจิตวิญญาณของพยาบาล (Spiritual Health) การดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Care) ความยึดมั่นในวิชาชีพ (Professional Commitment) และการดูแลผู้ป่วย (Caring) พบว่าสุขภาวะด้านจิตวิญญาณของพยาบาลมีความสัมพันธ์เชิงสาเหตุโดยส่งผลทางตรงต่อการดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ด้วยขนาดอิทธิพล 0.53 ( $\beta_s = 0.53, p < .001$ ) และสุขภาวะด้านจิตวิญญาณของพยาบาลส่งผลทางอ้อมต่อการดูแลผู้ป่วยผ่านการดูแลด้านจิตวิญญาณ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ด้วยขนาดอิทธิพล 0.26 ( $\beta_s = 0.26, p < .001$ ) นอกจากนี้ สุขภาวะด้านจิตวิญญาณของพยาบาลยังส่งผลทั้งทางตรงต่อความยึดมั่นในวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ด้วยขนาดอิทธิพล 0.25 ( $\beta_s = 0.25, p < .001$ ) และสุขภาวะด้านจิตวิญญาณของพยาบาลส่งผลทางอ้อมต่อความยึดมั่นในวิชาชีพผ่านการดูแลด้านจิตวิญญาณอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ด้วยขนาดอิทธิพล 0.17 ( $\beta_s = 0.17, p < .001$ ) สุขภาวะด้านจิตวิญญาณของพยาบาลส่งผลทางตรงต่อการดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ด้วยขนาดอิทธิพล 0.32 ( $\beta_s = 0.32, p < .001$ )

สุขภาวะด้านจิตวิญญาณ หมายถึง สภาวะจิตใจที่สุขสงบ ผ่อนคลาย เป็นอิสระ เนื่องจากตระหนักรู้ในความหมายและเป้าหมายชีวิต ก่อให้เกิดสุขภาพทางกายและใจที่ดี ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะด้านจิตวิญญาณแบ่งเป็นปัจจัยทางบวก และปัจจัยทางลบ ปัจจัยทางบวก ได้แก่ ลักษณะชีวิตสังคม เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ ประสบการณ์ในอดีต เช่น ประสบการณ์การนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยหรือประสบการณ์การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ในวาระสุดท้าย บุคลิกภาพ เช่น ความคิดสร้างสรรค์ การมองโลกในแง่ดี การกำกับตนเอง การถ่ายทอดทางสังคม เช่น การได้รับการขัดเกลาจากครอบครัวหรือโรงเรียน การปฏิบัติทางพุทธศาสนา และการสนับสนุนทางสังคม ส่วนปัจจัยทางลบ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า และภาวะสุขภาพ โดยผู้ที่มีภาวะสุขภาพดีและมีความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองจะมีสุขภาวะด้านจิตวิญญาณมากกว่าผู้ที่มีภาวะสุขภาพไม่ดี [10] จากการศึกษาเกี่ยวกับสุขภาวะด้านจิตวิญญาณของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข พบว่า สุขภาวะด้านจิตวิญญาณของนักศึกษาพยาบาลอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 3.90, S.D. = .30$ ) บุคลิกภาพ ความเลื่อมใสศรัทธาในศาสนา การจัดการความเครียด แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ การเห็นคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ทักษะคิดต่อวิชาชีพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะด้านจิตวิญญาณอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และตัวแปรทั้ง 7 สามารถอธิบายความแปรปรวนของสุขภาวะด้านจิตวิญญาณของนักศึกษาพยาบาลได้ร้อยละ 55.10 ( $R^2 = .551$ ) [11] ในการศึกษาสุขภาวะด้านจิตวิญญาณของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตประเทศอิหร่าน ในปี 2015 พบว่า คะแนนเฉลี่ยสุขภาวะด้านจิตวิญญาณของพยาบาลอยู่ในระดับสูง (94.45 คะแนน จากคะแนนเต็ม 120 คะแนน) และองค์ประกอบของสุขภาวะด้านจิตวิญญาณ 2 องค์ประกอบ ได้แก่ สุขภาพด้านศาสนา (Religious Health) และสุขภาพเดิมของบุคคล (Existential Health) ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความสามารถในการดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณของพยาบาลได้ถึงร้อยละ 42 ซึ่งอาจเนื่องมาจากบริบทของพยาบาลในหน่วยวิกฤต [12] อย่างไรก็ตาม ข้อมูลสุขภาวะด้านจิตวิญญาณของพยาบาลยังค่อนข้างแตกต่างกันหลากหลาย ขึ้นอยู่กับบริบท

ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน ได้ประกาศนโยบายเป็นโรงพยาบาลคุณธรรมตามรอยพระราชดำริในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ 9 โดยจัดโครงการเยียวยาใจด้วยธรรมะ และกิจกรรมตักบาตรลานธรรม ซึ่งได้ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 2 ปีแล้ว เพื่อส่งเสริมสุขภาวะด้านจิตวิญญาณของพยาบาลและบุคลากร รวมถึงเพื่อเยียวยาใจผู้ป่วยและญาติ ทั้งนี้ เนื่องจากผู้ป่วยที่มานอนรักษาตัวในโรงพยาบาลมีภาวะความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต ทำให้มีความต้องการการดูแลอย่างดีในทั้ง 4 มิติ เพราะทั้ง 4 มิติเป็นส่วนที่เกี่ยวข้องเชื่อมโยงกันอยู่ ในขณะที่ทีมผู้ดูแลมักจะให้ความสำคัญต่อการดูแลด้านร่างกายเป็นหลัก แต่จิตวิญญาณเป็นมิติหนึ่งที่มีความสำคัญ เพราะเป็นแก่นหลักของชีวิต เชื่อมมิติด้านกาย จิต สังคม [13] ปัจจุบันผู้ป่วยส่วนใหญ่ มักจะต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคเรื้อรังกำเริบ หรือเป็นโรคอื่น ๆ แต่มีโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่เดิม ส่วนพยาบาลเป็นเพียงมนุษย์ทั่วไปที่ต้องพบกับคนเจ็บป่วยในภาวะสิ้นหวังอยู่ทุกวัน ต้องอยู่ในสถานการณ์ความเป็นความตายตลอดเวลา ซึ่งไม่สามารถควบคุมการอยู่หรือตายของคนป่วยได้ อาจเกิดความเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ ในประเทศอังกฤษ

พบแพทย์เฉพาะทางด้านโรคมะเร็งป่วยเป็นโรคทางจิตเวชสูงถึงร้อยละ 28 และจากการสำรวจสุขภาพะด้านจิตวิญญาณของแพทย์เฉพาะทางด้านโรคมะเร็งในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าจะแน่นอนอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง ถึงร้อยละ 50 [14]

จากการทบทวน พบว่าสำหรับประเทศไทยยังมีการศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพะด้านจิตวิญญาณของพยาบาลค่อนข้างน้อย จากการสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพะทางจิตวิญญาณในบริบทของสังคมไทย ของพัฒนาแสงสาคร [10] ปี พ.ศ. 2554 พบว่ามีรายงานการศึกษา จำนวน 35 เรื่อง ส่วนใหญ่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 12 เรื่อง โดยพบว่ามีการศึกษาในพยาบาลเพียง 2 เรื่องเท่านั้น รวมถึงผลการศึกษามีอยู่ทั้งในและต่างประเทศ มีความแตกต่างกันหลากหลายขึ้นอยู่กับบริบทและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง อีกทั้งส่วนใหญ่เป็นการศึกษาแยกส่วนระหว่างสุขภาพะด้านจิตวิญญาณของพยาบาล และการดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณ การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพะด้านจิตวิญญาณของพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณยังมีค่อนข้างน้อย โดยเฉพาะข้อมูลในประเทศไทย ซึ่งเป็นสังคมพุทธศาสนาให้ความสำคัญกับมิติจิตวิญญาณสูง อีกทั้ง ศูนย์การแพทย์ปัญญาเน้นทฤษฎี ชลประทานยังเป็นโรงพยาบาลใกล้วัด มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด และร่วมกิจกรรมทางศาสนากับวัดชลประทานรังสฤษดิ์ตลอดมา จึงเป็นอีกบริบทหนึ่งที่น่าสนใจในการศึกษาในมิติจิตวิญญาณ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา “ผลของสุขภาพะด้านจิตวิญญาณของพยาบาลต่อการดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณ” เพื่อนำผลการศึกษาไปปรับใช้ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพะด้านจิตวิญญาณของพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณ
2. เพื่อศึกษาลักษณะสุขภาพะด้านจิตวิญญาณของพยาบาล
3. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณของพยาบาล
4. เปรียบเทียบความแตกต่างของช่วงอายุ หน่วยที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์การทำงาน ประสบการณ์การนอนพักรักษาในโรงพยาบาลของตนเอง ประสบการณ์การดูแลเพื่อนหรือญาติที่ต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาล และประสบการณ์การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ในภาวะสุดท้ายของชีวิต ที่ผลต่อสุขภาพะด้านจิตวิญญาณและการดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณของพยาบาล

### วิธีดำเนินการวิจัย

#### 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างอ้างอิง Hair [15] ซึ่งระบุว่าการศึกษาโดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณควรรักษาขนาดกลุ่มอย่างตั้งแต่ 100 คน ขึ้นไป ดังนั้นการวิจัยนี้ จึงเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเดียวกับกลุ่มประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหน่วยการพยาบาลผู้ป่วยใน และหัวหน้าหอผู้ป่วย ทั้งหมดจำนวน 9 หอ ซึ่งเป็นหอผู้ป่วยที่ต้องมีการดูแลผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง (โดยไม่นับรวมหอผู้ป่วยห้องคลอด หลังคลอด) รวมพยาบาล จำนวน 122 คน ซึ่งเก็บข้อมูลจากประชากรทั้งหมดคิดเป็น 100 เปอร์เซ็นต์

#### 2. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlation Research) โดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และประเมินผลเพื่อให้ได้คำตอบที่บรรลุตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา

#### 3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ให้พยาบาลตอบด้วยตนเอง โดยดัดแปลงข้อคำถามจาก The Physician's Spiritual Well-Being Scale (PSPWBS) [14] ซึ่ง Fang และคณะพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการประเมินสุขภาพะด้านจิตวิญญาณของแพทย์ในประเทศไต้หวัน โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ

ร่วมกันกับการวิจัยเชิงปริมาณ (Mixed Method) มีการทบทวนความรู้ที่เกี่ยวข้องจากหนังสือ จำนวน 19 เล่ม และบทความ จำนวน 76 บทความ สรุปความหมายและประเด็นที่เกี่ยวข้อง แล้วทำ Focus Group และการสัมภาษณ์เชิงลึก คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบแบ่งชั้นจากโรงพยาบาล 4 แห่ง สร้างแบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 25 ข้อ แบ่งเป็นระดับการให้คะแนน 5 ระดับ ตรวจสอบความยากง่ายของการทำ การเข้าใจ โดยให้แพทย์ จำนวน 55 คน อ่านและให้ข้อเสนอแนะ แล้วทำการปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ แล้วนำแบบสอบถามไปเก็บข้อมูลจากแพทย์ จำนวน 177 คน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างโดยใช้วิธี Confirm Factor Analysis โดยตัดข้อคำถามที่มีค่าความสัมพันธ์น้อยกว่า 0.3 ออก จำนวน 5 ข้อ เหลือข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ พบว่า สามารถแยกตัวบ่งชี้สุขภาวะด้านจิตวิญญาณของแพทย์ออกเป็น 4 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 คือ ความศรัทธาในตนเอง (Self-Esteem) ประกอบด้วยคำถาม 6 ข้อ อธิบายสุขภาวะด้านจิตวิญญาณได้ 19.89 เปอร์เซนต์ องค์ประกอบที่ 2 คือ การดูแลผู้ป่วย (Care for Patients) ประกอบด้วยคำถาม 6 ข้อ อธิบายสุขภาวะด้านจิตวิญญาณได้ 18.57 เปอร์เซนต์ องค์ประกอบที่ 3 คือ การมีชีวิตที่เต็มไปด้วยความหมาย (A Meaningful Life) ประกอบด้วยคำถาม 5 ข้อ อธิบายสุขภาวะด้านจิตวิญญาณได้ 13.60 เปอร์เซนต์ และ องค์ประกอบที่ 4 คือ ความมีมนุษยสัมพันธ์ (Interpersonal Relationship) ประกอบด้วยคำถาม 3 ข้อ อธิบายสุขภาวะด้านจิตวิญญาณได้ 13.59 เปอร์เซนต์ ซึ่งทั้ง 4 องค์ประกอบ อธิบายสุขภาวะด้านจิตวิญญาณได้ทั้งหมด 65.65 เปอร์เซนต์ หากค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยวิธี Split-Half มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.865 เนื่องจากผู้วิจัยเห็นว่าประเทศไต้หวัน อยู่ในภูมิภาคเดียวกันกับประเทศไทยลักษณะประชากรคล้าย ๆ กัน และแพทย์เป็นวิชาชีพที่ทำงานคล้ายคลึง และใกล้ชิดกับพยาบาลอย่างมาก และที่สำคัญคือจากการศึกษากระบวนการพัฒนาแบบสอบถามมีความน่าเชื่อถือมาก ซึ่งไม่พบรายละเอียดและกระบวนการพัฒนาแบบนี้จากแบบสอบถามที่มีใช้อยู่ทั่วไปในการศึกษาเกี่ยวกับ สุขภาวะด้านจิตวิญญาณของพยาบาลที่มีใช้อยู่ทั่วไป ผู้วิจัยจึงเลือกแบบสอบถามนี้มาปรับให้เข้ากับบริบทสังคมไทย โดยแบบสอบถามประกอบด้วย 3 ตอน ดังนี้

3.1 ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป คำถามเกี่ยวกับสภาพทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา หน้าที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์การทำงานในอาชีพพยาบาล (อายุงาน) ตำแหน่งงาน ศาสนา

3.2 ตอนที่ 2 สุขภาวะด้านจิตวิญญาณของพยาบาล คำถามเกี่ยวกับลักษณะความรู้สึกรู้สึกสัมผัสได้ถึง การมีชีวิตที่มีความหมาย มีเป้าหมาย มีความศรัทธา และมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจในการใช้ชีวิตด้วยความใส่ใจโดยในการ สร้างเครื่องมือวัดสุขภาวะทางจิตวิญญาณของพยาบาล ได้สร้างข้อคำถามโดยดัดแปลงจาก The Physician's Spiritual Well-Being Scale (PSPWBS) [14] และปรับให้เข้ากับบริบทสังคมไทย จำนวนข้อคำถาม 29 ข้อ ดำเนินการตรวจสอบ ความตรงเชิงเนื้อหาซ้ำ (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน แล้วปรับแก้ไขข้อความตามข้อเสนอแนะ หากค่า CVI ได้เท่ากับ 0.94 จากนั้นนำแบบสอบถามไปเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง (Try Out) จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเที่ยง (Reliability) พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.925

3.3 ตอนที่ 3 การดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย คำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติการพยาบาล ของพยาบาลต่อผู้ป่วยในที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลที่มีภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ทั้งที่อยู่ในระยะสุดท้าย และไม่ได้อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต เป็นการพยาบาลในด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ การจัดหรือสนับสนุนให้ปฏิบัติ กิจกรรมทางศาสนา ความเชื่อ ความศรัทธา หรือสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้บอกเล่าเกี่ยวกับความเชื่อ ความศรัทธา การให้ความหมายของชีวิต การเจ็บป่วย และการตาย รวมถึงการแสดงออกถึงการให้ความสำคัญกับผู้ป่วย ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามโดยดัดแปลงจาก The Nurse Spiritual Care Therapeutics Scale (NSCTS) [8] และปรับให้เข้ากับ บริบทสังคมไทย จำนวนข้อคำถาม 16 ข้อ ดำเนินการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาซ้ำ (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน แล้วปรับแก้ไขข้อความตามข้อเสนอแนะ ค่า CVI เท่ากับ 0.88 จากนั้นนำแบบสอบถามไปเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง (Try out) จำนวน 30 คน มีค่าความเชื่อมั่น 0.940

#### 4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ และได้รับอนุญาตให้สามารถทำการวิจัยได้ (เลขที่ใบรับรอง 6/2561) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการในเดือนพฤษภาคม ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2561

## 5. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงปริมาณ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

5.1 วิเคราะห์ข้อมูล เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อายุ ประสบการณ์การทำงาน สถานที่ทำงาน ประสบการณ์การนอนพักรักษาในโรงพยาบาลของตนเอง ประสบการณ์การดูแลเพื่อนหรือญาติที่ต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาล ประสบการณ์การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต ลักษณะสุขภาพด้านจิตวิญญาณ และพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณ ของกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนวณหาความถี่ และร้อยละ

5.2 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของสุขภาพด้านจิตวิญญาณของพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณโดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Linear Regression)

5.3 เปรียบเทียบสุขภาพด้านจิตวิญญาณและการดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณของพยาบาลในด้านอายุ หน่วยที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์การทำงาน ประสบการณ์การนอนพักรักษาในโรงพยาบาลของตนเอง ประสบการณ์การดูแลเพื่อนหรือญาติที่ต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาล และประสบการณ์การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุคูณ (Univariate Analysis of Variance: ANOVA)

## ผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง 122 คน มีผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลเพศหญิงร้อยละ 95.9 สถานภาพโสดร้อยละ 63.1 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 95.9 จบการศึกษาปริญญาตรีร้อยละ 92.6 มีอายุตั้งแต่ 22-60 ปี ส่วนใหญ่อายุช่วง 26-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 32 ในด้านประสบการณ์การทำงานพบว่ามียุ่ทำงานตั้งแต่ 1-41 ปี ส่วนใหญ่มียุ่ทำงานมากกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.6 รองลงมาคือกลุ่มที่มีอายุงาน 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.2 และในด้านสถานที่ทำงาน พบว่าส่วนใหญ่ทำงานในหน่วยการพยาบาลผู้ป่วยสามัญ คิดเป็นร้อยละ 41.8 รองลงมาคือกลุ่มที่ทำงานในหน่วยการพยาบาลผู้ป่วยหนัก คิดเป็นร้อยละ 24.6

2. ข้อมูลด้านประสบการณ์การเจ็บป่วย ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลด้านประสบการณ์การเจ็บป่วย

ประสบการณ์การเจ็บป่วย	เคย		ไม่เคย	
	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ
	(คน)		(คน)	
การนอนพักรักษาในโรงพยาบาลของตนเอง	63	51.6	59	48.4
การดูแลเพื่อนหรือญาติที่ต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาล	110	90.2	12	9.8
การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต	61	50	61	50

3. ลักษณะสุขภาพด้านจิตวิญญาณ วิเคราะห์ในภาพรวมและแยกเป็น 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ (1) ความศรัทธาในตนเอง (Self-Esteem) (2) การดูแลผู้ป่วย (Care For Patients) (3) การมีชีวิตที่เต็มไปด้วยความหมาย (A Meaningful Life) และ (4) ความสัมพันธ์กับผู้อื่น (Interpersonal Relationship) และพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณ ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรที่ศึกษา (ลักษณะสุขภาวะด้านจิตวิญญาณในภาพรวม และรายด้าน แยกเป็น 4 องค์ประกอบ และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณ)

ลักษณะสุขภาวะด้านจิตวิญญาณ	$\bar{X}$	S.D.	ความหมาย
องค์ประกอบที่ 1 ความศรัทธาในตนเอง	4.295	0.580	สูง
องค์ประกอบที่ 2 การดูแลผู้ป่วย	3.628	0.661	ปานกลาง
องค์ประกอบที่ 3 การมีชีวิตที่เต็มไปด้วยความหมาย	4.125	0.519	สูง
องค์ประกอบที่ 4 ความมีมนุษยสัมพันธ์	3.189	0.806	ปานกลาง
ภาพรวมสุขภาวะด้านจิตวิญญาณ	3.888	0.435	ปานกลาง
พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณ	3.172	0.601	ปานกลาง

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของสุขภาวะด้านจิตวิญญาณของพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณ โดยใช้สถิติ Multiple Linear Regression ดังแสดงในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ความสัมพันธ์ของสุขภาวะด้านจิตวิญญาณของพยาบาลตามองค์ประกอบหลักและการดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณ

องค์ประกอบ	b	Beta	t-value	p-value
ความศรัทธาในตนเอง	.294	.132	1.344	.181
การดูแลผู้ป่วย	-.280	-.201	-1.844	.068
การมีชีวิตที่เต็มไปด้วยความหมาย	.261	.226	2.540	.012*
ความมีมนุษยสัมพันธ์	.298	.225	2.122	.053
สุขภาวะด้านจิตวิญญาณภาพรวม	-.274	-.154	-1.132	.260
ค่าคงที่	2.094		4.899	.000
R = 0.226	R <sup>2</sup> = 0.051	F = 6.453	p-value = .012*	

จากตารางที่ 3 เมื่อวิเคราะห์ผลของสุขภาวะด้านจิตวิญญาณของพยาบาลต่อการดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณ แยกตามองค์ประกอบหลักของสุขภาวะด้านจิตวิญญาณของพยาบาลทั้ง 4 องค์ประกอบ พบว่า มีเพียงองค์ประกอบที่ 3 การมีชีวิตที่เต็มไปด้วยความหมายเท่านั้นที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value = .012) โดยทำนายได้ในระดับต่ำ ร้อยละ 5.1

5. เปรียบเทียบความแตกต่างของช่วงอายุ หน่วยที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์การทำงาน ประสบการณ์การนอนพักรักษาในโรงพยาบาลของตนเอง ประสบการณ์การดูแลเพื่อนหรือญาติที่ต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาล และประสบการณ์การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะด้านจิตวิญญาณในภาพรวม ด้วยสถิติ ANOVA ดังแสดงในตารางที่ 4 – 5



**ตารางที่ 4** เปรียบเทียบความแตกต่างของช่วงอายุ หน่วยที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์การทำงาน ประสบการณ์การนอนพักรักษาในโรงพยาบาลของตนเอง ประสบการณ์การดูแลเพื่อนหรือญาติที่ต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาล และประสบการณ์การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะด้านจิตวิญญาณในภาพรวม

Tests of Between – Subjects Effects					
แหล่งความแปรปรวน	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
ช่วงอายุ	.046	3	.015	.207	.891
หน่วยที่ปฏิบัติงาน	1.055	2	.527	7.171	.002*
ประสบการณ์การทำงาน	.063	3	.021	.288	.834
ประสบการณ์การนอนพักรักษาในโรงพยาบาล	.067	1	.067	.905	.345
ประสบการณ์การดูแลเพื่อนหรือญาติที่ต้องนอนในโรงพยาบาล	.096	1	.096	1.303	.258
ประสบการณ์การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต	1.177	1	1.177	16.004	.000*

R Squared = .722 (Adjusted R Squared = .491) \* มีนัยสำคัญที่ระดับ .05

**ตารางที่ 5** เปรียบเทียบความแตกต่างหน่วยที่ปฏิบัติงาน ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะด้านจิตวิญญาณในภาพรวม

**Multiple Comparisons : Scheffe**

หน่วยที่ปฏิบัติงาน		Mean	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval
		Difference (I-J)			Lower Bound
หอผู้ป่วยหนัก	หอผู้ป่วยสามัญ	.371 <sup>a</sup>	.061	.000	.218
	หอผู้ป่วยพิเศษ	.015	.065	.972	-.147
หอผู้ป่วยพิเศษ	หอผู้ป่วยสามัญ	.356 <sup>a</sup>	.058	.000	.211

จากตารางที่ 4-5 พบว่า มีเพียงหน่วยที่ปฏิบัติงานและประสบการณ์การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตเท่านั้นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะด้านจิตวิญญาณของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value = .035, .000) โดยพบว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักกับหอผู้ป่วยพิเศษมีสุขภาวะด้านจิตวิญญาณไม่แตกต่างกัน แต่แตกต่างกับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสามัญ

6. เปรียบเทียบความแตกต่างของช่วงอายุ หน่วยที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์การทำงาน ประสบการณ์การนอนพักรักษาในโรงพยาบาลของตนเอง ประสบการณ์การดูแลเพื่อนหรือญาติที่ต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาล และประสบการณ์การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณ ด้วยสถิติ ANOVA ดังแสดงในตารางที่ 6

**ตารางที่ 6** เปรียบเทียบความแตกต่างของช่วงอายุ หน่วยที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์การทำงาน ประสบการณ์การนอนพักรักษาในโรงพยาบาลของตนเอง ประสบการณ์การดูแลเพื่อนหรือญาติที่ต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาล และประสบการณ์การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณ

<b>Tests of Between – Subjects Effects</b>					
<b>แหล่งความแปรปรวน</b>	<b>Sum of Squares</b>	<b>df</b>	<b>Mean Square</b>	<b>F</b>	<b>Sig.</b>
ช่วงอายุ	1.989	3	.663	1.944	.131
หน่วยที่ปฏิบัติงาน	.424	2	.222	.621	.540
ประสบการณ์การทำงาน	.637	3	.212	.622	.603
ประสบการณ์การนอนพักรักษาในโรงพยาบาล	.128	1	.128	.375	.542
ประสบการณ์การดูแลเพื่อนหรือญาติที่ต้องนอนในโรงพยาบาล	.223	1	.223	.655	.131
ประสบการณ์การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต	1.500	1	1.500	4.397	.040*

R Squared = .484 (Adjusted R Squared = .054)

\* มีนัยสำคัญที่ระดับ .05

จากตารางที่ 6 พบว่าประสบการณ์การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $p$ -value = .040)

### สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า สุขภาวะด้านจิตวิญญาณในภาพรวมของพยาบาลผู้ตอบแบบสอบถามอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ เนื่องจากลักษณะงานของพยาบาลเกี่ยวข้องกับความเป็นความตายของผู้ป่วย ความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ รวมถึงการทำงานเป็นทีมที่มีลักษณะเป็นสหวิชาชีพ ผู้ร่วมงานมีความแตกต่างหลากหลาย ต้องใช้ความขยันและความอดทนอย่างสูง ประกอบกับภาวะขาดแคลนพยาบาล ทำให้พยาบาลต้องปฏิบัติงานเกินเวลาซึ่งมีผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตอารมณ์ สังคม ซึ่งสถานการณ์เหล่านี้ทำให้พยาบาลอยู่ภายใต้ภาวะกดดัน เกิดความเครียด เหนื่อยล้าทั้งร่างกายและอารมณ์ [16-17] ทำให้สุขภาวะด้านจิตวิญญาณในภาพรวมไม่สูง สอดคล้องกับการศึกษาของสมพร ปานผดุง และคณะ [18] ได้ศึกษาสุขภาวะด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามในโรงพยาบาล ซึ่งสามารถเทียบเคียงบริบทของญาติผู้ดูแลกับพยาบาลได้ เนื่องจากเป็นผู้ทบทบาดูแลผู้ป่วยเหมือนกัน ผลการศึกษาพบว่าสุขภาวะด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากภาระในการดูแลทำให้ผู้ดูแลเหนื่อยล้า ท้อแท้ ต้องรับมือกับอารมณ์ของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงได้ง่าย รวมถึงความคาดหวังจากญาติคนอื่น ๆ ส่งผลให้เกิดความเครียดวิตกกังวล เมื่อแยกพิจารณารายองค์ประกอบทั้ง 4 ด้านของสุขภาวะด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ ความศรัทธาในตนเอง การดูแลผู้ป่วย การมีชีวิตที่เต็มไปด้วยความหมาย และความมีมนุษยสัมพันธ์ พบว่า ด้านความศรัทธาในตนเองและการมีชีวิตที่เต็มไปด้วยความหมายมีคะแนนอยู่ในระดับสูง อธิบายได้ว่า ปัจจุบันสังคมให้การยอมรับว่าวิชาชีพพยาบาลว่าเป็นวิชาชีพที่มีเกียรติ มีคุณค่า อีกทั้งโดยบทบาทหน้าที่ พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญในทีมสุขภาพ

เป็นผู้มีหน้าที่ดูแลให้คำแนะนำทำให้ผู้ป่วยดีขึ้นหรือหาย เป็นผู้สัมผัสกับผู้ป่วยมากที่สุด จึงทำให้พยาบาลมีความเครียดในตนเองและรู้สึกว่าชีวิตตนเองมีค่า มีความหมาย และมีความสำคัญ [16] ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของช่วงอายุ หน่วยที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์การทำงาน ประสบการณ์การนอนพักรักษาในโรงพยาบาลของตนเอง ประสบการณ์การดูแลเพื่อนหรือญาติที่ต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาล และประสบการณ์การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะด้านจิตวิญญาณในภาพรวม พบว่ามีเพียงหน่วยที่ปฏิบัติงาน และประสบการณ์การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตเท่านั้นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะด้านจิตวิญญาณของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักกับหอผู้ป่วยพิเศษมีสุขภาวะด้านจิตวิญญาณไม่แตกต่างกัน แต่แตกต่างกับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสามัญ อธิบายประเด็นนี้ได้โดยอ้างอิงการศึกษาของพิณนภา แสงสาคร [10] ซึ่งได้สังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับสุขภาวะด้านจิตวิญญาณในบริบทของสังคมไทย เมื่อ ปี พ.ศ. 2554 พบว่าประสบการณ์ชีวิตในอดีตเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ ประสบการณ์ที่ได้เห็นความทุกข์ของผู้อื่น บุคคลในครอบครัวเจ็บป่วย หรือประสบการณ์ที่ต้องเผชิญกับความทุกข์ยากลำบากอื่น ๆ จะส่งผลต่อความเข้มแข็งของชีวิตปัจจุบันของบุคคล กล่าวคือ หากบุคคลสามารถพลิกอุปสรรคความทุกข์ยากลำบากเหล่านั้นให้เป็นโอกาสได้ จะทำให้กลายเป็นคนเข้มแข็ง อดทนอดกลั้น ไม่ย่อท้อต่อปัญหา มีความเชื่อมั่นในตนเอง และมองโลกในแง่บวก นั่นคือ การที่พยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต และปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก ถือเป็นประสบการณ์ในอดีตที่ได้เห็นความทุกข์ของผู้อื่นและบุคคลในครอบครัว จึงทำให้พยาบาลมีสุขภาวะด้านจิตวิญญาณสูงกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสามัญ ส่วนพยาบาลที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยพิเศษนั้น โดยบริบทของศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน ผู้ป่วยที่อยู่อำเภอพิเศษส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งสมัครใจรับการรักษาแบบประคับประคอง ทำให้พยาบาลมีประสบการณ์ในอดีตที่ได้เห็นความทุกข์ของผู้อื่น จึงส่งผลให้พยาบาลมีสุขภาวะด้านจิตวิญญาณสูงกว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสามัญ

ส่วนการดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณ พบว่า การดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณในภาพรวมของพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Taylor [19] ซึ่งทำการศึกษาความถี่ของพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณของพยาบาลทั่วไปในประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 1,030 คน โดยการให้คะแนนความถี่ 1-5 พบว่าคะแนนความถี่อยู่ในระดับปานกลาง เฉลี่ยเท่ากับ 3.4 ข้อมูลนี้สะท้อนถึงการให้การดูแลทางจิตวิญญาณที่ไม่บ่อยครั้ง อาจเนื่องจากพยาบาลมีการรับรู้ว่าจิตวิญญาณของผู้ป่วยเป็นเรื่องส่วนตัวอย่างยิ่ง การกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดคุยเกี่ยวกับ ความเชื่อ หรือเป้าหมายชีวิต การเผชิญความเจ็บป่วย ซึ่งเป็นองค์ประกอบของการดูแลด้านจิตวิญญาณ พยาบาลอาจจะรับรู้ว่าเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยตกอยู่ในสภาวะอารมณ์ในทางลบ ทำให้พยาบาลรู้สึกไม่สะดวก หรือไม่สบายใจที่จะทำ ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้แตกต่างจากผลการศึกษาของบุญทิวา สุวิทย์ และสุณี พนาสกุลการ [20] ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเรียนรู้ เจตคติกับการปฏิบัติกรพยาบาล โดยประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมในการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับ ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ในปี พ.ศ. 2556 จำนวน 284 คน ซึ่งพบว่า การปฏิบัติกรพยาบาลโดยการประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมในการดูแลด้าน จิตวิญญาณในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้ การที่ผลการศึกษาดังกล่าวแตกต่างกัน อาจเนื่องจากบริบทของโรงพยาบาลแตกต่างกันในรายละเอียดของกลยุทธ์ที่ใช้ในการขับเคลื่อน รวมถึงรูปแบบของการจัดกิจกรรมสนับสนุน จากการศึกษาของอวยพร ภัทรภักดีกุล โสเพ็ญ ชูนวล และมัลลิกา สุนทรวิภาต [21] เรื่องการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยเรื้อรังที่พักรักษาในโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลที่มีระดับบริการแตกต่างกัน

จะได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์รับรู้การได้รับการดูแลแตกต่างจากโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในขณะที่โรงพยาบาลทั่วไปกับโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยไม่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่า ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล จะเป็นโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัยเหมือนกัน แต่ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน ฟังจะโอนย้ายเป็นโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย เมื่อ ปี พ.ศ. 2550 และในช่วง 10 ปี ที่ผ่านมา หลังจากการโอนย้าย บริบทหรือพันธกิจหลักของโรงพยาบาล ยังเป็นลักษณะโรงพยาบาลทั่วไปอยู่ ซึ่งเป็นบริบทที่แตกต่างกับคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล จึงอาจจะเป็นสาเหตุที่ทำให้พฤติกรรมดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณของพยาบาลมีความแตกต่างกัน นอกจากนี้ จากการศึกษาของ Wu, Tseng, & Liao. [22] พบว่าความเต็มใจในการดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณของพยาบาลนั้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญขึ้นอยู่กับแหล่งที่มาของการศึกษาของการดูแลด้านจิตวิญญาณ และพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญเพียงร้อยละ 12.5 เท่านั้น ที่รู้สึกว่าการได้รับการดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณที่เพียงพอ โดยส่วนใหญ่พยาบาลรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณที่เพียงพอเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณ ซึ่งนี่ก็อาจจะเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณในภาพรวมของพยาบาลไม่สูง เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของช่วงอายุ หน่วยปฏิบัติงาน ประสบการณ์การทำงาน ประสบการณ์การนอนพักรักษาในโรงพยาบาลของตนเอง ประสบการณ์การดูแลเพื่อนหรือญาติที่ต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาล และประสบการณ์การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต ที่เกี่ยวข้องกับ การดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณ พบว่าประสบการณ์การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอธิบายได้ทำนองเดียวกันกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะด้านจิตวิญญาณของพยาบาล นั่นคือ ประสบการณ์ชีวิตในอดีตเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะด้านจิตวิญญาณซึ่งจะส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณด้วย ได้แก่ ประสบการณ์ที่ได้เห็นความทุกข์ของผู้อื่น บุคคลในครอบครัวเจ็บป่วย จะส่งผลต่อความเข้มแข็งของชีวิตปัจจุบันของบุคคล ทำให้กลายเป็นคนเข้มแข็งอดทนอดกลั้น ไม่ย่อท้อต่อปัญหา มีความเชื่อมั่นในตนเอง และมองโลกในแง่บวก การที่พยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต ถือเป็นประสบการณ์ในอดีตที่ได้เห็นความทุกข์ของบุคคลในครอบครัว จึงทำให้พยาบาลมีพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณ สูงกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต [10]

เมื่อวิเคราะห์ผลของสุขภาวะด้านจิตวิญญาณของพยาบาลต่อการดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณแยกตามองค์ประกอบหลักของสุขภาวะด้านจิตวิญญาณของพยาบาลทั้ง 4 องค์ประกอบ พบว่า มีเพียงองค์ประกอบที่ 3 การมีชีวิตที่เต็มไปด้วยความหมายเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยทำนายพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณได้ในระดับต่ำเพียงร้อยละ 5.1 เท่านั้น ทั้งนี้เนื่องจากลักษณะหรือบริบทของโรงพยาบาลเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณของพยาบาล [21] ดังนั้น ด้วยบริบทของศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน มีนโยบายโรงพยาบาลคุณธรรม มีการจัดโครงการเยียวยาใจด้วยธรรมะ ลักษณะกิจกรรมเป็นการเยี่ยมผู้ป่วยและพูดคุยเยียวยาใจรวมทั้งประกอบกิจกรรมทางศาสนาที่ผู้ป่วยและญาติต้องการโดยที่มพระคิลานธรรมร่วมกับพยาบาลและมีการร่วมถอดบทเรียนเพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งเป็นการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณรวมถึงเพิ่มทักษะในการดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณทำให้พยาบาลทุกคนมีส่วนร่วมและมีพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณเป็นปกติตามความรับผิดชอบหรือหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย โดยที่ไม่ได้ขึ้นอยู่กับ สุขภาวะด้านจิตวิญญาณของพยาบาลแต่ละคน ซึ่งเป็นประเด็นที่น่าสนใจในการศึกษาต่อไปว่าโครงการเยียวยาใจด้วยธรรมะหรือโครงการอื่นที่มีลักษณะคล้ายกันมีผลต่อพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณของพยาบาลหรือไม่และอย่างไร

### ข้อเสนอแนะ

การศึกษาค้นคว้านี้แสดงให้เห็นว่า การดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณยังเป็นประเด็นที่ต้องพัฒนาโดยเฉพาะ ควรเริ่มปลูกฝังให้พยาบาลเห็นความสำคัญตั้งแต่ยังเป็นนักศึกษา รวมถึงการจัดการเรียนเพื่อเพิ่มเติมความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณของพยาบาลหลังจากเรียนจบและขณะปฏิบัติงานด้วย หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการผลิตพยาบาลรวมถึงวิทยาศาสตร์สุขภาพอื่น ๆ ควรนำผลการวิจัยไปพิจารณาปรับปรุงและพัฒนาวิธีการจัดการเรียนการสอนเพื่อเพิ่มพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณ รวมถึงเพิ่มสุขภาวะด้านจิตวิญญาณของพยาบาลด้วย นอกจากนี้ โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลควรนำผลการวิจัยไปพิจารณาปรับปรุงและพัฒนาการบริหารจัดการให้พยาบาลในสังกัดเห็นความสำคัญและมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณที่ดี รวมถึงเพิ่มสุขภาวะด้านจิตวิญญาณของพยาบาล โดยคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

### เอกสารอ้างอิง

- [1] Department of Medical Services. (2014). *End-of-life care guidelines*. Ministry of public health. Retrieved November 22, 2017, from <http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/cpgcorner>
- [2] Information Technology Division National Cancer Institute. (2561). *Hospital Based Cancer Registry 2560*. Bangkok: Pornsup Printing Co., LTD. Retrieved November 15, 2018, from [http://www.nci.go.th/th/File\\_download/Nci%20Cancer%20Registry/HOSPITAL-BASED%202018%20Revise%204%20Final.pdf](http://www.nci.go.th/th/File_download/Nci%20Cancer%20Registry/HOSPITAL-BASED%202018%20Revise%204%20Final.pdf)
- [3] Bureau of Non Communicable Disease. (2015). *Annual Report 2015*. Bangkok: WVO officer of printing mill. Retrieved November 15, 2018, from <http://thaincd.com/document/file/download/paper-manual/Annual-report-2015.pdf>
- [4] Bureau of Non Communicable Disease. (2019). *Number and death rate of non-communicable diseases Year 2016 - 2017*. Retrieved April 25, 2019, from <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=13486&tid=32&gid=1-020>
- [5] Suwakon K., Patcharee N., & Suvirita S. (2013). *Palliative care: New dimension challenges the role of nurses*. Srimahasarakham Nursing College Praboromrajchanok Institute. Retrieved November 22, 2017, from <http://www.smnc.ac.th/group/research/images/stories/end%20of%20life.pdf>
- [6] Yensamer, O., Yodchai, K., & Thaniwatananont, P. (2560). Spiritual care needs and spiritual care received among patients with end stage renal disease receiving hemodialysis. *Journal of Nursing Science & Health*, 40(2), 55-64.
- [7] DeKoninck B., Hawkins LA., Fyke JP., Neal T., & Currier K. (2016). Spiritual care practices of advanced practice nurses: a multinational study. *The Journal for Nurse Practitioners*, 12(8), 536-44.
- [8] Taylor, E. J. (2008). What is spiritual care in nursing? Findings from an exercise in content validity. *Holistic Nursing Practice*, 22(3), 154-159.
- [9] Chiang, Y.-C., Lee, H.-C., Chu, T.-L., Han, C.-Y., & Hsiao, Y.-C. (2016, June). The impact of nurses' spiritual health on their attitudes toward spiritual care, professional commitment, and caring. *Nursing Outlook*, 64(3), 215-224.

- [10] Saengsakorn, P., Choochom, O., & Boonprakob, P. (2012). The Synthesis of Body of Knowledge related to Spiritual Well-Being in the Context of Thai Society. *Journal of Behavioral Science*, 18(1), 84-94.
- [11] Chopradit, P., & Traisaeng, A. (2013). *Spiritual Nealth of Nursing Students in Nursing Colleges Under the Jurisdiction of Praboromarajchanok Institute the Ministry of Poblic Health*. Proceeding in The 5<sup>th</sup> International HR conference. Chon Buri: Burapha University.
- [12] Azarsa, T., Davoodi, A., Markani, A. K., Gahramanian, A., & Vargaei, A. (2015). Spiritual wellbeing, attitude toward spiritual care and its relationship with spiritual care competence among critical care nurses. *Journal of caring sciences*, 4(4), 309.
- [13] Tongprateep, T. (2002). Spiritual Nursing and Nursing Process. *Thai Journal of Nursing Council*, 17(1), 1-12.
- [14] Fang CK., Li PY., Lai ML., Lin MH., Bridge DT., & Chen HW. (2011). Establishing a 'physician's spiritual well-being scale'and testing its reliability and validity. *Journal of medical ethics*, 37, 6-12.
- [15] Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2014). *Multivariate data analysis: Pearson new international edition*. Essex: Pearson Education Limited. p. 172.
- [16] Yaowaboot, H. (2012). *A Study of the Relationship between the Motivation on Self Development and the Self-Esteem of Professional Nurses*. Master Project. Srinakharinwirot University.
- [17] Supamane, T., Kunaviktikul, W., & Keitlertnapha, P. (2014). Nurses' Extended Work Hours and Nurse Outcomes in Community Hospitals. *Nursing Journal*, 41, 48-58.
- [18] Panphadung, S., Nilmanut, K., & Kitrungrrote, L. (2013). *Spiritual Well-Being of Family Caregivers of Hospitalized Patients with Advanced Gynecological Cancer*. The 4<sup>th</sup> Hatyai National Conference. Retrieved July 3, 2019, from [http://www.hu.ac.th/conference/conference2013/Proceedings2013/pdf/Book1/Describe6/733\\_195-204.pdf](http://www.hu.ac.th/conference/conference2013/Proceedings2013/pdf/Book1/Describe6/733_195-204.pdf)
- [19] Taylor EJ., Mamier I., Ricci-Allegra P., & Foith J. (2017). Self-reported frequency of nurse-provided spiritual care. *Applied Nursing Research*, 35, 30-35.
- [20] Soowit, B., & Thummak, S. (2014). The Relationships among Perception, Attitude, and Nursing Practice, Applying the Buddhist Principle in Spiritual Care for Palliative Care Patients in Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindrachiraj University. *Kuakarun Journal*, 21(1), 178-194.
- [21] Pattrapakdikul, U., Chunuan, S., & Sunthornwipat, M. (2010). Spiritual Care for Hospitalized Patients with Chronic Illness. *Thai Journal of Nursing Council*, 25(1), 100-111.
- [22] Wu, L. F., Tseng, H. C., & Liao, Y. C. (2016). Nurse education and willingness to provide spiritual care. *Nurse education today*, 38, 36-41.