



ผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุน  
ทางสังคมต่อการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ  
ในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย



สร้อยสน พามา

สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

บัณฑิตวิทยาลัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ปีการศึกษา 2556

ลิขสิทธิ์ของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์



ผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุน  
ทางสังคมต่อการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ  
ในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย



สร้อยสน พามา

สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

บัณฑิตวิทยาลัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ปีการศึกษา 2556

ลิขสิทธิ์ของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์



**EFFECT OF THE USE OF NURSING SERVICE MODEL THAT  
INTEGRATES SOCIAL SUPPORT CONCEPTS ON  
SPIRITUAL WELL-BEING PERCEIVED BY  
CARE-GIVER IN PALLIATIVE PATIENTS**



**SOISON PAMA**

**This Thematic Paper Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for The Degree of Master of Nursing Science (Nursing Administrations)  
Graduate Education, Saint Louis College, Thailand  
Academic year 2013  
Copyright of saint Louis College**

สารนิพนธ์

เรื่อง

ผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิด  
การสนับสนุนทางสังคมต่อการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล  
วันที่ 29 สิงหาคม 2556

สร้อยสน จพว.

นางสร้อยสน พามา

ผู้วิจัย

อ.ป. ๑๓๖

อาจารย์พลเรือดริหึงดร.อนงค์นุช ภูยานนท์, ค.ค.

ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์

ดร. ๑๓๖

รองศาสตราจารย์ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, Ed.D.

กรรมการสอบสารนิพนธ์

ดร. ๑๓๖

อาจารย์ดร.มนสกรณ์ วิฑูรเมธา, ค.ค.

กรรมการสอบสารนิพนธ์

ศ. ๑๓๖

อาจารย์ ดร.สมศรี สุขเมธ, ศ.ค.

รักษาการรองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ

ดร. ๑๓๖

อาจารย์เรือโทหึง ดร.แก้ววิบูลย์ แสงพลสิทธิ์, Ph.D.

ประธานหลักสูตร

## กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาอย่างสูงจากอาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. พงรัตน์ บุญญานุรักษ์ และอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ดร.มนสภรณ์ วิฑูรเมธา ที่ให้คำแนะนำ คำปรึกษา ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ และให้ความช่วยเหลือแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ เพื่อให้สารนิพนธ์ฉบับนี้ สมบูรณ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความทุ่มเท ผ่านวันเวลาที่ยากลำบาก และวิกฤตการณ์รอบด้านที่ผ่านเข้ามา จึงขอกราบขอบพระคุณและจะจดจำความรัก ความปรารถนาดีของอาจารย์ทั้งสองท่านไว้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง รองศาสตราจารย์ ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ ที่ไม่อาจกล่าวเป็นคำพูดได้หมด

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ พลเรือตรีหญิง ดร.อนงค์นุช ภูยานนท์ ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์ และคุณสมหวัง โรจนะ หัวหน้างานห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ที่กรุณาให้คำปรึกษา ช่วยเหลือและให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อผู้วิจัย รวมทั้งน้องๆ งานห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมที่ช่วยเหลือในทุกๆ ด้านซึ่งทำให้สารนิพนธ์ฉบับนี้มีความน่าเชื่อถือและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และให้คำแนะนำอันเป็นประโยชน์ในการทำสารนิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ที่กรุณาให้กำลังใจ ให้ความรู้ในการศึกษา ซึ่งเป็นพื้นฐานที่เป็นประโยชน์ต่อการทำสารนิพนธ์

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช หัวหน้างานห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม และเจ้าหน้าที่งานห้องผู้ป่วยหนักทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบคุณ คุณฉาฉาน พามา และ ด.ช.กอบุญ พามา ที่เป็นกำลังใจ ให้ความรัก ความห่วงใย คอยช่วยเหลือ ให้กำลังใจและสนับสนุนการศึกษามาโดยตลอด คุณค่าอันพึงมีจากสารนิพนธ์ฉบับนี้ หากว่าเป็นประโยชน์ต่อความก้าวหน้าทางวิชาการแก่ผู้สนใจศึกษา ผู้วิจัยขอมอบคุณความดีทั้งหมด เพื่อตอบแทนพระคุณบิดา มารดา และผู้มีพระคุณทุกท่าน จนเป็นผลให้การวิจัยสำเร็จด้วยดี

สร้อยสน พามา

|                               |                                                                                                                                                              |
|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| เลขประจำตัวผู้วิจัย           | : 110301020; สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล; พย.ม., (การบริหารการพยาบาล)                                                                                         |
| ชื่อนักศึกษา                  | : สร้อยสน พามา                                                                                                                                               |
| ชื่อสารนิพนธ์ (ภาษาไทย)       | : ผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม ต่อการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย                     |
| ชื่อสารนิพนธ์ (ภาษาอังกฤษ)    | : EFFECT OF THE USE OF NURSING SERVICE MODEL THAT INTEGRATES SOCIAL SUPPORT CONCEPTS ON SPIRITUAL WELL-BEING PERCEIVED BY CARE-GIVER IN PALLIATIVE PATIENTS. |
| อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์     | : รองศาสตราจารย์ พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, Ed.D.                                                                                                                |
| อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมสารนิพนธ์ | : มนสกรณ์ วิฑูรเมธา, Ph.D.<br>: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ จินตนา อาจสันเทียะ, Ph.D.                                                                                 |
| คำสำคัญ :                     | : รูปแบบการบริการการพยาบาล แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม ผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ                                                  |
| จำนวน                         | : 126 หน้า                                                                                                                                                   |

#### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ระหว่างการเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการบริการการพยาบาลแบบที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย อายุ 30 ปีขึ้นไป ที่ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ในเดือนสิงหาคม 2556 จากโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี เลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 10 คน เป็นกลุ่มทดลอง และจับคู่กับผู้ที่มิคุณสมบัติคล้ายกันที่ได้รับการคัดกรองจากโรงพยาบาลทั่วไป อีกแห่งหนึ่ง จำนวน 10 คน เป็นกลุ่มควบคุม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย และแบบสอบถามความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ ศึกษา 2 กลุ่ม ทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (Two Group, Pretest - Posttest Design)

ผลการวิจัยพบว่า; 1) การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2) การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย หลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย สูงกว่าหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

|                                  |                                                                                                                                                                     |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ACADEMIC CODE</b>             | : 110301020; NURSING ADMINISTRATION; M.N.S.,<br>(NURSING ADMINISTRATION)                                                                                            |
| <b>STUDENT NAME</b>              | : SOISON PAMA                                                                                                                                                       |
| <b>TITLE OF THEMATIC PAPER</b>   | : EFFECT OF THE USE OF NURSING SERVICE MODEL THAT<br>INTEGRATES SOCIAL SUPPORT CONCEPTS ON SPIRITUAL WELL-<br>BEING PERCEIVED BY CARE-GIVER IN PALLIATIVE PATIENTS. |
| <b>THEMATIC PAPER ADVISOR</b>    | : ASSOC. PROF. PUANGRAT BOONYANURAK, Ed.D                                                                                                                           |
| <b>THEMATIC PAPER CO-ADVISOR</b> | : MANASAPORN WITONMATA, Ph.D.<br>: ASST. PROF. JINTANA ARTSANTHIA, Ph.D.                                                                                            |
| <b>KEY WORD</b>                  | : NURSING SERVICE MODEL, SOCIAL SUPPORT CONCEPTS,<br>PALLIATIVE PATIENTS, PERCEIVE SPIRITUAL WELL – BEING                                                           |
| <b>PAGE</b>                      | : 126 PAGES                                                                                                                                                         |

#### ABSTRACT

The purpose of this quasi-experiment research was to study and to compare means of spiritual well – being as perceived by care- giver in palliative patients between experimental group who perceived nursing service model that palliative patients that integrated on spiritual well- being and control group that using solving urgent problems of physical objects. The sample was care-giver, in palliative patients aged 30 years or more. The patient had been diagnosed with a critically and palliative patients in August 2013, from intensive care unit of King Narai Hospital, Lopburi province. The experimental group was selected by purposive sampling, 20 people; 10 persons was devedined for experimental group and 10 people for control group. Tools in the study were the nursing service model that integrated the concepts on spiritual well– being perceived by care-giver in palliative patients. The experimental instrument and the questionnaires were test for content validity by 3 experts and coefficient Alpha of Cronbach was 0.96. The statistics used to analyze the data. Frequency, percentage, mean, standard deviation, and differences were analyzed by t-test.

The study results indicated as following: 1) Perceived spiritual well-being of perceived by care- giver in palliative patient after using nursing service model that integrated social support concepts on spiritual well–being perceived by care-giver in palliative patients higher than before using nursing service model that integrated social support concepts on spiritual well-being perceived by care-giver in palliative patients, statistically significant at 0.05. 2) Perceived spiritual well-being of perceived by care-giver in palliative patient after using nursing service model that integrated social support concepts on spiritual well–being perceived by care-giver in palliative patients higher than before using nursing service model that solving urgent problems of physical objects, statistically significant at 0.05.

## สารบัญ

|                                                                                                                                                         | หน้า      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| กิตติกรรมประกาศ.....                                                                                                                                    |           |
| บทคัดย่อภาษาไทย.....                                                                                                                                    | ก         |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....                                                                                                                                 | ข         |
| สารบัญ.....                                                                                                                                             | ค         |
| สารบัญตาราง.....                                                                                                                                        | ฉ         |
| สารบัญภาพ.....                                                                                                                                          | ญ         |
| บทที่.....                                                                                                                                              |           |
| <b>1 บทนำ.....</b>                                                                                                                                      | <b>1</b>  |
| 1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....                                                                                                                 | 1         |
| 1.2 คำถามการวิจัย.....                                                                                                                                  | 5         |
| 1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....                                                                                                                        | 5         |
| 1.4 แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....                                                                                                                   | 6         |
| 1.5 ขอบเขตการวิจัย.....                                                                                                                                 | 9         |
| 1.6 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย.....                                                                                                                     | 10        |
| 1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....                                                                                                                      | 12        |
| <b>2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....</b>                                                                                                          | <b>13</b> |
| 2.1 รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมต่อการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย.....                 | 13        |
| 2.1.1 แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม.....                                                                                                                    | 14        |
| 2.1.2 การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย.....                                                                              | 15        |
| 2.1.3 การดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย.....                                                                                                               | 25        |
| 2.1.4 ผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย.....                                                                                                               | 36        |
| 2.2 รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ.....                                                                                  | 38        |
| 2.3 ความสัมพันธ์ของรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม ต่อการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย..... | 38        |
| 2.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....                                                                                                                           | 39        |

## สารบัญ (ต่อ)

| บทที่.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | หน้า      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>3</b> <b>วิธีดำเนินการวิจัย.....</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>41</b> |
| 3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 41        |
| 3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 45        |
| 3.3 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 54        |
| 3.4 จริยธรรมการวิจัย.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 55        |
| 3.5 วิธีการดำเนินการทดลอง.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 56        |
| 3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 57        |
| 3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 58        |
| <b>4</b> <b>ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>60</b> |
| ส่วนที่ 1 ระดับการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายและรูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ วิเคราะห์โดยคำนวณหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน.....                     | 61        |
| ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ในกลุ่มควบคุมก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ และกลุ่มทดลองก่อนการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test ..... | 68        |
| ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ในกลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ และกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test.....  | 73        |

## สารบัญ (ต่อ)

| บทที่.....                                                                             | หน้า |
|----------------------------------------------------------------------------------------|------|
| <b>4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล (ต่อ).....</b>                                               |      |
| ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤต |      |
| ระยะสุดท้ายกลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิด        |      |
| การสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายด้วยสถิติ Wilcoxon Signed-Ranks Test.....  | 78   |
| <b>5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....</b>                                   | 83   |
| 5.1 สรุปผลการวิจัย.....                                                                | 84   |
| 5.2 การอภิปรายผล.....                                                                  | 91   |
| 5.3 ข้อเสนอแนะ.....                                                                    | 93   |
| บรรณานุกรม.....                                                                        | 94   |
| ภาคผนวก.....                                                                           | 102  |
| ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....                                                             | 103  |
| ข เอกสารรับรองการวิจัยด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และแบบพิกัดสิทธิผู้ป่วยของกลุ่ม     |      |
| ตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย.....                                                       | 105  |
| ค โครงการอบรมวิชาการ เรื่อง “ผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิด         |      |
| การสนับสนุนทางสังคมต่อการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะ          |      |
| สุดท้าย”.....                                                                          | 108  |
| ง คู่มือรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแล          |      |
| ผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย (ตัวอย่างบางส่วน).....                                         | 113  |
| จ แบบสอบถามการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ.....                                         | 116  |
| ฉ หนังสือของความอนุเคราะห์เก็บข้อมูล.....                                              | 123  |
| ประวัติผู้วิจัย.....                                                                   | 126  |

## สารบัญตาราง

| ตารางที่.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | หน้า |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 1 แสดงลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันในกลุ่มควบคุมที่ใช้รูปแบบการพยาบาลมุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ และกลุ่มทดลองที่ใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมต่อการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย จำแนกตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ เพศและอายุ จำนวน 10 คู่.....                         | 43   |
| 2 แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ อายุ ศาสนา อาชีพ ระดับการศึกษาสูงสุดและสถานะของผู้ดูแล.....                                                                                                                                                                                                                                                                         | 44   |
| 3 กิจกรรม/รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมต่อการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย.....                                                                                                                                                                                                                                      | 47   |
| 4 กิจกรรม/พฤติกรรมตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม ต่อการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย.....                                                                                                                                                                                                                          | 51   |
| 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายกลุ่มควบคุมก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ และกลุ่มทดลองก่อนการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายโดยรวม และรายด้าน.....                                               | 61   |
| 6 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย กลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ และกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย โดยรวมและรายด้าน.....                                               | 62   |
| 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายกลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ และกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ด้านการได้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาและความศรัทธา จำแนกรายข้อ..... | 63   |

## สารบัญตาราง (ต่อ)

| ตารางที่ (ต่อ).....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | หน้า |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายกลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบและกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายด้านการรับรู้ถึงการมีคุณค่าของการมีชีวิต จำแนกรายข้อ..... | 65   |
| 9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย กลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ และกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ด้านการปรับตัวให้เข้ากับสถานะของชีวิต จำแนกรายข้อ..... | 66   |
| 10 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ด้านการได้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาและความศรัทธาเป็นรายข้อกลุ่มควบคุมก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ และกลุ่มทดลองก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย.....       | 68   |
| 11 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ด้านการรับรู้ถึงการมีคุณค่าของการมีชีวิต เป็นรายข้อ กลุ่มควบคุมก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ และกลุ่มทดลองก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย.....               | 70   |
| 12 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ด้านการปรับตัวให้เข้ากับสถานะของชีวิต เป็นรายข้อ กลุ่มควบคุมก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ และกลุ่มทดลองก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย.....                  | 71   |

## สารบัญตาราง (ต่อ)

| ตารางที่ (ต่อ).....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | หน้า |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 13 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย โดยรวมและรายด้าน กลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ และกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย.....                                              | 73   |
| 14 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย กลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ และกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายด้านการได้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาและความศรัทธา จำแนกรายข้อ..... | 74   |
| 15 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย กลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ และกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายด้านการรับรู้ถึงการมีคุณค่าของการมีชีวิตจำแนกรายข้อ.....            | 75   |
| 16 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย กลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ และกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายด้านการปรับตัวให้เข้ากับสถานะของชีวิต จำแนกรายข้อ.....              | 77   |
| 17 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย กลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย โดยรวมและรายด้าน.....                                                                                                                             | 78   |
| 18 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายกลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายด้านการได้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาและความศรัทธา.....                                                                                             | 79   |

## สารบัญตาราง (ต่อ)

| ตารางที่ (ต่อ).....                                                                                                                                                                                                                                      | หน้า |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 19 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายด้านการรับรู้ถึงการมีคุณค่าของการมีชีวิต..... | 80   |
| 20 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายกลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายด้านการปรับตัวให้เข้ากับสถานะของชีวิต.....     | 81   |



## สารบัญภาพ

| ภาพที่.....                         | หน้า |
|-------------------------------------|------|
| 1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....           | 40   |
| 2 แสดงขั้นตอนการดำเนินการวิจัย..... | 59   |



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ศึกษา 2 กลุ่ม ทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (Two-Group, Pretest-Posttest Design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับและเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมต่อการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย และรูปแบบการบริการพยาบาลแบบมุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบการบรรยายตามลำดับ ดังนี้

**ส่วนที่ 1** ระดับการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายและรูปแบบบริการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ วิเคราะห์โดยคำนวณค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ตารางที่ 5-9)

**ส่วนที่ 2** เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ในกลุ่มทดลองก่อนการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายและในกลุ่มควบคุมก่อนใช้รูปแบบบริการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบสุขภาพ โดยใช้สถิติวิเคราะห์ Mann-Whitney U Test (ตารางที่ 10-12)

**ส่วนที่ 3** เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ในกลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ และกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test (ตารางที่ 13-16)

**ส่วนที่ 4** เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย กลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed-Ranks Test (ตารางที่ 17-20)

ส่วนที่ 1 ระดับการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายและรูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ วิเคราะห์โดยคำนวณค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ตารางที่ 5-9)

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายกลุ่มควบคุม ก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ และกลุ่มทดลองก่อนการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายโดยรวม และรายด้าน

| การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณใน<br>ผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย | กลุ่มควบคุม (n=10) |       |       | กลุ่มทดลอง (n=10) |       |       |
|--------------------------------------------------------------------|--------------------|-------|-------|-------------------|-------|-------|
|                                                                    | $\bar{X}$          | S.D.  | ระดับ | $\bar{X}$         | S.D.  | ระดับ |
| ด้านการได้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาและความศรัทธา                 | 3.89               | 0.32  | มาก   | 3.82              | 0.26  | มาก   |
| ด้านการรับรู้ถึงการมีคุณค่าของการมีชีวิต                           | 3.76               | 0.44  | มาก   | 3.47              | 0.40  | มาก   |
| ด้านการปรับตัวให้เข้ากับสภาวะของชีวิต                              | 3.82               | 0.41  | มาก   | 3.43              | 0.31  | มาก   |
| รวม                                                                | 3.82               | 0.072 | มาก   | 3.57              | 0.227 | มาก   |

จากตารางที่ 5 พบว่าทั้งกลุ่มควบคุมก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ มีระดับการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายและกลุ่มทดลองก่อนการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย มีระดับการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก ทั้ง 2 กลุ่ม

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย กลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ และกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย โดยรวมและรายด้าน

| การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ                     | กลุ่มควบคุม (n = 10) |       |       | กลุ่มทดลอง (n = 10) |       |           |
|----------------------------------------------------|----------------------|-------|-------|---------------------|-------|-----------|
|                                                    | $\bar{X}$            | S.D.  | ระดับ | $\bar{X}$           | S.D.  | ระดับ     |
| ด้านการได้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาและความศรัทธา | 3.99                 | 0.288 | มาก   | 4.91                | 0.154 | มากที่สุด |
| ด้านการรับรู้ถึงคุณค่าของการมีชีวิต                | 4.01                 | 0.202 | มาก   | 4.88                | 0.091 | มากที่สุด |
| ด้านการปรับตัวให้เข้ากับสถานะของชีวิต              | 4.04                 | 0.350 | มาก   | 4.82                | 0.168 | มากที่สุด |
| รวม                                                | 4.01                 | 0.216 | มาก   | 4.87                | 0.076 | มากที่สุด |

จากตารางที่ 6 กลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ มีการรับรู้ความทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก สำหรับกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย พบว่ามีการรับรู้ความทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายอยู่ในระดับมากที่สุด ทั้งโดยรวมและรายด้าน

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย กลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ และกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวความคิดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ด้านการได้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาและความศรัทธา จำแนกรายข้อ

| การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ<br>ด้านการได้ปฏิบัติตามความเชื่อ<br>ทางศาสนาและความศรัทธา             | กลุ่มควบคุม (n = 10 ) |       |       | กลุ่มทดลอง (n = 10 ) |       |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------|-------|----------------------|-------|-----------|
|                                                                                                      | $\bar{X}$             | S.D.  | ระดับ | $\bar{X}$            | S.D.  | ระดับ     |
| 1. ทุกครั้งที่ได้จับมือผู้ป่วย ร่วมกัน<br>ขอพรจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ท่านศรัทธา<br>ทำให้ท่านมีกำลังใจ | 3.80                  | 0.919 | มาก   | 4.80                 | 0.422 | มากที่สุด |
| 2. ท่านรู้สึกอบอุ่นใจที่ได้นำวัตถุมงคล<br>ที่เป็นตัวแทนความศรัทธามาไว้ใกล้ๆ<br>ผู้ป่วย               | 3.50                  | 0.416 | มาก   | 5.00                 | 0.000 | มากที่สุด |
| 3. ท่านสุขใจทุกครั้งที่ได้นำพาตัวแทน<br>ทางศาสนา นักบวชมาให้อาวยกร่วม<br>ทำบุญ                       | 4.00                  | 0.567 | มาก   | 4.80                 | 0.422 | มากที่สุด |
| 4. ท่านรู้สึกสุขใจ ที่ได้ดูแลใกล้ชิด<br>สัมผัสผู้ป่วย เพื่อส่งผ่านความห่วงใย<br>ไปยังผู้ป่วย         | 3.50                  | 0.872 | มาก   | 5.00                 | 0.000 | มากที่สุด |
| 5. ทุกครั้งเมื่อท่านอ่านหนังสือที่เป็นคำ<br>สอนทางศาสนาให้อาวยกร่วม ฟัง ท่านผ่อนคลาย                 | 4.00                  | 0.632 | มาก   | 4.80                 | 0.422 | มากที่สุด |
| 6. ท่านสุขใจที่ได้นำพาบุคคลที่มี<br>ความหมายและผูกพันทางใจให้มาเยี่ยม<br>ผู้ป่วย                     | 3.90                  | 0.327 | มาก   | 4.80                 | 0.422 | มากที่สุด |
| 7. ท่านได้รับความช่วยเหลือและ<br>สนับสนุนจากพยาบาลให้ได้ทำตามสิ่งที่<br>ท่านศรัทธา                   | 3.60                  | 0.766 | มาก   | 4.90                 | 0.316 | มากที่สุด |

ผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย กลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ และกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ด้านการได้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาและความศรัทธา จำแนกรายข้อ (ต่อ)

| การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ<br>ด้านการได้ปฏิบัติตามความเชื่อ<br>ทางศาสนาและความศรัทธา | กลุ่มควบคุม (n = 10 ) |       |       | กลุ่มทดลอง (n = 10 ) |       |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------|-------|----------------------|-------|-----------|
|                                                                                          | $\bar{X}$             | S.D.  | ระดับ | $\bar{X}$            | S.D.  | ระดับ     |
| 8. ท่านไปทำบุญ สวดมนต์ ไหว้พระ<br>ท่านสบายใจที่ได้ส่งผ่านผลบุญไป<br>คุ้มครองผู้ป่วย      | 3.80                  | 0.316 | มาก   | 5.20                 | 1.033 | มากที่สุด |
| 9. ท่านสุขใจได้ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้<br>ทำบุญขณะอยู่โรงพยาบาล                           | 3.30                  | 0.483 | มาก   | 4.90                 | 0.316 | มากที่สุด |
| 10. ท่านตั้งใจทุกครั้งในการสัมผัส<br>นวด บริหารแขนขา ข้อมพับเพื่อให้<br>ผู้ป่วยผ่อนคลาย  | 3.50                  | 0.850 | มาก   | 4.90                 | 0.316 | มากที่สุด |
| รวม                                                                                      | 3.99                  | 0.288 | มาก   | 4.91                 | 0.159 | มากที่สุด |

จากตารางที่ 7 กลุ่มที่ใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ มีระดับการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ด้านการได้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาและความศรัทธา อยู่ในระดับมากที่สุดทั้ง 10 ข้อ และสำหรับกลุ่มทดลองหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย พบว่าอยู่ในระดับมากที่สุดทั้ง 10 ข้อ

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย กลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ และกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ด้านการรับรู้ถึงการมีคุณค่าของการมีชีวิต จำแนกรายข้อ

| การรับรู้ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ<br>ด้านการรับรู้ถึงการมีคุณค่า<br>ของการมีชีวิต                  | กลุ่มควบคุม (n = 10) |       |         | กลุ่มทดลอง (n = 10) |       |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------|---------|---------------------|-------|-----------|
|                                                                                                   | $\bar{X}$            | S.D.  | ระดับ   | $\bar{X}$           | S.D.  | ระดับ     |
| 1. ท่านภูมิใจที่ได้รับความสะดวกใจจาก<br>พยาบาลให้เช็ดตัว                                          | 3.70                 | 0.949 | มาก     | 4.70                | 0.483 | มากที่สุด |
| 2. ท่านช่วยจัดท่านนอน ตามที่ได้เรียนรู้<br>จากพยาบาล                                              | 4.10                 | 0.463 | มาก     | 5.00                | 0.000 | มากที่สุด |
| 3. ท่านภูมิใจที่ช่วยจัดวางสายเครื่อง<br>ช่วยชีวิตต่างๆ อย่างระมัดระวังได้                         | 3.90                 | 0.738 | มาก     | 4.90                | 0.316 | มากที่สุด |
| 4. ท่านช่วยจัดวางสายเครื่องช่วยหายใจ<br>ไม่ให้ดังรบกวน ท่านภูมิใจที่ช่วยให้ผู้ป่วย<br>สุขสบาย     | 4.10                 | 0.876 | มาก     | 4.90                | 0.316 | มากที่สุด |
| 5. เสียสละยอมเตือนดัง ท่านบอก<br>พยาบาล ท่านภูมิใจที่มีส่วนช่วยให้<br>ผู้ป่วยปลอดภัย              | 4.20                 | 0.919 | มาก     | 4.90                | 0.316 | มากที่สุด |
| 6. ท่านได้พูดคุยถึงบุคคลในครอบครัวที่<br>ผู้ป่วยรัก ท่านพอใจที่ได้ทำสิ่งที่ดีที่สุด<br>ให้ผู้ป่วย | 3.50                 | 0.650 | มาก     | 4.60                | 0.516 | มากที่สุด |
| 7. ท่านระวังเกี่ยวกับสายเครื่องช่วย<br>หายใจ ท่านช่วยระวังรักษาการมีชีวิตอยู่                     | 3.70                 | 0.483 | มาก     | 4.90                | 0.316 | มากที่สุด |
| 8. ผู้ป่วยโอ ท่านได้แจ้งให้พยาบาลทราบ<br>ท่านได้มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบาย                       | 3.70                 | 0.483 | มาก     | 4.90                | 0.316 | มากที่สุด |
| 9. พยาบาลบอก ท่านช่วยจัดท่านนอนให้<br>ผู้ป่วยได้ถูกต้อง ท่านได้ทำสิ่งที่ดีมี<br>ให้กับผู้ป่วย     | 3.30                 | 0.423 | ปานกลาง | 5.00                | 0.000 | มากที่สุด |

**ตารางที่ 8** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย กลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ และกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ด้านการรับรู้ถึงการมีคุณค่าของการมีชีวิต จำแนกรายข้อ (ต่อ)

| การรับรู้ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ<br>ด้านการรับรู้ถึงการมีคุณค่า<br>ของการมีชีวิต    | กลุ่มควบคุม (n = 10) |       |       | กลุ่มทดลอง (n = 10) |       |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------|-------|---------------------|-------|-----------|
|                                                                                     | $\bar{X}$            | S.D.  | ระดับ | $\bar{X}$           | S.D.  | ระดับ     |
| 10. ท่านรู้สึกถึงความมีคุณค่าในตนเองที่<br>ท่านได้เห็นการกระทำที่ใส่ใจจาก<br>พยาบาล | 3.70                 | 0.483 | มาก   | 5.00                | 0.000 | มากที่สุด |
| รวม                                                                                 | 3.810                | 0.202 | มาก   | 4.88                | 0.918 | มากที่สุด |

จากตารางที่ 8 กลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ มีระดับการรับรู้ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ด้านการรับรู้ถึงการมีคุณค่าของการมีชีวิต อยู่ในระดับมาก 9 ข้อ และระดับปานกลาง 1 ข้อ สำหรับกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย พบว่าอยู่ในระดับมากที่สุดทั้ง 10 ข้อ

**ตารางที่ 9** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย กลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ และกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ด้านการปรับตัวให้เข้ากับสถานะของชีวิต จำแนกรายข้อ

| การรับรู้ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ<br>ด้านการรับรู้ถึงการมีคุณค่า<br>ของการมีชีวิต | กลุ่มควบคุม (n = 10) |       |       | กลุ่มทดลอง (n = 10) |       |           |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------|-------|---------------------|-------|-----------|
|                                                                                  | $\bar{X}$            | S.D.  | ระดับ | $\bar{X}$           | S.D.  | ระดับ     |
| 1. ท่านปรับเวลาเพื่อมาเยี่ยมผู้ป่วยได้<br>ทุกวัน                                 | 4.10                 | 0.516 | มาก   | 5.00                | 1.033 | มากที่สุด |
| 2. ท่านจัดเวลาให้ตัวเองพักผ่อนและมา<br>เยี่ยมผู้ป่วยได้ทุกวัน                    | 4.10                 | 0.516 | มาก   | 4.80                | 0.568 | มากที่สุด |

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย กลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ และกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ด้านการปรับตัวให้เข้ากับสถานะของชีวิต จำแนกรายข้อ (ต่อ)

| การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ<br>ด้านการรับรู้ถึงการมีคุณค่า<br>ของการมีชีวิต | กลุ่มควบคุม (n = 10) |       |         | กลุ่มทดลอง (n = 10) |       |           |
|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------|---------|---------------------|-------|-----------|
|                                                                                | $\bar{X}$            | S.D.  | ระดับ   | $\bar{X}$           | S.D.  | ระดับ     |
| 3. ท่านได้ร่วมกิจกรรมกับครอบครัว และ<br>มาเยี่ยมผู้ป่วยได้ ทุกวันด้วย          | 4.00                 | 0.816 | มาก     | 4.80                | 0.422 | มากที่สุด |
| 4. ท่านได้ทำงานบ้านและมาเยี่ยมผู้ป่วย<br>ได้ทุกวันด้วย                         | 3.90                 | 0.738 | มาก     | 4.70                | 1.033 | มากที่สุด |
| 5. ท่านดูแลตัวเองให้แข็งแรงและมาเยี่ยม<br>ผู้ป่วยได้ทุกวัน                     | 4.00                 | 0.816 | มาก     | 4.80                | 0.850 | มากที่สุด |
| 6. ท่านทำงานในหน้าที่ได้ปกติและมา<br>เยี่ยมผู้ป่วยได้ทุกวัน                    | 3.40                 | 0.843 | ปานกลาง | 4.80                | 0.919 | มากที่สุด |
| 7. ท่านวางแผนล่วงหน้าช่วยให้งานมี<br>คุณภาพเพื่อมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ทุกวัน       | 4.10                 | 0.443 | มาก     | 5.00                | 0.632 | มากที่สุด |
| 8. ท่านโทรศัพท์ถามอาการผู้ป่วยได้<br>ตลอด                                      | 3.30                 | 0.823 | ปานกลาง | 4.70                | 1.054 | มากที่สุด |
| 9. ท่านดูแลผู้ป่วยและดูแลคนอื่นที่บ้าน<br>ด้วย                                 | 4.10                 | 0.994 | มาก     | 4.80                | 0.919 | มากที่สุด |
| 10. พยาบาลโทรศัพท์ให้ท่านทราบการ<br>เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเร็วที่สุดเสมอ        | 4.00                 | 0.816 | มาก     | 4.80                | 0.975 | มากที่สุด |
| รวม                                                                            | 4.04                 | 0.350 | มาก     | 4.82                | 0.168 | มากที่สุด |

จากตารางที่ 9 กลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ มีระดับการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ด้านการปรับตัวให้เข้ากับสถานะของชีวิต อยู่ในระดับมาก 8 ข้อ ระดับปานกลาง 2 ข้อ และกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายพบว่าอยู่ในระดับมากที่สุดทั้ง 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วย  
วิกฤตระยะสุดท้าย ในกลุ่มควบคุมก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วน  
ตามอาการทางกายที่ตรวจพบ และกลุ่มทดลองก่อนการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่  
บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ด้วยสถิติ Mann-  
Whitney U Test (ตารางที่ 10–12)

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะ  
สุดท้าย ด้านการได้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาและความศรัทธา เป็นรายชื่อ กลุ่มควบคุมก่อนการ  
ใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ และกลุ่มทดลองก่อนใช้  
รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย

| ด้านการได้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา<br>และความศรัทธา                                            | กลุ่มควบคุม<br>(n=10) |       | กลุ่มทดลอง<br>(n=10) |       | Z       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------|----------------------|-------|---------|
|                                                                                                   | $\bar{X}$             | S.D.  | $\bar{X}$            | S.D.  |         |
| 1. ทุกครั้งที่ได้จับมือผู้ป่วย ร่วมกันขอพรจาก<br>สิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ท่านศรัทธา ทำให้ท่านมีกำลังใจ | 3.80                  | 0.632 | 3.60                 | 0.843 | -0.2525 |
| 2. ท่านรู้สึกอบอุ่นใจที่ได้นำวัตถุมงคล ที่เป็น<br>ตัวแทนความศรัทธามาไว้ใกล้ๆผู้ป่วย               | 3.80                  | 0.789 | 3.50                 | 0.850 | -0.3645 |
| 3. ท่านสุขใจทุกครั้งที่ได้นำพาตัวแทนทาง<br>ศาสนา,นักบวชมาให้ผู้ป่วยร่วมทำบุญ                      | 3.90                  | 0.316 | 3.90                 | 0.316 | 0.000   |
| 4. ท่านรู้สึกสุขใจ ที่ได้ดูแลใกล้ชิด สัมผัส<br>ผู้ป่วย เพื่อส่งผ่านความห่วงใยไปยังผู้ป่วย         | 4.00                  | 0.816 | 3.70                 | 0.949 | 0.000   |
| 5. ทุกครั้งเมื่อท่านอ่านหนังสือที่เป็นคำสอน<br>ทางศาสนาให้ผู้ป่วยฟัง ท่านผ่อนคลาย                 | 4.00                  | 0.816 | 4.00                 | 0.816 | 0.000   |
| 6. ท่านสุขใจที่ได้นำพาบุคคลที่มีความหมาย<br>และผูกพันทางใจให้มาเยี่ยมผู้ป่วย                      | 3.90                  | 0.738 | 4.00                 | 0.816 | -0.142  |
| 7. ท่านได้รับความช่วยเหลือและสนับสนุน<br>จากพยาบาลให้ได้ทำตามสิ่งที่ท่านศรัทธา                    | 3.80                  | 0.422 | 3.80                 | 0.422 | 0.000   |
| 8. ท่านไปทำบุญ สวดมนต์ ไหว้พระ ท่าน<br>สบายใจที่ได้ส่งผ่านผลบุญไปคุ้มครองผู้ป่วย                  | 4.00                  | 0.667 | 4.00                 | 0.667 | 0.000   |

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ด้านการได้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาและความศรัทธา เป็นรายข้อ กลุ่มควบคุมก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ และกลุ่มทดลองก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย (ต่อ)

| ด้านการได้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา<br>และความศรัทธา                             | กลุ่มควบคุม<br>(n=10) |       | กลุ่มทดลอง<br>(n=10) |       | Z       |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------|----------------------|-------|---------|
|                                                                                    | $\bar{X}$             | S.D.  | $\bar{X}$            | S.D.  |         |
| 9. ท่านสุขใจได้ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้ ทำบุญ<br>ขณะอยู่โรงพยาบาล                    | 3.90                  | 0.738 | 3.90                 | 0.738 | 0.000   |
| 10. ท่านตั้งใจทุกครั้งในการสัมผัส นวด<br>บริหารแขนขา ข้อพับเพื่อให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย | 3.80                  | 0.789 | 3.80                 | 0.789 | 0.000   |
| รวม                                                                                | 3.89                  | 0.328 | 3.82                 | 0.265 | -0.1715 |

\*p < 0.05

จากตารางที่ 10 เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ด้านการได้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาและความศรัทธา รายข้อกลุ่มควบคุมก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ และกลุ่มทดลองก่อนการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ด้านการรับรู้ถึงการมีคุณค่าของการมีชีวิต เป็นรายชื่อ กลุ่มควบคุมก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ และกลุ่มทดลองก่อนใช้รูปแบบการบริการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย

| ด้านการรับรู้ถึงการมีคุณค่าของการมีชีวิต                                                 | กลุ่มควบคุม<br>(n=10) |       | กลุ่มทดลอง<br>(n=10) |       | Z      |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------|----------------------|-------|--------|
|                                                                                          | $\bar{X}$             | S.D.  | $\bar{X}$            | S.D.  |        |
| 1. ท่านภูมิใจที่ได้รับการได้รับความไว้วางใจจากพยาบาลให้เช็ดตัว                           | 3.70                  | 1.059 | 3.20                 | 1.033 | -0.51  |
| 2. ท่านช่วยจัดท่านนอน ตามที่ได้เรียนรู้จากพยาบาล                                         | 3.40                  | 0.516 | 3.20                 | 0.919 | -0.375 |
| 3. ท่านภูมิใจที่ช่วยจัดวางสายเครื่องช่วยชีวิตต่างๆ อย่างระมัดระวังได้                    | 3.80                  | 1.033 | 3.60                 | 0.699 | -0.281 |
| 4. ท่านช่วยจัดวางสายเครื่องช่วยหายใจไม่ให้คั่งรังง ท่านภูมิใจที่ช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบาย    | 3.40                  | 0.516 | 3.70                 | 0.949 | -0.470 |
| 5. เสียงสัญญาณเตือนดัง ท่านบอกพยาบาลท่านภูมิใจที่มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย             | 4.20                  | 0.665 | 3.60                 | 0.843 | -0.941 |
| 6. ท่านได้พูดคุยถึงบุคคลในครอบครัวที่ผู้ป่วยรัก ท่านพอใจที่ได้ทำสิ่งที่ดีที่สุดในผู้ป่วย | 3.80                  | 0.789 | 3.80                 | 0.789 | -0.125 |
| 7. ท่านระวังเกี่ยวกับสายเครื่องช่วยหายใจ ท่านช่วยระวังรักษาการมีชีวิตอยู่                | 3.90                  | 0.738 | 3.20                 | 0.919 | -0.901 |
| 8. ผู้ป่วยโอ ท่านได้แจ้งให้พยาบาลทราบ ท่านได้มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบาย                 | 3.60                  | 0.669 | 3.30                 | 1.059 | -0.300 |
| 9. พยาบาลบอก ท่านช่วยจัดท่านนอนให้ผู้ป่วยได้ถูกต้อง ท่านได้ทำสิ่งที่ดีให้กับผู้ป่วย      | 3.70                  | 0.823 | 3.20                 | 0.919 | -0.633 |
| 10. ท่านรู้สึกถึงความมีคุณค่าในตนเองที่ท่านได้เห็นการกระทำที่ใส่ใจจากพยาบาล              | 4.00                  | 0.667 | 3.90                 | 0.316 | -0.199 |
| รวม                                                                                      | 3.76                  | 0.447 | 3.47                 | 0.408 | -0.740 |

\*p < 0.05

จากตารางที่ 11 เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ด้านการรับรู้ถึงการมีคุณค่าของการมีชีวิต เป็นรายชื่อ กลุ่มควบคุมก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ และกลุ่มทดลองก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ด้านด้านการปรับตัวให้เข้ากับสถานะของชีวิต เป็นรายชื่อ กลุ่มควบคุมก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ และกลุ่มทดลองก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย

| ด้านการปรับตัวให้เข้ากับสถานะของชีวิต                                | กลุ่มควบคุม<br>(n=10) |       | กลุ่มทดลอง<br>(n=10) |       | Z       |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------|----------------------|-------|---------|
|                                                                      | $\bar{X}$             | S.D.  | $\bar{X}$            | S.D.  |         |
| 1. ท่านปรับเวลาเพื่อมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ทุกวัน                         | 3.40                  | 0.699 | 3.20                 | 1.033 | -0.281  |
| 2. ท่านจัดเวลาให้ตัวเองพักผ่อนและมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ทุกวัน            | 3.50                  | 1.080 | 3.90                 | 0.568 | -0.469  |
| 3. ท่านได้ร่วมกิจกรรมกับครอบครัวและมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ทุกวันด้วย      | 3.80                  | 0.789 | 3.80                 | 0.422 | -0.148  |
| 4. ท่านได้ทำงานบ้านและมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ทุกวันด้วย                   | 4.10                  | 0.738 | 3.20                 | 1.033 | -0.267  |
| 5. ท่านดูแลตัวเองให้แข็งแรงและมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ทุกวัน               | 3.70                  | 0.675 | 3.50                 | 0.850 | -0.853  |
| 6. ท่านทำงานในหน้าที่ได้ปกติและมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ทุกวัน              | 3.80                  | 0.632 | 3.20                 | 0.919 | --0.883 |
| 7. ท่านวางแผนล่วงหน้าช่วยให้งานมีคุณภาพเพื่อมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ทุกวัน | 4.10                  | 0.568 | 3.80                 | 0.632 | -0.886  |
| 8. ท่านโทรศัพท์ถามอาการผู้ป่วยได้ตลอด                                | 4.00                  | 0.667 | 3.00                 | 1.054 | -0.888  |
| 9. ท่านดูแลผู้ป่วยและดูแลคนอื่นที่บ้านด้วย                           | 3.70                  | 0.675 | 3.20                 | 0.919 | -0.715  |

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ด้านด้านการปรับตัวให้เข้ากับสถานะของชีวิต เป็นรายข้อ กลุ่มควบคุมก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ และกลุ่มทดลองก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย (ต่อ)

| ด้านการปรับตัวให้เข้ากับสถานะของชีวิต                                   | กลุ่มควบคุม |       | กลุ่มทดลอง |       | Z      |
|-------------------------------------------------------------------------|-------------|-------|------------|-------|--------|
|                                                                         | (n=10)      |       | (n=10)     |       |        |
|                                                                         | $\bar{X}$   | S.D.  | $\bar{X}$  | S.D.  |        |
| 10. พยาบาลโทรศัพท์ให้ท่านทราบการเปลี่ยนแปลง<br>ของผู้ป่วยเร็วที่สุดเสมอ | 4.10        | 0.738 | 3.50       | 0.975 | -0.693 |
| รวม                                                                     | 3.76        | 0.447 | 3.43       | 0.312 | -0.175 |

\*p < 0.05

จากตารางที่ 12 เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ด้านการปรับตัวให้เข้ากับสถานะของชีวิตเป็นรายข้อ กลุ่มควบคุมก่อน การใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ และกลุ่มทดลองก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วย  
วิกฤตระยะสุดท้าย ในกลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วน  
ตามอาการทางกายที่ตรวจพบ และกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่  
บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ด้วยสถิติ Mann-  
Whitney U Test (ตารางที่ 13 - 16)

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะ  
สุดท้าย โดยรวมและรายด้าน กลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตาม  
อาการทางกายที่ตรวจพบ และกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการ  
แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย

| การรับรู้ความผาสุกทางจิต<br>วิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วย<br>วิกฤตระยะสุดท้าย | กลุ่ม  | n  | $\bar{X}$ | S.D.  | Mean<br>Rank | Sum of<br>Ranks | Z       |
|------------------------------------------------------------------------|--------|----|-----------|-------|--------------|-----------------|---------|
| ด้านการได้ปฏิบัติตามความเชื่อ                                          | ควบคุม | 10 | 3.99      | 0.288 | 5.55         | 55.50           | -1.888* |
| ทางศาสนาและความศรัทธา                                                  | ทดลอง  | 10 | 4.91      | 0.159 | 15.45        | 154.50          |         |
| ด้านการรับรู้ถึงการมีคุณค่าของ                                         | ควบคุม | 10 | 4.01      | 0.202 | 5.50         | 55.00           | -1.914* |
| การมีชีวิต                                                             | ทดลอง  | 10 | 4.88      | 0.091 | 15.50        | 55.00           |         |
| ด้านการปรับตัวให้เข้ากับ                                               | ควบคุม | 10 | 4.04      | 0.350 | 5.50         | 55.00           | -1.903* |
| สถานะของชีวิต                                                          | ทดลอง  | 10 | 4.82      | 0.168 | 15.50        | 155.00          |         |
| รวม                                                                    | ควบคุม | 10 | 4.01      | 0.216 | 5.50         | 55.00           | -1.898* |
|                                                                        | ทดลอง  | 10 | 4.87      | 0.760 | 15.50        | 155.00          |         |

\*p < 0.05

จากตารางที่ 13 เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วย  
วิกฤตระยะสุดท้าย โดยรวมและรายด้าน พบว่ากลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาล  
ที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย สูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังการใช้  
รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  
ระดับ 0.05

ตารางที่ 14 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย กลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ และกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายด้านการได้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาและความศรัทธา จำแนกรายข้อ

| การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ<br>ด้านการได้ปฏิบัติตามความเชื่อ<br>ทางศาสนา                   | กลุ่มควบคุม<br>(n=10) |       | กลุ่มทดลอง<br>(n=10) |       | Z       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------|----------------------|-------|---------|
|                                                                                               | $\bar{X}$             | S.D.  | $\bar{X}$            | S.D.  |         |
| 1. ทุกครั้งที่ได้จับมือผู้ป่วย ร่วมกันขอพรจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ท่านศรัทธา ทำให้ท่านมีกำลังใจ | 3.80                  | 0.919 | 4.80                 | 0.422 | -1.366* |
| 2. ท่านรู้สึกอบอุ่นใจที่ได้นำวัตถุมงคล ที่เป็นตัวแทนความศรัทธามาไว้ใกล้ๆผู้ป่วย               | 3.50                  | 0.416 | 5.00                 | 0.000 | -1.427* |
| 3. ท่านสุขใจทุกครั้งที่ได้นำพาตัวแทนทางศาสนา นักบวชมาให้ผู้ป่วยร่วมทำบุญ                      | 4.00                  | 0.567 | 4.80                 | 0.422 | -1.342* |
| 4. ท่านรู้สึกสุขใจ ที่ได้ดูแลใกล้ชิด สัมผัสผู้ป่วย เพื่อส่งผ่านความห่วงใยไปยังผู้ป่วย         | 3.50                  | 0.872 | 5.00                 | 0.000 | -1.880  |
| 5. ทุกครั้งเมื่อท่านอ่านหนังสือที่เป็นคำสอนทางศาสนาให้ผู้ป่วยฟัง ท่านผ่อนคลาย                 | 4.00                  | 0.632 | 4.80                 | 0.422 | -1.119  |
| 6. ท่านสุขใจที่ได้นำพาบุคคลที่มีความหมายและผูกพันทางใจให้มาเยี่ยมผู้ป่วย                      | 3.90                  | 0.327 | 4.80                 | 0.422 | -0.685  |
| 7. ท่านได้รับความช่วยเหลือและสนับสนุนจากพยาบาลให้ได้ทำตามสิ่งที่ท่านศรัทธา                    | 3.60                  | 0.766 | 4.90                 | 0.316 | -1.718* |
| 8. ท่านไปทำบุญ สวดมนต์ ไหว้พระ ท่านสบายใจที่ได้ส่งผ่านผลบุญไปคุ้มครองผู้ป่วย                  | 3.80                  | 0.316 | 5.20                 | 1.033 | -1.258  |
| 9. ท่านสุขใจได้ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้ ทำบุญขณะอยู่โรงพยาบาล                                   | 3.30                  | 0.483 | 4.90                 | 0.316 | -1.334* |
| 10. ท่านตั้งใจทุกครั้งในการสัมผัส นวด บริหารแขนขา ข้อพับเพื่อให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย               | 3.50                  | 0.850 | 4.90                 | 0.316 | -1.911* |
| รวม                                                                                           | 3.63                  | 0.221 | 4.91                 | 0.159 | -1.888* |

\*p &lt; 0.05

จากตารางที่ 14 เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายด้านการได้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาและความศรัทธา พบว่ากลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย สูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 15 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย กลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ และกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายด้านการรับรู้ถึงการมีคุณค่าของการมีชีวิตจำแนกรายข้อ

| การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ                                                            | กลุ่มควบคุม |       | กลุ่มทดลอง |       | Z       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------|------------|-------|---------|
| ด้านการรับรู้ถึงการมีคุณค่า                                                               | (n=10)      |       | (n=10)     |       |         |
| ของการมีชีวิต                                                                             | $\bar{X}$   | S.D.  | $\bar{X}$  | S.D.  |         |
| 1. ท่านภูมิใจที่ได้รับ ความไว้วางใจจากพยาบาลให้เช็ดตัว                                    | 3.70        | 1.059 | 4.70       | 0.483 | -1.384* |
| 2. ท่านช่วยจัดท่านอน ตามที่ได้เรียนรู้จากพยาบาล                                           | 3.40        | 0.516 | 5.00       | 0.000 | -1.559* |
| 3. ท่านภูมิใจที่ช่วยจัดวางสายเครื่องช่วยชีวิตต่างๆ อย่างระมัดระวังได้                     | 3.80        | 1.033 | 4.90       | 0.316 | -1.537  |
| 4. ท่านช่วยจัดวางสายเครื่องช่วยหายใจไม่ให้ดึงรั้ง ท่านภูมิใจที่ช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบาย      | 3.40        | 0.516 | 4.90       | 0.316 | -1.337  |
| 5. เสียงสัญญาณเตือนดัง ท่านบอกพยาบาล ท่านภูมิใจที่มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย             | 4.20        | 0.665 | 4.90       | 0.316 | -1.152* |
| 6. ท่านได้พูดคุยถึงบุคคลในครอบครัวที่ผู้ป่วยรัก ท่านพอใจที่ได้ทำสิ่งที่ดีที่สุดให้ผู้ป่วย | 3.80        | 0.789 | 4.60       | 0.516 | -1.404  |
| 7. ท่านระวังเกี่ยวกับสายเครื่องช่วยหายใจ ท่านช่วยระวังรักษาการมีชีวิตอยู่                 | 3.90        | 0.738 | 4.90       | 0.316 | -1.913* |
| 8. ผู้ป่วยโอ ท่านได้แจ้งให้พยาบาลทราบ ท่านได้มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบาย                  | 3.60        | 0.669 | 4.90       | 0.316 | -1.913* |

ตารางที่ 15 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย กลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ และกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายด้านการรับรู้ถึงการมีคุณค่าของการมีชีวิตจำแนกรายข้อ

| การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ<br>ด้านการรับรู้ถึงการมีคุณค่า<br>ของการมีชีวิต           | กลุ่มควบคุม |       | กลุ่มทดลอง |       | Z        |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------|------------|-------|----------|
|                                                                                          | (n=10)      |       | (n=10)     |       |          |
|                                                                                          | $\bar{X}$   | S.D.  | $\bar{X}$  | S.D.  |          |
| 9. พยาบาลบอก ท่านช่วยจัดท่านอนให้ผู้ป่วย<br>ได้ถูกต้อง ท่านได้ทำสิ่งที่ดีมีให้กับผู้ป่วย | 3.70        | 0.823 | 5.00       | 0.000 | -1.5995* |
| 10. ท่านรู้สึกถึงความมีคุณค่าในตนเองที่ท่านได้<br>เห็นการกระทำที่ใส่ใจจากพยาบาล          | 4.00        | 0.667 | 5.00       | 0.000 | 0.915*   |
| รวม                                                                                      | 3.76        | 0.447 | 4.88       | 0.918 | -1.914*  |

\*p < 0.05

จากตารางที่ 15 เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายด้านการรับรู้ถึงการมีคุณค่าของการมีชีวิต พบว่ากลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย สูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 16 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย กลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกาย ที่ตรวจพบ และกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายด้านการปรับตัวให้เข้ากับสถานะของชีวิต จำแนกรายข้อ

| การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ                                       | กลุ่มควบคุม |       | กลุ่มทดลอง |       | Z       |
|----------------------------------------------------------------------|-------------|-------|------------|-------|---------|
| ด้านการปรับตัวให้เข้ากับ                                             | (n=10)      |       | (n=10)     |       |         |
| สถานะของชีวิต                                                        | $\bar{X}$   | S.D.  | $\bar{X}$  | S.D.  |         |
| 1. ท่านปรับเวลาเพื่อมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ทุกวัน                         | 4.10        | 0.516 | 5.00       | 1.033 | -1.427* |
| 2. ท่านจัดเวลาให้ตัวเองพักผ่อนและมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ทุกวัน            | 4.10        | 0.516 | 4.80       | 0.568 | -1.095  |
| 3. ท่านได้ร่วมกิจกรรมกับครอบครัวและมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ทุกวันด้วย      | 4.00        | 0.816 | 4.80       | 0.422 | -0.921* |
| 4. ท่านได้ทำงานบ้านและมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ ทุกวันด้วย                  | 3.90        | 0.738 | 4.70       | 1.033 | -1.014  |
| 5. ท่านดูแลตัวเองให้แข็งแรงและมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ทุกวัน               | 4.00        | 0.816 | 4.80       | 0.850 | -0.950  |
| 6. ท่านทำงานในหน้าที่ได้ปกติและมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ทุกวัน              | 3.40        | 0.843 | 4.80       | 0.919 | -1.652* |
| 7. ท่านวางแผนล่วงหน้าช่วยให้งานมีคุณภาพเพื่อมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ทุกวัน | 4.10        | 0.443 | 5.00       | 0.632 | -0.915* |
| 8. ท่านโทรศัพท์ถามอาการผู้ป่วยได้ตลอด                                | 3.30        | 0.823 | 4.70       | 1.054 | -1.702* |
| 9. ท่านดูแลผู้ป่วยและดูแลคนอื่นที่บ้านด้วย                           | 4.10        | 0.994 | 4.80       | 0.919 | -0.954  |
| 10. พยาบาลโทรศัพท์ให้ท่านทราบการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเร็วที่สุดเสมอ  | 4.00        | 0.816 | 4.80       | 0.975 | -1.332* |
| รวม                                                                  | 4.04        | 0.350 | 4.82       | 0.168 | -3.807* |

\*p < 0.05

จากตารางที่ 16 เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายด้านการปรับตัวให้เข้ากับสถานะของชีวิต พบว่ากลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย สูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

#### ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย กลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed-Ranks Test (ตารางที่ 17 - 20)

ตารางที่ 17 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย กลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย โดยรวมและรายด้าน

| การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ                     | การทดลอง | n  | $\bar{X}$ | S.D.  | Mean Rank | Sum of Ranks | Z       |
|----------------------------------------------------|----------|----|-----------|-------|-----------|--------------|---------|
| ด้านการได้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาและความศรัทธา | ก่อน     | 10 | 3.57      | 0.227 | 3.67      | 0.208        | -1.407* |
|                                                    | หลัง     | 10 | 4.91      | 0.159 | 4.44      | 0.108        |         |
| ด้านการรับรู้ถึงการมีคุณค่าของการมีชีวิต           | ก่อน     | 10 | 3.47      | 0.408 | 3.78      | 0.193        | -1.403* |
|                                                    | หลัง     | 10 | 4.88      | 0.091 | 4.57      | 0.170        |         |
| ด้านการปรับตัวให้เข้ากับสถานะของชีวิต              | ก่อน     | 10 | 3.43      | 0.312 | 3.72      | 0.123        | -1.405* |
|                                                    | หลัง     | 10 | 4.82      | 0.168 | 4.56      | 0.137        |         |
| รวม                                                | ก่อน     | 10 | 3.57      | 0.227 | 3.72      | 0.168        | -1.402* |
|                                                    | หลัง     | 10 | 4.87      | 0.76  | 4.57      | 0.112        |         |

\*p < 0.05

จากตารางที่ 17 เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายกลุ่มทดลอง พบว่าหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 18 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย กลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายด้านการได้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาและศีลธรรม

| การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณด้านการได้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาและความศรัทธา              | ก่อนทดลอง<br>(n=10) |       | หลังทดลอง<br>(n=10) |       | Z       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------|---------------------|-------|---------|
|                                                                                               | $\bar{X}$           | S.D.  | $\bar{X}$           | S.D.  |         |
| 1. ทุกครั้งที่ได้จับมือผู้ป่วย ร่วมกันขอพรจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ท่านศรัทธา ทำให้ท่านมีกำลังใจ | 3.90                | 0.316 | 4.80                | 0.422 | -1.403* |
| 2. ท่านรู้สึกอบอุ่นใจที่ได้นำวัตถุมงคล ที่เป็นตัวแทนความศรัทธามาไว้ใกล้ๆผู้ป่วย               | 3.50                | 0.527 | 5.00                | 0.000 | -1.370* |
| 3. ท่านสุขใจทุกครั้งที่ได้นำพาตัวแทนทางศาสนา,นักบวชมาให้ผู้ป่วยร่วมทำบุญ                      | 3.80                | 0.422 | 4.80                | 0.422 | -1.370* |
| 4. ท่านรู้สึกสุขใจ ที่ได้ดูแลใกล้ชิด สัมผัสผู้ป่วย เพื่อส่งผ่านความห่วงใยไปยังผู้ป่วย         | 3.90                | 0.316 | 5.00                | 0.000 | -1.282* |
| 5. ทุกครั้งเมื่อท่านอ่านหนังสือที่เป็นคำสอนทางศาสนาให้ผู้ป่วยฟัง ท่านผ่อนคลาย                 | 3.60                | 0.516 | 4.80                | 0.422 | -1.035* |
| 6. ท่านสุขใจที่ได้นำพาบุคคลที่มีความหมาย และผูกพันทางใจให้มาเยี่ยมผู้ป่วย                     | 3.90                | 0.316 | 4.80                | 0.422 | -1.063* |
| 7. ท่านได้รับความช่วยเหลือและสนับสนุนจากพยาบาลให้ได้ทำตามสิ่งที่ท่านศรัทธา                    | 3.50                | 0.527 | 4.90                | 0.316 | -1.405* |
| 8. ท่านไปทำบุญ สวดมนต์ ไหว้พระ ท่านสบายใจที่ได้ส่งผ่านผลบุญไปคุ้มครองผู้ป่วย                  | 3.10                | 0.316 | 5.20                | 1.033 | -1.294* |
| 9. ท่านสุขใจได้ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้ ทำบุญขณะอยู่โรงพยาบาล                                   | 4.00                | 0.000 | 4.90                | 0.316 | -1.300* |
| 10. ท่านตั้งใจทุกครั้งในการสัมผัส นวด บริหารแขนขา ข้อพับเพื่อให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย               | 3.50                | 0.527 | 4.90                | 0.316 | -1.299* |
| รวม                                                                                           | 3.67                | 0.258 | 4.91                | 0.159 | -1.405* |

\*p &lt; 0.05

จากตารางที่ 18 เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายกลุ่มทดลอง ด้านการได้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาและความศรัทธาพบว่า หลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 19 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายด้านการรับรู้ถึงการมีคุณค่าของการมีชีวิต

| การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ                                                           | ก่อนทดลอง |       | หลังทดลอง |       | Z       |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------|-----------|-------|---------|
| ด้านการรับรู้ถึงการมีคุณค่า                                                              | (n=10)    |       | (n=10)    |       |         |
| ของการมีชีวิต                                                                            | $\bar{X}$ | S.D.  | $\bar{X}$ | S.D.  |         |
| 1. ท่านภูมิใจที่ได้รับการไว้วางใจจากพยาบาลให้เช็ดตัว                                     | 3.20      | 1.033 | 4.70      | 0.483 | -1.381* |
| 2. ท่านช่วยจัดท่านอน ตามที่ได้เรียนรู้จากพยาบาล                                          | 3.20      | 0.919 | 5.00      | 0.000 | -1.395* |
| 3. ท่านภูมิใจที่ช่วยจัดวางสายเครื่องช่วยชีวิตต่างๆ อย่างระมัดระวังได้                    | 3.60      | 0.699 | 4.90      | 0.316 | -1.282* |
| 4. ท่านช่วยจัดวางสายเครื่องช่วยหายใจไม่ให้ดัง รบกวน ท่านภูมิใจที่ช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบาย   | 3.70      | 0.949 | 4.90      | 0.316 | -1.200* |
| 5. เสียงสัญญาณเตือนดัง ท่านบอกพยาบาล ท่านภูมิใจที่มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย            | 3.60      | 0.843 | 4.90      | 0.316 | -1.282* |
| 6. ท่านได้พูดคุยถึงบุคคลในครอบครัวที่ผู้ป่วยรัก ท่านพอใจที่ได้ทำสิ่งที่ดีที่สุดในผู้ป่วย | 3.80      | 0.789 | 4.60      | 0.516 | -1.265* |
| 7. ท่านระวังเกี่ยวกับสายเครื่องช่วยหายใจ ท่านช่วยระวังรักษาการมีชีวิตอยู่                | 3.20      | 0.919 | 4.90      | 0.316 | -1.294* |
| 8. ผู้ป่วยโอ ท่านได้แจ้งให้พยาบาลทราบ ท่านมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบาย                    | 3.30      | 1.059 | 4.90      | 0.316 | -1.359* |
| 9. พยาบาลบอก ท่านช่วยจัดท่านอนให้ผู้ป่วยได้ถูกต้อง ท่านได้ทำสิ่งที่ดีมีให้กับผู้ป่วย     | 3.20      | 0.919 | 5.00      | 0.000 | -1.359* |

ตารางที่ 19 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายด้านการรับรู้ถึงการมีคุณค่าของการมีชีวิต (ต่อ)

| การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ<br>ด้านการรับรู้ถึงการมีคุณค่า<br>ของการมีชีวิต  | ก่อนทดลอง |       | หลังทดลอง |       | Z       |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------|-----------|-------|---------|
|                                                                                 | (n=10)    |       | (n=10)    |       |         |
|                                                                                 | $\bar{X}$ | S.D.  | $\bar{X}$ | S.D.  |         |
| 10. ท่านรู้สึกถึงความมีคุณค่าในตนเองที่ท่านได้<br>เห็นการกระทำที่ใส่ใจจากพยาบาล | 3.90      | 0.316 | 5.00      | 0.000 | -1.525* |
| รวม                                                                             | 3.47      | 0.408 | 4.88      | 0.918 | -1.403* |

\* $p < 0.05$

จากตารางที่ 19 เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายกลุ่มทดลอง ด้านการรับรู้ถึงการมีคุณค่าของการมีชีวิตพบว่าหลังการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 20 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายด้านการปรับตัวให้เข้ากับสถานะของชีวิต

| การรับรู้ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ<br>ด้านการรับรู้ถึงการมีคุณค่า<br>ของการมีชีวิต | ก่อนทดลอง |       | หลังทดลอง |       | Z       |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------|-----------|-------|---------|
|                                                                                  | (n=10)    |       | (n=10)    |       |         |
|                                                                                  | $\bar{X}$ | S.D.  | $\bar{X}$ | S.D.  |         |
| 1. ท่านปรับเวลาเพื่อมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ทุกวัน                                     | 3.20      | 1.033 | 5.00      | 1.033 | -1.347* |
| 2. ท่านจัดเวลาให้ตัวเองพักผ่อนและมาเยี่ยม<br>ผู้ป่วยได้ทุกวัน                    | 3.90      | 0.568 | 4.80      | 0.568 | -1.199* |
| 3. ท่านได้ร่วมกิจกรรมกับครอบครัวและมาเยี่ยม<br>ผู้ป่วยได้ทุกวันด้วย              | 3.80      | 0.422 | 4.80      | 0.422 | -1.320* |

ตารางที่ 20 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายด้านการปรับตัวให้เข้ากับสถานะของชีวิต (ต่อ)

| การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ<br>ด้านการรับรู้ถึงการมีคุณค่า<br>ของการมีชีวิต | ก่อนทดลอง |       | หลังทดลอง |       | Z       |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------|-----------|-------|---------|
|                                                                                | (n=10)    |       | (n=10)    |       |         |
|                                                                                | $\bar{X}$ | S.D.  | $\bar{X}$ | S.D.  |         |
| 4. ท่านได้ทำงานบ้านและมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ทุกวัน<br>ด้วย                         | 3.20      | 1.033 | 4.70      | 1.033 | -1.274* |
| 5. ท่านดูแลตัวเองให้แข็งแรงและมาเยี่ยมผู้ป่วย<br>ได้ทุกวัน                     | 3.50      | 0.850 | 4.80      | 0.850 | -1.369* |
| 6. ท่านทำงานในหน้าที่ได้ปกติและมาเยี่ยมผู้ป่วย<br>ได้ทุกวัน                    | 3.20      | 0.919 | 4.80      | 0.919 | -1.381* |
| 7. ท่านวางแผนล่วงหน้าช่วยให้งานมีคุณภาพ<br>เพื่อมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ทุกวัน       | 3.80      | 0.632 | 5.00      | 0.632 | -1.383* |
| 8. ท่านโทรศัพท์ถามอาการผู้ป่วยได้ตลอด                                          | 3.00      | 1.054 | 4.70      | 1.054 | -1.294* |
| 9. ท่านดูแลผู้ป่วยและดูแลคนอื่นที่บ้านด้วย                                     | 3.20      | 0.919 | 4.80      | 0.919 | -1.279* |
| 10. พยาบาลโทรศัพท์ให้ท่านทราบการ<br>เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเร็วที่สุดเสมอ        | 3.50      | 0.975 | 4.80      | 0.975 | -1.294* |
| รวม                                                                            | 3.43      | 0.312 | 4.82      | 0.168 | -1.407* |

\*p < 0.05

จากตารางที่ 20 เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายกลุ่มทดลอง ด้านการปรับตัวให้เข้ากับสถานะของชีวิตพบว่า หลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

## บทที่ 1

### บทนำ

#### 1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจสังคมที่เน้นความเจริญด้านวัตถุมากกว่าด้านจิตใจ ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีนั้น ได้ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของประชาชน รวมถึงการปฏิรูป ระบบสุขภาพ (แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559) ประชาชนทุกคนมีหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้า สามารถเข้าถึงบริการได้โดยเสมอภาคและได้รับบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน ดังนั้น พยาบาลต้องคำนึงถึงการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ มีประโยชน์สูงสุด และตอบสนองความต้องการ ของผู้ใช้บริการ (อ้างในวันทนา สาลี, 2553, น. 1) ส่งผลต่อการจัดการผลลัพธ์ทางการพยาบาลซึ่งเป็น สิ่งสำคัญอย่างยิ่งสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลในการจัดรูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อให้ได้ผล ลัพท์ตามเป้าหมาย โดยนำเอากระบวนการบริหารทางการพยาบาลมาจัดการให้เกิดคุณภาพการพยาบาล (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2544, น. 92) ในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลนั้นได้มีการมุ่งผลลัพธ์มา บ้างแล้ว แต่ไม่ได้เป็นไปอย่างเด่นชัดพยาบาลมุ่งปฏิบัติงานตามแผนการรักษาจนลืมบทบาทอิสระของ ตนเองที่ต้องประทับประคองด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณของผู้รับบริการพยาบาลได้ ให้ความสำคัญกับการใช้เครื่องมือ เทคโนโลยีสมัยใหม่ในการใช้ติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ทำให้สิ่งที่ผู้รับบริการได้รับเป็นไปในลักษณะของการทำงานตามหน้าที่ให้เสร็จตามเวลาและทันเวลา มากกว่าการมุ่งที่ผลลัพธ์ของการพยาบาล (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2544, น. 76)

ผู้ป่วยวิกฤตในระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นผู้ป่วยที่มีอาการหนัก มีความล้มเหลวในระบบ ต่างๆ ของร่างกายหรือโรคต่างๆ ที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ มีความดันโลหิตที่ต่ำลงต้องให้ยากระตุ้น ให้ความดันโลหิตสูงขึ้น มีอาการเปลี่ยนแปลงไม่คงที่ เป็นจุดวิกฤตของการเป็นโรคที่ทำให้มีอาการดี ขึ้นหรือตายได้ในทันทีซึ่งไม่สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้า ผู้ป่วยในสภาวะเช่นนี้ มีโอกาสของความเป็น ความตายได้เท่ากันถือว่าเป็นผู้ป่วยในระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤตที่ต้องติดตามประเมินอาการ ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดต่อเนื่องเป็นระยะๆ และบันทึกอาการสำคัญต่างๆ ของผู้ป่วย ทำให้พยาบาลวิชาชีพที่ ดูแลผู้ป่วยมุ่งให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะวิกฤตตามแผนการรักษาของแพทย์และช่วยเหลือแพทย์ ในการทำการหัตถการต่างๆ ทำให้ขาดการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยซึ่งกำลังวิตกกังวล ไม่ทราบว่าเกิดอะไรขึ้นกับผู้ป่วยในภาวะวิกฤตอย่างทันทีทันใดนี้ พยาบาลวิชาชีพต้องตระหนักเพื่อ

ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตไปพร้อมกัน เช่น การให้ข้อมูลต่างๆ การช่วยเหลือให้บุคคลในครอบครัวผู้ป่วยเผชิญกับระยะสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วย รวมทั้งการตัดสินใจด้านจริยธรรม เช่น กรณีที่แผนการรักษาของแพทย์ช่วยชีวิตผู้ป่วย เป็นต้น (Thelan, et al, 1990, p. 871) ความรู้สึกสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักของครอบครัวผู้ป่วยถือเป็นความทุกข์อย่างแสนสาหัสต่อบุคคลในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วย จากการศึกษาของ Davis-Martin, 1994; Mirr, 1991; Jacono et al, 1990; Molter, 1979; Cited in Yvonne A. Robb. (1998, p. 204-206) พบว่าความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต 10 อันดับแรก คือ 1) ความต้องการมีความหวัง 2) ต้องการให้เจ้าหน้าที่สนใจดูแลผู้ป่วย 3) ต้องการทราบการพยากรณ์หรือการทำนายโรคของผู้ป่วย 4) ต้องการคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริง 5) ต้องการมีที่พักรอเยี่ยมใกล้บริเวณหอผู้ป่วย 6) ต้องการได้รับแจ้งทางโทรศัพท์เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง 7) ต้องการทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับอาการคืบหน้าของผู้ป่วย 8) ต้องการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผู้ป่วยอย่างน้อยวันละครั้ง 9) ต้องการได้รับคำอธิบายด้วยข้อความที่เข้าใจง่าย และ 10) ต้องการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยหรือจัดแบ่งกลุ่มได้ คือ ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร ความต้องการด้านร่างกาย ความต้องการด้านอารมณ์ ความต้องการด้านจิตวิญญาณ

พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นพยาบาลที่ต้องมีการพัฒนาในทุกๆ ด้านเพราะต้องให้การดูแลพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา 24 ชั่วโมง ตามกรอบจรรยาบรรณวิชาชีพ แม้ปัจจุบันวิทยาการด้านการแพทย์เจริญก้าวหน้าทำให้ผู้ป่วยมีอายุยืนยาวขึ้นก็ตาม แต่จากลักษณะของผู้ป่วยวิกฤตที่มีอาการหนัก มีความล้มเหลวในระบบต่างๆ หรือโรคต่างๆ ที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ หรือมีอาการเปลี่ยนแปลงไม่คงที่ เป็นจุดวิกฤตของโรคที่ทำให้มีอาการดีขึ้นหรือตายได้ในทันทีซึ่งไม่สามารถคาดการณ์ได้ พยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรที่สำคัญยิ่งในการช่วยเหลือผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ซึ่งมีคุณภาพที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวผู้ป่วยมากที่สุด และติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง (EPEC, 1999; อ้างในสาวิตรี มณีพงศ์, 2551, น. 2) พยาบาลจึงต้องมีความรู้ ความชำนาญ และจำเป็นต้องเตรียมบุคคลในครอบครัวผู้ป่วยให้ยอมรับความตายของผู้ป่วย โดยให้ข้อมูลกับบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยเป็นระยะและให้การสนับสนุนด้านร่างกาย จิตใจต่อบุคคลในครอบครัวผู้ป่วย เพื่อเป็นการตอบสนองความต้องการแบบองค์รวม แต่จากการศึกษาพบว่าพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตมุ่งให้ความสนใจดูแลและตอบสนองความต้องการเฉพาะตัวผู้ป่วยเป็นสำคัญ (Jacono et al., 1990) ให้ความสำคัญกับความต้องการของบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วย หรือสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยไม่เท่าที่ควร อาจเนื่องมาจากมีข้อจำกัดของเวลา ขาดความรู้ความเข้าใจความต้องการของบุคคลในครอบครัว หรืออาจมองไม่เห็นความสำคัญของความต้องการของบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วย หรือสมาชิกใน

ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (O'Malley et al., 1991) ทำให้ไม่สามารถให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยได้

การพยาบาลในปัจจุบันยังพบว่าการพยาบาลและวิธีการในการดูแลผู้ป่วยที่พยาบาลปฏิบัตินั้นไม่สามารถที่จะกล่าวอ้างได้ว่า การปฏิบัติงานพยาบาลเหล่านั้นสะท้อนว่าพยาบาลมีเนื้อหาสาระทางวิชาการเป็นของตนเองอย่างเพียงพอ (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2538, น. 211) ทั้งนี้จากวิธีปฏิบัติงานของพยาบาลมักจะยึดงานเป็นหลักปฏิบัติงานเฉพาะหน้า ขาดการมองภาพรวมและการวางแผนดูแลในระยะยาวอย่างต่อเนื่อง เป็นรูปแบบบริการที่มุ่งงานและเน้นการให้การรักษาทันทีมากกว่าการให้การพยาบาลเป็นรายบุคคล (สิริกาญจน์ ปรีสุทธิบัณฑิต, 2540, น. 3) ซึ่งสาเหตุดังกล่าวส่งผลกระทบต่อการพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ทำให้พยาบาลส่วนใหญ่ขาดการสร้างสรรค์หรือขยายความรู้ใหม่ๆ มาใช้วางแผนการพยาบาลผู้ป่วย เพื่อสนองความต้องการของผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยโดยการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมได้อย่างครบถ้วน จากกรอบแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นการตอบสนองขั้นพื้นฐานที่สำคัญของบุคคล ถ้าบุคคลได้รับความช่วยเหลือในด้านอารมณ์ การประเมินคุณค่า การได้รับข่าวสารและด้านทรัพยากร จะทำให้บุคคลในครอบครัวสามารถเผชิญความเครียดและตอบสนองต่อความเครียดได้รวดเร็วยิ่งขึ้น ทั้งจะทำให้สามารถนำข้อมูลมาใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้สำเร็จ

มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่สะท้อนถึงความไม่พร้อมทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย (Duke, 1998; อ้างในสุนิศา สุขตระกูล, น. 14) ศึกษาจากประสบการณ์ของกลุ่มสมรสของผู้ป่วยในภาวะใกล้ตาย กลุ่มสมรสของผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็นว่า พยาบาลในหอผู้ป่วยหนักมุ่งที่ให้ความสนใจดูแลตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยมากกว่าให้ความสำคัญกับความต้องการในภาวะสูญเสีย และเศร้าโศกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย เนื่องจากการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบของภาวะสูญเสียและเศร้าโศก และความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยใกล้ตาย สอดคล้องกับจิตินา วทานิชเวช (2540) ที่ได้ศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตตามการรับรู้ของตนเองและพยาบาลในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่าสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารมากกว่าด้านอื่นๆ และพยายามรับรู้ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยได้ตรงกัน (ปัทมา วาจามั่น, 2534, น. 44-45) พบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีความสามารถดีที่สุดในด้านการช่วยเหลือแพทย์ และการกระทำตามคำสั่งการรักษาโรคของแพทย์ และพบว่าพยาบาลขาดการพัฒนาความสามารถทางการพยาบาลที่เฉพาะ หรือการพยาบาลให้เป็นผู้เชี่ยวชาญในด้านใดด้านหนึ่ง

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ เป็นความรู้สึกส่วนลึกภายในจิตใจของบุคคลที่แสดงถึงภาวะสงบเป็นสุข มีความเข้มแข็งในจิตใจ ยอมรับความจริง มีเป้าหมายในชีวิต มีความหวัง ยอมรับและพึงพอใจใน

สิ่งที่เป็นอยู่ของตนเอง และเป็นการรับรู้ในระดับจิตสำนึกในการไตร่ตรองพิจารณาสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองจนสามารถยกระดับจิตสำนึกให้ถึงระดับที่เห็นคุณค่าความหมายของชีวิต มีความสุขกับคุณค่าของชีวิตที่เป็นอยู่ (ประเวศ วะสี, 2543, น. 44) ความผาสุกทางจิตวิญญาณแตกต่างจากความผาสุกทางจิตใจตรงที่ความผาสุกทางจิตใจเป็นความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับระหว่างบุคคลและมีความรู้สึกทางอารมณ์เข้ามาเกี่ยวข้อง (Piles, 1990, p. 37) และจากการศึกษาพบว่าความผาสุกทางจิตวิญญาณ มีความสัมพันธ์กับความหวังและความศรัทธาในศาสนา นอกจากนั้นการที่บุคคลได้รับกำลังใจ มีความรักความผูกพัน มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว ญาติ เพื่อน หรือบุคคลที่ต้องการจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองทางด้านจิตวิญญาณ Moree (1998) ศึกษาการทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณในสตรีที่ทำงานเกี่ยวกับศาสนา 400 คน พบว่ามีความพึงพอใจในชีวิตและได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อนสามารถทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณได้ ซึ่งจะทำให้บุคคลผู้นั้นมีพลังในตัวมีความหวังและกำลังใจ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าเพิ่มขึ้นและสุดท้ายมีส่วนช่วยให้บุคคลมีความรู้สึกเป็นสุขสงบได้แม้ในยามเจ็บป่วย ดังนั้นการจะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณขณะเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต จึงจำเป็นต้องมีการสร้างรูปแบบในการปฏิบัติงาน พร้อมทั้งจะให้ความช่วยเหลือ แนะนำ ควณุม กำกับ และติดตามประเมินผลเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามที่กำหนดไว้ (Mickley, 1990, p. 267)

รูปแบบการบริการพยาบาลในปัจจุบันพบว่า ระบบการให้บริการมีการมอบหมายงานตามหน้าที่ (ฟาริดา อิบราฮิม, 2551, น. 214) ส่วนใหญ่เน้นการจัดการดูแลผู้ป่วยโดยยึดคำสั่งการรักษาของแพทย์ ไม่มีการกำหนดเป้าหมาย ผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาล ไม่มีความชัดเจนในการกำหนดหน้าที่ ความรับผิดชอบในการปฏิบัติการพยาบาล (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2544, น. 92) การมอบหมายงานเน้นการมอบหมายงานประจำและหน้าที่พิเศษให้แก่บุคลากรแต่ละคนรับผิดชอบไม่ได้มอบหมายการดูแลให้รับผิดชอบผู้ป่วยเฉพาะ จึงทำให้ขาดการวิเคราะห์ความต้องการการดูแลผู้ป่วยที่ไม่มีการกำหนดและประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นระบบที่เฉพาะเจาะจงต่อความต้องการของผู้ป่วย และในการดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่องส่วนมากเป็นข้อมูลการรักษาของแพทย์และอาการผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัดเจนเท่านั้น ไม่มีข้อมูลการพยาบาลที่ครอบคลุมถึงปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณซึ่งทำให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลเฉพาะรายสำหรับผู้ป่วย การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณไม่ชัดเจน (สุวรรณิ สุคนธทรัพย์, 2541) แนวทางการพยาบาลตลอดจนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยทางด้านจิตวิญญาณและยังมีบางส่วนมีความคิดว่าเรื่องนี้เป็นหน้าที่ของนักสวดมนต์หรือนักบวช การสำรวจความคิดเห็นจากพยาบาล พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่ไม่ได้รับการเตรียมตัวอย่างเพียงพอในการดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณ (Piles, 1990, p. 36) ดังนั้นเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีจากการดูแลผู้ป่วย หัวหน้าหอผู้ป่วยควรมีวิธีการทำงานเพื่อสนับสนุนส่งเสริมในการดูแลผู้ป่วยด้วยการกำหนดวิธี เทคนิคการปฏิบัติการพยาบาล ให้ความรู้โดยจัดอบรมและฝึกในการใช้แนวคิดที่

บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมต่อการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย เพื่อให้ผู้ปฏิบัติกระทำด้วยความมั่นใจ (ทัศนีย์ ทองประทีป, และคณะ, 2544, น. 12)

ดังนั้น การศึกษาผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมต่อการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ซึ่งใช้แนวทางการสนับสนุนทางสังคม (Weiss, 1974) และแนวทางการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย (Kubler-Ross, 1969) และแนวทางการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต (AACN, 2002) โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติการพยาบาล มีหัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้าเวรเป็นผู้บริหารจัดการ ให้พยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานมีองค์ความรู้ในด้านการประเมินความต้องการและให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ตามแนวคิดความผาสุกทางจิตวิญญาณของ Paloutzian & Ellison (1982) เพื่อนำไปสู่เป้าหมายการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายต่อไป

## 1.2 คำถามการวิจัย

1) ระดับการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคม ต่อการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย และรูปแบบบริการการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบเป็นอย่างไร

2) การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมต่อการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย สูงกว่าหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบหรือไม่

3) การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย หลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคม สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมหรือไม่

## 1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1) เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายและรูปแบบบริการการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ

2) เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย หลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายและหลังการใช้รูปแบบบริการพยาบาล ที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ

3) เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย

## 1.4 แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

### 1.4.1 แนวเหตุผลการวิจัย

ผู้ดูแลผู้ป่วยโดยทั่วไป หมายถึง ผู้ที่ให้การช่วยเหลือดูแลที่กระทำโดยตรงหรือโดยอ้อมต่อผู้ป่วย โดยผู้ป่วยเป็นบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรค ดังนั้นผู้ดูแลจะได้รับผลกระทบอย่างรุนแรงจากการดูแลหรือการพยายามทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง (Baker, 1989, p. 31) ถ้าผู้ป่วยมีอาการทรมานหนักและต้องเข้ารับการรักษาด่วนในหอผู้ป่วยวิกฤต ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเกิดความรู้สึกวิตกกังวล คับข้องใจ เศร้าโศก และรู้สึกผิด ที่ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ เนื่องจากมีความห่วงใยผู้ป่วย และต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วย ขณะที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาล จากผลกระทบนี้ผู้ดูแลผู้ป่วยต้องปรับตัวเพื่อเผชิญกับสถานการณ์อย่างทันทีทันใด ทำให้รู้สึกช็อกและสับสนอย่างรุนแรง (Family Caregiver Alliance, 1999; อ้างใน สุนิสา สุขตระกูล, 2544, น. 3)

การพยาบาลวิกฤตในผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นบทบาทหน้าที่สำคัญหน้าที่หนึ่งของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยครอบคลุมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยตามปัญหาและอาการร่วมกับทีมสุขภาพอื่น นอกจากตัวผู้ป่วยแล้ว ผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นบุคคลที่สำคัญที่ได้รับผลกระทบจากภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและต้องการความช่วยเหลือดูแลจากพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต หลักการของการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตในระยะสุดท้าย เป็นแบบแผนการดูแลรักษาทางยา แต่เน้นการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และต้องมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอันเป็นที่รักของผู้ป่วยในระยะสุดท้ายเพราะมีแนวทางการดูแลบุคคลในครอบครัวเป็นศูนย์กลางในภาวะวิกฤต (Henemen & Cardin, 2002, p. 13-19) แต่จากการปฏิบัติงานในปัจจุบันของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤต มีการปฏิบัติงานตามกฎระเบียบของหน่วยงานเป็นส่วนใหญ่ คือ มีป้ายการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในเวลา 12.00-13.00 น., 18.00-19.00 น. เข้าเยี่ยมได้ครั้งละ 2 คน ห้ามผู้เป็นหวัดและเด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี เข้าเยี่ยมผู้ป่วยทำให้พยาบาลมีปฏิสัมพันธ์และสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวหรือผู้ดูแลน้อย หรือมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแลผู้ป่วยตามการร้องขอ

ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพจึงต้องมีการพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม โดยพยาบาลจะต้องตระหนักและให้ความสำคัญกับการให้บุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย เพื่อนำไปสู่ระยะสุดท้ายของการตายของผู้ป่วยอย่างสงบและมีศักดิ์ศรี (Bartlry, 2006)

Weiss (1974) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นความรู้สึกอึดใจหรือพึงพอใจต่อความต้องการที่เกิดจากสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในสังคม การมีโอกาสนี้ประโยชน์ต่อผู้อื่น การได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีคุณค่าและการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ เช่น ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่า ยกย่อง โดยแบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมเป็น 6 ประเภท คือ

1) การได้รับการผูกพันใกล้ชิดสนิทสนม เป็นสัมพันธภาพแห่งความใกล้ชิดที่ทำให้รู้สึกว่าเป็นคนที่รัก รู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย และได้รับการดูแลเอาใจใส่ ซึ่งส่วนใหญ่จะได้รับจากบุคคลใกล้ชิด เช่น คู่สมรส สมาชิกในครอบครัวเดียวกัน ถ้าบุคคลขาดการสนับสนุนชนิดนี้จะรู้สึกเดียวดาย

2) การได้มีโอกาสช่วยเหลือผู้อื่น หมายถึง การที่บุคคลมีความรับผิดชอบในการเลี้ยงดู หรือช่วยเหลือบุคคลอื่น แล้วทำให้ตัวเองเกิดความรู้สึกว่าเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น และเป็นที่พึ่งพาของผู้อื่นได้ ถ้าขาดการสนับสนุนนี้ จะทำให้บุคคลรู้สึกท้อแท้ไร้ค่า

3) การมีส่วนร่วมในสังคมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม หมายถึง การมีโอกาสร่วมในกิจกรรมสังคมทำให้บุคคลมีโอกาสผูกมิตรกับผู้อื่น ทำให้มีการแบ่งปันแลกเปลี่ยนด้านข้อมูลข่าวสาร ประสบการณ์และความคิดเห็น ซึ่งกันและกัน รวมทั้งมีความห่วงใยเข้าใจซึ่งกันและกัน ถ้าขาดการสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกถูกแยกออกจากสังคม และรู้สึกเบื่อหน่ายต่อการดำรงชีวิต

4) การได้รับกำลังใจว่าเป็นผู้มีคุณค่า หมายถึง การที่บุคคลได้รับการเคารพ ยกย่อง และชื่นชมที่สามารถแสดงบทบาททางสังคมอันเป็นที่ยอมรับของสมาชิกในครอบครัวและสังคม ถ้าขาดการสนับสนุนนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกขาดความเชื่อมั่นหรือไร้ประโยชน์

5) ความเชื่อมั่นในความเป็นมิตรที่ดี การสนับสนุนจะได้มาจากครอบครัวหรือเครือข่ายซึ่งมีความคาดหวังว่าจะได้รับความช่วยเหลือห่วงใยซึ่งกันและกันอย่างต่อเนื่อง ถ้าขาดจะทำให้บุคคลรู้สึกขาดความมั่นคงและถูกทอดทิ้ง

6) การได้รับการชี้แนะ หมายถึง การได้รับความจริงใจช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร จากบุคคลที่ตนศรัทธาและเชื่อมั่น ในช่วงที่บุคคลเผชิญกับความเครียดหรือภาวะวิกฤต ถ้าขาดการสนับสนุนนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง

การสนับสนุนทางสังคม เกิดจากการติดต่อสัมพันธ์กันของบุคคลในสังคมโดยบุคคลในเครือข่ายของสังคมนั้นจะได้รับการช่วยเหลือทั้งด้านอารมณ์สังคม สิ่งของ และข้อมูลข่าวสาร (Thoits, 1982, p.147-148) และจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981, p. 24-25) ยังกล่าวว่า การสนับสนุน

ทางสังคมจะช่วยสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ส่งเสริมสุขภาพ ลดความเครียดและช่วยให้งานบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย และการสนับสนุนทางสังคมยังทำให้บุคคลเชื่อว่ามีบุคคลอื่นที่ให้ความรัก ความเอาใจใส่และรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม จึงถือว่าเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญของบุคคลจากสิ่งแวดล้อมช่วยให้บุคคลเผชิญความเครียดได้ดีและปรับตัวได้อย่างเหมาะสม การสนับสนุนทางสังคมจะทำหน้าที่จัดหรือป้องกันความเครียด ทำให้บุคคลเข้มแข็งในการเผชิญกับสิ่งที่ยากได้ องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม 4 ประการของ House (1981, p. 24-25) คือ การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ การสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินคุณค่า การสนับสนุนทางสังคมด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านทรัพยากร จะเห็นว่าในความต้องการของบุคคล การสนับสนุนทางสังคมของ House (1981, p. 24-25) ครอบคลุมความต้องการพื้นฐานของบุคคลที่พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวควรมีในการให้บริการพยาบาล

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่แสดงออกถึงความรัก ความเอาใจใส่ การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทำให้ผู้รับเกิดความรู้สึกว่ามีความรักและสนใจ ให้การยกย่องและเห็นคุณค่า ขอมริบว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมได้รับการช่วยเหลือด้านวัสดุ สิ่งของ การเงิน แรงงาน และด้านข้อมูลข่าวสาร ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจ สามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่มาคุกคามได้อย่างมีประสิทธิภาพ และจากประเภทของการสนับสนุนทางสังคมดังกล่าว พบว่าส่วนใหญ่จะคล้ายคลึงกัน คือ สามารถตอบสนองความต้องการที่เป็นพื้นฐานของบุคคลทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยสามารถแบ่งออกเป็น ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการยอมรับ และเห็นคุณค่า ด้านมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและด้านวัสดุ สิ่งของ การเงิน แรงงาน ดังนั้น พอจะสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัวที่สามารถตอบสนองความต้องการที่จำเป็นพื้นฐานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งประกอบด้วย การได้รับความรักความห่วงใย การยกย่องและเห็นคุณค่า การมีส่วนร่วมในสังคม การได้รับข้อมูลข่าวสาร และการช่วยเหลือในด้านวัสดุ สิ่งของ การเงิน แรงงาน ซึ่งจะทำให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพ แต่การสนับสนุนจากครอบครัวที่ผู้ป่วยได้รับจะสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้หรือไม่ ขึ้นอยู่กับการรับรู้ของผู้ป่วยถึงการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว เพราะการรับรู้ของบุคคลแต่ละคนมีความแตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากกระบวนการคิดของแต่ละบุคคลมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ ซึ่งทำให้บุคคลพยายามที่จะเลือกหาแนวทางในการแก้ไข หรือ ควบคุมเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่มาคุกคาม โดยการรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวที่ผู้ป่วยได้รับเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยผลักดันให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับอุปสรรคที่ขัดขวางการเกิดพฤติกรรมอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย และส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้

### 1.4.2 สมมติฐานการวิจัย

1) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย หลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย สูงกว่ากลุ่มที่ใช้รูปแบบบริการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ

2) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย หลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย

## 1.5 ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) ศึกษา 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม เปรียบเทียบการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย โดยใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมที่ห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชจังหวัดลพบุรีและใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบมุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนทางกายตามอาการที่ตรวจพบที่ห้องผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี และโรงพยาบาลพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี

### 1.5.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤต โดยผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ที่เข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนักในโรงพยาบาลทุกภูมิภาค

#### 2) กลุ่มตัวอย่าง

2.1) กลุ่มทดลอง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤต ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ที่มีอายุระหว่าง 30-60 ปี ที่เข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี จำนวน 10 คน

2.2) กลุ่มควบคุม คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤต ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ที่มีอายุระหว่าง 30-60 ปี ที่เข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี และโรงพยาบาลพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี จำนวน 10 คน

### 1.5.2 ตัวแปรของการวิจัย

#### 1) ตัวแปรต้น

1.1) รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย

1.2) รูปแบบบริการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ

## 2) ตัวแปรตาม

การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย

## 1.6 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมต่อการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วย คือ ชุดกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติต่อผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ในการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยวิกฤตในการสร้างสัมพันธภาพที่ใกล้ชิดในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน ได้ถ่ายทอดความรู้สึกทางใจ ดูแลเอาใจ และทำในสิ่งที่ผู้ดูแลผู้ป่วยรู้ว่าผู้ป่วยชอบอย่างเข้าใจ ในช่วงเวลาที่สำคัญนี้รวมทั้งผู้ดูแลผู้ป่วยได้กระทำกิจกรรมอื่นๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยผ่อนคลายโดยพยาบาลเป็นผู้ให้คำแนะนำ เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาล ผู้ดูแลผู้ป่วยและส่งผ่านความรักและความห่วงใยนั้นไปยังผู้ป่วย รวมทั้งพยาบาลยังเป็นผู้ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้ป่วยรู้สึกถึงความเป็นผู้มีคุณค่าในบทบาทของตนเองในสิ่งที่ตนได้กระทำทำให้ผู้ป่วย และได้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด โดยใช้กรอบแนวคิดของ Weiss (1974) โดยมีกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สนับสนุนและส่งเสริมให้มีการสร้างปฏิสัมพันธ์ สัมพันธภาพใกล้ชิด ระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย

กิจกรรมที่ 2 ช่วยเหลือและสนับสนุนให้มีการแสดงถึงควมมีคุณค่าอันเป็นที่ยอมรับของสังคมของผู้ป่วย จากบุคคลอื่น

กิจกรรมที่ 3 ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้ป่วยรู้สึกถึงความเป็นผู้มีคุณค่าในบทบาทของตนเอง

รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ หมายถึง การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายงานจากหัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้าเวรให้ผู้ดูแลผู้ป่วย 1-2 คนในแต่ละเวร พยาบาลมุ่งปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาเร่งด่วน จุกเสียด เพื่อช่วยชีวิต ตามอาการทางกายที่ตรวจพบ โดยเน้นให้การช่วยเหลือแก้ไขปัญหาด้านร่างกายเป็นสำคัญ มีกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ประเมินสภาพผู้ป่วย โดยการวัดสัญญาณชีพและการตรวจร่างกายเพื่อค้นหาความผิดปกติ

กิจกรรมที่ 2 แก้ไขภาวะผิดปกติจากการตรวจพบ โดย รายงานแพทย์ และให้การพยาบาลตามคำสั่งการรักษาของแพทย์

กิจกรรมที่ 3 ประเมินผลการพยาบาล หลังจากการให้การพยาบาลตามคำสั่งการรักษาของแพทย์

กิจกรรมที่ 4 แจ้งอาการและการเปลี่ยนแปลงให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย

**การสนับสนุนทางสังคม** หมายถึง ความรู้สึกอึดใจ พึงพอใจต่อความต้องการที่เกิดจากสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและบุคคลในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ได้ดูแลใกล้ชิด ได้แสดงความเอาใจใส่ การที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีความค่า ด้วยความรักใคร่ผูกพัน ความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้มีโอกาสเลี้ยงดูผู้ที่อ่อนแอกว่า การรู้สึกว่าคุณค่าของตนเองมีคุณค่า และการรู้สึกว่าตนมีบุคคลที่พึ่งพาได้ (Weiss, 1974)

**การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ** หมายถึง การแสดงออกถึงความรู้ ความเข้าใจ ความรู้สึกในจิตใจของบุคคลที่แสดงถึงความสมดุลของร่างกาย ภาวะสงบ เป็นสุข มีความเข้มแข็งในจิตใจ ยอมรับความจริง ชีวิตมีความหวัง พึงพอใจในสิ่งที่เป็นอยู่ของตนเอง รู้สึกมั่นใจในความสัมพันธ์กับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนเองยึดเหนี่ยว พึงพอใจกับประสบการณ์ที่มีคุณค่าในอดีตของตน ภาวภูมิใจในตนเอง มองเห็นคุณค่าของชีวิต พึงพอใจในการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อบุคคลรอบข้าง เห็นวันเวลาเป็นสิ่งมีคุณค่า สวยงาม และมีความหมาย มองโลกในแง่ดี และพึงพอใจในชีวิตที่เป็นอยู่ขณะนี้ (Paloutzian & Ellison, 1982)

**การดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย** หมายถึง แนวทางในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต ที่พยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายประเมินได้จากการรับรู้ของครอบครัวผู้ป่วย ตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในภาวะวิกฤตเป็นการปฏิบัติ การพยาบาลของพยาบาล เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการแสดงออกของครอบครัว เมื่อทราบอาการเจ็บป่วยในระยะสุดท้าย เพื่อให้ครอบครัวผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ต่อภาวะวิกฤตที่กำลังเผชิญอยู่ ยอมรับกับสภาพการเจ็บป่วย และให้ความร่วมมือกับแผนการรักษาพยาบาลของ Kubler-Ross (1969)

**ผู้ดูแลผู้ป่วย** หมายถึง บุคคลที่มีความผูกพันใกล้ชิดกันในด้านอารมณ์ความรู้สึกและมีการตอบสนองความต้องการในด้านความรัก เศรษฐกิจและสังคม บุคคลผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตในครั้งนี้มากที่สุด เมื่อเทียบกับสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว

**ผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย** หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในห้องผู้ป่วยวิกฤต และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แล้วว่าสถานะของการป่วยไข้เป็นระยะลุกลาม เรื้อรังหรือเป็นการป่วยไข้ที่เข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรคซึ่งไม่มีวิธีรักษาให้หายได้ แม้จะนำเอาวิธีการรักษาชนิดต่างๆ เท่าที่มีอยู่ ในขณะนั้นก็ยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ภาวะคุกคามต่อชีวิตไม่ว่าจะจากอุบัติเหตุ หรือโรคภัยต่างๆ

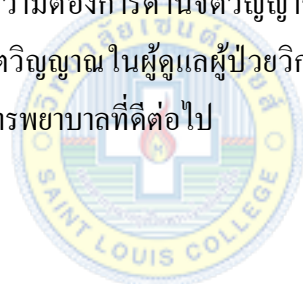
ส่งผลให้การทำงานของอวัยวะและระบบต่างๆ ของร่างกายล้มเหลวจนผู้ป่วยเสียชีวิตในที่สุด แม้จะไม่ใช่ใน 1-2 วันนี้ก็ตาม

**การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย** หมายถึง การรับรู้ความรู้สึกเป็นสุขในสิ่งที่ตนเองเป็นอยู่ในปัจจุบันต่อการที่ได้ปฏิบัติในสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยในขณะนั้นให้ผู้ป่วยได้รับการผ่อนคลาย ความสุขสบายโดยมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ มีความเชื่อและความศรัทธา ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจในการดำเนินชีวิตของตนในปัจจุบัน (Paloutzian & Ellison, 1982)

## 1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1) เป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพบริการการพยาบาลองค์รวม โดยเน้นการพยาบาลด้านจิตวิญญาณให้ชัดเจนและเป็นรูปธรรมมากขึ้น

2) ส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพใช้ความรู้และทักษะในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย เพื่อค้นหาความต้องการด้านจิตวิญญาณตามความเชื่อถือ ศรัทธา และสามารถตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายได้เป็นรายบุคคล ซึ่งจะนำมาซึ่งคุณภาพและมาตรฐานการพยาบาลที่ดีต่อไป



## บทที่ 2

### วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental) เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมต่อการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

2.1 รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมต่อการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย

2.1.1 แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม

2.1.2 การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย

1) การพยาบาลด้านจิตวิญญาณ

2) การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย

2.1.3 การดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย

1) ผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย

2) การดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย

2.1.4 ผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย

2.2 รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ

2.3 ความสัมพันธ์ของรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมต่อการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย

2.4 กรอบแนวคิดในการวิจัย

2.1 รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมต่อการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย

ชุดกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติต่อผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายในการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยวิกฤตในการสร้างสัมพันธภาพที่ใกล้ชิดในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันได้ถ่ายทอดความรู้สึกทางใจ ดูแลเอาใจ และทำในสิ่งที่ผู้ดูแลผู้ป่วยรู้ว่าผู้ป่วยชอบอย่างเข้าใจในช่วงเวลาที่สำคัญนี้ รวมทั้งผู้ดูแลผู้ป่วยได้กระทำกิจกรรมอื่นๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย

โดยพยาบาลเป็นผู้ให้คำแนะนำ เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาล ผู้ดูแลผู้ป่วยและส่งผ่านความรักและความห่วงใยนั้นไปยังผู้ป่วย รวมทั้งพยาบาลยังเป็นผู้ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้ป่วยรู้สึกถึงความเป็นผู้มีคุณค่าในบทบาทของตนเอง ในสิ่งที่ตนได้กระทำทำให้ผู้ป่วย และผู้ดูแล ปฏิบัติต่อผู้ป่วยในช่วงเวลาที่สำคัญนี้โดยใช้กรอบแนวคิดของ Weiss (1974) มีกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สนับสนุนและส่งเสริมให้มีการสร้างสัมพันธภาพที่ใกล้ชิด ระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย หมายถึง พยาบาลเป็นผู้สนับสนุนและส่งเสริมในการสร้างสัมพันธภาพที่ใกล้ชิด ระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย

กิจกรรมที่ 2 ช่วยเหลือและสนับสนุนให้มีการแสดงถึงความเป็นผู้มีคุณค่าอันเป็นที่ยอมรับของสังคมของผู้ป่วยจากบุคคลอื่น หมายถึง พยาบาลเป็นผู้สนับสนุนให้มีการนำบุคคลที่มีความหมายในความรู้สึกที่ดีสำหรับผู้ป่วยเมื่อนึกถึงมาเยี่ยมเยียน หรือติดต่อให้พูดคุยทางโทรศัพท์เพื่อแสดงความเป็นคุณค่า อันเป็นที่ยอมรับทางสังคมของผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 3 ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้ป่วยรู้สึกถึงความเป็นผู้มีคุณค่าในบทบาทของตนเอง หมายถึง พยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้ป่วยรู้สึกถึงความเป็นผู้มีคุณค่าในบทบาทของตนเอง ภูมิใจในสิ่งที่ตนได้กระทำทำให้ผู้ป่วย และได้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

### 2.1.1 แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม

หมายถึง ความรู้สึกอึดใจ ฟังพอใจต่อความต้องการที่เกิดจากสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและบุคคลในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายได้ดูแลใกล้ชิดได้แสดงความเอาใจใส่ การได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้มีคุณค่า ด้วยความรักใคร่ผูกพัน ความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้มีโอกาสเลี้ยงดูผู้ที่อ่อนแอกว่า การรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และการรู้สึกว่าตนมีบุคคลที่พึ่งพาได้ โดยใช้กรอบแนวคิดของ Weiss (1974)

Weiss (1974) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นความรู้สึกอึดใจ หรือฟังพอใจต่อความต้องการที่เกิดจากสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในสังคม การมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่นการได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้มีคุณค่าและการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ เช่น ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่า ยกย่อง โดยแบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมเป็น 6 ประเภท คือ

(1) การได้รับการผูกพันใกล้ชิดสนิทสนม เป็นสัมพันธภาพแห่งความใกล้ชิดที่ทำให้รู้สึกว่าตนเป็นที่รัก รู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย และได้รับการดูแลเอาใจใส่ ซึ่งส่วนใหญ่จะได้รับจากบุคคลใกล้ชิด เช่น คู่สมรส สมาชิกในครอบครัวเดียวกัน ถ้าบุคคลขาดการสนับสนุนชนิดนี้ จะรู้สึกเดียวดาย

(2) การได้มีโอกาสช่วยเหลือผู้อื่น หมายถึง การที่บุคคลมีความรับผิดชอบในการเลี้ยงดูหรือช่วยเหลือบุคคลอื่น แล้วทำให้ตัวเองเกิดความรู้สึกว่าเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น และเป็นที่พึ่งพาของผู้อื่นได้ ถ้าขาดการสนับสนุนนี้ จะทำให้บุคคลรู้สึกว่าชีวิตไร้ค่า

(3) การมีส่วนร่วมในสังคมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม หมายถึง การมีโอกาสเข้าร่วมในกิจกรรมสังคมทำให้บุคคลมีโอกาสผูกมิตรกับผู้อื่น ทำให้มีการแบ่งปันแลกเปลี่ยนด้านข้อมูลข่าวสาร ประสบการณ์และความคิดเห็นซึ่งกันและกัน รวมทั้งมีความห่วงใย เข้าใจซึ่งกันและกัน ถ้าขาดการสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกถูกแยกออกจากสังคม และรู้สึกเบื่อหน่ายต่อการดำรงชีวิต

(4) การได้ร้บกำลังใจว่าเป็นผู้มีคุณค่า หมายถึง การที่บุคคลได้รับการเคารพ ยกย่อง และชื่นชมที่สามารถแสดงบทบาททางสังคมอันเป็นที่ยอมรับของสมาชิกในครอบครัวและสังคม ถ้าขาดการสนับสนุนนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกขาดความเชื่อมั่นหรือไร้ประโยชน์

(5) ความเชื่อมั่นในความเป็นมิตรที่ดี การสนับสนุนจะได้มาจากครอบครัว หรือเครือญาติ ซึ่งมีความคาดหวังว่าจะได้รับความช่วยเหลือห่วงใยซึ่งกันและกันอย่างต่อเนื่อง ถ้าขาดจะทำให้บุคคลรู้สึกขาดความมั่นคงและถูกทอดทิ้ง

(6) การได้รับการชี้แนะ หมายถึง การได้รับความจริงใจช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร จากบุคคลที่ตนศรัทธาและเชื่อมั่น ในช่วงที่บุคคลเผชิญกับความเครียดหรือภาวะวิกฤต ถ้าขาดการสนับสนุนนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง

### 2.1.2 การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย

1) การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ หมายถึง การแสดงออกถึงความรู้ความเข้าใจ ความรู้สึกในจิตใจของบุคคลที่แสดงถึงความสมดุลของร่างกาย ภาวะสงบเป็นสุข มีความเข้มแข็งในจิตใจ ยอมรับความจริง ชีวิตมีความหวัง พึงพอใจในสิ่งที่เป็นอย่างของตนเอง รู้สึกมั่นใจในความสัมพันธ์กับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนเองยึดเหนี่ยว พึงพอใจกับประสบการณ์ที่มีคุณค่าในอดีตของตน ภาควิไมใจในตนเอง มองเห็นคุณค่าของชีวิต พึงพอใจในการมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อบุคคลรอบข้าง เห็นวันเวลาเป็นสิ่งมีคุณค่า สวยงาม และมีความหมาย มองโลกในแง่ดีและพึงพอใจในชีวิตที่เป็นอยู่ขณะนี้ รับรู้ความหมายของชีวิต คือ การที่บุคคลมีเป้าหมายหรือจุดมุ่งหมายในชีวิตว่าตนเองต้องการทำอะไร เพื่ออะไร เหมาะสมกับตนเองในปัจจุบัน การมีเป้าหมายของชีวิต ทำให้บุคคลรู้สึกว่าชีวิตเป็นสิ่งที่มีความหมาย

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ เป็นความรู้สึกส่วนลึกภายในจิตใจของบุคคลที่แสดงถึงภาวะสงบเป็นสุข มีความเข้มแข็งของจิตใจ ยอมรับความจริง มีเป้าหมายในชีวิต มีความหวัง ยอมรับและพึงพอใจในความสัมพันธ์กับสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรือสิ่งที่ตนเองยึดเหนี่ยว (Landis, 1996, p. 217; Paloutzian & Ellison, 1982, p. 330) และเป็นการรับรู้ในระดับจิตสำนึกในการไตร่ตรองพิจารณาสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง จนสามารถยกระดับจิตสำนึกให้ถึงระดับที่เห็นคุณค่าความหมายของชีวิต มีความสุขต่อคุณค่าของชีวิตที่เป็นอยู่ (ประเวศ ะสี, 2543, น. 44 ) ความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์กับความหวัง และความศรัทธาในศาสนา (Mickley, 1990, p. 267) การทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณในสตรีที่ทำงานเกี่ยวกับศาสนา 400 คน พบว่ามีความพึงพอใจในชีวิตและการได้รับการสนับสนุนจาก

ครอบครัวและเพื่อน สามารถทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณได้ ซึ่งทำให้บุคคลผู้นั้นมีพลังในตัวเอง มีความหวังและกำลังใจ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าเพิ่มขึ้น และสุดท้ายมีส่วนช่วยให้บุคคลมีความรู้สึกเป็นสุขสงบได้แม้ในยามเจ็บป่วย (Moree, 1998)

ความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณ (Spiritual well-being) เป็นมิติหนึ่งของคุณภาพชีวิต (Ferrell et al., 1998) หรือเรียกได้ว่าเป็นตัวบ่งชี้ภาวะสุขภาพด้านจิตวิญญาณ (Spiritual health) (Fehring et al., 1997) ในอดีตแนวคิดทางด้านจิตวิญญาณไม่ค่อยได้รับความสนใจจากบุคคลในทีมสุขภาพมากนัก แต่ในปัจจุบันนักวิจัยพบว่า จิตวิญญาณเป็นแหล่งพลังอำนาจในการเผชิญกับปัญหา (Femler et al., 1999) ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรม ได้มีผู้ให้ความหมายของความผาสุกทางจิตวิญญาณ ดังนี้

The National Interfaith Coalition on Aging = NICA ได้ให้คำจำกัดความของความผาสุกทางจิตวิญญาณว่า หมายถึง ความรู้สึกมั่นใจที่ยืนยันว่าตนมีความสัมพันธ์กับพระเจ้าหรือสิ่งที่ตนยึดเหนี่ยว รู้สึกความเป็นตนเองที่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกับสังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งหล่อเลี้ยง และให้ความเป็นตัวตนทั้งหมดของบุคคล (Cook; cited in Carson, 1989)

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ เป็นความรู้สึกของบุคคลว่าตนสามารถดำเนินชีวิตไปตามปกติ โดยมีเป้าหมายของชีวิต และมีความสำเร็จตามประสงค์ ความผาสุกทางจิตวิญญาณไม่เพียงแต่เป็นภาวะหนึ่งของบุคคล แต่ยังเป็นสิ่งหนึ่งที่ชี้ให้เห็นถึงความเข้มแข็งทางด้านจิตวิญญาณที่เป็นอยู่ในตัวบุคคล (Paloutzian & Ellison, 1982)

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ เป็นลักษณะของความเข้มแข็งในตัวบุคคลที่จะเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้น เป็นความพึงพอใจกับชีวิตในการมีความสัมพันธ์กับพระเจ้าหรือสิ่งที่เหนือธรรมชาติ และมีการรับรู้เกี่ยวกับการมีความหมายในชีวิต (Landis, 1996)

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ เป็นความรู้สึกประสานกลมกลืนกันระหว่างตนเอง ผู้อื่น ธรรมชาติ และสิ่งที่เหนือตนเองภายในเวลาและสถานที่ ซึ่งไม่หยุดนิ่งและพัฒนาไปตามกระบวนการจนนำมาสู่การค้นหาคำหมายในชีวิต (Hunzelmann, Kenkel-Rossi, Klassen & Stollenwerk, 1996)

สำหรับความหมายของความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณในทางพุทธศาสนานั้น ในความหมายของปุณฺณท้าวไป คือ สภาวะจิตใจที่เป็นสุข แยกจากโลกของวัตถุ ไม่เกี่ยวข้องกับสภาพร่างกาย เป็นเรื่องของจิตใจล้วนๆ ที่มีประสบการณ์ของศาสนาเข้ามาเกี่ยวข้องกับบุคคลนั้นจะเป็นผู้ที่มีความสุขสงบ ชีวิตมีความหมาย มีเป้าหมาย มีอุดมคติ มีความหวัง มีแรงจูงใจในการดำเนินชีวิต

ผู้ที่มีความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณหรือผู้มีความสุขในใจ จะเป็นผู้ที่ไม่กระวนกระวาย หรือเสียขวัญ มีเมตตาต่อผู้อื่น มองโลกในแง่ดีรู้จักปล่อยวาง ยอมรับความจริง มีจิตใจสงบเยือกเย็น (พระมหาธีรพงษ์ มีไชย, 2541)

แม้ว่าความหมายของความผาสุกทางจิตวิญญาณในแต่ละแนวคิด มีความเหมือนและต่างกัน อยู่บ้าง ตรงกันอยู่บ้าง บ้างที่เป็นเรื่องเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตและการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างตนเอง สิ่งแวดล้อม ชุมชน และสิ่งที่อยู่เหนือธรรมชาติ ผู้วิจัยสรุปความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณตามแนวคิด ของ Paloutzian & Ellison (1982) หมายถึง ความสมดุลของร่างกาย เป็นความรู้สึกในจิตใจของบุคคลที่ แสดงถึงภาวะสงบ เป็นสุข มีความเข้มแข็งในจิตใจ ยอมรับความจริง มีความหมายในชีวิตมีความหวัง ยอมรับ และพึงพอใจในสิ่งที่ตนเป็นอยู่ของตนเอง รู้สึกมั่นใจในความสัมพันธ์ กับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ หรือสิ่งที่ ตนเองยึดเหนี่ยว

องค์ประกอบของความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณแบ่งเป็น 2 ด้าน (Paloutzian & Ellison, 1982) คือ

(1) ความผาสุกในการดำรงชีวิต สิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตย่อมส่งผลถึงความรู้สึกนึกคิด ภายในจิตใจของบุคคลซึ่งการรับรู้ดังกล่าวหากเป็นสิ่งที่พึงพอใจก็จะก่อให้เกิดความรู้สึกเป็นสุข ขณะเดียวกันเมื่อประสบสิ่งที่ไม่พึงพอใจจะเกิดความทุกข์ เรำร้อน กระทบกระเทือน และส่งผลต่อ พฤติกรรม คำพูด การกระทำที่แสดงออก บุคคลที่มีความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณจะเป็นผู้ที่มิ เป้าหมาย มีความพึงพอใจในชีวิต และให้ความหมายในชีวิตของตนเองได้ ความพึงพอใจในการให้ ความหมายตามการรับรู้ความหมายของชีวิต ได้แก่

(1.1) ความพึงพอใจในชีวิตของตนเอง คือ การที่บุคคลรู้สึกเป็นสุขกับที่สิ่งตนเองมีอยู่ พึงพอใจกับประสบการณ์ที่มีคุณค่าในอดีตของตน ซึ่งช่วยให้บุคคลมีความภาคภูมิใจในตนเอง มองเห็น คุณค่าของชีวิต พึงพอใจในการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อบุคคลรอบข้าง เห็นวันเวลาเป็นสิ่งที่มีความค่า สบายงาม และมีความหมาย มองโลกในแง่ดี และพึงพอใจในชีวิตที่เป็นอยู่ขณะนี้ นอกจากนี้ ความพึง พึงพอใจในชีวิตยังเป็นมิติหนึ่งในการวัดคุณภาพชีวิต นั่นคือเมื่อบุคคลมีความพึงพอใจในชีวิตจะเป็นสิ่งที่ บ่งบอกว่า บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Ellison, 1983)

(1.2) การรับรู้ความหมายของชีวิต คือ การที่บุคคลมีเป้าหมาย หรือจุดมุ่งหมายในชีวิตว่า ตนเองต้องการทำอะไร เพื่ออะไร อะไรเหมาะสมกับตนเองในปัจจุบัน การมีเป้าหมายของชีวิต ทำให้บุคคล รู้สึกว่าชีวิตเป็นสิ่งที่มีความหมาย ไม่รู้สึกเวิ้งว้างเลื่อนลอย มีกำลังในการดำรงชีวิตอยู่ มองเห็นถึง ความหมายของชีวิตว่าเป็นสิ่งที่จะช่วยให้เกิดความสุขสงบในบั้นปลายของชีวิต (McClyment et al., cited in Ross, 1995) Burkhardt (1989) กล่าวว่า การตระหนักในความหมายของชีวิตเป็นความสามารถ ในการคิดและการแสวงคุณค่าในชีวิตของแต่ละบุคคลมีการแสดงออกถึงความหวัง และการยอมรับ ความคลุมเครือ Highfield & Carson (1983) มองว่าความหมาย และเป้าหมายในชีวิตเป็นความรู้สึกนึก คิดที่ออกมาจากส่วนลึกของจิตใจโดยมีพื้นฐาน มาจากประสบการณ์ส่วนบุคคล และจะดำเนินชีวิตโดย ยึดถือ ค่านิยมของตนเอง ผู้ที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณจะคงไว้ซึ่งความหมายของชีวิต และการมี

เป้าหมายบางอย่างแม้ว่าจะมีเหตุการณ์ใดๆ เกิดขึ้น ก็จะสามารถทำใจยอมรับได้อย่างเข้มแข็ง และมีสันติสุขในใจ ผู้ที่ต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตได้รับความทุกข์ทรมานที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณ จะสามารถค้นหาความหมายในชีวิตที่เป็นอยู่จริง โดยจะเกิดการเรียนรู้ และค้นหาความหมายบางอย่างในความทุกข์ของตนเอง และเชื่อว่าขณะเผชิญกับความทุกข์นั้นชีวิตส่วนอื่นๆ ก็ยังดำเนินไปอย่างมีคุณค่า

(2) ความผาสุกในความศรัทธายึดมั่นทางศาสนา ศาสนาเป็นส่วนประกอบและเป็นบ่อเกิดอันสำคัญของวัฒนธรรมและจริยธรรม ซึ่งอบรมหล่อหลอมชีวิตของบุคคลที่เจริญเติบโตมาในสังคม การกระทำของบุคคลที่แสดงออกหรือลักษณะสังคมที่เป็นอยู่ล้วนเป็นผลสืบเนื่องจากศาสนามีส่วนช่วยชักนำให้เป็นไปด้วยดีทั้งสิ้น และศาสนายังเป็นเครื่องกำหนดความเข้าใจของบุคคลต่อคุณค่าจุดหมายของชีวิต และเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง (พระธรรมปิฎก, 2539) ศาสนาพุทธช่วยให้คนเราก็คความผาสุกทางจิตวิญญาณได้ใน 2 ลักษณะคือ

(2.1) การมีความเชื่อและศรัทธาในศาสนา ความเชื่อและศรัทธา เป็นองค์ธรรมสำคัญที่ทำให้คนมีหน้าที่จะปฏิบัติตามหรือเป็นสิ่งนำทางในการดำเนินชีวิต ช่วยเหนี่ยวรั้งไม่ให้ยอมตามสิ่งที่ชักจูงในทางที่ผิดไม่ให้ทำความชั่ว การมีศรัทธาเป็นเหมือนร่องน้ำไหลประจำของกระแสความคิดเมื่อได้รับรู้อารมณ์อย่างใดอย่างหนึ่งซึ่งไม่เกินกำลังความศรัทธาที่มีอยู่ กระแสความคิดก็จะวิ่งเล่นไปตามร่องหรือแนวทางศรัทธาที่เตรียมไว้ ทำให้ไม่คลไ่นทางอื่นหรือทางที่ผิดศีลธรรม (พระธรรมปิฎก, 2539) แก่นแท้ของพระพุทธศาสนา คือ ละเว้นการทำความชั่ว การทำความดี การทำใจให้บริสุทธิ์

(2.2) การมีศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ จะทำให้เกิดความสงบคลายความทุกข์ มีความเข้าใจในธรรมชาติความเป็นจริงของชีวิตที่มีการเกิด แก่ เจ็บ ตาย ไม่มีผู้ใดหลีกเลี่ยง การเข้าใจชีวิตหรือโลกตามความเป็นจริงทำให้บุคคลอยู่อย่างมีสติปัญญา จิตใจไม่วุ่นวาย ระลึกถึงความตายด้วยความไม่ประมาท มีการใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่าประกอบแต่สิ่งที่ดีงาม (พระธรรมปิฎก, 2539)

## 2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการทางจิตวิญญาณและความผาสุกทางจิตวิญญาณ

จากการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการด้านจิตวิญญาณ และความผาสุกทางจิตวิญญาณ ยังไม่สามารถสรุปได้แน่นอนถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ซึ่งความต้องการด้านจิตวิญญาณและความผาสุกทางจิตวิญญาณ พบว่ายังไม่สามารถสรุปได้แน่นอนถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ซึ่งความต้องการด้านจิตวิญญาณและความผาสุกทางจิตวิญญาณอาจขึ้นกับปัจจัยที่สำคัญ ดังนี้

2.1) อายุ บุคคลในวัยต่างๆ จะมีพัฒนาการทางจิตวิญญาณต่างกัน การเจริญงอกงามของจิตวิญญาณเป็นกระบวนการทางพลศาสตร์ (Dynamic process) ซึ่งทุกคนจะมีการตระหนักถึงความสำคัญจุดมุ่งหมายและคุณค่าของชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างไม่หยุดยั้ง (พรจันทร์ สุวรรณชาติ, 2534) ในวัยสูงอายุจะมีความเชื่อมั่นในจิตวิญญาณมากกว่าคนหนุ่มสาวหรือคนที่อายุน้อยกว่า ความผาสุกด้านจิตวิญญาณจะทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถให้

ความหมายของการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในทางลบได้ และการนับถือหรือการปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนาจะกระตุ้นให้มีจุดมุ่งหมายในชีวิต (Carpenito, 1997) จากการศึกษาของ Highfield (1992) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะที่ 3 ระยะที่ 4 แต่จากการศึกษาของ Fernsler, Klemm & Miller (1999) พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ สมพร รัตนพันธ์ (2541) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะจิตวิญญาณ สอดคล้องกับการศึกษาของฉวีวรรณ ไพรวลัย (2540) พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยเอดส์

2.2) เพศ ในสังคมไทยเพศชายจะมีอำนาจและสถานภาพสูงกว่าเพศหญิง แต่ในปัจจุบันเพศหญิงมีโอกาสดัดเทียมเพศชายมากขึ้น จากการศึกษาของ Fernsler & Klemm (1999) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้เพศหญิงมีระดับคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณสูงกว่าเพศชาย แต่จากการศึกษาของ สมพร รัตนพันธ์ (2541) พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฉวีวรรณ ไพรวลัย (2540) ที่พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยเอดส์

2.3) สถานภาพสมรส เป็นปัจจัยหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณ การสมรสจะทำให้บุคคลรู้สึกเป็นปึกแผ่นมั่นคง มีคู่คิดที่คอยให้คำปรึกษาหรือคอยดูแลซึ่งกันและกัน โดยเฉพาะเมื่อต้องเผชิญกับภาวะวิกฤติในชีวิต คู่สมรสจะเป็นผู้ที่สามารถตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณได้เป็นอย่างดีเพราะมีพื้นฐานของความรักความเข้าใจซึ่งกันและกัน (Peri, 1995) จากการศึกษาของรุ่งทิพย์ แปงใจ (2542) เกี่ยวกับการสนับสนุนจากคู่สมรสกับความผาสุกของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสมีความผาสุกระดับสูง และจากการศึกษาของบุบผา ขอบใช้ (2536) พบว่าคู่สมรสจะเป็นบุคคลที่คอยให้กำลังใจ ให้ความรัก และช่วยในการปฏิบัติภารกิจที่ให้ความหมายของชีวิต เป็นบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือในการตอบสนองความต้องการทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุโรคมะเร็ง แต่จากการศึกษาของฉวีวรรณ ไพรวลัย (2540) พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยโรคเอดส์

2.4) ระดับการศึกษา การศึกษาจะช่วยเพิ่มภูมิปัญญา สามารถมองชีวิตด้วยมุมมองทั้งในทางโลกและทางธรรมไปด้วยกัน ผู้ที่มีการศึกษาจะสามารถนำสถานการณ์หรือประสบการณ์ชีวิตมาช่วยในกระบวนการคิด การแก้ปัญหาและใช้เป็นแนวทางการให้ความหมายในการดำเนินชีวิต ได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย จากการศึกษาของสายพิน เกษมกิจวัฒนา และคณะ (2539) พบว่าระดับการศึกษาของผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอดส์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะเหนือตนเอง แต่จากการศึกษาของ สมพร รัตนพันธ์ (2541) พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

2.5) รายได้หรือฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นปัจจัยที่สามารถอธิบายพฤติกรรมของบุคคล โดยระดับของรายได้เป็นปัจจัยกำหนดทางเลือกแห่งบริการสุขภาพ การร่วมกิจกรรมทางศาสนาหรือ การประกอบพิธีกรรมต่างๆ ชาวพุทธส่วนใหญ่มีความเชื่อเรื่องการเวียนว่ายตายเกิด ถือว่าการทำบุญ จะช่วยให้มีชีวิตที่ดีในชาติภพต่อไปและเป็นการเตรียมตัวเพื่อเผชิญกับความตาย ซึ่งการทำบุญต้องใช้เงินเป็นส่วนประกอบ ผู้สูงอายุที่มีเศรษฐกิจดีจะสามารถใช้จ่ายเงินได้ตามอัธยาศัยและไม่เป็นภาระแก่ลูกหลานทำให้รู้สึกภาคภูมิใจ จากการศึกษาของฉวีวรรณ ไพรวัดย์ (2540) พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยโรคเอดส์

2.6) สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่งต่อภาวะทางจิตใจและจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุ เนื่องจากครอบครัวเป็นจุดกำเนิดสมาชิกใหม่แก่สังคม โดยเป็นหน่วยที่ให้การอบรมเลี้ยงดูแก่บุคคล ครอบครัวเป็นหน่วยที่มีความผูกพันใกล้ชิดซึ่งกันและกันในระหว่างสมาชิก การได้รับการประทับประครอง ความรัก ความเข้าใจ เป็นสิ่งที่ปรารถนาที่จะได้จากครอบครัวเมื่อเจ็บป่วยและจะเป็นหนทางในการสร้างจิตวิญญาณของคน ผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพอันดีกับลูกหลาน จะเป็นผู้สูงอายุที่มีขวัญดี มีความรู้สึกมั่นคงในชีวิต เกิดพลังใจในการเผชิญกับการเจ็บป่วย ยอมรับความตาย ทำให้มีความหวังในการดำเนินชีวิต (Hill & Smith, 1990; ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2536; อ้างใน สมพร รัตนพันธ์, 2541) จากการศึกษาของบุบผา ขอบใช้ (2536) พบว่า ลูก-หลาน คู่สมรส จะเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับสิ่งที่เป็นความต้องการทางจิตวิญญาณเนื่องจากเป็นกำลังใจ คอยให้ความรักความห่วงใย เอื้ออาทรต่อกัน ได้เห็นหน้าพูดคุย คอยช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน และคอยช่วยเหลือในการปฏิบัติภารกิจต่างๆ ที่ให้ความหมายในชีวิตและเป็นจุดมุ่งหมายสูงสุดของชีวิต เช่น การทำบุญทำทาน การถวายอาหารแด่พระภิกษุสงฆ์

2.7) ศาสนา เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณ เพราะศาสนาเป็นสิ่งที่ให้ความหมายแก่นมนุษย์ตั้งแต่เกิดจนตาย การมีศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ มีหลักธรรมคำสอนของศาสนาเป็นเครื่องชี้แนะทางการปฏิบัติในการดำเนินชีวิตจะทำให้เกิดความสงบคลายความทุกข์ มีความเข้าใจชีวิตหรือโลกตามความเป็นจริง ทำให้บุคคลอยู่อย่างมีสติใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่าและมีความผาสุกทางจิตวิญญาณ สำหรับผู้ป่วยนอกจากจะใช้ศาสนาเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตแล้วยังใช้เป็นสิ่งศักดิ์สิทธิ์เป็นแหล่งของความหวัง กำลังใจ (บุบผา ขอบใช้, 2536) ศาสนาแต่ละศาสนาจะมีหลักคำสอนแตกต่างกันไป สำหรับพระพุทธศาสนาสอนให้มนุษย์รู้และเข้าใจถึงความจริงระดับสูงสุดของมนุษย์ ซึ่งต้องอาศัยปัญญาในการทำความเข้าใจ จากการศึกษาของ Mickley (1990) พบว่าความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์กับความศรัทธาในศาสนาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และจากการศึกษาของ Fehring (1997) พบว่าความศรัทธาในศาสนา ความหวังและภาวะอารมณ์ในทางบวกมีความสัมพันธ์ทางบวกของความผาสุกทางจิตวิญญาณ แต่จากการศึกษาของ Carson & Green (1992)

พบว่าความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งด้านจิตใจในผู้ป่วยโรคเอดส์ โดยองค์ประกอบของความผาสุก คือ ความผาสุกในสิ่งที่เป็นอย่างแต่ไม่พบในความผาสุกด้านความศรัทธาในศาสนา

2.8) ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรค การได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคร้ายแรงนับเป็นภาวะวิกฤตของชีวิตซึ่งส่งผลกระทบต่อความรู้สึกและก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานเป็นอย่างมาก ซึ่งทำให้เกิด ความผาสุกทางจิตวิญญาณลดลงด้วย จากการศึกษาของ Taylor (1993) พบว่าระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับการค้นหาความหมายในชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่กลับเป็นซ้ำ แต่การศึกษาของ Carson et al. (1990) พบว่าระยะเวลาดังกล่าวได้รับการวินิจฉัยไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยเอดส์

2.9) การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วย ระดับความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วยทางจิตวิญญาณ ผู้ป่วยจะรับรู้ถึงการคุกคามต่อชีวิต ความไม่แน่นอนในชีวิตของตนเองไร้ความหวัง รับรู้ว่าการเจ็บป่วยของตนมีความรุนแรงทำให้ความผาสุกทางจิตวิญญาณลดลง แต่ถ้าผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าการเจ็บป่วยของตนเองไม่มีความรุนแรงสามารถทำใจยอมรับได้ก็จะทำให้ผู้ป่วยมีความผาสุกทางจิตวิญญาณได้ จากการศึกษาของ Taylor (1993) พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับการค้นหาความหมายในชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่กลับเป็นซ้ำ และจากการศึกษาของสมพรรัตนพันธ์ (2541) พบว่าระดับความรุนแรงของโรคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ

2.10) การรับรู้ประสบการณ์ภาวะวิกฤตในชีวิต ภาวะวิกฤตในชีวิตเป็นสิ่งที่โดยทั่วไปที่ทุกคนต้องประสบอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เช่น ความชรา การเจ็บป่วย การสูญเสียต่างๆ ประสบการณ์เหล่านี้จะทำให้คนดิ้นรนให้พ้นสภาพที่เป็นอยู่ ภาวะวิกฤตในชีวิตที่เกิดขึ้นจะช่วยให้บุคคลสร้างกลไกใหม่ในการเผชิญกับปัญหา เพิ่มความเข้มแข็ง และความสามารถในการแก้ปัญหาต่างๆ

มนุษย์ทุกคนต้องการมีชีวิตที่มีคุณค่ามีความหมาย สามารถอยู่ในสภาพแวดล้อมตามค่านิยมของตนเอง มีพลังในการดำรงชีวิตสามารถรักและให้อภัยผู้อื่น ในขณะเดียวกันก็ต้องการได้รับความรักและการให้อภัยจากคนอื่น หากบุคคลได้รับการตอบสนองทางจิตวิญญาณอย่างเพียงพอจะทำให้บุคคลนั้นมีความผาสุกทางจิตวิญญาณ ความผาสุกทางจิตวิญญาณทำให้บุคคลคงไว้ซึ่งความหวัง กำลังใจ แสวงหาสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจให้บุคคลสามารถก้าวผ่านปัญหา อุปสรรค ความลำบาก และความยุ่งยากในชีวิตได้ (Ross & Van Willigen, 1997) ความหวังเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในตัวบุคคล เป็นส่วนหนึ่งของความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์กัน ช่วยให้ผู้บุคคลค้นหาความหมายและเป้าหมายในชีวิตได้ เป็นความพร้อมภายในตัวบุคคลที่จะนำไปสู่ความผูกพันกับชีวิต ช่วยให้

บุคคลมีกำลังใจในการเผชิญกับสิ่งต่างๆ โดยเฉพาะผู้ที่กำลังเผชิญกับภาวะวิกฤตในชีวิต มีการปรับตัวต่อภาวะวิกฤตในชีวิต ต้องการการตอบสนองทางจิตวิญญาณมากกว่าบุคคลอื่นเพื่อให้ตนเองมีความสุข มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นพร้อมที่จะเผชิญกับสิ่งต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง (Mickley et. al., 1992; Ellison, 1983; Ross, 1995; Gill, 1995; Cotton et al., 1999) หากบุคคลไม่มีประสบการณ์ของความผาสุกทางจิตวิญญาณ หรือมีความบกพร่องของจิตวิญญาณอาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า อังว้าง วิตกกังวลในการมีชีวิตอยู่และอยู่อย่างไร้ความหมาย นอกจากนี้ความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณ ยังมีความสำคัญในการดูแลสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญ และเป็นความรับผิดชอบของพยาบาลในการช่วยเหลือผู้รับบริการให้สามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ได้ การดูแลให้มีความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นศิลปะการพยาบาลอย่างหนึ่ง การดูแลทางจิตวิญญาณเป็นการเพิ่มคุณภาพในการดูแลจะเห็นได้ว่าความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสำคัญ ช่วยส่งเสริมให้บุคคลค้นหาเป้าหมาย และความหมายในชีวิต มีความหวัง ยอมรับความจริงที่เกิดขึ้น มีความเข้มแข็งทางจิตใจ สามารถเผชิญปัญหาปรับตัวได้ และสามารถดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข

ประเด็นจริยธรรม (Ethical issues) ของการดูแลด้านจิตวิญญาณเป็นเรื่องที่จะต้องพิจารณา ไตร่ตรองว่าสิ่งใดควรกระทำ ไม่ควรกระทำในการดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้าย โดยคำนึงถึงหลักจริยธรรม เรื่องการเคารพในความเป็นบุคคล (Respect for person) และการกระทำในสิ่งที่ดีที่เป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยเป็นสำคัญ (Beneficence) ประเด็นจริยธรรมที่เกี่ยวข้องในการดูแลด้านจิตวิญญาณ สรุปได้ดังต่อไปนี้

(1) การบอกข้อมูลและการบอกความจริง (Veracity, Truth Telling) การบอกข้อมูลทั่วไปซึ่งอยู่ในดุลยพินิจของทีมนักพยาบาล ได้แก่ การบอกข้อมูลถึงระดับอาการของโรค ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นตามมา วิธีการรักษาผลข้างเคียง สิ่งเหล่านี้เป็นเรื่องละเอียดอ่อนและยากแก่การวางกฎเกณฑ์ตายตัว การบอกเรื่องที่คิดว่าธรรมดาอาจไม่ธรรมดาสำหรับผู้ป่วยหรือญาติ และยากที่สุดก็คือการบอกข่าวร้ายว่าผู้ป่วยกำลังจะเสียชีวิต สำหรับสังคมตะวันตกในประเด็นดังกล่าวนี้อาจไม่ยุ่งยากนักเนื่องจากมีกฎหมายบังคับอยู่ว่าฝ่ายรักษาพยาบาลจะต้องบอกทุกอย่างแก่ผู้ป่วยและญาติ ขณะเดียวกันความเชื่อทางศาสนาและค่านิยมตะวันตกมีการพูดถึงเรื่องความตายโดยตรงไปตรงมาและเปิดเผย ศาสนาคริสต์มองว่าความตายเป็นการจบชีวิตชั่วคราวในโลกนี้ไปสู่นิรันดร์ในอาณาจักรของพระเจ้า ความตายจึงเป็นการก้าวผ่านจากชีวิตหนึ่งไปสู่อีกชีวิตหนึ่ง พระพุทธศาสนาซึ่งเป็นศาสนาประจำชาติไทยมองว่าความตายเป็นธรรมดาของชีวิต เป็นการสิ้นสุดของสังขาร เป็นสิ่งที่ไม่มีการหลีกเลี่ยง อย่างไรก็ตามค่านิยมตามวัฒนธรรมไทยจะไม่พูดถึงความตายตรงๆ กับผู้ที่กำลังจะตาย และคนไทยส่วนใหญ่ก็ยังคงรับไม่ได้กับการที่รู้ว่าตนกำลังจะตาย ปัญหาจึงมีอยู่ว่าจะบอกอย่างไรแก่ญาติ ครอบครัวของผู้ป่วย เมื่อบอกแล้วจะช่วยประคับประคองจิตใจของครอบครัวผู้ป่วยอย่างไร

(2) การบรรเทาอาการปวด ความเจ็บปวดจะเป็นสิ่งที่สำคัญและมีผลกระทบต่อผู้ป่วย ญาติและครอบครัว และทีมการรักษาพยาบาล การบรรเทาอาการปวดด้วยยาเป็นดุลยพินิจของแพทย์ ประเด็นสำคัญของจริยธรรมที่เกี่ยวกับอาการปวด คือ การมองและยอมรับว่าอาการปวดเป็นความรู้สึกเฉพาะตัวของผู้ป่วยแต่ละคน มีบุคลิกภาพแตกต่างกัน ผู้ป่วยบางรายอาจเผชิญกับความปวดได้อย่างเข้มแข็งแต่บางรายก็ทุกข์ทรมานอย่างสาหัส การมองความปวดว่าเป็นอาการของโรคที่จะต้องเป็นเช่นนั้น กับการมองความปวดว่าเป็นความรู้สึกของผู้ป่วยที่ทุกข์ทรมาน จะทำให้เห็นวิธีปฏิบัติที่ควรจะเป็นแพทย์หญิงลินดา อีมานูเอล แห่งคณะแพทยมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด ให้ข้อคิดว่า ผู้ให้การดูแลรักษาจะต้องไม่รู้สึกลัวหรือหลีกเลี่ยงอาการปวดของผู้ป่วย ผู้ให้การรักษายังสามารถรับรู้ถึงความปวด ยอมให้ผู้ป่วยแสดงอาการปวด และไม่หวาดเกรงที่จะช่วยบำบัดอาการปวดนั้น (Healers can hear pain, healers give people permission to show pain, healers are not afraid to see pain) การบรรเทาความปวดนอกจากจะกระทำได้ด้วยยาแล้ว การสัมผัส ลูบหรือจับมือผู้ป่วยตามแต่กรณีจะเป็นอีกสิ่งหนึ่งที่ช่วยในด้านจิตใจของผู้ป่วย ผู้ป่วยสตรีสูงอายุรายหนึ่งที่เจ็บปวดจากอาการของมะเร็งกล่าวว่า “ขณะที่มือของพยาบาลลูบลงบนขาของข้าพเจ้า ข้าพเจ้ารู้สึกได้ถึงสัมผัสที่อ่อนโยนนุ่มนวล เมื่อเธอพูดว่าขอให้มั่นใจฉันจะช่วยคุณ ข้าพเจ้ารู้สึกอาการปวดลดลงอย่างประหลาด”

(3) การตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก หรือ Intensive Care Decisions about Level of Aggressiveness of Care เป็นอีกประเด็นหนึ่งของปัญหาจริยธรรมทางการแพทย์ การพยาบาลในปัจจุบัน จุดสำคัญของปัญหา คือ การพิจารณาว่าจะพยายามช่วยด้วยเครื่องมือและเทคโนโลยีต่างๆ ที่มีประสิทธิภาพอย่างเต็มความสามารถ เพื่อช่วยชะลอความตายของผู้ป่วย ซึ่งเป็นเมตตาธรรมอย่างหนึ่ง กับการรักษาตามอาการและไม่พยายามใช้เครื่องมือหรือวิธีการใดๆ ในการที่จะช่วยยืดชีวิตของผู้ป่วย เนื่องจากไม่บังเกิดผลและเป็นการเพิ่มทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยก็เป็นเมตตาธรรมอีกด้านหนึ่ง บางครั้งอาจเป็นฝ่ายขอร้องให้ยุติการพยายามเหนี่ยวรั้ง และในบางครั้งฝ่ายการรักษาพยาบาลเองก็อาจเป็นฝ่ายอธิบายแก่ญาติว่า ไม่เกิดประโยชน์อันใด โดยหลักการของจริยศาสตร์การแพทย์แล้ว ไม่พึงกระทำสิ่งใดๆ ที่อาจเป็นการทำให้เกิดทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย (First Do No Harm) แต่ตามสภาพความจริง บางครั้งอาจมีปัจจัยอื่นมาทำให้จำเป็นต้องกระทำในสิ่งที่ฝ่ายรักษาพยาบาลเองไม่ประสงค์ที่จะกระทำ เช่น การถูกขอร้องจากญาติให้ช่วยอย่างเต็มที่จนกว่าจะถึงวินาทีสุดท้าย การตายอย่างสงบตามธรรมชาติกับการจากไปกับการตายภายใต้เทคโนโลยีทางวิทยาศาสตร์ควรเลือกเส้นทางใด บางครั้งก็เป็นสิ่งที่มิอาจตอบได้

(4) ลางสังหรณ์ใกล้ตาย (Symbolic Expression of Dying Patient) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายบางคนมักจะพูดหรือแสดงกิริยาบางอย่างออกมาจากภายในตัวตน โดยอาจมองว่าเป็นสภาวะที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกลัวหรือเพื่อ อย่างไรก็ตามมีผู้ให้ข้อสังเกตว่าหากผู้ที่ดูแลใกล้ชิดให้ความสนใจ และให้

ความสำคัญแก่ประเด็นนี้พอสมควรก็อาจเป็นโอกาสที่จะได้ตอบสนองหรือให้สิ่งที่ดีที่สุดที่ผู้ป่วยต้องการ เช่น ผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายรายหนึ่งยกมือไขว่คว้าและเรียกชื่อบุคคลออกมา พยาบาลผู้ดูแลในขณะนั้นจับมือผู้ป่วยไว้และลูบหลังมือเบาๆ และพูดกับผู้ป่วยว่า “ต้องการพบบุคคลผู้นั้นหรือนอนหลับเถอะ ถ้าต้องการพบจะตามให้” การแสดงออกของกลางสังหรณ์ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย มักอยู่ในช่วงของการไม่รู้สีกตัวของผู้ป่วย ผู้ที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดจะเป็นผู้ที่เข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วยพูดหรือแสดงออก และพยาบาลเป็นอีกบุคคลหนึ่งที่มีโอกาสได้พบ ได้เห็น และได้ยินในสิ่งเหล่านี้ การช่วยผู้ป่วยให้ได้พบวาระสุดท้ายอย่างสงบ ไม่กระสับกระส่ายทรมานทรมานเป็นสิ่งที่ยอมรับทางวัฒนธรรมของสังคมมนุษย์โดยทั่วไป ดังนั้น การเข้าใจการแสดงออกของผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายว่าเป็นการแสดงออกจากส่วนลึกของจิตใจ (Symbols of solace) อาจช่วยทำให้ตอบสนองทางจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยได้

(5) การตอบสนองทางจิตวิญญาณเมื่อวาระสุดท้ายมาถึง จิตวิญญาณของคนคือส่วนที่ลึกซึ้งที่สุดด้านจิตใจของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตโดยรวมของบุคคลนั้น การสามารถรู้ถึงความต้องการทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย และได้ตอบสนองสิ่งนั้นแก่ผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ และเป็นการส่งผู้ป่วยให้จากไปอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ เช่น การได้รับ “การดูแล” หรือ “บอกทาง” จากบุคคลที่ผู้ป่วยผูกพัน การได้เห็น “ฟ้าเหลือง” (พระภิกษุ) การได้ฟังเสียงสวดมนต์หรือการได้อยู่อย่างสงบปราศจากการรบกวนใดๆ ทั้งหมดนี้ย่อมแล้วแต่ความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ข้อควรคำนึงถึง การตอบสนองทางจิตวิญญาณที่แท้จริงจะต้องเป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วย แต่ไม่ใช่ตามความเห็นของทีมนักวิชาการที่คิดว่าควรดำเนินการให้ผู้ป่วยตามแผนการรักษาพยาบาลที่ต้องการ

### 3) การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย

หมายถึง การรับรู้ความรู้สึกเป็นสุขในสิ่งที่ตนเองเป็นอยู่ในปัจจุบันต่อการที่ได้ปฏิบัติในสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยในขณะนั้น ให้ผู้ป่วยได้รับการผ่อนคลาย ความสุขสบายโดยมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ มีความเชื่อและความศรัทธาส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจในการดำเนินชีวิตของตนในปัจจุบัน วัดโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดความผาสุกทางจิตวิญญาณของ Paloutzian & Ellison (1982) ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ

ด้านที่ 1 การได้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาและความศรัทธา หมายถึง ผู้ดูแลได้แสดงออกถึงการมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจตามความเชื่อและความศรัทธาของตน การได้รับการส่งเสริมและสนับสนุน ให้ทำพิธีกรรมทางศาสนาหรือความเชื่อต่างๆ และการนำวัตถุหรือสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจไว้กับตัวผู้ป่วย หรือใกล้ตัวผู้ป่วยโดยไม่ขัดกับแผนการรักษาของแพทย์ ผู้ดูแลพึงพอใจที่ได้ปฏิบัติสิ่งที่ดีที่สุดให้กับผู้ป่วย ในเวลาที่มีค่านี้

ด้านที่ 2 การรับรู้ถึงการมีคุณค่าของการมีชีวิต หมายถึง ผู้ดูแลรู้สึกภูมิใจในตนเองกับการที่ได้ปฏิบัติสิ่งที่ดีและมีประโยชน์ที่สุดให้กับผู้ป่วยโดยพยาบาลมีการสื่อสารโดยตรงกับผู้ดูแลเมื่อมีการปฏิบัติกับผู้ป่วยทั้งจากการพูดจา การสัมผัส การกระทำต่อร่างกาย และเครื่องมือที่ติดกับร่างกายผู้ป่วย พฤติกรรมของพยาบาล เชื่อมโยงให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกพอใจ ยินดีที่ได้ปฏิบัติกับผู้ป่วยในช่วงเวลาสำคัญนี้ จากการได้ยินได้เห็น และรับรู้การกระทำของพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย รู้สึกผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจ

ด้านที่ 3 การปรับตัวให้เข้ากับสถานะของชีวิต หมายถึง ผู้ดูแลรับรู้และยอมรับได้ว่าสิ่งแวดล้อมในชีวิตไม่ว่าจะเป็นครอบครัว การงาน การดำเนินชีวิตจะมีการปรับเปลี่ยนไปจากสถานะปกติของชีวิตผู้ดูแล แต่เมื่อได้รับการแนะนำ การเข้าใจธรรมชาติของชีวิตจะทำให้สามารถเรียนรู้และเผชิญกับเหตุการณ์ได้อย่างเข้าใจ

### 2.1.3 การดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย

#### 1) ผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย

หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนักและได้รับการวินิจฉัยแล้วว่า สถานะของการป่วยเป็นระยะลุกลาม เรื้อรังหรือเป็นการป่วยที่เข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรคซึ่งไม่มีวิธีการรักษาให้หายได้ แม้จะนำเอาวิธีการรักษาชนิดต่างๆ เท่าที่มีอยู่ในขณะนั้นก็ยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ภาวะคุกคามต่อชีวิตไม่ว่าจะจากอุบัติเหตุ หรือโรคภัยต่างๆ ส่งผลให้การทำงานของอวัยวะและระบบต่างๆ ของร่างกายล้มเหลวจนผู้ป่วยเสียชีวิตในที่สุด แม้จะไม่ใช่ใน 1-2 วันก็ตาม

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและใกล้เสียชีวิต (คณะกรรมการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2545)

- (1) เพื่อบรรเทาความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานต่างๆ
- (2) เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีคุณภาพชีวิตสูงสุดในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ โดยการรักษาต้องไม่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วขึ้นหรือยืดเวลาการเสียชีวิตออกไปโดยไม่เหมาะสม
- (3) เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยเป็นอย่างเหมาะสมและพอเพียง
- (4) เพื่อให้ความช่วยเหลือทางด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วย
- (5) เพื่อให้ความช่วยเหลือต่อครอบครัวของผู้ป่วยทั้งในระหว่างที่ผู้ป่วยเจ็บหนักใกล้เสียชีวิตและ เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว

#### 2) แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาชิปดี, 2547)

- (1) ให้การวินิจฉัย การพยากรณ์โรค และการวางแผนการรักษา
- (2) การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ

- (3) การบรรเทาความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานทางกาย
  - (4) การให้การดูแลด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ
  - (5) การให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์
  - (6) การดูแลครอบครัวและผู้ที่มีความผูกพันใกล้ชิดกับผู้ป่วย
  - (7) การกำหนดแนวทางในการดูแลควรดำเนินไป โดยคำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
- ในช่วงที่เหลือนอยู่เป็นสำคัญ ไม่ให้การรักษาที่จะทำให้เกิดความเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน หรือสิ้นเปลืองโดยไม่จำเป็น และเป็นไปโดยสอดคล้องกับหลักจริยธรรมและกฎหมายในสังคมไทย

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย และคณะ, 2548)

- (1) ให้ความสำคัญกับตัวผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก
- (2) ครอบคลุมความต้องการทุกด้านทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ
- (3) เป็นการปฏิบัติงานร่วมกันของบุคลากรทางการแพทย์ ครอบครัว และสังคม
- (4) มีความต่อเนื่องและการประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ

### 3) วิธีดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามหลักของ Hospice (Sheehan & Forman, 1996)

ดูแลผู้ป่วยอย่างสมบูรณ์แบบ (Total care) เป็นการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายในฐานะบุคคลที่มีความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ (Individual care) ควบคุมอาการต่างๆ อันเนื่องมาจากพยาธิสภาพของโรค และจากการวินิจฉัยโรค การบอกถึงผลการวินิจฉัยต้องอาศัยความระมัดระวัง ในที่นี้จึงรวมถึงการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยได้รับการกระทบกระเทือนทั้งร่างกายและจิตใจ

ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ไม่ใช่ความเจ็บป่วยทางกายเท่านั้นแต่เป็นความเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยจะต้องประสบในหลายรูปแบบ เช่น ความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ลักษณะงานพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นเรื่องที่มีความละเอียดอ่อนและมีปัญหาที่ซับซ้อน พยาบาลจึงต้องมีทัศนคติทางบวกต่อความตาย คือ ต้องเข้าใจว่าความตาย คือ กระบวนการตามธรรมชาติ รวมทั้งต้องเข้าใจและยอมรับในพฤติกรรมและการแสดงออกของผู้ป่วยเข้าใจในหลักจริยธรรมพื้นฐาน (Ethical principles) ร่วมกับหลักธรรม ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลมีกรอบแนวคิด วิจารณ์ญาณและมีเหตุผล เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2546)

### 4) การดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย

แนวทางในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต ที่พยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายประเมินได้จากการรับรู้ของครอบครัวผู้ป่วย ตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในภาวะวิกฤต เป็นการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลเพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการแสดงออกของครอบครัวเมื่อทราบอาการเจ็บป่วยในระยะสุดท้าย เพื่อให้ครอบครัวผู้ป่วยสามารถ

ปรับตัวได้ต่อภาวะวิกฤตที่กำลังเผชิญอยู่ ขอมรับกับสภาพการเจ็บป่วยและให้ความร่วมมือกับแผนการรักษาพยาบาลของ Kubler-Ross (1969)

Kubler-Ross (1975; อ้างในช่อลัดดา พันธุเสนา, 2536) ได้แบ่งปฏิกิริยาตอบสนองต่อความตายของผู้ป่วยที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้ายเป็น 5 ระยะ ซึ่งในแต่ละระยะ อาจจะไม่เรียงตามลำดับเสมอไป อาจกลับไปกลับมาได้ ตามแนวคิดนี้บุคคลที่กำลังจะตายหรือรู้ตัวว่าจะตายในระยะเวลาอีกไม่นานจะตอบสนองต่อความตายดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 ระยะปฏิเสธและแยกตัวทันทีที่ผู้ป่วยทราบว่าตนเองนั้นต้องตาย ผู้ป่วยจะมีอาการตกใจ งุนงงในตอนแรกและหลังจากนั้นจะปฏิเสธ ไม่เชื่อการวินิจฉัยโรคหรือคิดว่ามีบางอย่างในการวินิจฉัยผิดพลาด

ระยะที่ 2 ระยะโกรธ เมื่อไม่สามารถปฏิเสธต่อไปได้แล้วผู้ป่วยจะมีความรู้สึกโกรธ อารมณ์เสีย หงุดหงิด ไม่ถูกใจบุคคลรอบข้าง ปฏิเสธการช่วยเหลือ ปฏิเสธยาและอาหาร ในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีแต่คำตำหนิติเตียนครอบครัว แพทย์ พยาบาลและทีมสุขภาพ

ระยะที่ 3 ระยะต่อรอง ผู้ป่วยจะเริ่มยอมรับและต่อรองด้วยความหวัง มักคิดหรือพูดทำนองว่า “ใช้นั้น แต่...” เพื่อจะยืดเวลาต่อไปอีกระยะหนึ่ง การต่อรองของผู้ป่วยมักจะออกมาในรูปของศาสนา ความเชื่อ และค่านิยมของเขา โดยอาจจะทำการบนบานศาลกล่าวหรือให้สัตย์ปฏิญาณต่อตนเองว่า ถ้ารอดตายจะกระทำความดีอย่างใดอย่างหนึ่งเป็นการตอบแทน

ระยะที่ 4 ระยะซึมเศร้า ผู้ป่วยจะซึมเศร้าเสียใจอย่างรุนแรงชอบอยู่เงียบๆ ไม่พูดจา ตาเหม่อลอย นอนไม่หลับ ร้องไห้เศร้าโศกอยู่คนเดียว ความเศร้าในระยะนี้มี 2 ชนิด ประการแรกเป็นความเศร้าที่ตอบสนองต่อความเจ็บป่วย ประการหลังเป็นความเศร้าในการเตรียมตัวตาย ซึ่งความเศร้าทั้ง 2 ชนิดนี้ต้องการความช่วยเหลือที่แตกต่างกัน

ระยะที่ 5 ระยะยอมรับ เป็นระยะที่ผู้ป่วยยอมรับต่อการสูญเสียของตนมักคิดรำพึงว่า “ฉันพร้อมที่จะตาย” จะไม่ต่อรองเพื่อความหวังใดๆ อีก การต่อสู้สิ้นสุดลงเป็นระยะที่ผู้ป่วยรู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลีย และต้องการการพักผ่อนเป็นครั้งสุดท้าย ต้องการเพียงคนเดียวที่ให้การดูแลด้วยความรัก ความเข้าใจและอยู่เป็นเพื่อนตลอดเวลา การติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยระยะนี้ ควรใช้สายตากิริยาท่าทาง และการสัมผัสมากกว่าการพูด ผู้ที่กำลังจะตายบางคนเท่านั้นที่จะแสดงอาการยอมรับความจริงเกี่ยวกับความตายของตน โดยอาจจะบอกญาติมิตรบุคคลในครอบครัวหรือผู้ที่ใกล้ชิดกับตนให้เตรียมพิธีศพของตน

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2544) ได้กำหนดมาตรฐานวิธีการปฏิบัติ ในการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤตไว้ดังนี้

(1) การประเมินผู้ป่วย ผู้ใช้บริการ หมายถึง การปฏิบัติในการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ผู้ใช้บริการอย่างถูกต้องครบถ้วนทันทีที่ได้รับไว้ในความดูแล การติดตามเฝ้าระวังและการประเมินปัญหา จนกระทั่งจำหน่ายจากการดูแล

(2) การรวบรวมข้อมูลอย่างครบถ้วนตามมาตรฐานการดูแล การพยาบาลที่กำหนด และข้อมูลนั้นมีคุณภาพเพียงพอแก่การวินิจฉัยปัญหา การวางแผนการดูแล รวมทั้งเพียงพอต่อการประเมินผลการพยาบาล

(3) การจัดการกับอาการรบกวนต่างๆ หมายถึง การช่วยเหลือจัดหรือบรรเทาอาการรบกวนต่างๆ ทั้งอาการรบกวนทางด้านร่างกายและจิตใจ ได้แก่ อาการที่คุกคามชีวิตและอาการรบกวนความสุขสบาย เช่น การช่วยฟื้นคืนชีพ การช่วยการหายใจ การบรรเทาอาการปวด อาการคลื่นไส้อาเจียน นอนไม่หลับวิตกกังวล กลัว

(4) การดูแลความปลอดภัย หมายถึง การปฏิบัติดังต่อไปนี้ การจัดการให้ผู้ป่วย ผู้ใช้บริการได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย ทั้งด้านกายภาพ ชีวภาพ เคมี รังสี ความร้อน แสงและเสียงโดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุและการบาดเจ็บต่างๆ เช่น การพลัดตกหกล้ม การบาดเจ็บจากการผูกมัด การบาดเจ็บจากการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ รวมทั้งการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล

(5) การจัดการดูแลอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ และอุปกรณ์จำเป็นที่ใช้เพื่อการรักษาพยาบาลให้เพียงพอพร้อมใช้ในภาวะฉุกเฉิน มีความปลอดภัยในการใช้งานกับผู้ป่วยเพื่อให้สามารถให้การดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นจากอุปกรณ์ไม่พร้อมหรือไม่ปลอดภัย

(6) การจัดการส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับมีการปฏิบัติงานตามมาตรฐานหรือแนวทางที่กำหนดเพื่อป้องกันการผิดพลาดในการทำงาน

(7) การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษาพยาบาล หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลใดๆ ที่เป็นไปเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่คาดว่าจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละราย หรือแต่ละกลุ่มโรค อาการ รวมทั้งการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากผลข้างเคียงของการรักษาด้วย เช่น การป้องกันการเกิดอันตรายจากการใช้ยาบางชนิด การให้เลือด การให้ออกซิเจน การห้ามเลือด การจำกัดการเคลื่อนไหวของอวัยวะบางส่วนด้วยวิธีต่างๆ

(8) การให้การดูแลต่อเนื่อง หมายถึง การจัดการให้เกิดการดูแลต่อเนื่องให้ผู้ป่วยแต่ละราย ได้แก่ การเฝ้าระวังสังเกตอาการอย่างต่อเนื่อง การส่งต่อแผนการรักษาพยาบาล การประสานงานกับหน่วยงานหรือทีมงานที่เกี่ยวข้อง การสื่อสารเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยทั้งการส่งต่อภายในหน่วยงานระหว่างหน่วยงาน ในโรงพยาบาล ระหว่างโรงพยาบาลหรือหน่วยงานภายนอกโรงพยาบาล รวมทั้ง

การช่วยเหลือกรณีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยการสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย หรือผู้ให้บริการ และครอบครัว (Facilitation of patient and family self-care) หมายถึง กิจกรรมช่วยเหลือ การสื่อสาร เพื่อให้ความรู้ สร้างความเข้าใจ และการฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพตนเองเกี่ยวกับการเฝ้าระวังสังเกตอาการผิดปกติ การแก้ไขอาการเบื้องต้น การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

วรรณวิไล จันทราภา (2544) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตว่า นอกจากจะเป็นการพยาบาลพิเศษเฉพาะทางที่จัดไว้สำหรับผู้ป่วยที่มีแนวโน้มเข้าสู่ภาวะวิกฤตหรือครอบคลุมความต้องการของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ซึ่งถือเป็นการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic care) แล้ว ยังเป็นการพยาบาลที่ต่อเนื่องเพื่อดำรงไว้ซึ่งหน้าที่ของอวัยวะสำคัญในร่างกาย (Vital organs) เช่น หัวใจ หลอดเลือด ปอด สมองและไต

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตให้สมบูรณ์ จึงไม่ใช่การดูแลเพื่อเพิ่มจำนวนผู้ป่วยที่รอดชีวิตเท่านั้น แต่ต้องให้การดูแลแบบองค์รวมอย่างมีเมตตาต่อผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาและกำลังเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตด้วย

#### 4.1) ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีผู้ให้ความหมายที่หลากหลายต่างๆ ดังนี้ คือ

สันต์ หัตถิรัตน์ (2537) ให้ความหมายว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือผู้ป่วยที่หมดหวัง หมายถึง ผู้ป่วยด้วยโรคทางกายหรือทางใจซึ่งไม่มีโอกาสจะฟื้นทุกข์ทรมานและไม่มีโอกาสที่จะใช้เวลาที่เหลือในชีวิตของตนให้เป็นประโยชน์ต่อตนเองหรือผู้อื่นได้อีก

Johnson & Bourgeois (2003) กล่าวว่าผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ บุคคลที่ต้องทนทุกข์ทรมานในโรคด้วยความกลัว ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาจจะต้องทนทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ บุคคลที่อยู่ในการเจ็บป่วยระยะสุดท้าย จะมีกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่ยาวนาน เริ่มต้นจากความขัดแย้ง ความพ่ายแพ้หมดหวัง และขาดความมั่นใจ สิ่งเหล่านี้เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ การพยาบาลที่ให้มีจุดประสงค์เพื่อลดความทุกข์ทรมาน การจัดการกับอาการแสดงต่างๆ เพื่อเตรียมพร้อมในการเผชิญกับความตาย

การเจ็บป่วยระยะสุดท้าย เป็นระยะหนึ่งของพัฒนาการทางจิตที่มีผลต่อระบบชีวิต ครอบครัว สังคม รวมถึงชีวิตของบุคคลผู้ที่กำลังเผชิญกับความตาย โดยให้ความสำคัญกับการดูแลตามความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือ “Palliative Care” มาจากภาษาละติน “PALLIUM” มีความหมายว่า “cloak or cover” หมายถึงการปกป้อง คุ้มครอง ทำให้รู้สึกอบอุ่น

Palliative care หรือการดูแลแบบประคับประคองตามการนิยามขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) หมายถึง การดูแลเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่เผชิญกับการเจ็บป่วยที่

เป็นอันตรายต่อชีวิต โดยการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมาน โดยการประเมินและให้การรักษาอาการปวดหรือปัญหาอื่นที่เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ

ลักษณะของการดูแลแบบประคับประคองประกอบด้วย

- (1) การดูแลเพื่อบรรเทาความปวดและความทุกข์ทรมาน
- (2) การยอมรับว่าความตายเป็นกระบวนการตามธรรมชาติ
- (3) การดูแลที่ไม่ต้องการที่จะยืดอายุหรือเร่งการตาย
- (4) การดูแลที่ครอบคลุมด้านจิตใจและจิตวิญญาณ
- (5) การดูแลที่เน้นระบบการสนับสนุน
- (6) การดูแลโดยทีมผู้ดูแล
- (7) เป็นการดูแลเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต
- (8) สามารถให้การดูแลร่วมกับการรักษาที่ต้องการรักษาให้หายขาดหรือการช่วย

มีชีวิตอยู่ เช่น การให้เคมีบำบัดหรือฉายแสง

#### 4.2) หลักการสำคัญของ Palliative care สามารถสรุปสั้นๆ ได้เป็น “4c” ดังนี้

(1) Centered at patient and family ให้ความสำคัญกับตัวผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก ความพึงพอใจ ความสบายของผู้ป่วยเป็นเป้าหมายสูงสุด การดูแลรักษา การตรวจวินิจฉัย หัตถการ หรือกิจกรรมใดๆ จะกระทำเมื่อเห็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยเท่านั้น ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจให้มากที่สุด เช่น การใส่สายยางให้อาหาร การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ หรือได้ผิวหนังรวมไปถึงปฏิบัติการกู้ชีวิต

(2) Comprehensive ครอบคลุมความต้องการทุกด้านทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ นอกจากการบรรเทาอาการทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายแล้วยังต้องให้ความสำคัญกับปฏิกิริยาทางจิตใจของผู้ป่วยต่อโรค การรักษาและความตาย ควรรับฟังและหาโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึก อารมณ์ ปมขัดแย้ง เจตคติส่วนตัวการให้คุณค่าต่อสิ่งต่างๆ หรือความเชื่อและศรัทธาทางศาสนาที่สั่งสมมาตลอดอายุขัย ซึ่งอาจแตกต่างกันไปจากมุมมองของผู้ดูแลรักษา เช่น ความกลัวการได้รับเลือดผู้อื่น การได้ปรนนิบัติบิดามารดาด้วยตนเองของบุตร หรือความต้องการเสียชีวิตอย่างธรรมชาติที่บ้านของตนเองโดยไม่ใช้เครื่องช่วยชีวิต ฟังระลึกเสมอว่า มิติและมุมมองทางการแพทย์ เป็นเพียงส่วนหนึ่งของมิติทางสังคม ไม่สามารถอธิบายหรือแก้ปัญหาทั้งหมดได้ มีบางครั้งเท่านั้นที่จำเป็นต้องอธิบายให้ความรู้ เพื่อแก้ไข ความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเพราะความไม่รู้ของผู้ป่วย

(3) Coordinated เป็นการปฏิบัติงานร่วมกันของบุคลากรทางการแพทย์ ครอบครัว และทีมงานหลายด้านต้องอาศัยความเชี่ยวชาญของแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา ที่เข้ามามีส่วนร่วมในช่วงใดช่วงหนึ่ง โดยประสานงานและเข้าใจบทบาทของกันและกันเป็นอย่างดี

องค์ประกอบที่สำคัญไม่น้อยไปกว่าบุคลากรทางการแพทย์ คือ ผู้ใกล้ชิดในครอบครัวและเพื่อนฝูงที่ร่วมดูแล สนับสนุนเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยด้วยความผูกพัน รวมถึงความช่วยเหลือจากสังคมภายนอก เช่น ผู้นำทางศาสนา สมาคม และอาสาสมัครต่างๆ

(4) Continuous มีความต่อเนื่องและประสิทธิผลอย่างสม่ำเสมอ การดูแลครอบครัวครอบคลุมอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ ขณะเสียชีวิต และสำหรับครอบครัวเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้ว ดังนั้นการดูแลจึงไม่มีสูตรสำเร็จที่เป็นคำตอบที่ดีที่สุดเสมอสำหรับผู้ป่วยทุกคนและครอบครัวในทุกสถานการณ์ การพิจารณาให้ความช่วยเหลือ การดูแลรักษาจึงขึ้นกับสถานการณ์นั้นๆ ที่ต้องอาศัยการประเมินเป็นระยะ เนื่องจากสภาพของผู้ป่วยแตกต่างกันและมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

Portenoy (1996) ได้อธิบายความแตกต่าง คือ การดูแลผู้ป่วยที่ไม่มีการรักษาและใกล้ตายมีความเฉพาะดังต่อไปนี้ การดูแลรักษาที่จัดให้มุ่งที่ความสุขสบายและการทำหน้าที่ของผู้ป่วยและครอบครัวในทุกระยะของโรค แพทย์เข้ามาสนับสนุนเต็มที่และต่อเนื่อง มีความเต็มใจที่จะใช้วิธีการรักษาในระยะรุนแรง เช่น การรักษาเพื่อต่อต้านมะเร็ง การควบคุมอาการที่รุนแรงด้วยวิธีการรักษาที่มีผลรุนแรง โดยต้องสอดคล้องเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ยอมรับการวิจัยและวิทยาศาสตร์ที่ก้าวหน้าเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต นอกจากนี้ยังกล่าวไว้ด้วยว่ารูปแบบการดูแลเช่นนี้เหมาะสมกับผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่คุกคามความมีชีวิตทั้งในระหว่างและภายหลังระยะเวลาของการรักษาที่เข้มข้นในขั้นต้นและผู้ป่วยควรได้รับสิ่งต่างๆ ดังนี้ คือ

- (1) ควรให้ผู้ป่วยได้ตายอย่างมีศักดิ์ศรี
- (2) ควรให้ผู้ป่วยได้ตายโดยได้รับความเจ็บปวดน้อยที่สุด
- (3) ควรให้ผู้ป่วยได้รับความรักและผลประโยชน์เหมือนเดิม
- (4) ผู้ป่วยควรมีโอกาสสร้างสัมพันธภาพและความรักกับครอบครัว
- (5) ผู้ป่วยและญาติควรได้วางแผนร่วมกัน
- (6) ญาติต้องมีโอกาสแสดงความรู้สึกที่ดีต่อผู้ป่วย

Kastenbaum (1992; อ้างในวี เดือนดาว, 2547) ได้พัฒนามาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

- (1) การดูแลผู้ป่วย
  - (1.1) ให้การตอบสนองความต้องการตามสิทธิที่พึงจะได้รับ
  - (1.2) ให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการต่างๆ
  - (1.3) ควบคุมความเจ็บปวด
  - (1.4) บอกเล่าเกี่ยวกับข้อมูลต่างๆ อย่างเหมาะสมและชัดเจน

(1.5) สร้างความรู้สึกที่มั่นคง ปลอดภัยให้กับผู้ป่วยต่อการดูแลที่ได้รับ

(1.6) ให้โอกาสผู้ป่วยได้เตรียมตัวเตรียมใจ หรือได้กล่าวบุคคลสำคัญของตน

(1.7) ให้โอกาสผู้ป่วยได้มีประสบการณ์ในช่วงสุดท้ายของชีวิตตามวิถีทางที่ให้ความหมายและคุณค่าแก่เขา

## (2) การดูแลครอบครัว

(2.1) ให้โอกาสสมาชิกในครอบครัวได้แลกเปลี่ยนหรือแสดงความรู้สึกเกี่ยวกับความตายกับทีมสุขภาพ ให้เวลา สะท้อนรับรู้ต่อความรู้สึกของญาติด้วย

(2.2) ให้โอกาสครอบครัวได้อยู่กับผู้ป่วยเป็นการส่วนตัวขณะที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่และเมื่อผู้ป่วยสิ้นใจทันที เพื่อปฏิบัติกิจกรรมตามประเพณีหรือตามความเชื่อทางศาสนา

## (3) การดูแลทีมสุขภาพ

(3.1) ให้สมาชิกทีมสุขภาพแต่ละคนมีเวลาเพียงพอในการสร้างและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพกับผู้ป่วย

(3.2) จัดให้มีหน่วยงานสนับสนุนหรือมีระบบเกื้อหนุนทีมสุขภาพและมีสถานที่สำหรับผ่อนคลายระบายความรู้สึกลงและให้กำลังใจกัน

## 4.3) แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

วิชาชีพการพยาบาลเป็นการให้การพยาบาลบุคคลทั้งคนทุกเพศทุกวัย โดยไม่มีการแบ่งชนชั้น เชื้อชาติ ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณหรือที่เรียกว่า “การพยาบาล แบบองค์รวม”

การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายนี้ จัดเป็นภาระหน้าที่ของพยาบาลที่สำคัญอย่างมากโดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย มีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิตที่เหลืออยู่ให้เป็นช่วงเวลาที่มีความสุข พร้อมทั้งจะเผชิญหน้ากับความตายด้วยความกล้าหาญ สิ้นชีวิตลงด้วยความสงบสุขปราศจากความทุกข์ทรมาน โดยการพยาบาลต้องคำนึงถึงประโยชน์สิทธิมนุษยชน ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ซึ่งเป็นการดูแลแบบองค์รวมในฐานะของมนุษย์ที่มีเกียรติและมีศักดิ์ศรี ซึ่งลักษณะการพยาบาลเช่นนี้ สอดคล้องกับการศึกษาความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชันนาฏ ณ นคร และคณะ (2538) พบว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการการดูแลแบบองค์รวมมาก เพราะเป็นการดูแลที่คำนึงถึงคุณภาพชีวิตของบุคคล มุ่งหวังเพื่อช่วยสนองตอบความต้องการบุคคลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณรวมถึงความต้องการความสุข และหลีกเลี่ยงความทุกข์

การปฏิบัติต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต ต้องให้ความสำคัญกับความต้องการด้านร่างกายที่แสดงให้เห็นชัดเจนขณะที่เจ็บป่วย และต้องมุ่งที่ปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วยต่อความตาย ความทุกข์ทรมานให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายมากที่สุด นอกจากจะสนองความต้องการทั้งด้าน

ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมแล้ว จะต้องคำนึงถึงความต้องการด้านจิตวิญญาณที่เป็นความเชื่อ เป็นจิตใต้สำนึกของผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ได้รับการตอบสนองตามความต้องการที่เป็นไปได้จริง เพื่อให้มีช่วงสุดท้ายของชีวิตที่ดีและสิ้นชีวิตอย่างสงบสุข พยาบาลต้องให้การดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ให้มีส่วนร่วมในการวางแผนและดูแล โดยคำนึงถึงหลักจริยธรรมในเรื่องของการเคารพสิทธิปัจเจกบุคคล การได้รับการปฏิบัติที่ดี ไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย การได้รับข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ การบอกความจริง รวมไปถึงความยุติธรรม เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความต้องการหลายด้าน เป็นผู้ที่ใช้ชีวิตอยู่ในระหว่างความเป็นหรือการมีชีวิตอยู่กับความตาย (Living-dying interval) เป็นเวลาที่ผู้ป่วยตระหนักว่าการเจ็บป่วยในครั้งนี้จะนำมาซึ่งความตายและไม่มีโอกาสฟื้นคืนชีพเพื่อกลับมาใช้ชีวิตได้ดังเดิม ผู้ป่วยจึงต้องสูญเสียสิ่งที่สำคัญในชีวิต ผู้ป่วยแต่ละคนมีวิธีการเผชิญกับความตายแตกต่างกันและแสดงปฏิกิริยาตอบสนองต่อความตายแตกต่างกัน จากการศึกษาของ Highfield (1992) พบว่าผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย และผู้สูงอายุ ต่างก็มีความต้องการด้านจิตวิญญาณและจะปรากฏเด่นชัดขึ้นเมื่อต้องเผชิญกับความตาย การตอบสนองความต้องการด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นสิ่งที่สำคัญยิ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า สามารถดำรงไว้ซึ่งความเป็นตัวของตัวเองและมีความปลอดภัยในขณะเดียวกันแม้จะอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตก็ตาม ผู้ป่วยก็ยังคงผูกพันและต้องการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นโดยเฉพาะกับครอบครัวของตน ซึ่งพยาบาลต้องตระหนักไว้เสมอว่าผู้ป่วยยังเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวอยู่ การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยจะไม่ครบสมบูรณ์ ถ้าไม่ให้การดูแลช่วยเหลือครอบครัวของผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วย

ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตทุกราย ควรได้รับการดูแลแบบองค์รวมร่วมกับการให้การรักษา (Curative care) อย่างเหมาะสมตั้งแต่แรก ดังคำกล่าวที่ว่า “We’re prepared for the worst, but hoping for the best” โดยในช่วงแรกการรักษาอาจเน้นการให้การรักษา (Curative care) ต่อเมื่อผู้ป่วยมีอาการหนักมากคิดว่าไม่สามารถช่วยให้พ้นจากความตายที่คุกคามอยู่ได้ ระดับความสำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) จึงเพิ่มขึ้นสูงกว่าการให้การรักษา โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีคุณภาพชีวิตดีที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ การงดเว้นหรือการหยุดใช้เครื่องช่วยพยุงชีวิตไม่ใช่เป้าหมายแรกของการดูแล แต่เป็นผลที่เกิดขึ้นตามการดูแลที่ถึงพร้อมสมบูรณ์ โดยมีการสื่อสารและการตัดสินใจร่วมกันของทุกฝ่าย เวลาในการตัดสินใจมีความแตกต่างกันตั้งแต่ 2-3 วันถึงหลายสัปดาห์

หลักในการดูแลด้านจิตวิญญาณในการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวค้นหาสิ่งที่เป็นพลังชีวิตของผู้ป่วยและสนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติที่เหมาะสมของแต่ละคน มีแนวทางดังนี้

(1) ประเมินผลและบันทึกความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยในระหว่างให้การดูแลเป็นระยะ

(2) สนับสนุนให้มีสถานที่หรือกิจกรรมที่ส่งเสริมด้านจิตวิญญาณ เช่น มีห้องพระ ห้องละหมาด มีการทำบุญตักบาตร

(3) สอบถามและส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติตามศรัทธาความเชื่อ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสงบผ่อนคลายในระยยะสุดท้าย การปฏิบัติตามศรัทธาความเชื่อควรมีการปรับให้เหมาะสมกับพื้นฐานการใช้ชีวิตที่ผ่านมาของผู้ป่วย อาทิเช่น คนที่ไม่ได้ปฏิบัติธรรมะ คุณค่าของชีวิตอาจอยู่ที่การทำงานอย่างเต็มที่ การเลี้ยงดูบุตรหลานให้เป็นคนดี ความรักที่มีต่อชาติ ศาสนา และพระมหากษัตริย์ ในเบื้องต้นควรให้ผู้ป่วยอยู่ในความสงบ และระลึกถึงความดีที่เขาได้ทำ มีการส่งเสริมให้ทำความดีตามวัฒนธรรม ความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัว เช่น สวดมนต์หรือทำบุญ ทั้งช่วยในการค้นหาและตอบสนองความปรารถนาที่ยังไม่สำเร็จของผู้ป่วย

(4) สำหรับคนที่อาจมีการใช้ชีวิตที่ไม่ถูกต้องมาในอดีต การเข้าใจถึงความตายอาจทำให้จิตใจสงบได้ยาก ในขณะที่ไม่สามารถแก้ไขอดีตได้ ในกรณีนี้ผู้ดูแลและครอบครัวอาจมีส่วนช่วยในการค้นหาและสะสางเรื่องที่ค้างคาใจอยู่ ส่งเสริมให้มีการขอโทษกรรมและให้อภัยระหว่างกัน

(5) สำหรับผู้ป่วยที่มีศรัทธาในหลักศาสนาต่างๆ ควรส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติเพื่อยกระดับจิตใจ เช่น การเตรียมตัวกลับไปใช้ชีวิตที่แท้จริงภายหลังการตายกับพระเป็นเจ้า หรือการปฏิบัติ เพื่อให้จิตสงบและปล่อยวางตามหลักพุทธศาสนา

(6) การดูแลด้านจิตใจอารมณ์ และการจัดระบบเพื่อช่วยเหลือบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วย

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่กำลังจากไป รวมทั้งการที่ต้องเผชิญกับการตอบสนองทางอารมณ์ของญาติในลักษณะต่างๆ อาจทำให้ผู้ดูแลรู้สึกขัดแย้ง เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่อาจเกิดขึ้นได้ตามปกติ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเรื้อรังหรือผู้ป่วยที่ต้องเสียชีวิตก่อนเวลาอันควร สิ่งสำคัญ คือ เราจะปรับตัวอย่างไรกับสภาพเหล่านี้หลายคนใช้วิธีการปฏิเสธหรือละเลย (Emotional distancing) มีผลต่อทักษะและการเข้าถึงอารมณ์และความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัว

พยายาลกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต จะรู้สึกถึงประสบการณ์ที่น่าหวาดหวั่นรวมทั้งครอบครัวของผู้ป่วยด้วย บางครั้งการถูกนำตัวเข้ารับการรักษายาบาลในไอซียูหรือหอผู้ป่วยวิกฤตนี้ เป็นช่วงเวลาที่มีความเจ็บปวดรวดร้าว สดัมภ์ชัญญะไม่ดี มีนงจากการได้รับยาหรือเกิดความต้องการที่จะลืมความคิดคำนึงว่าจะมีโอกาสรอดออกไปจากห้องนี้หรือไม่ ไม่เพียงแต่ผู้ป่วยและครอบครัวเท่านั้นที่กังวล แพทย์พยาบาลก็มีความกังวลเช่นเดียวกันว่าทำอย่างไรจึงจะช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากสภาวะวิกฤตและย้ายออกจากห้องไอซียูโดยเร็ว การเข้าไปปรับการรักษายาบาลในไอซียู

นับว่าเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิต พยาบาลในไอซียูส่วนใหญ่จะคิดว่าหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นที่ซึ่งชีวิตหนึ่งกำลังอยู่ในช่วงที่เปราะบางกำลังได้รับการดูแลใกล้ชิด ระมัดระวังอย่างละเอียดถี่ถ้วน เพื่อจะช่วยรักษาชีวิตของบุคคลผู้นั้นให้อยู่รอดเพราะมีบุคลากรที่ได้รับการฝึกฝนอย่างเชี่ยวชาญเฉพาะทาง มีเครื่องมือเทคโนโลยีทันสมัยมากมาย แต่ในมุมมองของผู้ป่วยและครอบครัวถือเป็นช่วงที่เกิดความตาย ดังนั้นความเข้าใจที่แตกต่างกันทำให้การรับรู้ความหมายของการดูแลในภาวะวิกฤตและการสื่อสารแตกต่างกัน

เป้าหมายและความต้องการที่แท้จริงของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อให้ทีมสุขภาพสามารถให้ข้อมูลและคำปรึกษาที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย ครอบครัวและญาติ จำเป็นที่ต้องทราบถึงความต้องการของครอบครัวและญาติของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งจากการศึกษาพบว่าครอบครัวและญาติของผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการสิ่งต่อไปนี้เป็น อันดับแรกได้แก่

- (1) ได้มีโอกาสใกล้ชิดกับผู้ป่วย
- (2) รู้สึกว่าตนเองมีประโยชน์ต่อผู้ป่วย
- (3) ได้รับข้อมูลอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย
- (4) เข้าใจว่าทีมสุขภาพมีแผนที่จะทำอะไรให้กับผู้ป่วย เพื่ออะไร
- (5) ได้รับการยืนยันว่าผู้ป่วยไม่เจ็บป่วยทุกข์ทรมาน
- (6) ได้รับการดูแลเอาใจใส่และให้กำลังใจ
- (7) ได้มีโอกาสเล่าหรือบรรยายความในใจ
- (8) ได้รับการยืนยันว่าการตัดสินใจที่ได้ทำไปแล้วถูกต้อง
- (9) ได้เรียนรู้ความหมายของการตายของคนที่คุณเองรักและเคารพ
- (10) ได้รับประทานอาหารและการพักผ่อนที่เพียงพอ

การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและแผนการรักษาในทาง การแพทย์การดูแลรักษาผู้ป่วยมักจะเริ่มต้นด้วยการกำหนดเป้าหมายของการรักษาและแผนการรักษา ซึ่งในกระบวนการดังกล่าวนี้โดยปกติแพทย์มักเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม โดยเป้าหมายของการรักษามี 2 ประการ ได้แก่ เป้าหมายให้ผู้ป่วยหายจากโรคและเป้าหมายให้ผู้ป่วย หนีจากความทุกข์ทรมานอันเนื่องมาจากโรคหรือการเจ็บป่วย อย่างไรก็ตามนอกจากเป้าหมายใหญ่ 2 ประการนี้แล้ว ยังมีเป้าหมายแตกย่อยไปจากเป้าหมายทั้งสอง เช่น เป้าหมายให้ผู้ป่วยหายจากโรค อย่างสมบูรณ์ เป้าหมายที่จะหลีกเลี่ยงการตายก่อนวัยอันควร เป้าหมายให้อวัยวะหรือส่วนของร่างกาย ผู้ป่วยกลับมาทำงานได้ตามปกติหรือเป้าหมายที่คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

ในกรณีผู้ป่วยวิกฤตในห้องผู้ป่วยหนักก็เช่นเดียวกัน หลังจากที่ผู้ป่วยย้ายเข้ารับ การรักษาในห้องผู้ป่วยหนัก คณะแพทย์ที่เกี่ยวข้องจำเป็นต้องจัดให้มีการพบปะพูดคุยกับญาติเพื่อให้ ข้อมูลเบื้องต้นและร่วมกันกำหนดเป้าหมายของการรักษา โดยเป้าหมายการรักษาที่ร่วมกันกำหนดนี้จะ

ขึ้นกับปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องจำนวนมาก ได้แก่ ระดับความรุนแรงของปัญหา การเจ็บป่วยในอดีต โรคประจำตัว ผลการตอบสนองต่อการรักษาเบื้องต้นเมื่อผู้ป่วยย้ายเข้าไอซียู และความต้องการของผู้ป่วย และญาติเกี่ยวกับแผนการดูแลรักษาในระยะวิกฤต โดยส่วนใหญ่เมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลงและจะต้องเข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนัก ทางคณะแพทย์มักจะพยายามให้การดูแลรักษาอย่างเต็มที่ เพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นโดยใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น มีการทำหัตถการและการตรวจพิเศษที่จำเป็น มีการเฝ้าติดตามและประเมินการทำหน้าที่ของระบบอวัยวะต่างๆ อย่างใกล้ชิด อย่างไรก็ตามถึงแม้ในปัจจุบัน ประชาชนมีการศึกษามากขึ้นและสังคมมีการพัฒนาเป็นสังคมแห่งการเรียนรู้ ทำให้ประชาชนส่วนหนึ่งตระหนักถึงข้อจำกัดของความกล้าหาญของเทคโนโลยีทางการแพทย์ในการเยียวยาผู้ป่วยให้หายจากโรค โดยเฉพาะผลกระทบทางลบของการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยมาพยุงชีวิตผู้ป่วยด้วยโรคที่ไม่สามารถเยียวยาให้หายได้ ซึ่งเป็นการรักษาที่มีเป้าหมายเพียงพอเพื่อชะลอความตายของผู้ป่วยเท่านั้น ซึ่งต่างจากเดิมที่คนในสังคมส่วนใหญ่เคยเชื่อว่าการตายของผู้ป่วยเป็นความล้มเหลวของวงการแพทย์ ดังนั้นในปัจจุบันเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงในทางทรุดลง ผู้ป่วยและญาติอาจมีความประสงค์เกี่ยวกับเป้าหมายและแผนการรักษาที่แตกต่างไปจากเดิม

#### 2.1.4 ผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย

หมายถึง บุคคลที่มีความผูกพันใกล้ชิดกันในด้านอารมณ์ ความรู้สึกและมีการตอบสนองความต้องการในด้านความรัก เศรษฐกิจและสังคม บุคคลผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตในครั้งนี้มากที่สุดเมื่อเทียบกับสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว

ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายถือว่าเป็นหน่วยเดียวกัน (Unit of care) โดยครอบครัว หมายถึง บุคคลใกล้ชิดที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง ตามหลักการครอบครัวควรมีโอกาสในการได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วย (Access) การให้และการแลกเปลี่ยนข้อมูล (Information and support) และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (Involvement in caregiving activities) โดยมีรายละเอียดดังนี้

##### 1) การได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วย

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ดีควรส่งเสริมให้เกิดความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นในครอบครัว ในอดีตหออภิบาลผู้ป่วยหนักมักมีการจำกัดการเข้าเยี่ยมด้วยเหตุผลต่างๆ เช่น สถานที่คับแคบ บุคลากรปฏิบัติงานไม่สะดวก ผู้ป่วยมีอาการไม่คงที่ อาจมีการติดเชื้อ หรือทำให้ผู้ป่วยพักผ่อนไม่เต็มที่ จากการศึกษาพบว่าการเยี่ยมไม่ทำให้เกิดผลเสียดังกล่าว ทั้งการเทียบกับประโยชน์แล้วการเยี่ยมเป็นการช่วยเหลือด้านจิตใจที่สำคัญสำหรับผู้ป่วย ในระยะสุดท้ายผู้ป่วยมักรู้สึกถึงความกลัวการถูกทอดทิ้ง ผู้ป่วยต้องการได้อยู่ท่ามกลางคนที่รักในสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว เนื่องจากเวลาที่เหลืออยู่อย่างจำกัดอาจเป็นโอกาสสุดท้ายที่จะได้แสดงความรู้สึกที่ดีระหว่างกัน ได้กล่าวคำอำลา ส่งเสียหรือให้อโหสิกรรมต่อกัน จึงควรยืดหยุ่นเรื่องเวลาและจำนวนคนในครอบครัวใกล้ชิดให้เข้าเยี่ยมได้สะดวก

สำหรับผู้ป่วยบางรายซึ่งมีความผูกพันกับลูกหลานที่เป็นเด็ก ควรเปิดโอกาสให้เข้าเยี่ยม เพราะนอกจากเป็นผลดีต่อผู้ป่วยแล้วเด็กวัยหัดเดินขึ้นไป สามารถเข้าใจเรื่องความตายและสามารถปรับตัวกับการจากไปของผู้ป่วยได้ดีขึ้นโดยไม่ก่อให้เกิดผลเสียตามที่กลัวกัน

## 2) การให้และการแลกเปลี่ยนข้อมูล

ควรมีการสื่อสารและให้ข้อมูลข่าวสารแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นระยะ การได้รับทราบข้อมูลอย่างเหมาะสมทำให้ครอบครัวปรับตัวและวางแผนอนาคตได้ดีขึ้น ทั้งส่งเสริมให้เกิดความพึงพอใจในการดูแลที่สูงขึ้น การสื่อสารที่ดีควรเป็นแบบสองทาง โดยเริ่มจากการประเมินและรับฟังความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว สำหรับการให้ข้อมูลควรมีวิธีที่เหมาะสมสำหรับการเจ็บป่วยที่เจ็บปวด ข้อมูลต่างๆ ยังสับสน ไม่ชัดเจน ควรมีการกำหนดบุคคลที่ครอบครัวจะมาติดต่อพูดคุยให้ชัดเจน นอกจากข้อมูลเรื่องผู้ป่วยแล้ว ข้อมูลด้านอื่นๆ ก็มีความสำคัญในการปรับตัว เช่น การแนะนำเกี่ยวกับระเบียบของหอภิบาล การเข้าเยี่ยม การปรึกษาเรื่องสิทธิประโยชน์ หรือการให้คำปรึกษาทางจิตใจ ทั้งนี้อาจทำเป็นประกาศหรือแผ่นพับ

สำหรับการติดต่อสื่อสารของครอบครัวควรกระทำต่อเนื่องถึงภายหลังการสูญเสียผู้ป่วย เพื่อเป็นการบรรเทาความเศร้าโศก เช่น การไปร่วมงานศพในบางราย การโทรศัพท์พูดคุยหรือการเยี่ยมบ้าน

## 3) การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

บทบาทของครอบครัวที่ต้องรับการดูแลสามารถปรับให้เป็นส่วนหนึ่งของทีมได้โดยการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย การกระทำด้วยความรักส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความอบอุ่นและรู้สึกถึงความรักค่า ส่วนครอบครัวที่ได้มีส่วนร่วมในการดูแล จะรู้สึกว่าได้ทำสิ่งที่ เป็นประโยชน์ เสริมความเข้มแข็งในตัวเอง สามารถก้าวผ่านความเศร้าโศกและความสูญเสียได้ดีขึ้น การดูแลอาจเป็นเรื่องเล็กๆ เช่น การบิบนวด การอ่านหนังสือให้ฟัง หรือสิ่งที่ต้องการทักษะ เช่น การช่วยพลิกตัว การดูแลแผล ตลอดจนเรื่องที่ใหญ่ เช่น การช่วยเช็ดตัวและแต่งกายหลังเสียชีวิต ในทางจิตวิทยาแล้วสิ่งเหล่านี้ถือเป็น Family intervention อย่างหนึ่ง สำหรับผู้ป่วยที่รู้ญาติควรจัดให้มีการช่วยเหลือทางสังคม เช่น มีระบบอาสาสมัครเพื่อนคุยข้างเตียง การดูแลช่วยจัดงานศพ

## 4) การดูแลด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว (Spiritual care)

ในเบื้องต้นควรให้ผู้ป่วยได้อยู่ในสถานที่สะอาด สงบ และมีความเป็นส่วนตัวพอสมควร การดูแลด้านจิตวิญญาณมีทั้งเรื่องที่เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้องกับศาสนา ได้แก่ สิ่งที่เป็นพลังความเชื่อและความหวังที่ผลักดันให้ผู้ป่วยทำสิ่งที่ดีงาม การทำให้จิตใจให้สงบ ระลึกถึงสิ่งที่ดีงามในชีวิตการดูแลด้านจิตวิญญาณไม่ควรทำเป็นสูตรสำเร็จ เช่น การเปิดเทปธรรมะ ซึ่งอาจไม่เหมาะกับผู้ป่วยบางรายซึ่งไม่พร้อมและตกใจกลัว

## 2.2 รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ

หมายถึง การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายงานจากหัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้าเวร ให้ดูแลผู้ป่วย 2 คน ในแต่ละเวร พยาบาลมุ่งปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาเร่งด่วน จุกเฉิบ เพื่อช่วยชีวิตตามอาการทางกายที่ตรวจพบ เช่น ความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเต้นช้าหรือเร็วกว่าเกณฑ์ปกติ ซีด ระดับความรู้สึกตัวลดลง เป็นต้น โดยเน้นให้การช่วยเหลือแก้ไขปัญหาด้านร่างกายเป็นสำคัญ โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติดังนี้

**กิจกรรมที่ 1** ประเมินสภาพผู้ป่วย โดยการวัดสัญญาณชีพและการตรวจร่างกายเพื่อค้นหาความผิดปกติ

**กิจกรรมที่ 2** แก้ไขภาวะผิดปกติจากการตรวจพบ โดย รายงานแพทย์ และให้การพยาบาลตามคำสั่งการรักษาของแพทย์

**กิจกรรมที่ 3** ประเมินผลการพยาบาลหลังการให้การพยาบาลตามคำสั่งรักษาของแพทย์

**กิจกรรมที่ 4** แจ้งอาการและการเปลี่ยนแปลงให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย

การให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยเป็นการอธิบายให้ผู้ดูแลได้รู้ถึงแผนการรักษา การปฏิบัติตนขณะได้รับการรักษา ในห้องผู้ป่วยหนัก ส่วนการค้นหาปัญหาทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณของผู้ดูแลยังไม่ครอบคลุม จะเป็นลักษณะของการตอบคำถามและอธิบายแก้ไขในข้อสงสัย ซึ่งจะได้ปฏิบัติก็ต่อเมื่ออาการทางกายที่ตรวจพบได้รับการแก้ไขและสัญญาณชีพคงที่ หรืออยู่ในเกณฑ์ปกติแล้ว

## 2.3 ความสัมพันธ์ของรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม ต่อการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย

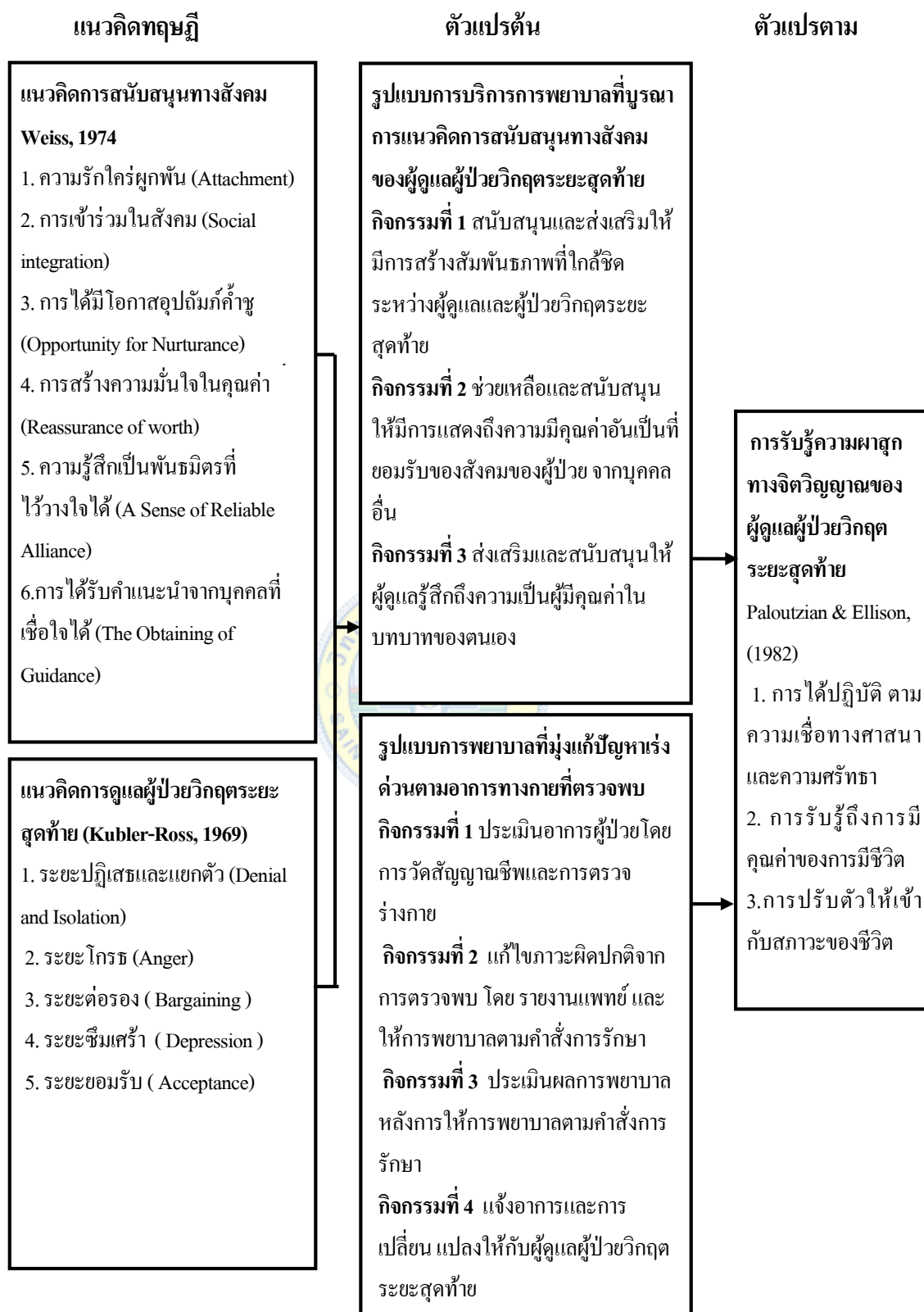
ผู้ป่วยวิกฤตเป็นบุคคลที่มีอาการเจ็บป่วยที่รุนแรงหรือมีภาวะล้มเหลวของอวัยวะที่สำคัญ เป็นภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นทันทีทันใด เกิดจากการเสื่อมหน้าที่ของอวัยวะหรือระบบหนึ่งที่สำคัญของร่างกาย ทั้งจากอุบัติเหตุหรือจากความเจ็บป่วยอื่นๆ ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนัก ในเวลาต่อมาครอบครัวได้รับรู้ว่าอาการเจ็บป่วยนี้ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ด้วยวิธีการทางแพทย์ที่มีอยู่ในขณะนี้และต้องเสียชีวิตในที่สุด แม้ไม่ใช่วันสองวันนี้ ปัญหาหลายๆ ด้านที่บุคคลในครอบครัวต้องเผชิญในเวลาเดียวกัน ไม่ว่าจะเป็นความเครียด การปรับตัวกับสถานการณ์ต่างๆ ความเศร้าโศก มีผลกระทบต่อบุคคลในครอบครัวด้วยเสมอ (จิตติมา วาณิชเวช, 2540) เพราะครอบครัวเป็นสถาบันหนึ่งซึ่งมีความรักใคร่ผูกพันกันอย่างใกล้ชิดและเป็นองค์รวมเดียว โดยเฉพาะในด้านจิตใจรวมไปถึงด้านจิตวิญญาณ การวิจัยนี้เป็นการสร้างความร่วมมือระหว่างพยาบาลและญาติผู้ป่วยเพื่อก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยและญาติ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยใช้แนวคิดของ Weiss

(1974) ในด้านความผูกพัน การเข้าร่วมในสังคม การได้มีโอกาสอุปถัมภ์คำขวัญ การสร้างความมั่นใจในคุณค่า ความรู้สึกเป็นพันธมิตรที่ไว้วางใจได้ การได้รับคำแนะนำจากบุคคลที่เชื่อถือได้ และการสนับสนุนเกิดจากสัมพันธ์ภาพเชิงสังคม ที่ปฏิบัติโดยพยาบาลด้วยการใช้ความรู้เป็นฐานในการคิดจัดการให้เกิดการสนับสนุนอย่างถูกเวลา เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีคุณภาพสูงสุด

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมต่อการรับรู้ทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ซึ่งนำแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม ของ Weiss (1974) มาบูรณาการกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายของ Kubler-Ross (1969) เพื่อให้เกิดการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วย โดยนำแนวคิดของ Paloutzian & Ellison (1982) มาเป็นแนวทางให้เกิดการรับรู้ถึงความรู้สึกเป็นสุขในสิ่งของตนเองเป็นอยู่ในปัจจุบัน ต่อการที่ได้ปฏิบัติในสิ่งที่ดีที่สุดเพื่อนำไปสู่เป้าหมายการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมด้านจิตวิญญาณสามารถรับรู้และเผชิญกับเหตุการณ์ได้อย่างเข้าใจต่อไป

## 2.4 กรอบแนวคิดการวิจัย





ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ศึกษา 2 กลุ่ม ทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (Two Group, Pretest- Posttest Design) เพื่อศึกษาการรับรู้ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมต่อการรับรู้ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย และกลุ่มที่ใช้รูปแบบการบริการพยาบาลแบบมุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ

#### 3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

##### 3.1.1 ประชากร

คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤต โดยผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ที่เข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนักในโรงพยาบาลทุติยภูมิ

##### 3.1.2 กลุ่มตัวอย่าง

(1) กลุ่มทดลอง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤต ที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ซึ่งผู้ดูแลมีอายุ 30-60 ปี ที่เข้ารับการรักษในห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี จำนวน 10 คน

(2) กลุ่มควบคุม คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤต ที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ซึ่งผู้ดูแลมีอายุ 30-60 ปี ที่เข้ารับการรักษในห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี และโรงพยาบาลพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี จำนวน 10 คน

##### 1) คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

###### 1.1) เกณฑ์คัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์คัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่างดังนี้

- (1) ได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย
- (2) มีผู้ดูแลดูแลอยู่ระหว่าง 30-60 ปี
- (3) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเข้ารับการรักษในห้องผู้ป่วยหนัก เป็นระยะเวลา 3 วันขึ้นไป
- (4) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ พูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้

(5) มีความเต็มใจและยินดีเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

1.2) เกณฑ์คัดเลือกรวมตัวอย่างออก (Exclusion criteria) ระหว่างที่กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อบ่งชี้ดังต่อไปนี้ 1 ข้อจะพิจารณาคัดออก

(1) มีภาวะแทรกซ้อน อาการทรุดลง หรืออาการดีขึ้นทำให้ต้องจำหน่ายออกจากห้องผู้ป่วยหนักก่อน 3 วัน

(2) กลุ่มตัวอย่างไม่เต็มใจและไม่ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ต่อไป

## 2) ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

2.1) กลุ่มควบคุม คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ซึ่งผู้ดูแลมีอายุ 30-60 ปี เป็นระยะเวลา 3 วันขึ้นไปในห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี และโรงพยาบาลพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี โดยใช้รูปแบบการบริการพยาบาลแบบมุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ จำนวน 10 คน ผู้วิจัยสอบถามความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง บันทึกคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดของกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกเป็นกลุ่มควบคุมแต่ละคนไว้เพื่อการจับคู่กับกลุ่มทดลอง

2.2) กลุ่มทดลอง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ซึ่งผู้ดูแลมีอายุ 30-60 ปี ที่เข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนัก เป็นระยะเวลา 3 วันขึ้นไปในห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดลพบุรี ได้ใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมต่อการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย จำนวน 10 คน ผู้วิจัยสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง บันทึกคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ไว้จนครบ 10 คน จับคู่ตามคุณสมบัติให้ใกล้เคียงกันกับกลุ่มควบคุมในแต่ละคู่

การจัดกลุ่มตัวอย่างให้เป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยวิธีการจับคู่ตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อให้มีความคล้ายคลึงกันมากที่สุด คือ เพศเดียวกันและอายุใกล้เคียงกัน รายละเอียดการจับคู่กลุ่มตัวอย่างของผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตวาระสุดท้าย ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันในกลุ่มควบคุมที่ใช้รูปแบบการพยาบาลมุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ และกลุ่มทดลองที่ใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวความคิดการสนับสนุนทางสังคมต่อการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย จำแนกตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ เพศ และอายุ จำนวน 10 คู่

| คู่ที่ | กลุ่มตัวอย่าง | เพศ  | อายุ |
|--------|---------------|------|------|
| 1      | กลุ่มควบคุม   | หญิง | 46   |
|        | กลุ่มทดลอง    | หญิง | 42   |
| 2      | กลุ่มควบคุม   | หญิง | 56   |
|        | กลุ่มทดลอง    | หญิง | 56   |
| 3      | กลุ่มควบคุม   | หญิง | 55   |
|        | กลุ่มทดลอง    | หญิง | 58   |
| 4      | กลุ่มควบคุม   | หญิง | 36   |
|        | กลุ่มทดลอง    | หญิง | 31   |
| 5      | กลุ่มควบคุม   | หญิง | 46   |
|        | กลุ่มทดลอง    | หญิง | 42   |
| 6      | กลุ่มควบคุม   | หญิง | 55   |
|        | กลุ่มทดลอง    | หญิง | 60   |
| 7      | กลุ่มควบคุม   | หญิง | 49   |
|        | กลุ่มทดลอง    | หญิง | 48   |
| 8      | กลุ่มควบคุม   | ชาย  | 33   |
|        | กลุ่มทดลอง    | ชาย  | 31   |
| 9      | กลุ่มควบคุม   | ชาย  | 55   |
|        | กลุ่มทดลอง    | ชาย  | 48   |
| 10     | กลุ่มควบคุม   | หญิง | 55   |
|        | กลุ่มทดลอง    | หญิง | 58   |

จากตารางที่ 1 แสดงการจัดคู่ ของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ เพศ และอายุ จำนวน 10 คู่ ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย 2 คู่ และเพศหญิง 8 คู่ กลุ่มตัวอย่างคู่ที่อายุเท่ากันมีจำนวน 1 คู่ และ คู่ที่มีอายุห่างกัน 1 ปีมีจำนวน 1 คู่ คู่ที่มีอายุห่างกันจำนวน 2 ปี มีจำนวน 1 คู่ คู่ที่มีอายุห่างกัน 3 ปี มีจำนวน 2 คู่ คู่ที่

มีอายุห่างกัน 4 ปีมีจำนวน 2 คู่ คู่ที่มีอายุห่างกัน 5 ปีมีจำนวน 2 คู่ และคู่ที่มีอายุห่างกันมากกว่า 5 ปี มีจำนวน 1 คู่

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ อายุ ศาสนา อาชีพ ระดับการศึกษา สูงสุดและสถานะของผู้ดูแล

| ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง | กลุ่มควบคุม |            | กลุ่มทดลอง |            | รวม       |            |
|------------------------|-------------|------------|------------|------------|-----------|------------|
|                        | (n = 10)    |            | (n = 10)   |            | (n = 20)  |            |
|                        | จำนวน       | ร้อยละ     | จำนวน      | ร้อยละ     | จำนวน     | ร้อยละ     |
| <b>เพศ</b>             |             |            |            |            |           |            |
| ชาย                    | 2           | 20         | 2          | 20         | 4         | 20         |
| หญิง                   | 8           | 80         | 8          | 80         | 16        | 80         |
| <b>รวม</b>             | <b>10</b>   | <b>100</b> | <b>10</b>  | <b>100</b> | <b>20</b> | <b>100</b> |
| <b>อายุ</b>            |             |            |            |            |           |            |
| 31 – 40 ปี             | 2           | 20         | 2          | 20         | 4         | 20         |
| 41– 50 ปี              | 3           | 30         | 4          | 40         | 7         | 35         |
| 51 - 60 ปี             | 5           | 50         | 4          | 40         | 9         | 45         |
| <b>รวม</b>             | <b>10</b>   | <b>100</b> | <b>10</b>  | <b>100</b> | <b>20</b> | <b>100</b> |
| <b>อาชีพ</b>           |             |            |            |            |           |            |
| รับจ้าง                | 4           | 40         | 1          | 10         | 5         | 25         |
| ค้าขาย                 | 1           | 10         | 2          | 20         | 3         | 15         |
| รับราชการ              | 4           | 40         | 3          | 30         | 7         | 35         |
| เกษตรกร                | 1           | 10         | 2          | 20         | 3         | 15         |
| แม่บ้าน/พ่อบ้าน        | 0           | 0          | 2          | 20         | 2         | 10         |
| <b>รวม</b>             | <b>10</b>   | <b>100</b> | <b>10</b>  | <b>100</b> | <b>20</b> | <b>100</b> |
| <b>ศาสนา</b>           |             |            |            |            |           |            |
| พุทธ                   | 10          | 100        | 10         | 10         | 20        | 100        |
| <b>รวม</b>             | <b>10</b>   | <b>100</b> | <b>10</b>  | <b>100</b> | <b>20</b> | <b>100</b> |
| <b>ระดับการศึกษา</b>   |             |            |            |            |           |            |
| ประถมศึกษา             | 6           | 60         | 3          | 30         | 9         | 45         |
| มัธยมศึกษา/ปวช         | 0           | 0          | 1          | 10         | 1         | 5          |

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ อายุ ศาสนา อาชีพ ระดับการศึกษา สูงสุดและสถานะของผู้ดูแล (ต่อ)

| ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง     | กลุ่มควบคุม |            | กลุ่มทดลอง |            | รวม       |            |
|----------------------------|-------------|------------|------------|------------|-----------|------------|
|                            | (n = 10)    |            | (n = 10)   |            | (n = 20)  |            |
|                            | จำนวน       | ร้อยละ     | จำนวน      | ร้อยละ     | จำนวน     | ร้อยละ     |
| <b>ระดับการศึกษา (ต่อ)</b> |             |            |            |            |           |            |
| อนุปริญญา/ปวส.             | 0           | 0          | 2          | 20         | 2         | 10         |
| ปริญญาตรี                  | 3           | 30         | 4          | 40         | 7         | 35         |
| สูงกว่าปริญญาตรี           | 1           | 10         | 0          | 0          | 1         | 5          |
| <b>รวม</b>                 | <b>10</b>   | <b>100</b> | <b>10</b>  | <b>100</b> | <b>20</b> | <b>100</b> |
| <b>สถานะผู้ดูแล</b>        |             |            |            |            |           |            |
| ภรรยา                      | 4           | 40         | 1          | 10         | 5         | 25         |
| สามี                       | 1           | 10         | 2          | 20         | 3         | 15         |
| บุตร                       | 4           | 40         | 3          | 30         | 7         | 35         |
| พี่/น้อง                   | 1           | 10         | 2          | 20         | 3         | 15         |
| อื่นๆ                      | 0           | 0          | 2          | 20         | 2         | 10         |
| <b>รวม</b>                 | <b>10</b>   | <b>100</b> | <b>10</b>  | <b>100</b> | <b>20</b> | <b>100</b> |

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 80, อายุอยู่ระหว่าง 51-60 ปีร้อยละ 45, ส่วนใหญ่มีอาชีพรับราชการ ร้อยละ 35 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 100 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาร้อยละ 45 และสถานะของผู้ดูแลป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายร้อยละ 35 เป็นบุตร

### 3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ประเภท ประกอบด้วย

- 1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการ แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม (Weiss, 1974) แนวคิดทฤษฎีการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย (Kubler-Ross, 1969) และแนวคิดการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต (American Association of Critical Care Nurse, 2002)

2) เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบวัดการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย เกี่ยวกับ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ

**3.2.1 เครื่องมือในการดำเนินการทดลอง** คือ รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมต่อการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย มีขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ ดังนี้

#### 1) ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

1.1) ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีจากตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย โดยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม (Weiss, 1974) แนวคิดการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย (Kubler-Ross, 1969) และแนวคิดการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต (AACN, 2002) แล้วบูรณาการแนวคิดทั้งหมดเข้าด้วยกันนำมาสร้างรูปแบบตาราง (ตารางที่ 3)



ตารางที่ 3 กิจกรรม/รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมต่อการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย

| แนวทางการดูแลบุคคลในครอบครัว<br>ด้วยการสนับสนุนทางสังคม<br>(Weiss, 1974)                                                                                                                                                                                                | แนวทางการดูแลผู้ป่วยวิกฤต<br>ระยะสุดท้าย<br>(Kubler-Ross, 1969)                                                                                                                                                                                                                                            | แนวทางการดูแลผู้ป่วยวิกฤต<br>ตามมาตรฐานการพยาบาล<br>ผู้ป่วยวิกฤต<br>(AACN, 2002)                                                                                                                                                                                                                                                                                        | การบูรณาการแนวทางการดูแลบุคคล<br>ในครอบครัวด้วยการสนับสนุนทาง<br>สังคมและทฤษฎีการดูแลผู้ป่วย<br>วิกฤตระยะสุดท้าย                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | กิจกรรม                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Attachment การได้รับความผูกพันใกล้ชิดสนิทสนมเป็นสัมพันธภาพจากความใกล้ชิดที่ทำให้รู้สึกว่าเป็นที่รัก รู้สึกอบอุ่น ปลอดภัยและได้รับการเอาใจใส่ ส่วนใหญ่จะได้รับการบุคคลใกล้ชิด เช่น คู่สมรส สมาชิกในครอบครัวถ้าบุคคลขาดการสนับสนุนชนิดนี้จะรู้สึกเดียวดาย (Loneliness) | - ปฏิกริยาของมนุษย์ที่มีต่อความตายและภาวะใกล้ตายซึ่งอยู่ในภาวะวิกฤตโดยปกติระยะที่ครอบครัวทราบข่าวการเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายมักแสดงออกใน 5 ระยะ ซึ่งทั้ง 5 ระยะนี้อาจไม่เป็นไปตามลำดับหรือเกิดขึ้นพร้อมๆ กันก็ได้หรือบางครั้งอาจพบว่าบางรายอาจเกิดระยะ 3-5 วนไปวนมา สลับไปสลับมาก็ได้ 5 ระยะดังกล่าว มีดังนี้ | ส่วนที่ 1 มาตรฐานการปฏิบัติ<br>การพยาบาล<br>1. การประเมินโดยรวม<br>ข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้ป่วย<br>2.การวินิจฉัยการพยาบาล<br>3.ผลลัพธ์ที่คาดหวังที่ได้จาก<br>ข้อวินิจฉัยที่เป็นจริง มีความ<br>เป็นไปได้ เป็นระบบเหมาะสม<br>ระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและ<br>ทีมสุขภาพ<br>4. การวางแผนการพยาบาล<br>สนองความต้องการของราย<br>บุคคล มีการวางแผนร่วมกัน<br>ในทีมสะท้อนให้เห็นถึง | 1. การประเมินความต้องการด้าน<br>จิตวิญญาณโดยการสร้างสัมพันธภาพ<br>ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว<br>ด้วยการให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับ<br>ผู้ป่วยและครอบครัว เปิดโอกาสให้<br>ผู้ป่วยและครอบครัวได้ระบาย<br>ความรู้สึก ความเชื่อ ร่วมค้นหาและ<br>กำหนดเป้าหมายในชีวิต<br>2. การอำนวยความสะดวกแก่<br>ครอบครัวในการทำพิธีกรรมทาง<br>ศาสนา และความเชื่อ เช่น การสวด<br>มนต์ การทำสมาธิ การอ่านหนังสือ<br>ธรรมะ เป็นต้น<br>3. การสื่อสารพูดคุยกับผู้ป่วยและ | <b>กิจกรรมที่ 1</b><br>สนับสนุน และส่งเสริม<br>ให้มีการสร้างสัมพันธ-<br>ภาพใกล้ชิด ระหว่าง<br>พยาบาล ผู้ดูแลผู้ป่วย<br>และผู้ป่วยวิกฤตระยะ<br>สุดท้าย<br><b>กิจกรรมที่ 2</b><br>ส่งเสริมและสนับสนุน<br>ให้มีการแสดงถึงความมี<br>คุณค่าในตนเองของ<br>ผู้ป่วย อันเป็นที่ยอมรับ<br>จากบุคคลที่ใกล้ชิด อัน<br>เป็นที่ยอมรับจากบุคคล |

ตารางที่ 3 กิจกรรม/รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมต่อการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย (ต่อ)

| แนวทางการดูแลบุคคลในครอบครัว<br>ด้วยการสนับสนุนทางสังคม<br>(Weiss, 1974)                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | แนวทางการดูแลผู้ป่วยวิกฤต<br>ระยะสุดท้าย<br>(Kubler-Ross, 1969)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | แนวทางการดูแลผู้ป่วยวิกฤต<br>ตามมาตรฐานการพยาบาล<br>ผู้ป่วยวิกฤต<br>(AACN, 2002)                                                                                                                                                                                                                                                                         | การบูรณาการแนวทางการดูแลบุคคล<br>ในครอบครัวด้วยการสนับสนุนทาง<br>สังคมและทฤษฎีการดูแลผู้ป่วย<br>วิกฤตระยะสุดท้าย                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | กิจกรรม                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>มีโอกาสนอกเหนือจากผู้อื่น ความสัมพันธ์ที่เกิดจากการมีส่วนร่วมทำให้เกิดการแบ่งปัน ไม่ว่าจะเป็นความรู้สึกในด้านดีหรือความวิตกกังวล</p> <p>3. Opportunity for nurturance การที่บุคคลได้รับพิชชอบเลี้ยงดูหรือช่วยเหลือผู้อื่นแล้วทำให้ตนเองเกิดความรู้สึกว่าเป็นที่ต้องการหรือเป็นที่พึ่งพาของบุคคลอื่นเป็นความสัมพันธ์ที่ผู้ใหญ่ต้องรับผิดชอบต่อการเป็นอยู่ที่ดีของเด็ก</p> | <p>สถานการณ์ที่เกิดขึ้นโดยเป็นภูมิคุ้มกันเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับข่าวร้ายที่ไม่คาดคิดมาก่อนทำให้รู้สึกตกใจอย่างมาก (shock) ส่วนมากการปฏิเสธมักเกิดขึ้นภายหลังจากที่ครอบครัวได้รับทราบเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และปฏิเสธกับตนเองว่าไม่ใช่ตนเอง ไม่ใช่บุคคลในครอบครัวของตนเอง</p> <p><b>2. Anger ระยะโกรธ</b></p> <p>- เมื่อปฏิบัติอย่างไม่ยอมรับหรือปฏิเสธได้ผ่านพ้นไป ญาติผู้ป่วยจะเข้าสู่ระยะที่ 2 จะรู้สึกโกรธที่ทำไมบุคคล</p> | <p>การปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ มีความต่อเนื่องยอมรับได้และเป็นสิ่งสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง</p> <p>5. การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลตามแผนที่กำหนดไว้ โดยเกิดภาวะแทรกซ้อนและคุกคามต่อชีวิตน้อยที่สุด ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแล</p> <p>6. การประเมินเป็นระบบต่อเนื่อง ผู้ป่วย ครอบครัวและ</p> | <p>ครอบครัวทั้งแบบการใช้คำพูดและไม่ใช้คำพูดระหว่างการพูดคุยใช้การสัมผัสหรือสัมผัสบำบัด ถ่ายทอดความรู้สึกทางใจ ความเอื้ออาทรความเข้าใจ ให้กำลังใจ ซึ่งเป็นเครื่องหมายของการแสดงความเข้าใจ การดูแลเอาใจใส่ ก่อให้เกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเองให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีโอกาสในการตัดสินใจ ลดการเกิดภาวะสูญเสียอำนาจ เปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วม ช่วยเหลือและสนับสนุน</p> | <p>อันเป็นที่ยอมรับจากบุคคลที่ใกล้ชิดสนิทสนมหรือเคยเผชิญเหตุการณ์น่าจดจำมาด้วยกัน</p> <p><b>กิจกรรมที่ 3</b></p> <p>ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้ป่วยรู้สึกถึงความเป็นผู้มีคุณค่าในบทบาทของตนเองที่ได้ดูแลและปฏิบัติต่อผู้ป่วย</p> |

ตารางที่ 3 กิจกรรม/รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมต่อการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย (ต่อ)

| แนวทางการดูแลบุคคลในครอบครัว<br>ด้วยการสนับสนุนทางสังคม<br>(Weiss, 1974)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | แนวทางการดูแลผู้ป่วยวิกฤต<br>ระยะสุดท้าย<br>(Kubler-Ross, 1969)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | แนวทางการดูแลผู้ป่วยวิกฤต<br>ตามมาตรฐานการพยาบาล<br>ผู้ป่วยวิกฤต<br>(AACN, 2002)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | การบูรณาการแนวทางการดูแลบุคคล<br>ในครอบครัวด้วยการสนับสนุนทาง<br>สังคมและทฤษฎีการดูแลผู้ป่วย<br>วิกฤตระยะสุดท้าย                     | กิจกรรม |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| <p>4. Reassurance of worth<br/>การได้รับกำลังใจว่าเป็นผู้มีคุณค่า<br/>การที่บุคคลได้รับการเคารพ ยก<br/>ย่องและชื่นชม ที่สามารถแสดง<br/>บทบาททางสังคมอันเป็นที่<br/>ยอมรับของสมาชิกในครอบครัว<br/>และสังคมถ้าบุคคลขาดการ<br/>สนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคล<br/>ขาดความเชื่อมั่นหรือไร้ประโยชน์<br/>(Uselessness)</p> <p>5. A sense of reliable alliance<br/>ความรู้สึกรับการเป็นพันธมิตร<br/>ที่เชื่อถือได้เป็นหลัก โดยให้ญาติ<br/>เฉพาะภายในความสัมพันธ์นั้น</p> | <p>ในครอบครัวตนเองต้องเจ็บป่วยด้วย<br/>โรคที่ไม่สามารถรักษาให้ขาดได้</p> <p><b>3. Bargaining ระยะต่อรอง</b><br/>- การต่อรองเป็นการแสดงถึงการ<br/>เริ่มมีความหวัง ลังเล และต่อรองว่าถ้า<br/>รับการรักษาแบบนั้น แบบนี้ ก็อาจจะ<br/>ดีขึ้นหรืออาจจะหายจากการเจ็บป่วย<br/>เริ่มสรรหาวิธีการรักษาและคิดกลับไป<br/>กลับมา ระยะนี้ญาติอาจจะมีความ<br/>ฉุนเฉียว โกรธง่ายหงุดหงิด มีแต่คำ<br/>คำหยาบ ดิเสียน การโกรธ ที่เกิดขึ้นเป็น<br/>การโกรธที่กำลังจะสูญเสีย ดังนั้นถ้า<br/>พยาบาลมีความเข้าใจยอมรับฟังจะ<br/>ทำให้ปฏิกริยาลดน้อยลง</p> | <p>ทีมสุขภาพมีส่วนร่วมในการ<br/>ประเมินอย่างเหมาะสม<br/>ประสิทธิผลของการปฏิบัติ<br/>การพยาบาลประเมินได้จาก<br/>ผลลัพธ์และการตอบสนองของ<br/>ผู้ป่วยต่อการปฏิบัติการพยาบาล</p> <p><b>ส่วนที่ 2</b> มาตรฐานการปฏิบัติ<br/>วิชาชีพและกฎ ระเบียบเชิง<br/>วิชาชีพ</p> <p>1.คุณภาพการพยาบาลคุณภาพ<br/>และประสิทธิภาพของการ<br/>ปฏิบัติการพยาบาลด้วยผลของ<br/>การดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ<br/>เปลี่ยนแปลงระบบการปฏิบัติ</p> | <p>ให้มีการใช้เทคนิคผ่อนคลายอื่นๆ<br/>เช่น การนวด การสัมผัส หรือ<br/>กิจกรรมอื่นๆ ที่ผู้ป่วย ต้องการและ<br/>ไม่ขัดต่อแผนการรักษา</p> |         |

ตารางที่ 3 กิจกรรม/รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมต่อการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย (ต่อ)

| แนวทางการดูแลบุคคลในครอบครัว<br>ด้วยการสนับสนุนทางสังคม<br>(Weiss, 1974) | แนวทางการดูแลผู้ป่วยวิกฤต<br>ระยะสุดท้าย<br>(Kubler-Ross, 1969)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | แนวทางการดูแลผู้ป่วยวิกฤต<br>ตามมาตรฐานการพยาบาล<br>ผู้ป่วยวิกฤต<br>(AACN, 2002)                                                       | การบูรณาการแนวทางการดูแลบุคคล<br>ในครอบครัวด้วยการสนับสนุนทาง<br>สังคมและทฤษฎีการดูแลผู้ป่วย<br>วิกฤตระยะสุดท้าย | กิจกรรม |
|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| ญาติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งระหว่างที่<br>น้องหรือญาติที่สืบสายโลหิต           | <b>4. Depression</b> ระยะซึมเศร้า<br>- เกิดความเครียดวิตกกังวล ซึมเศร้า<br>กินไม่ได้ นอนไม่หลับ กังวลเรื่อง<br>ความเจ็บป่วย และการรักษาของ<br>บุคคลในครอบครัวตนเอง<br><br><b>5. Acceptance</b> ระยะยอมรับ<br>- ญาติผู้ป่วยเกิดการยอมรับการ<br>เจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว<br>ตนเอง บางครั้งคิดว่าเป็นเคราะห์<br>กรรม และทำใจที่จะยอมรับว่าบุคคล<br>ในครอบครัวตนเองป่วยเป็นโรคที่<br>รักษาไม่หายจริง | การพยาบาลได้อย่างเหมาะสม<br>ทำให้เกิดความร่วมมือกัน<br>ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว<br><br>2. การประเมินและพัฒนา<br>ตนเอง ประเมินตนเองตาม |                                                                                                                  |         |

2) มีอาจารย์ที่ปรึกษา ให้คำแนะนำ

3) สร้างตารางที่แสดงขั้นตอน กิจกรรม/พฤติกรรม การปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคม (Weiss, 1974) และทฤษฎีการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย (Kubler-Ross, 1969) และแนวทางการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต (AACN, 2002) (ตารางที่ 4)

**ตารางที่ 4** กิจกรรม/พฤติกรรม การปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคม ต่อการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย

| กิจกรรม       | กิจกรรม/พฤติกรรม การปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยแนวทางการสนับสนุนทางสังคม                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ผลลัพธ์ที่ต้องการ | เอกสารที่ใช้ประกอบการปฏิบัติตามรูปแบบ                 |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------------------------------------------|
| การมอบหมายงาน | <p>1. ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จำนวน 10 คน</p> <p>2. หัวหน้าแผนกผู้ป่วยในมอบหมายผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่เป็นกลุ่มตัวอย่างให้พยาบาลวิชาชีพจำนวน 5 คนที่เข้ารับการอบรมเพื่อร่วมวิจัยเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย</p> <p>3. พยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยในให้การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง</p> <p>โดยมีกิจกรรมดังนี้</p> <p>วันแรก พยาบาลพบผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายครั้งแรกปฏิบัติดังนี้</p> |                   | - ใบมอบหมายงานผู้ป่วยเฉพาะราย (Case Assignment Sheet) |

ตารางที่ 4 กิจกรรม/พฤติกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม ต่อการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย (ต่อ)

| กิจกรรม                                                                                                                                                                      | กิจกรรม/พฤติกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ผลลัพธ์ที่ต้องการ                                                                                                                                                                                                                                                              | เอกสารที่ใช้ประกอบการปฏิบัติตามรูปแบบ                                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>กิจกรรมที่ 1</b><br>สนับสนุนและส่งเสริมให้มีการสร้างสัมพันธภาพใกล้ชิด ระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย หมายถึง มีการสร้างปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ดูแลและ | 1. พยาบาลพูดคุยและแจ้งให้ผู้ดูแลผู้ป่วยรับทราบข้อมูลความเจ็บป่วย อาการ การดำเนินของโรค รวมถึงความต้องการของผู้ป่วยในสภาวะปัจจุบัน และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ซักถาม<br>2. พยาบาลพูดคุยกับผู้ดูแลและแจ้งแก่ผู้ดูแลว่าสามารถเข้ามาช่วยปฏิบัติกิจกรรมให้กับผู้ป่วยได้ โดยมีพยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือและแนะนำ เช่น การนวด การเช็ดตัว การพลิกตะแคงตัว การช่วยดูแลสายเครื่องช่วยหายใจไม่ให้ดึงรั้งเพื่อสร้างความมั่นใจและความคิดเชิงบวกให้แก่ผู้ดูแล<br>3. พยาบาลแสดงออกถึงความเข้าใจปฏิกิริยาในผู้ดูแลที่แสดงออกมาในขณะนั้น | 1. ผู้ดูแลเข้าใจในแนวทางการรักษาของแพทย์<br>2. ผู้ดูแล เข้าใจได้ว่าโรคของผู้ป่วยนั้นไม่สามารถรักษาให้หายได้และผู้ป่วยจะเสียชีวิตในที่สุด<br>3. ผู้ดูแลมีความคิดกับกับความเจ็บป่วยรุนแรงของผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นไปในทางบวก<br>4. ผู้ดูแลได้พูดคุยและระบายความรู้สึกอย่างอิสระ | 1. คู่มือรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมต่อการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย<br>2. ใบบันทึกทางการแพทย์ |
| <b>กิจกรรมที่ 2</b><br>ช่วยเหลือและสนับสนุนให้มีการแสดงถึงความมีคุณค่า                                                                                                       | 1. เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้นำพาบุคคลที่มีความหมายในความรู้สึกของผู้ป่วย                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 1. ผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตได้นำพาบุคคลที่มีความหมายในความรู้สึกสำหรับผู้ป่วย                                                                                                                                                                                                       | 1. คู่มือรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม                                                                                       |

4) จัดทำคู่มือรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมต่อการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย

5) นำเสนอคู่มือต่ออาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง/ความครอบคลุมของแนวคิด ทฤษฎีและปรับปรุงคู่มือตามข้อเสนอแนะ

### 3.2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การสร้างเครื่องมือ ประกอบด้วย แบบสอบถามการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย 2 ส่วน คือ

**ส่วนที่ 1** การสร้างแบบวัดการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย

**ส่วนที่ 2** แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย เกี่ยวกับเพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ

(2.1) ศึกษาจากตำรา วารสาร บทความวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากทฤษฎีการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดความผาสุกทางจิตวิญญาณของ Paloutzian & Ellison (1982)

(2.2) สร้างและใช้แนวคิดความผาสุกทางจิตวิญญาณของ Paloutzian & Ellison (1982) ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ

ด้านที่ 1 การได้ปฏิบัติ ตามความเชื่อทางศาสนาและความศรัทธา

ด้านที่ 2 การรับรู้ถึงการมีคุณค่าของการมีชีวิต

ด้านที่ 3 การปรับตัวให้เข้ากับสถานะของชีวิต

ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ลักษณะแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเป็นแบบปลายปิด มีเกณฑ์การเลือกตอบและให้คะแนน ดังนี้

- 5 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงที่ผู้ตอบคำถามปฏิบัติมากที่สุด
- 4 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงที่ผู้ตอบคำถามปฏิบัติมาก
- 3 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงที่ผู้ตอบคำถามปฏิบัติปานกลาง
- 2 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงที่ผู้ตอบคำถามปฏิบัติน้อย
- 1 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงที่ผู้ตอบคำถามปฏิบัติน้อยที่สุด

การแปลผลคะแนนการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤต ออกเป็น 5 ระดับ และแปลผลคะแนนโดยใช้ค่าสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุดและหารด้วยจำนวนระดับที่ต้องการแบ่งเพื่อหาช่วงคะแนนแล้วนำมากำหนดเกณฑ์การให้คะแนนและการแปลคะแนนต่อไป

ในการกำหนดช่วงชั้นคะแนนใช้สูตรต่อไปนี้ (ยูวดี ภาษา และคณะ, 2540, น.145) ดังนี้

$$\begin{aligned}
 \text{สูตรช่วงชั้นคะแนน} &= \frac{\text{ค่าคะแนนสูงสุด} - \text{ค่าคะแนนต่ำสุด}}{\text{ระดับการแบ่ง}} \\
 &= \frac{5 - 1}{5} = 0.80
 \end{aligned}$$

จะได้เกณฑ์ดังนี้

|             |         |                                                                                     |
|-------------|---------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 4.21 – 5.00 | หมายถึง | การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตวาระสุดท้ายอยู่ในระดับมากที่สุด  |
| 3.41 – 4.20 | หมายถึง | การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตวาระสุดท้ายอยู่ในระดับมาก        |
| 2.61 – 3.40 | หมายถึง | การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตวาระสุดท้ายอยู่ในระดับปานกลาง    |
| 1.81 – 2.60 | หมายถึง | การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตวาระสุดท้ายอยู่ในระดับน้อย       |
| 1.00 - 1.80 | หมายถึง | การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตวาระสุดท้ายอยู่ในระดับน้อยที่สุด |

### 3.3 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

#### 3.3.1 การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นทั้งหมดเสนออาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ทฤษฎี ความเหมาะสมของข้อรายการและการใช้ภาษา ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ และคุณสมบัติตรงตามเนื้อหาในสาขาทางการศึกษา ทางการบริหาร การพยาบาล และการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาโดยถือเกณฑ์การยอมรับจากผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ใน 3 ท่าน ผลการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือได้ผลดังนี้

1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือคู่มือรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิด การสนับสนุนทางสังคมต่อการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 3 ท่านเห็นด้วยกับคู่มือในการปฏิบัติงานไม่ได้แก้ไขเพิ่มเติม

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบสอบถามการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 3 ท่านเห็นด้วยกับแบบสอบถาม โดยแนะนำให้ปรับปรุงแก้ไขในการใช้ภาษาเพื่อความชัดเจน ไม่ได้เปลี่ยนหรือปรับลดข้อคำถามใดๆ

### 3.3.2 การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่ปรับปรุง แก้ไข ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวนรวม 30 ราย ดังนี้ ที่โรงพยาบาลสิงห์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี จำนวน 10 ราย, โรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี จำนวน 10 ราย และโรงพยาบาลชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี จำนวน 10 ราย แล้วนำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่ารวมทั้งฉบับ เท่ากับ 0.96

รายด้าน ด้านการได้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาและความศรัทธา = 0.87

ด้านการรับรู้ถึงการมีคุณค่าของการมีชีวิต = 0.92

ด้านการปรับตัวให้เข้ากับสถานะของชีวิต = 0.88

ผู้วิจัยได้แนบรายละเอียดในเรื่องการแนะนำตัว ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยในแบบสอบถาม ดังนี้

(1) เป็นความสมัครใจ ไม่มีการบังคับ

(2) สามารถขอลถอนตัวออกจากกรวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ

(3) ข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากการศึกษาจะเก็บไว้เป็นความลับและไม่มีผลต่อผู้ตอบแบบ สอบถาม ซึ่งผู้วิจัยจะนำเสนอผลเป็นภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

## 3.4 จริยธรรมในการวิจัย

1) การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาโครงร่างวิทยานิพนธ์ / สารนิพนธ์แบบยกเว้น (Exception Category) ตามรายละเอียดที่ปรากฏในคู่มือการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ 2553 (ข้อ 1 หน้า 1-2 และข้อ 2 หน้า 5) (ภาคผนวก ข)

2) นำหนังสือรับรองการอนุมัติโครงร่างสารนิพนธ์ จากคณะกรรมการพิจารณาโครงร่างวิทยานิพนธ์ระดับมหาวิทยาลัยของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้อง เพื่อขออนุมัติดำเนินการวิจัย

3) จัดเตรียมเอกสารประกอบการขออนุมัติ ได้แก่ โครงร่างการวิจัย เอกสารชี้แจงและหนังสือแสดงความยินดีเข้าร่วมการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

4) อธิบายข้อมูล เพื่อให้ผู้ป่วยแสดงความยินยอมในแบบพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างทุกคนที่เข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งได้มีการลงนามยินยอมไว้เป็นหลักฐาน

5) อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัยให้พยาบาลวิชาชีพทุกคนที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ทราบเพื่อแสดงความยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย โดยให้ลงลายชื่อในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย

### 3.5 วิธีการดำเนินการทดลอง

การดำเนินการทดลองแบ่งเป็น 2 ระยะดังนี้

#### 3.5.1 ขั้นเตรียมการทดลอง เป็นการเตรียมพยาบาลวิชาชีพ โดย

- 1) ชี้แจง วัตถุประสงค์ การวิจัย / ขอความร่วมมือ / แสดงความยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย
- 2) จัดอบรมเรื่องรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการการพยาบาลแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมต่อการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย โดยเชิญผู้ทรงคุณวุฒิมาเป็นวิทยากรบรรยาย ผู้เข้าอบรมประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี และสมัครใจเข้าร่วมโครงการในครั้งนี้จำนวน 5 คน เพื่อให้มีความเข้าใจต่อแนวทางการบริการการพยาบาลที่บูรณาการการพยาบาลแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมต่อการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย และสามารถนำรูปแบบการพยาบาลบริการการพยาบาลที่บูรณาการการพยาบาลแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมต่อการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

#### 3.5.2 ขั้นดำเนินการทดลอง

##### 1) กลุ่มทดลอง

1.1) พยาบาลวิชาชีพจำนวน 5 คน ที่ได้รับการอบรมศึกษาทำความเข้าใจรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมต่อการรับรู้ความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ด้วยการศึกษาคู่มือที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น

1.2) หัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้าทีมมอบหมายพยาบาลวิชาชีพให้ปฏิบัติงานตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมต่อการรับรู้ความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมอบหมายให้พยาบาลวิชาชีพ 1 คน ดูแลผู้ป่วย 1 คน และผู้วิจัยจะไม่เข้าไปเกี่ยวข้องกับการให้ความรู้เพิ่มเติมในระหว่างทดลอง

1.3) หัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้าเวรจัดระบบการพยาบาลในรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมต่อการรับรู้ความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วย

วิกฤตระยะสุดท้าย ควบคุม กำกับการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพทั้ง 5 คน ได้แก่ การประชุมปรึกษาก่อนและหลังการปฏิบัติงาน การประชุมปรึกษาทางการพยาบาลและการเฝ้าตรวจทางการพยาบาล

1.4) พยาบาลวิชาชีพทั้ง 5 คน ปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นกลุ่มทดลอง โดยการมอบหมายงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้าเวรแต่ละคนให้รับผิดชอบปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย วางแผนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายร่วมกับผู้ดูแลโดยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมต่อการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต

1.5) ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่กำหนดขึ้นในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ สามารถระบายความรู้สึกและความต้องการในขณะที่ผู้ป่วยนอนพักรักษาอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตร่วมกับพยาบาลวิชาชีพค้นหาความต้องการด้านจิตวิญญาณและตอบสนองความผาสุกทางจิตวิญญาณให้ผู้ป่วยได้ทันทีตั้งแต่รับไว้ในความดูแล จากการประชุมปรึกษาก่อนและหลังการปฏิบัติงาน การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล และการเฝ้าตรวจทางการพยาบาล รวมระยะเวลาดำเนินการทดลองตั้งแต่ขึ้นเตรียมการทดลองจนถึงขึ้นเสร็จสิ้นการทดลองเป็นเวลา 4 สัปดาห์



### 3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลที่ได้จากกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยตนเอง

- 1) ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณแก่ผู้ดูแลซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่าง หลังลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัยแล้ว
- 2) ผู้วิจัยอธิบายถึงคำชี้แจงเกณฑ์การให้คะแนนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ
- 3) ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบข้อคำถามในแบบสอบถาม
- 4) เมื่ออ่านข้อคำถามหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยเปิดโอกาสให้ผู้ซักถาม หลังกลุ่มตัวอย่างเข้าใจในข้อคำถามแล้วให้เวลาประมาณ 20-30 นาทีเพื่อคิดคำตอบ
- 5) ผู้วิจัยปฏิบัติตามขั้นตอน 3.1-3.4 กับกลุ่มตัวอย่างทุกคนโดยแบ่งเป็น

#### กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทั้งหมด ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาทีต่อราย ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล รวบรวมข้อมูลได้จากแบบสอบถามของผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายโดยตรง ข้อมูลการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายตอบแบบสอบถามจำนวน 2 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 ในวันแรกคือวันที่ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามให้ผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายตอบ และให้บริการการพยาบาล

โดยใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบตามปกติในวันแรก  
นี้ และวันที่ 2 หลังจากนั้นในวันที่ 3 ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามให้ผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายตอบ  
หลังใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ

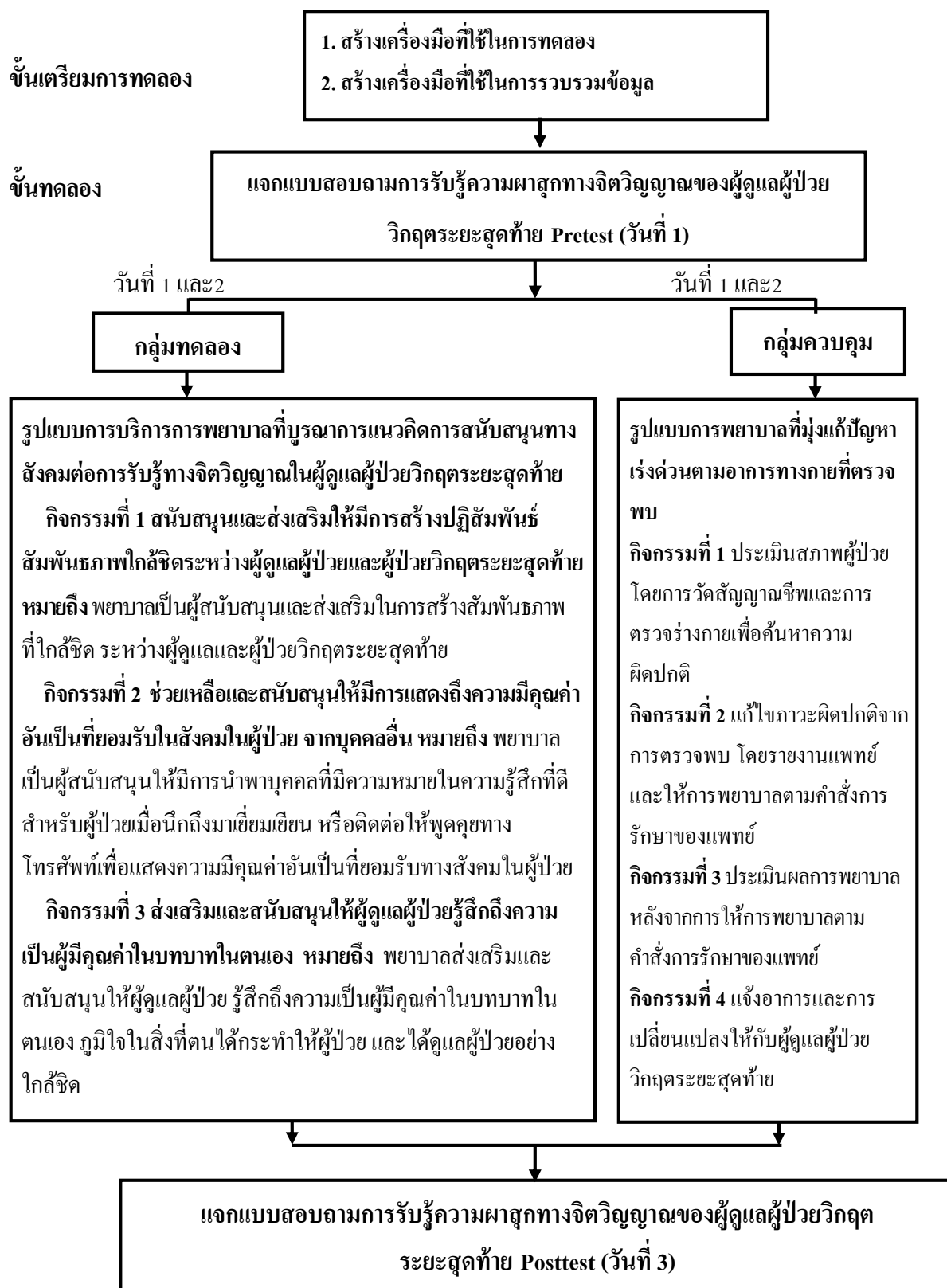
### กลุ่มทดลอง

ข้อมูลส่วนบุคคลรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามของผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย  
โดยตรงข้อมูลการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายตอบ  
แบบสอบถามจำนวน 2 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 โดยครั้งที่ 1 ในวันแรก คือ วันที่ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการวินิจฉัย  
ว่าเป็นผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามให้ผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายตอบ และให้  
การบริการการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคม  
ต่อการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ในวันแรกนี้ และวันที่ 2  
หลังจากนั้นในวันที่ 3 ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามให้ผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายตอบหลังใช้รูปแบบ  
การบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมต่อการรับรู้ความผาสุกทางจิต  
วิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย

### 3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์  
สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

- 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์หาค่าแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ
- 2) วิเคราะห์ข้อมูลคะแนนการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะ  
สุดท้าย ก่อนและหลังใช้ รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคม  
ในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายวิเคราะห์ด้วย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 3) เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤต  
ระยะสุดท้ายหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมต่อ  
การรับรู้ทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย และหลังการใช้รูปแบบบริการการพยาบาล  
แบบมุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย โดยใช้สถิติ  
Non-parametric statistic ด้วยวิธี Mann-Whitney U Test
- 4) เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤต  
ระยะสุดท้ายก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทาง  
สังคมต่อการรับรู้ทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย  
โดยใช้สถิติ Non-parametric statistic ด้วยวิธี Wilcoxon -Signed Ranks Test.



ภาพที่ 2 แสดงขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ศึกษา 2 กลุ่ม ทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (Two-Group, Pretest-Posttest Design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับและเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมต่อการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย และรูปแบบการบริการพยาบาลแบบมุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอในรูปตารางประกอบการบรรยายตามลำดับ ดังนี้

**ส่วนที่ 1** ระดับการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายและรูปแบบบริการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ วิเคราะห์โดยคำนวณค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ตารางที่ 5-9)

**ส่วนที่ 2** เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ในกลุ่มทดลองก่อนการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายและในกลุ่มควบคุมก่อนใช้รูปแบบบริการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบสุขภาพ โดยใช้สถิติวิเคราะห์ Mann-Whitney U Test (ตารางที่ 10-12)

**ส่วนที่ 3** เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ในกลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ และกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test (ตารางที่ 13-16)

**ส่วนที่ 4** เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย กลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed-Ranks Test (ตารางที่ 17-20)

ส่วนที่ 1 ระดับการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายและรูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ วิเคราะห์โดยคำนวณค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ตารางที่ 5-9)

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายกลุ่มควบคุม ก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ และกลุ่มทดลองก่อนการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายโดยรวม และรายด้าน

| การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณใน<br>ผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย | กลุ่มควบคุม (n=10) |       |       | กลุ่มทดลอง (n=10) |       |       |
|--------------------------------------------------------------------|--------------------|-------|-------|-------------------|-------|-------|
|                                                                    | $\bar{X}$          | S.D.  | ระดับ | $\bar{X}$         | S.D.  | ระดับ |
| ด้านการได้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาและความศรัทธา                 | 3.89               | 0.32  | มาก   | 3.82              | 0.26  | มาก   |
| ด้านการรับรู้ถึงการมีคุณค่าของการมีชีวิต                           | 3.76               | 0.44  | มาก   | 3.47              | 0.40  | มาก   |
| ด้านการปรับตัวให้เข้ากับสภาวะของชีวิต                              | 3.82               | 0.41  | มาก   | 3.43              | 0.31  | มาก   |
| รวม                                                                | 3.82               | 0.072 | มาก   | 3.57              | 0.227 | มาก   |

จากตารางที่ 5 พบว่าทั้งกลุ่มควบคุมก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ มีระดับการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายและกลุ่มทดลองก่อนการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย มีระดับการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก ทั้ง 2 กลุ่ม

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย กลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ และกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย โดยรวมและรายด้าน

| การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ                     | กลุ่มควบคุม (n = 10) |       |       | กลุ่มทดลอง (n = 10) |       |           |
|----------------------------------------------------|----------------------|-------|-------|---------------------|-------|-----------|
|                                                    | $\bar{X}$            | S.D.  | ระดับ | $\bar{X}$           | S.D.  | ระดับ     |
| ด้านการได้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาและความศรัทธา | 3.99                 | 0.288 | มาก   | 4.91                | 0.154 | มากที่สุด |
| ด้านการรับรู้ถึงคุณค่าของการมีชีวิต                | 4.01                 | 0.202 | มาก   | 4.88                | 0.091 | มากที่สุด |
| ด้านการปรับตัวให้เข้ากับสถานะของชีวิต              | 4.04                 | 0.350 | มาก   | 4.82                | 0.168 | มากที่สุด |
| รวม                                                | 4.01                 | 0.216 | มาก   | 4.87                | 0.076 | มากที่สุด |

จากตารางที่ 6 กลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ มีการรับรู้ความทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก สำหรับกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย พบว่ามีการรับรู้ความทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายอยู่ในระดับมากที่สุด ทั้งโดยรวมและรายด้าน

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย กลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ และกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวความคิดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ด้านการได้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาและความศรัทธา จำแนกรายข้อ

| การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ<br>ด้านการได้ปฏิบัติตามความเชื่อ<br>ทางศาสนาและความศรัทธา             | กลุ่มควบคุม (n = 10 ) |       |       | กลุ่มทดลอง (n = 10 ) |       |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------|-------|----------------------|-------|-----------|
|                                                                                                      | $\bar{X}$             | S.D.  | ระดับ | $\bar{X}$            | S.D.  | ระดับ     |
| 1. ทุกครั้งที่ได้จับมือผู้ป่วย ร่วมกัน<br>ขอพรจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ท่านศรัทธา<br>ทำให้ท่านมีกำลังใจ | 3.80                  | 0.919 | มาก   | 4.80                 | 0.422 | มากที่สุด |
| 2. ท่านรู้สึกอบอุ่นใจที่ได้นำวัตถุมงคล<br>ที่เป็นตัวแทนความศรัทธามาไว้ใกล้ๆ<br>ผู้ป่วย               | 3.50                  | 0.416 | มาก   | 5.00                 | 0.000 | มากที่สุด |
| 3. ท่านสุขใจทุกครั้งที่ได้นำพาตัวแทน<br>ทางศาสนา นักบวชมาให้อาวยกร่วม<br>ทำบุญ                       | 4.00                  | 0.567 | มาก   | 4.80                 | 0.422 | มากที่สุด |
| 4. ท่านรู้สึกสุขใจ ที่ได้ดูแลใกล้ชิด<br>สัมผัสผู้ป่วย เพื่อส่งผ่านความห่วงใย<br>ไปยังผู้ป่วย         | 3.50                  | 0.872 | มาก   | 5.00                 | 0.000 | มากที่สุด |
| 5. ทุกครั้งเมื่อท่านอ่านหนังสือที่เป็นคำ<br>สอนทางศาสนาให้อาวยกร่วม ฟัง ท่านผ่อนคลาย                 | 4.00                  | 0.632 | มาก   | 4.80                 | 0.422 | มากที่สุด |
| 6. ท่านสุขใจที่ได้นำพาบุคคลที่มีความ<br>หมายและผูกพันทางใจให้มาเยี่ยม<br>ผู้ป่วย                     | 3.90                  | 0.327 | มาก   | 4.80                 | 0.422 | มากที่สุด |
| 7. ท่านได้รับความช่วยเหลือและ<br>สนับสนุนจากพยาบาลให้ได้ทำตามสิ่งที่<br>ท่านศรัทธา                   | 3.60                  | 0.766 | มาก   | 4.90                 | 0.316 | มากที่สุด |

ผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย กลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ และกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ด้านการได้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาและความศรัทธา จำแนกรายข้อ (ต่อ)

| การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ<br>ด้านการได้ปฏิบัติตามความเชื่อ<br>ทางศาสนาและความศรัทธา | กลุ่มควบคุม (n = 10 ) |       |       | กลุ่มทดลอง (n = 10 ) |       |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------|-------|----------------------|-------|-----------|
|                                                                                          | $\bar{X}$             | S.D.  | ระดับ | $\bar{X}$            | S.D.  | ระดับ     |
| 8. ท่านไปทำบุญ สวดมนต์ ไหว้พระ<br>ท่านสบายใจที่ได้ส่งผ่านผลบุญไป<br>คุ้มครองผู้ป่วย      | 3.80                  | 0.316 | มาก   | 5.20                 | 1.033 | มากที่สุด |
| 9. ท่านสุขใจได้ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้<br>ทำบุญขณะอยู่โรงพยาบาล                           | 3.30                  | 0.483 | มาก   | 4.90                 | 0.316 | มากที่สุด |
| 10. ท่านตั้งใจทุกครั้งในการสัมผัส<br>นวด บริหารแขนขา ขัดพับเพื่อให้<br>ผู้ป่วยผ่อนคลาย   | 3.50                  | 0.850 | มาก   | 4.90                 | 0.316 | มากที่สุด |
| รวม                                                                                      | 3.99                  | 0.288 | มาก   | 4.91                 | 0.159 | มากที่สุด |

จากตารางที่ 7 กลุ่มที่ใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ มีระดับการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ด้านการได้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาและความศรัทธา อยู่ในระดับมากที่สุดทั้ง 10 ข้อ และสำหรับกลุ่มทดลองหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย พบว่าอยู่ในระดับมากที่สุดทั้ง 10 ข้อ

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย กลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ และกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ด้านการรับรู้ถึงการมีคุณค่าของการมีชีวิต จำแนกรายข้อ

| การรับรู้ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ<br>ด้านการรับรู้ถึงการมีคุณค่า<br>ของการมีชีวิต                  | กลุ่มควบคุม (n = 10) |       |         | กลุ่มทดลอง (n = 10) |       |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------|---------|---------------------|-------|-----------|
|                                                                                                   | $\bar{X}$            | S.D.  | ระดับ   | $\bar{X}$           | S.D.  | ระดับ     |
| 1. ท่านภูมิใจที่ได้รับความสะดวกใจจาก<br>พยาบาลให้เช็ดตัว                                          | 3.70                 | 0.949 | มาก     | 4.70                | 0.483 | มากที่สุด |
| 2. ท่านช่วยจัดท่านนอน ตามที่ได้เรียนรู้<br>จากพยาบาล                                              | 4.10                 | 0.463 | มาก     | 5.00                | 0.000 | มากที่สุด |
| 3. ท่านภูมิใจที่ช่วยจัดวางสายเครื่อง<br>ช่วยชีวิตต่างๆ อย่างระมัดระวังได้                         | 3.90                 | 0.738 | มาก     | 4.90                | 0.316 | มากที่สุด |
| 4. ท่านช่วยจัดวางสายเครื่องช่วยหายใจ<br>ไม่ให้คั่งรัง ท่านภูมิใจที่ช่วยให้ผู้ป่วย<br>สุขสบาย      | 4.10                 | 0.876 | มาก     | 4.90                | 0.316 | มากที่สุด |
| 5. เสียสละยอมเตือนดัง ท่านบอก<br>พยาบาล ท่านภูมิใจที่มีส่วนช่วยให้<br>ผู้ป่วยปลอดภัย              | 4.20                 | 0.919 | มาก     | 4.90                | 0.316 | มากที่สุด |
| 6. ท่านได้พูดคุยถึงบุคคลในครอบครัวที่<br>ผู้ป่วยรัก ท่านพอใจที่ได้ทำสิ่งที่ดีที่สุด<br>ให้ผู้ป่วย | 3.50                 | 0.650 | มาก     | 4.60                | 0.516 | มากที่สุด |
| 7. ท่านระวังเกี่ยวกับสายเครื่องช่วย<br>หายใจ ท่านช่วยระวังรักษาการมีชีวิตอยู่                     | 3.70                 | 0.483 | มาก     | 4.90                | 0.316 | มากที่สุด |
| 8. ผู้ป่วยโอ ท่านได้แจ้งให้พยาบาลทราบ<br>ท่านได้มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบาย                       | 3.70                 | 0.483 | มาก     | 4.90                | 0.316 | มากที่สุด |
| 9. พยาบาลบอก ท่านช่วยจัดท่านนอนให้<br>ผู้ป่วยได้ถูกต้อง ท่านได้ทำสิ่งที่ดีมี<br>ให้กับผู้ป่วย     | 3.30                 | 0.423 | ปานกลาง | 5.00                | 0.000 | มากที่สุด |

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย กลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ และกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ด้านการรับรู้ถึงการมีคุณค่าของการมีชีวิต จำแนกรายข้อ (ต่อ)

| การรับรู้ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ<br>ด้านการรับรู้ถึงการมีคุณค่า<br>ของการมีชีวิต    | กลุ่มควบคุม (n = 10) |       |       | กลุ่มทดลอง (n = 10) |       |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------|-------|---------------------|-------|-----------|
|                                                                                     | $\bar{X}$            | S.D.  | ระดับ | $\bar{X}$           | S.D.  | ระดับ     |
| 10. ท่านรู้สึกถึงความมีคุณค่าในตนเองที่<br>ท่านได้เห็นการกระทำที่ใส่ใจจาก<br>พยาบาล | 3.70                 | 0.483 | มาก   | 5.00                | 0.000 | มากที่สุด |
| รวม                                                                                 | 3.810                | 0.202 | มาก   | 4.88                | 0.918 | มากที่สุด |

จากตารางที่ 8 กลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ มีระดับการรับรู้ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ด้านการรับรู้ถึงการมีคุณค่าของการมีชีวิต อยู่ในระดับมาก 9 ข้อ และระดับปานกลาง 1 ข้อ สำหรับกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย พบว่าอยู่ในระดับมากที่สุดทั้ง 10 ข้อ

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย กลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ และกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ด้านการปรับตัวให้เข้ากับสถานะของชีวิต จำแนกรายข้อ

| การรับรู้ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ<br>ด้านการรับรู้ถึงการมีคุณค่า<br>ของการมีชีวิต | กลุ่มควบคุม (n = 10) |       |       | กลุ่มทดลอง (n = 10) |       |           |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------|-------|---------------------|-------|-----------|
|                                                                                  | $\bar{X}$            | S.D.  | ระดับ | $\bar{X}$           | S.D.  | ระดับ     |
| 1. ท่านปรับเวลาเพื่อมาเยี่ยมผู้ป่วยได้<br>ทุกวัน                                 | 4.10                 | 0.516 | มาก   | 5.00                | 1.033 | มากที่สุด |
| 2. ท่านจัดเวลาให้ตัวเองพักผ่อนและมา<br>เยี่ยมผู้ป่วยได้ทุกวัน                    | 4.10                 | 0.516 | มาก   | 4.80                | 0.568 | มากที่สุด |

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย กลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ และกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ด้านการปรับตัวให้เข้ากับสถานะของชีวิต จำแนกรายข้อ (ต่อ)

| การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ<br>ด้านการรับรู้ถึงการมีคุณค่า<br>ของการมีชีวิต | กลุ่มควบคุม (n = 10) |       |         | กลุ่มทดลอง (n = 10) |       |           |
|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------|---------|---------------------|-------|-----------|
|                                                                                | $\bar{X}$            | S.D.  | ระดับ   | $\bar{X}$           | S.D.  | ระดับ     |
| 3. ท่านได้ร่วมกิจกรรมกับครอบครัว และ<br>มาเยี่ยมผู้ป่วยได้ ทุกวันด้วย          | 4.00                 | 0.816 | มาก     | 4.80                | 0.422 | มากที่สุด |
| 4. ท่านได้ทำงานบ้านและมาเยี่ยมผู้ป่วย<br>ได้ทุกวันด้วย                         | 3.90                 | 0.738 | มาก     | 4.70                | 1.033 | มากที่สุด |
| 5. ท่านดูแลตัวเองให้แข็งแรงและมาเยี่ยม<br>ผู้ป่วยได้ทุกวัน                     | 4.00                 | 0.816 | มาก     | 4.80                | 0.850 | มากที่สุด |
| 6. ท่านทำงานในหน้าที่ได้ปกติและมา<br>เยี่ยมผู้ป่วยได้ทุกวัน                    | 3.40                 | 0.843 | ปานกลาง | 4.80                | 0.919 | มากที่สุด |
| 7. ท่านวางแผนล่วงหน้าช่วยให้งานมี<br>คุณภาพเพื่อมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ทุกวัน       | 4.10                 | 0.443 | มาก     | 5.00                | 0.632 | มากที่สุด |
| 8. ท่านโทรศัพท์ถามอาการผู้ป่วยได้<br>ตลอด                                      | 3.30                 | 0.823 | ปานกลาง | 4.70                | 1.054 | มากที่สุด |
| 9. ท่านดูแลผู้ป่วยและดูแลคนอื่นที่บ้าน<br>ด้วย                                 | 4.10                 | 0.994 | มาก     | 4.80                | 0.919 | มากที่สุด |
| 10. พยาบาลโทรศัพท์ให้ท่านทราบการ<br>เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเร็วที่สุดเสมอ        | 4.00                 | 0.816 | มาก     | 4.80                | 0.975 | มากที่สุด |
| รวม                                                                            | 4.04                 | 0.350 | มาก     | 4.82                | 0.168 | มากที่สุด |

จากตารางที่ 9 กลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ มีระดับการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ด้านการปรับตัวให้เข้ากับสถานะของชีวิต อยู่ในระดับมาก 8 ข้อ ระดับปานกลาง 2 ข้อ และกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายพบว่าอยู่ในระดับมากที่สุดทั้ง 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วย  
วิกฤตระยะสุดท้าย ในกลุ่มควบคุมก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วน  
ตามอาการทางกายที่ตรวจพบ และกลุ่มทดลองก่อนการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่  
บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ด้วยสถิติ Mann-  
Whitney U Test (ตารางที่ 10–12)

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะ  
สุดท้าย ด้านการได้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาและความศรัทธา เป็นรายชื่อ กลุ่มควบคุมก่อนการ  
ใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ และกลุ่มทดลองก่อนใช้  
รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย

| ด้านการได้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา<br>และความศรัทธา                                            | กลุ่มควบคุม<br>(n=10) |       | กลุ่มทดลอง<br>(n=10) |       | Z       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------|----------------------|-------|---------|
|                                                                                                   | $\bar{X}$             | S.D.  | $\bar{X}$            | S.D.  |         |
| 1. ทุกครั้งที่ได้จับมือผู้ป่วย ร่วมกันขอพรจาก<br>สิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ท่านศรัทธา ทำให้ท่านมีกำลังใจ | 3.80                  | 0.632 | 3.60                 | 0.843 | -0.2525 |
| 2. ท่านรู้สึกอบอุ่นใจที่ได้นำวัตถุมงคล ที่เป็น<br>ตัวแทนความศรัทธามาไว้ใกล้ๆผู้ป่วย               | 3.80                  | 0.789 | 3.50                 | 0.850 | -0.3645 |
| 3. ท่านสุขใจทุกครั้งที่ได้นำพาตัวแทนทาง<br>ศาสนา,นักบวชมาให้ผู้ป่วยร่วมทำบุญ                      | 3.90                  | 0.316 | 3.90                 | 0.316 | 0.000   |
| 4. ท่านรู้สึกสุขใจ ที่ได้ดูแลใกล้ชิด สัมผัส<br>ผู้ป่วย เพื่อส่งผ่านความห่วงใยไปยังผู้ป่วย         | 4.00                  | 0.816 | 3.70                 | 0.949 | 0.000   |
| 5. ทุกครั้งเมื่อท่านอ่านหนังสือที่เป็นคำสอน<br>ทางศาสนาให้ผู้ป่วยฟัง ท่านผ่อนคลาย                 | 4.00                  | 0.816 | 4.00                 | 0.816 | 0.000   |
| 6. ท่านสุขใจที่ได้นำพาบุคคลที่มีความหมาย<br>และผูกพันทางใจให้มาเยี่ยมผู้ป่วย                      | 3.90                  | 0.738 | 4.00                 | 0.816 | -0.142  |
| 7. ท่านได้รับความช่วยเหลือและสนับสนุน<br>จากพยาบาลให้ได้ทำตามสิ่งที่ท่านศรัทธา                    | 3.80                  | 0.422 | 3.80                 | 0.422 | 0.000   |
| 8. ท่านไปทำบุญ สวดมนต์ ไหว้พระ ท่าน<br>สบายใจที่ได้ส่งผ่านผลบุญไปคุ้มครองผู้ป่วย                  | 4.00                  | 0.667 | 4.00                 | 0.667 | 0.000   |

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ด้านการได้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาและความศรัทธา เป็นรายข้อ กลุ่มควบคุมก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ และกลุ่มทดลองก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย (ต่อ)

| ด้านการได้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา<br>และความศรัทธา                             | กลุ่มควบคุม<br>(n=10) |       | กลุ่มทดลอง<br>(n=10) |       | Z       |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------|----------------------|-------|---------|
|                                                                                    | $\bar{X}$             | S.D.  | $\bar{X}$            | S.D.  |         |
| 9. ท่านสุขใจได้ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้ ทำบุญ<br>ขณะอยู่โรงพยาบาล                    | 3.90                  | 0.738 | 3.90                 | 0.738 | 0.000   |
| 10. ท่านตั้งใจทุกครั้งในการสัมผัส นวด<br>บริหารแขนขา ข้อพับเพื่อให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย | 3.80                  | 0.789 | 3.80                 | 0.789 | 0.000   |
| รวม                                                                                | 3.89                  | 0.328 | 3.82                 | 0.265 | -0.1715 |

\*p < 0.05

จากตารางที่ 10 เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ด้านการได้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาและความศรัทธา รายข้อกลุ่มควบคุมก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ และกลุ่มทดลองก่อนการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ด้านการรับรู้ถึงการมีคุณค่าของการมีชีวิต เป็นรายชื่อ กลุ่มควบคุมก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ และกลุ่มทดลองก่อนใช้รูปแบบการบริการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย

| ด้านการรับรู้ถึงการมีคุณค่าของการมีชีวิต                                                 | กลุ่มควบคุม<br>(n=10) |       | กลุ่มทดลอง<br>(n=10) |       | Z      |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------|----------------------|-------|--------|
|                                                                                          | $\bar{X}$             | S.D.  | $\bar{X}$            | S.D.  |        |
| 1. ท่านภูมิใจที่ได้รับการได้รับความไว้วางใจจากพยาบาลให้เช็ดตัว                           | 3.70                  | 1.059 | 3.20                 | 1.033 | -0.51  |
| 2. ท่านช่วยจัดท่านอน ตามที่ได้เรียนรู้จากพยาบาล                                          | 3.40                  | 0.516 | 3.20                 | 0.919 | -0.375 |
| 3. ท่านภูมิใจที่ช่วยจัดวางสายเครื่องช่วยชีวิตต่างๆ อย่างระมัดระวังได้                    | 3.80                  | 1.033 | 3.60                 | 0.699 | -0.281 |
| 4. ท่านช่วยจัดวางสายเครื่องช่วยหายใจไม่ให้คั่งรังง ท่านภูมิใจที่ช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบาย    | 3.40                  | 0.516 | 3.70                 | 0.949 | -0.470 |
| 5. เสียงสัญญาณเตือนดัง ท่านบอกพยาบาลท่านภูมิใจที่มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย             | 4.20                  | 0.665 | 3.60                 | 0.843 | -0.941 |
| 6. ท่านได้พูดคุยถึงบุคคลในครอบครัวที่ผู้ป่วยรัก ท่านพอใจที่ได้ทำสิ่งที่ดีที่สุดในผู้ป่วย | 3.80                  | 0.789 | 3.80                 | 0.789 | -0.125 |
| 7. ท่านระวังเกี่ยวกับสายเครื่องช่วยหายใจ ท่านช่วยระวังรักษาการมีชีวิตอยู่                | 3.90                  | 0.738 | 3.20                 | 0.919 | -0.901 |
| 8. ผู้ป่วยโอ ท่านได้แจ้งให้พยาบาลทราบ ท่านได้มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบาย                 | 3.60                  | 0.669 | 3.30                 | 1.059 | -0.300 |
| 9. พยาบาลบอก ท่านช่วยจัดท่านอนให้ผู้ป่วยได้ถูกต้อง ท่านได้ทำสิ่งที่ดีให้กับผู้ป่วย       | 3.70                  | 0.823 | 3.20                 | 0.919 | -0.633 |
| 10. ท่านรู้สึกถึงความมีคุณค่าในตนเองที่ท่านได้เห็นการกระทำที่ใส่ใจจากพยาบาล              | 4.00                  | 0.667 | 3.90                 | 0.316 | -0.199 |
| รวม                                                                                      | 3.76                  | 0.447 | 3.47                 | 0.408 | -0.740 |

\*p < 0.05

จากตารางที่ 11 เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ด้านการรับรู้ถึงการมีคุณค่าของการมีชีวิต เป็นรายชื่อ กลุ่มควบคุมก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ และกลุ่มทดลองก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ด้านด้านการปรับตัวให้เข้ากับสถานะของชีวิต เป็นรายชื่อ กลุ่มควบคุมก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ และกลุ่มทดลองก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย

| ด้านการปรับตัวให้เข้ากับสถานะของชีวิต                                | กลุ่มควบคุม<br>(n=10) |       | กลุ่มทดลอง<br>(n=10) |       | Z       |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------|----------------------|-------|---------|
|                                                                      | $\bar{X}$             | S.D.  | $\bar{X}$            | S.D.  |         |
| 1. ท่านปรับเวลาเพื่อมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ทุกวัน                         | 3.40                  | 0.699 | 3.20                 | 1.033 | -0.281  |
| 2. ท่านจัดเวลาให้ตัวเองพักผ่อนและมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ทุกวัน            | 3.50                  | 1.080 | 3.90                 | 0.568 | -0.469  |
| 3. ท่านได้ร่วมกิจกรรมกับครอบครัวและมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ทุกวันด้วย      | 3.80                  | 0.789 | 3.80                 | 0.422 | -0.148  |
| 4. ท่านได้ทำงานบ้านและมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ทุกวันด้วย                   | 4.10                  | 0.738 | 3.20                 | 1.033 | -0.267  |
| 5. ท่านดูแลตัวเองให้แข็งแรงและมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ทุกวัน               | 3.70                  | 0.675 | 3.50                 | 0.850 | -0.853  |
| 6. ท่านทำงานในหน้าที่ได้ปกติและมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ทุกวัน              | 3.80                  | 0.632 | 3.20                 | 0.919 | --0.883 |
| 7. ท่านวางแผนล่วงหน้าช่วยให้งานมีคุณภาพเพื่อมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ทุกวัน | 4.10                  | 0.568 | 3.80                 | 0.632 | -0.886  |
| 8. ท่านโทรศัพท์ถามอาการผู้ป่วยได้ตลอด                                | 4.00                  | 0.667 | 3.00                 | 1.054 | -0.888  |
| 9. ท่านดูแลผู้ป่วยและดูแลคนอื่นที่บ้านด้วย                           | 3.70                  | 0.675 | 3.20                 | 0.919 | -0.715  |

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ด้านด้านการปรับตัวให้เข้ากับสถานะของชีวิต เป็นรายข้อ กลุ่มควบคุมก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ และกลุ่มทดลองก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย (ต่อ)

| ด้านการปรับตัวให้เข้ากับสถานะของชีวิต                                   | กลุ่มควบคุม |       | กลุ่มทดลอง |       | Z      |
|-------------------------------------------------------------------------|-------------|-------|------------|-------|--------|
|                                                                         | (n=10)      |       | (n=10)     |       |        |
|                                                                         | $\bar{X}$   | S.D.  | $\bar{X}$  | S.D.  |        |
| 10. พยาบาลโทรศัพท์ให้ท่านทราบการเปลี่ยนแปลง<br>ของผู้ป่วยเร็วที่สุดเสมอ | 4.10        | 0.738 | 3.50       | 0.975 | -0.693 |
| รวม                                                                     | 3.76        | 0.447 | 3.43       | 0.312 | -0.175 |

\*p < 0.05

จากตารางที่ 12 เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ด้านการปรับตัวให้เข้ากับสถานะของชีวิตเป็นรายข้อ กลุ่มควบคุมก่อน การใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ และกลุ่มทดลองก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วย  
วิกฤตระยะสุดท้าย ในกลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วน  
ตามอาการทางกายที่ตรวจพบ และกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่  
บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ด้วยสถิติ Mann-  
Whitney U Test (ตารางที่ 13 - 16)

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะ  
สุดท้าย โดยรวมและรายด้าน กลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตาม  
อาการทางกายที่ตรวจพบ และกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการ  
แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย

| การรับรู้ความผาสุกทางจิต<br>วิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วย<br>วิกฤตระยะสุดท้าย | กลุ่ม  | n  | $\bar{X}$ | S.D.  | Mean<br>Rank | Sum of<br>Ranks | Z       |
|------------------------------------------------------------------------|--------|----|-----------|-------|--------------|-----------------|---------|
| ด้านการได้ปฏิบัติตามความเชื่อ                                          | ควบคุม | 10 | 3.99      | 0.288 | 5.55         | 55.50           | -1.888* |
| ทางศาสนาและความศรัทธา                                                  | ทดลอง  | 10 | 4.91      | 0.159 | 15.45        | 154.50          |         |
| ด้านการรับรู้ถึงการมีคุณค่าของ                                         | ควบคุม | 10 | 4.01      | 0.202 | 5.50         | 55.00           | -1.914* |
| การมีชีวิต                                                             | ทดลอง  | 10 | 4.88      | 0.091 | 15.50        | 55.00           |         |
| ด้านการปรับตัวให้เข้ากับ                                               | ควบคุม | 10 | 4.04      | 0.350 | 5.50         | 55.00           | -1.903* |
| สถานะของชีวิต                                                          | ทดลอง  | 10 | 4.82      | 0.168 | 15.50        | 155.00          |         |
| รวม                                                                    | ควบคุม | 10 | 4.01      | 0.216 | 5.50         | 55.00           | -1.898* |
|                                                                        | ทดลอง  | 10 | 4.87      | 0.760 | 15.50        | 155.00          |         |

\*p < 0.05

จากตารางที่ 13 เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วย  
วิกฤตระยะสุดท้าย โดยรวมและรายด้าน พบว่ากลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาล  
ที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย สูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังการใช้  
รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  
ระดับ 0.05

ตารางที่ 14 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย กลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ และกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายด้านการได้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาและความศรัทธา จำแนกรายข้อ

| การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ<br>ด้านการได้ปฏิบัติตามความเชื่อ<br>ทางศาสนา                   | กลุ่มควบคุม<br>(n=10) |       | กลุ่มทดลอง<br>(n=10) |       | Z       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------|----------------------|-------|---------|
|                                                                                               | $\bar{X}$             | S.D.  | $\bar{X}$            | S.D.  |         |
| 1. ทุกครั้งที่ได้จับมือผู้ป่วย ร่วมกันขอพรจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ท่านศรัทธา ทำให้ท่านมีกำลังใจ | 3.80                  | 0.919 | 4.80                 | 0.422 | -1.366* |
| 2. ท่านรู้สึกอบอุ่นใจที่ได้นำวัตถุมงคล ที่เป็นตัวแทนความศรัทธามาไว้ใกล้ๆผู้ป่วย               | 3.50                  | 0.416 | 5.00                 | 0.000 | -1.427* |
| 3. ท่านสุขใจทุกครั้งที่ได้นำพาตัวแทนทางศาสนา นักบวชมาให้ผู้ป่วยร่วมทำบุญ                      | 4.00                  | 0.567 | 4.80                 | 0.422 | -1.342* |
| 4. ท่านรู้สึกสุขใจ ที่ได้ดูแลใกล้ชิด สัมผัสผู้ป่วย เพื่อส่งผ่านความห่วงใยไปยังผู้ป่วย         | 3.50                  | 0.872 | 5.00                 | 0.000 | -1.880  |
| 5. ทุกครั้งเมื่อท่านอ่านหนังสือที่เป็นคำสอนทางศาสนาให้ผู้ป่วยฟัง ท่านผ่อนคลาย                 | 4.00                  | 0.632 | 4.80                 | 0.422 | -1.119  |
| 6. ท่านสุขใจที่ได้นำพาบุคคลที่มีความหมายและผูกพันทางใจให้มาเยี่ยมผู้ป่วย                      | 3.90                  | 0.327 | 4.80                 | 0.422 | -0.685  |
| 7. ท่านได้รับความช่วยเหลือและสนับสนุนจากพยาบาลให้ได้ทำตามสิ่งที่ท่านศรัทธา                    | 3.60                  | 0.766 | 4.90                 | 0.316 | -1.718* |
| 8. ท่านไปทำบุญ สวดมนต์ ไหว้พระ ท่านสบายใจที่ได้ส่งผ่านผลบุญไปคุ้มครองผู้ป่วย                  | 3.80                  | 0.316 | 5.20                 | 1.033 | -1.258  |
| 9. ท่านสุขใจได้ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้ ทำบุญขณะอยู่โรงพยาบาล                                   | 3.30                  | 0.483 | 4.90                 | 0.316 | -1.334* |
| 10. ท่านตั้งใจทุกครั้งในการสัมผัส นวด บริหารแขนขา ข้อพับเพื่อให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย               | 3.50                  | 0.850 | 4.90                 | 0.316 | -1.911* |
| รวม                                                                                           | 3.63                  | 0.221 | 4.91                 | 0.159 | -1.888* |

\*p < 0.05

จากตารางที่ 14 เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายด้านการได้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาและความศรัทธา พบว่ากลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย สูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 15 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย กลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ และกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายด้านการรับรู้ถึงการมีคุณค่าของการมีชีวิตจำแนกรายข้อ

| การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ<br>ด้านการรับรู้ถึงการมีคุณค่า<br>ของการมีชีวิต            | กลุ่มควบคุม<br>(n=10) |       | กลุ่มทดลอง<br>(n=10) |       | Z       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------|----------------------|-------|---------|
|                                                                                           | $\bar{X}$             | S.D.  | $\bar{X}$            | S.D.  |         |
|                                                                                           |                       |       |                      |       |         |
| 1. ท่านภูมิใจที่ได้รับ ความไว้วางใจจากพยาบาลให้เช็ดตัว                                    | 3.70                  | 1.059 | 4.70                 | 0.483 | -1.384* |
| 2. ท่านช่วยจัดท่านอน ตามที่ได้เรียนรู้จากพยาบาล                                           | 3.40                  | 0.516 | 5.00                 | 0.000 | -1.559* |
| 3. ท่านภูมิใจที่ช่วยจัดวางสายเครื่องช่วยชีวิตต่างๆ อย่างระมัดระวังได้                     | 3.80                  | 1.033 | 4.90                 | 0.316 | -1.537  |
| 4. ท่านช่วยจัดวางสายเครื่องช่วยหายใจไม่ให้ดึงรั้ง ท่านภูมิใจที่ช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบาย      | 3.40                  | 0.516 | 4.90                 | 0.316 | -1.337  |
| 5. เสียงสัญญาณเตือนดัง ท่านบอกพยาบาล ท่านภูมิใจที่มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย             | 4.20                  | 0.665 | 4.90                 | 0.316 | -1.152* |
| 6. ท่านได้พูดคุยถึงบุคคลในครอบครัวที่ผู้ป่วยรัก ท่านพอใจที่ได้ทำสิ่งที่ดีที่สุดให้ผู้ป่วย | 3.80                  | 0.789 | 4.60                 | 0.516 | -1.404  |
| 7. ท่านระวังเกี่ยวกับสายเครื่องช่วยหายใจ ท่านช่วยระวังรักษาการมีชีวิตอยู่                 | 3.90                  | 0.738 | 4.90                 | 0.316 | -1.913* |
| 8. ผู้ป่วยโอ ท่านได้แจ้งให้พยาบาลทราบ ท่านได้มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบาย                  | 3.60                  | 0.669 | 4.90                 | 0.316 | -1.913* |

ตารางที่ 15 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย กลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ และกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายด้านการรับรู้ถึงการมีคุณค่าของการมีชีวิตจำแนกรายข้อ (ต่อ)

| การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ<br>ด้านการรับรู้ถึงการมีคุณค่า<br>ของการมีชีวิต           | กลุ่มควบคุม |       | กลุ่มทดลอง |       | Z        |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------|------------|-------|----------|
|                                                                                          | (n=10)      |       | (n=10)     |       |          |
|                                                                                          | $\bar{X}$   | S.D.  | $\bar{X}$  | S.D.  |          |
| 9. พยาบาลบอก ท่านช่วยจัดท่านอนให้ผู้ป่วย<br>ได้ถูกต้อง ท่านได้ทำสิ่งที่ดีมีให้กับผู้ป่วย | 3.70        | 0.823 | 5.00       | 0.000 | -1.5995* |
| 10.ท่านรู้สึกถึงความมีคุณค่าในตนเองที่ท่านได้<br>เห็นการกระทำที่ใส่ใจจากพยาบาล           | 4.00        | 0.667 | 5.00       | 0.000 | 0.915*   |
| รวม                                                                                      | 3.76        | 0.447 | 4.88       | 0.918 | -1.914*  |

\*p < 0.05

จากตารางที่ 15 เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายด้านการรับรู้ถึงการมีคุณค่าของการมีชีวิต พบว่ากลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย สูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 16 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย กลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกาย ที่ตรวจพบ และกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายด้านการปรับตัวให้เข้ากับสถานะของชีวิต จำแนกรายข้อ

| การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ                                       | กลุ่มควบคุม |       | กลุ่มทดลอง |       | Z       |
|----------------------------------------------------------------------|-------------|-------|------------|-------|---------|
| ด้านการปรับตัวให้เข้ากับ                                             | (n=10)      |       | (n=10)     |       |         |
| สถานะของชีวิต                                                        | $\bar{X}$   | S.D.  | $\bar{X}$  | S.D.  |         |
| 1. ท่านปรับเวลาเพื่อมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ทุกวัน                         | 4.10        | 0.516 | 5.00       | 1.033 | -1.427* |
| 2. ท่านจัดเวลาให้ตัวเองพักผ่อนและมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ทุกวัน            | 4.10        | 0.516 | 4.80       | 0.568 | -1.095  |
| 3. ท่านได้ร่วมกิจกรรมกับครอบครัวและมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ทุกวันด้วย      | 4.00        | 0.816 | 4.80       | 0.422 | -0.921* |
| 4. ท่านได้ทำงานบ้านและมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ ทุกวันด้วย                  | 3.90        | 0.738 | 4.70       | 1.033 | -1.014  |
| 5. ท่านดูแลตัวเองให้แข็งแรงและมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ทุกวัน               | 4.00        | 0.816 | 4.80       | 0.850 | -0.950  |
| 6. ท่านทำงานในหน้าที่ได้ปกติและมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ทุกวัน              | 3.40        | 0.843 | 4.80       | 0.919 | -1.652* |
| 7. ท่านวางแผนล่วงหน้าช่วยให้งานมีคุณภาพเพื่อมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ทุกวัน | 4.10        | 0.443 | 5.00       | 0.632 | -0.915* |
| 8. ท่านโทรศัพท์ถามอาการผู้ป่วยได้ตลอด                                | 3.30        | 0.823 | 4.70       | 1.054 | -1.702* |
| 9. ท่านดูแลผู้ป่วยและดูแลคนอื่นที่บ้านด้วย                           | 4.10        | 0.994 | 4.80       | 0.919 | -0.954  |
| 10. พยาบาลโทรศัพท์ให้ท่านทราบการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเร็วที่สุดเสมอ  | 4.00        | 0.816 | 4.80       | 0.975 | -1.332* |
| รวม                                                                  | 4.04        | 0.350 | 4.82       | 0.168 | -3.807* |

\*p < 0.05

จากตารางที่ 16 เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายด้านการปรับตัวให้เข้ากับสถานะของชีวิต พบว่ากลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย สูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย กลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed-Ranks Test (ตารางที่ 17 - 20)**

ตารางที่ 17 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย กลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย โดยรวมและรายด้าน

| การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ                     | การทดลอง | n  | $\bar{X}$ | S.D.  | Mean Rank | Sum of Ranks | Z       |
|----------------------------------------------------|----------|----|-----------|-------|-----------|--------------|---------|
| ด้านการได้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาและความศรัทธา | ก่อน     | 10 | 3.57      | 0.227 | 3.67      | 0.208        | -1.407* |
|                                                    | หลัง     | 10 | 4.91      | 0.159 | 4.44      | 0.108        |         |
| ด้านการรับรู้ถึงการมีคุณค่าของการมีชีวิต           | ก่อน     | 10 | 3.47      | 0.408 | 3.78      | 0.193        | -1.403* |
|                                                    | หลัง     | 10 | 4.88      | 0.091 | 4.57      | 0.170        |         |
| ด้านการปรับตัวให้เข้ากับสถานะของชีวิต              | ก่อน     | 10 | 3.43      | 0.312 | 3.72      | 0.123        | -1.405* |
|                                                    | หลัง     | 10 | 4.82      | 0.168 | 4.56      | 0.137        |         |
| รวม                                                | ก่อน     | 10 | 3.57      | 0.227 | 3.72      | 0.168        | -1.402* |
|                                                    | หลัง     | 10 | 4.87      | 0.76  | 4.57      | 0.112        |         |

\*p < 0.05

จากตารางที่ 17 เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายกลุ่มทดลอง พบว่าหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 18 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย กลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายด้านการได้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาและศีลธรรม

| การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณด้านการได้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาและความศรัทธา              | ก่อนทดลอง<br>(n=10) |       | หลังทดลอง<br>(n=10) |       | Z       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------|---------------------|-------|---------|
|                                                                                               | $\bar{X}$           | S.D.  | $\bar{X}$           | S.D.  |         |
| 1. ทุกครั้งที่ได้จับมือผู้ป่วย ร่วมกันขอพรจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ท่านศรัทธา ทำให้ท่านมีกำลังใจ | 3.90                | 0.316 | 4.80                | 0.422 | -1.403* |
| 2. ท่านรู้สึกอบอุ่นใจที่ได้นำวัตถุมงคล ที่เป็นตัวแทนความศรัทธามาไว้ใกล้ๆผู้ป่วย               | 3.50                | 0.527 | 5.00                | 0.000 | -1.370* |
| 3. ท่านสุขใจทุกครั้งที่ได้นำพาตัวแทนทางศาสนา,นักบวชมาให้ผู้ป่วยร่วมทำบุญ                      | 3.80                | 0.422 | 4.80                | 0.422 | -1.370* |
| 4. ท่านรู้สึกสุขใจ ที่ได้ดูแลใกล้ชิด สัมผัสผู้ป่วย เพื่อส่งผ่านความห่วงใยไปยังผู้ป่วย         | 3.90                | 0.316 | 5.00                | 0.000 | -1.282* |
| 5. ทุกครั้งเมื่อท่านอ่านหนังสือที่เป็นคำสอนทางศาสนาให้ผู้ป่วยฟัง ท่านผ่อนคลาย                 | 3.60                | 0.516 | 4.80                | 0.422 | -1.035* |
| 6. ท่านสุขใจที่ได้นำพาบุคคลที่มีความหมาย และผูกพันทางใจให้มาเยี่ยมผู้ป่วย                     | 3.90                | 0.316 | 4.80                | 0.422 | -1.063* |
| 7. ท่านได้รับความช่วยเหลือและสนับสนุนจากพยาบาลให้ได้ทำตามสิ่งที่ท่านศรัทธา                    | 3.50                | 0.527 | 4.90                | 0.316 | -1.405* |
| 8. ท่านไปทำบุญ สวดมนต์ ไหว้พระ ท่านสบายใจที่ได้ส่งผ่านผลบุญไปคุ้มครองผู้ป่วย                  | 3.10                | 0.316 | 5.20                | 1.033 | -1.294* |
| 9. ท่านสุขใจได้ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้ ทำบุญขณะอยู่โรงพยาบาล                                   | 4.00                | 0.000 | 4.90                | 0.316 | -1.300* |
| 10. ท่านตั้งใจทุกครั้งในการสัมผัส นวด บริหารแขนขา ข้อพับเพื่อให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย               | 3.50                | 0.527 | 4.90                | 0.316 | -1.299* |
| รวม                                                                                           | 3.67                | 0.258 | 4.91                | 0.159 | -1.405* |

\*p < 0.05

จากตารางที่ 18 เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายกลุ่มทดลอง ด้านการได้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาและความศรัทธาพบว่า หลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 19 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายด้านการรับรู้ถึงการมีคุณค่าของการมีชีวิต

| การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ                                                           | ก่อนทดลอง |       | หลังทดลอง |       | Z       |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------|-----------|-------|---------|
| ด้านการรับรู้ถึงการมีคุณค่า                                                              | (n=10)    |       | (n=10)    |       |         |
| ของการมีชีวิต                                                                            | $\bar{X}$ | S.D.  | $\bar{X}$ | S.D.  |         |
| 1. ท่านภูมิใจที่ได้รับการไว้วางใจจากพยาบาลให้เช็ดตัว                                     | 3.20      | 1.033 | 4.70      | 0.483 | -1.381* |
| 2. ท่านช่วยจัดท่านอน ตามที่ได้เรียนรู้จากพยาบาล                                          | 3.20      | 0.919 | 5.00      | 0.000 | -1.395* |
| 3. ท่านภูมิใจที่ช่วยจัดวางสายเครื่องช่วยชีวิตต่างๆ อย่างระมัดระวังได้                    | 3.60      | 0.699 | 4.90      | 0.316 | -1.282* |
| 4. ท่านช่วยจัดวางสายเครื่องช่วยหายใจไม่ให้ดัง รบกวน ท่านภูมิใจที่ช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบาย   | 3.70      | 0.949 | 4.90      | 0.316 | -1.200* |
| 5. เสียสละสัญญาเตือนตัก ท่านบอกพยาบาล ท่านภูมิใจที่มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย           | 3.60      | 0.843 | 4.90      | 0.316 | -1.282* |
| 6. ท่านได้พูดคุยถึงบุคคลในครอบครัวที่ผู้ป่วยรัก ท่านพอใจที่ได้ทำสิ่งที่ดีที่สุดในผู้ป่วย | 3.80      | 0.789 | 4.60      | 0.516 | -1.265* |
| 7. ท่านระวังเกี่ยวกับสายเครื่องช่วยหายใจ ท่านช่วยระวังรักษาการมีชีวิตอยู่                | 3.20      | 0.919 | 4.90      | 0.316 | -1.294* |
| 8. ผู้ป่วยโอ ท่านได้แจ้งให้พยาบาลทราบ ท่านมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบาย                    | 3.30      | 1.059 | 4.90      | 0.316 | -1.359* |
| 9. พยาบาลบอก ท่านช่วยจัดท่านอนให้ผู้ป่วยได้ถูกต้อง ท่านได้ทำสิ่งที่ดีมีให้กับผู้ป่วย     | 3.20      | 0.919 | 5.00      | 0.000 | -1.359* |

ตารางที่ 19 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายด้านการรับรู้ถึงการมีคุณค่าของการมีชีวิต (ต่อ)

| การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ<br>ด้านการรับรู้ถึงการมีคุณค่า<br>ของการมีชีวิต  | ก่อนทดลอง |       | หลังทดลอง |       | Z       |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------|-----------|-------|---------|
|                                                                                 | (n=10)    |       | (n=10)    |       |         |
|                                                                                 | $\bar{X}$ | S.D.  | $\bar{X}$ | S.D.  |         |
| 10. ท่านรู้สึกถึงความมีคุณค่าในตนเองที่ท่านได้<br>เห็นการกระทำที่ใส่ใจจากพยาบาล | 3.90      | 0.316 | 5.00      | 0.000 | -1.525* |
| รวม                                                                             | 3.47      | 0.408 | 4.88      | 0.918 | -1.403* |

\*p < 0.05

จากตารางที่ 19 เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายกลุ่มทดลอง ด้านการรับรู้ถึงการมีคุณค่าของการมีชีวิตพบว่าหลังการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 20 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายด้านการปรับตัวให้เข้ากับสถานะของชีวิต

| การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ<br>ด้านการรับรู้ถึงการมีคุณค่า<br>ของการมีชีวิต | ก่อนทดลอง |       | หลังทดลอง |       | Z       |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------|-----------|-------|---------|
|                                                                                | (n=10)    |       | (n=10)    |       |         |
|                                                                                | $\bar{X}$ | S.D.  | $\bar{X}$ | S.D.  |         |
| 1. ท่านปรับเวลาเพื่อมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ทุกวัน                                   | 3.20      | 1.033 | 5.00      | 1.033 | -1.347* |
| 2. ท่านจัดเวลาให้ตัวเองพักผ่อนและมาเยี่ยม<br>ผู้ป่วยได้ทุกวัน                  | 3.90      | 0.568 | 4.80      | 0.568 | -1.199* |
| 3. ท่านได้ร่วมกิจกรรมกับครอบครัวและมาเยี่ยม<br>ผู้ป่วยได้ทุกวันด้วย            | 3.80      | 0.422 | 4.80      | 0.422 | -1.320* |

ตารางที่ 20 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายด้านการปรับตัวให้เข้ากับสถานะของชีวิต (ต่อ)

| การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ<br>ด้านการรับรู้ถึงการมีคุณค่า<br>ของการมีชีวิต | ก่อนทดลอง |       | หลังทดลอง |       | Z       |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------|-----------|-------|---------|
|                                                                                | (n=10)    |       | (n=10)    |       |         |
|                                                                                | $\bar{X}$ | S.D.  | $\bar{X}$ | S.D.  |         |
| 4. ท่านได้ทำงานบ้านและมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ทุกวัน<br>ด้วย                         | 3.20      | 1.033 | 4.70      | 1.033 | -1.274* |
| 5. ท่านดูแลตัวเองให้แข็งแรงและมาเยี่ยมผู้ป่วย<br>ได้ทุกวัน                     | 3.50      | 0.850 | 4.80      | 0.850 | -1.369* |
| 6. ท่านทำงานในหน้าที่ได้ปกติและมาเยี่ยมผู้ป่วย<br>ได้ทุกวัน                    | 3.20      | 0.919 | 4.80      | 0.919 | -1.381* |
| 7. ท่านวางแผนล่วงหน้าช่วยให้งานมีคุณภาพ<br>เพื่อมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ทุกวัน       | 3.80      | 0.632 | 5.00      | 0.632 | -1.383* |
| 8. ท่านโทรศัพท์ถามอาการผู้ป่วยได้ตลอด                                          | 3.00      | 1.054 | 4.70      | 1.054 | -1.294* |
| 9. ท่านดูแลผู้ป่วยและดูแลคนอื่นที่บ้านด้วย                                     | 3.20      | 0.919 | 4.80      | 0.919 | -1.279* |
| 10. พยาบาลโทรศัพท์ให้ท่านทราบการ<br>เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเร็วที่สุดเสมอ        | 3.50      | 0.975 | 4.80      | 0.975 | -1.294* |
| รวม                                                                            | 3.43      | 0.312 | 4.82      | 0.168 | -1.407* |

\*p < 0.05

จากตารางที่ 20 เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายกลุ่มทดลอง ด้านการปรับตัวให้เข้ากับสถานะของชีวิตพบว่า หลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) วัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาการรับรู้ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการการสนับสนุนทางสังคมต่อการรับรู้ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย

**ประชากร** คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตโดยผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนัก ในโรงพยาบาลพุทธภูมิ และกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่เข้ารักษาในห้องผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ด้วยวิธีการจับคู่จากเพศ และอายุ

**เครื่องมือในการวิจัย** มี 2 ประเภท ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ คู่มือการปฏิบัติงานในรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมสำหรับ ผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบสอบถามการรับรู้ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ตามแนวคิดความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของ Paloutzian & Ellison (1982) ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิและหาความเที่ยงของเครื่องมือ จากการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นรวมทั้งฉบับ เท่ากับ 0.96

**การดำเนินการทดลอง** หลังผ่านกระบวนการจริยธรรมและอบรมพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผู้ป่วยหนัก จำนวน 5 คน เพื่อฝึกใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อน โดยวันที่ 1 เก็บข้อมูลก่อนการทดลองจากผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีอายุ 30-60 ปี และผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายและใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ ตามปกติในวันที่ 1 และวันที่ 2 นี้ และในวันที่ 3 หลังรับไว้ในความดูแลก็จะเก็บข้อมูลหลังการทดลองจากผู้ดูแลผู้ป่วย โดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย หลังจากนั้นเก็บข้อมูลกลุ่มทดลอง เช่นเดียวกัน คือ วันที่ 1 เก็บข้อมูลก่อนการทดลองจากผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีอายุ 30-60 ปี และผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย แต่ใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมต่อการรับรู้

ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ในวันที่ 1 และวันที่ 2 นี้ และในวันที่ 3 หลังรับไว้ในความดูแลก็จะเก็บข้อมูลหลังการทดลองจากผู้ดูแลผู้ป่วย โดยใช้แบบสอบถามชุดเดียวกันกับกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง คือ แบบสอบถามการรับรู้ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test และ Wilcoxon-Signed Ranks Test

## 5.1 สรุปผลการวิจัย

5.1.1 ระดับการรับรู้ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย และก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ

1) ระดับการรับรู้ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายของกลุ่มควบคุมก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ พบว่า มีระดับการรับรู้ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย โดยรวมและ รายด้านอยู่ในระดับมาก ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.82 (ตารางที่ 4)

ด้านการได้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาและความศรัทธา จำแนกรายข้อ การรับรู้ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย อยู่ในระดับมากทั้ง 10 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถาม “ทุกครั้งที่ได้จับมือผู้ป่วย ร่วมกันขอพรจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ท่านศรัทธา ทำให้ท่านมีกำลังใจ” ข้อคำถาม “ท่านรู้สึกอบอุ่นใจที่ได้นำวัตถุมงคล ที่เป็นตัวแทนความศรัทธามาไว้ใกล้ๆ ผู้ป่วย” ข้อคำถาม “ท่านสุขใจทุกครั้งที่ได้นำพาตัวแทนทางศาสนา, นักบวชมาให้ผู้ป่วยร่วมทำบุญ” ข้อคำถาม “ท่านรู้สึกสุขใจ ที่ได้ดูแลใกล้ชิด สัมผัสผู้ป่วย เพื่อส่งผ่านความห่วงใยไปยังผู้ป่วย” ข้อคำถาม “ทุกครั้งเมื่อท่านอ่านหนังสือที่เป็นคำสอนทางศาสนาให้ผู้ป่วยฟัง ท่านผ่อนคลาย” ข้อคำถาม “ท่านสุขใจที่ได้นำพาบุคคลที่มีความหมายและผูกพันทางใจให้มาเยี่ยมผู้ป่วย” ข้อคำถาม “ท่านได้รับความช่วยเหลือและสนับสนุนจากพยาบาลให้ได้ทำตามสิ่งที่ท่านศรัทธา” ข้อคำถาม “ท่านไปทำบุญ สวดมนต์ ไหว้พระ ท่านสบายใจที่ได้ส่งผ่านผลบุญไปคุ้มครองผู้ป่วย” ข้อคำถาม “ท่านสุขใจได้ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้ ทำบุญขณะอยู่โรงพยาบาล” และข้อคำถาม “ท่านตั้งใจทุกครั้งในการสัมผัส นวด บริหารแขนขา ข้อพับเพื่อให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย”

ด้านการรับรู้ถึงการมีคุณค่าของการมีชีวิต จำแนกรายข้อ การรับรู้การรับรู้ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย อยู่ในระดับมาก 5 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถาม “ท่านภูมิใจที่ได้รับ

ความไว้วางใจจากพยาบาลให้เช็ดตัว” ข้อคำถาม “ท่านภูมิใจที่ช่วยจัดวางสายเครื่องช่วยชีวิตต่างๆ อย่างระมัดระวังได้” ข้อคำถาม “เสียงสัญญาณเตือนดัง ท่านบอกพยาบาล ท่านภูมิใจที่มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย” ข้อคำถาม “ท่านได้พูดคุยถึงบุคคลในครอบครัวที่ผู้ป่วยรัก ท่านพอใจที่ได้ทำสิ่งที่ดีที่สุดให้ผู้ป่วย” และข้อคำถาม “ท่านระวังเกี่ยวกับสายเครื่องช่วยหายใจ ท่านช่วยระวังรักษาการมีชีวิตรอยู่” ส่วนการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ระดับปานกลางมี 5 ข้อ คือ ข้อคำถาม “ท่านช่วยจัดท่านอน ตามที่ได้เรียนรู้จากพยาบาล” ข้อคำถาม “ท่านช่วยจัดวางสายเครื่องช่วยหายใจไม่ให้ดังรบกวน” ข้อคำถาม “ท่านภูมิใจที่ช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบาย” ข้อคำถาม “ผู้ป่วยโอ ท่านได้แจ้งให้พยาบาลทราบ ท่านได้มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบาย” ข้อคำถาม “พยาบาลบอกท่านช่วยจัดท่านอนให้ผู้ป่วยได้ถูกต้อง ท่านได้ทำสิ่งที่ดีมีให้กับผู้ป่วย” และข้อคำถาม “ท่านรู้สึกถึงความมีคุณค่าในตนเองที่ท่านได้เห็นการกระทำที่ใส่ใจจากพยาบาล”

ด้านการปรับตัวให้เข้ากับสถานะของชีวิตจำแนกรายข้อ การรับรู้การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย อยู่ในระดับมาก 9 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถาม “ท่านจัดเวลาให้ตัวเองพักผ่อนและมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ทุกวัน” ข้อคำถาม “ท่านได้ร่วมกิจกรรมกับครอบครัวและมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ทุกวันด้วย” ข้อคำถาม “ท่านได้ทำงานบ้านและมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ทุกวันด้วย” ข้อคำถาม “ท่านได้พูดคุยถึงบุคคลในครอบครัวที่ผู้ป่วยรัก ท่านพอใจที่ได้ทำสิ่งที่ดีที่สุดให้ผู้ป่วย” และข้อคำถาม “ท่านดูแลตัวเองให้แข็งแรงและมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ทุกวัน” ข้อคำถาม “ท่านทำงานในหน้าที่ได้ปกติและมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ทุกวัน” ข้อคำถาม “ท่านวางแผนล่วงหน้าช่วยให้งานมีคุณภาพเพื่อมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ทุกวัน” ข้อคำถาม “ท่านโทรศัพท์ถามอาการผู้ป่วยได้ตลอด” ข้อคำถาม “ท่านดูแลผู้ป่วยและดูแลคนอื่นที่บ้านด้วย” และข้อคำถาม “พยาบาลโทรศัพท์ทำให้ท่านทราบการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเร็วที่สุดเสมอ” ส่วนการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ระดับปานกลางมี 1 ข้อ คือ “ท่านปรับเวลาเพื่อมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ทุกวัน”

2) ระดับการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย กลุ่มควบคุม หลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ พบว่ามีระดับการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.99 (ตารางที่ 9)

ด้านการได้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาและความศรัทธา จำแนกรายข้อ การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย อยู่ในระดับมากทั้ง 10 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถาม “ทุกครั้งที่ได้จับมือผู้ป่วย ร่วมกันขอพรจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ท่านศรัทธา ทำให้ท่านมีกำลังใจ” ข้อคำถาม “ท่านรู้สึกอบอุ่นใจที่ได้นำวัตถุมงคล ที่เป็นตัวแทนความศรัทธามาไว้ใกล้ๆผู้ป่วย” ข้อคำถาม “ท่านสุขใจทุกครั้งที่ได้นำพาตัวแทนทางศาสนา, นักบวชมาให้ผู้ป่วยร่วมทำบุญ” ข้อคำถาม “ท่านรู้สึกสุขใจ ที่ได้ดูแล

ใกล้ชิด สัมผัสผู้ป่วย เพื่อส่งผ่านความห่วงใยไปยังผู้ป่วย” ข้อคำถาม “ทุกครั้งเมื่อท่านอ่านหนังสือที่เป็นคำสอนทางศาสนาให้ผู้ป่วยฟัง ท่านผ่อนคลาย” ข้อคำถาม “ท่านสุขใจที่ได้นำพาบุคคลที่มีความหมายและผูกพันทางใจให้มาเยี่ยมผู้ป่วย” ข้อคำถาม “ท่านได้รับความช่วยเหลือและสนับสนุนจากพยาบาลให้ทำตามสิ่งที่ท่านศรัทธา” ข้อคำถาม “ท่านไปทำบุญ สวดมนต์ ไหว้พระ ท่านสบายใจที่ได้ส่งผ่านผลบุญไปคุ้มครองผู้ป่วย” ข้อคำถาม “ท่านสุขใจได้ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้ ทำบุญขณะอยู่โรงพยาบาล” และข้อคำถาม “ท่านตั้งใจทุกครั้งในการสัมผัส นวด บริหารแขนขา ข้อพับเพื่อให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย”

ด้านการรับรู้ถึงการมีคุณค่าของการมีชีวิต จำแนกรายข้อ การรับรู้การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย อยู่ในระดับมาก 9 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถาม “ท่านภูมิใจที่ได้รับ ความไว้วางใจจากพยาบาลให้เช็ดตัว” ข้อคำถาม “ท่านภูมิใจที่ช่วยจัดวางสายเครื่องช่วยชีวิตต่างๆ อย่างระมัดระวังได้” ข้อคำถาม “เสียงสัญญาณเตือนดัง ท่านบอกพยาบาล ท่านภูมิใจที่มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย” ข้อคำถาม “ท่านได้พูดคุยถึงบุคคลในครอบครัวที่ผู้ป่วยรัก ท่านพอใจที่ได้ทำสิ่งที่ดี ที่สุดให้ผู้ป่วย” ข้อคำถาม “ท่านระวังเกี่ยวกับสายเครื่องช่วยหายใจ ท่านช่วยระวังรักษาการมีชีวิตอยู่” ข้อคำถาม “ท่านช่วยจัดท่านอน ตามที่ได้เรียนรู้จากพยาบาล” ข้อคำถาม “ท่านช่วยจัดวางสาย เครื่องช่วยหายใจไม่ให้ดึงรั้ง ท่านภูมิใจที่ช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบาย” ข้อคำถาม “ผู้ป่วยไอ ท่านได้แจ้งให้ พยาบาลทราบ ท่านได้มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบาย” และข้อคำถาม “ท่านรู้สึกถึงความมีคุณค่าใน ตนเองที่ท่านได้เห็นการกระทำที่ใส่ใจจากพยาบาล” ส่วนการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแล ผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ระดับปานกลางมี 1 ข้อ คือ ข้อคำถาม “พยาบาลบอก ท่านช่วยจัดท่านอนให้ ผู้ป่วยได้ถูกต้อง ท่านได้ทำสิ่งที่ดีมีให้กับผู้ป่วย”

ด้านการปรับตัวให้เข้ากับสภาวะของชีวิตจำแนกรายข้อ การรับรู้การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย อยู่ในระดับมาก 8 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถาม “ท่านปรับเวลาเพื่อ มาเยี่ยมผู้ป่วยได้ทุกวัน” ข้อคำถาม “ท่านจัดเวลาให้ตัวเองพักผ่อนและมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ทุกวัน” ข้อ คำถาม “ท่านได้ร่วมกิจกรรมกับครอบครัวและมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ทุกวันด้วย” ข้อคำถาม “ท่านได้ทำงาน บ้านและมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ทุกวันด้วย” ข้อคำถาม “ท่านได้พูดคุยถึงบุคคลในครอบครัวที่ผู้ป่วยรัก ท่าน พพอใจที่ได้ทำสิ่งที่ดีที่ สุดให้ผู้ป่วย” และข้อคำถาม “ท่านดูแลตัวเองให้แข็งแรงและมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ทุก วัน” ข้อคำถาม “ท่านวางแผนล่วงหน้าช่วยให้งานมีคุณภาพเพื่อมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ทุกวัน” ข้อคำถาม “ท่านดูแลผู้ป่วยและดูแลคนอื่นที่บ้านด้วย” และข้อคำถาม “พยาบาลโทรศัพท์ทำให้ท่านทราบการ เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเร็วที่สุดเสมอ” ส่วนการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤต ระยะสุดท้าย ระดับปานกลางมี 2 ข้อ คือ ข้อคำถาม “ท่านทำงานในหน้าที่ได้ปกติและมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ ทุกวัน” และข้อคำถาม “ท่านโทรศัพท์ถามอาการผู้ป่วยได้ตลอด”

3) ระดับการรับรู้ความความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย กลุ่มทดลองก่อนการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวความคิดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย พบว่า มีระดับการรับรู้ความความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.57 (ตารางที่ 5)

ด้านการได้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาและความศรัทธา จำแนกรายข้อ การรับรู้ความความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย อยู่ในระดับมากทั้ง 10 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถาม “ทุกครั้งที่ได้จับมือผู้ป่วย ร่วมกันขอพรจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ท่านศรัทธา ทำให้ท่านมีกำลังใจ” ข้อคำถาม “ท่านรู้สึกอบอุ่นใจที่ได้นำวัตถุมงคล ที่เป็นตัวแทนความศรัทธามาไว้ใกล้ๆผู้ป่วย” ข้อคำถาม “ท่านสุขใจทุกครั้งที่ได้นำพาตัวแทนทางศาสนา นักบวชมาให้ผู้ป่วยร่วมทำบุญ” ข้อคำถาม “ท่านรู้สึกสุขใจ ที่ได้ดูแลใกล้ชิด สัมผัสผู้ป่วย เพื่อส่งผ่านความห่วงใยไปยังผู้ป่วย” ข้อคำถาม “ทุกครั้งเมื่อท่านอ่านหนังสือที่เป็นคำสอนทางศาสนาให้ผู้ป่วยฟัง ท่านผ่อนคลาย” ข้อคำถาม “ท่านสุขใจที่ได้นำพานุคคลที่มีความหมายและผูกพันทางใจให้มาเยี่ยมผู้ป่วย” ข้อคำถาม “ท่านได้รับความช่วยเหลือและสนับสนุนจากพยาบาลให้ได้ทำตามสิ่งที่ท่านศรัทธา” ข้อคำถาม “ท่านไปทำบุญ สวดมนต์ ไหว้พระ ท่านสบายใจที่ได้ส่งผ่านผลบุญไปคุ้มครองผู้ป่วย” ข้อคำถาม “ท่านสุขใจได้ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้ ทำบุญขณะอยู่โรงพยาบาล” และข้อคำถาม “ท่านตั้งใจทุกครั้งในการสัมผัส นวด บริหารแขนขา ข้อพับเพื่อให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย”

ด้านการรับรู้ถึงการมีคุณค่าของการมีชีวิต จำแนกรายข้อ การรับรู้การรับรู้ความความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย อยู่ในระดับมาก 5 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถาม “ท่านภูมิใจที่ช่วยจัดวางสายเครื่องช่วยชีวิตต่างๆอย่างระมัดระวังได้” ข้อคำถาม “เสียงสัญญาณเตือนดัง ท่านบอกพยาบาลท่านภูมิใจที่มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย” ข้อคำถาม “ท่านได้พูดคุยถึงบุคคลในครอบครัวที่ผู้ป่วยรักท่านพอใจที่ได้ทำสิ่งที่ดีที่สุดให้ผู้ป่วย” ข้อคำถาม “ท่านช่วยจัดวางสายเครื่องช่วยหายใจไม่ให้ดังรบกวนท่านภูมิใจที่ช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบาย” และข้อคำถาม “ท่านรู้สึกถึงความมีคุณค่าในตนเองที่ท่านได้เห็นการกระทำที่ใส่ใจจากพยาบาล” ส่วนการรับรู้ความความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ระดับปานกลางมี 5 ข้อ คือ ข้อคำถาม “ท่านภูมิใจที่ได้รับความสะดวกจากพยาบาลให้เช็ดตัว” ข้อคำถาม “ท่านช่วยจัดท่านนอน ตามที่ได้เรียนรู้จากพยาบาล” ข้อคำถาม “ท่านระวังเกี่ยวกับสายเครื่องช่วยหายใจ ท่านช่วยระวังรักษาการมีชีวิตอยู่” ข้อคำถาม “ผู้ป่วยโอ ท่านได้แจ้งให้พยาบาลทราบท่านได้มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบาย” และข้อคำถาม “พยาบาลบอก ท่านช่วยจัดท่านนอนให้ผู้ป่วยได้ถูกต้อง ท่านได้ทำสิ่งที่ดีมีให้กับผู้ป่วย”

ด้านการปรับตัวให้เข้ากับสถานะของชีวิตจำแนกรายข้อ การรับรู้การรับรู้ความความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย อยู่ในระดับมาก 5 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถาม “ท่านจัดเวลาให้

ตัวเองพักผ่อนและมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ทุกวัน” ข้อคำถาม “ท่านได้ร่วมกิจกรรมกับครอบครัวและมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ทุกวันด้วย” ข้อคำถาม “ท่านดูแลตัวเองให้แข็งแรงและมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ทุกวัน” ข้อคำถาม “ท่านวางแผนล่วงหน้าช่วยให้งานมีคุณภาพเพื่อมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ทุกวัน” และข้อคำถาม “พยาบาลโทรศัพท์ให้ท่านทราบการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเร็วที่สุดเสมอ” ส่วนการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ระดับปานกลางมี 5 ข้อ คือ ข้อคำถาม “ท่านปรับเวลาเพื่อมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ทุกวัน” ข้อคำถาม “ท่านได้ทำงานบ้านและมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ทุกวันด้วย” ข้อคำถาม “ท่านทำงานในหน้าที่ได้ปกติและมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ทุกวัน” ข้อคำถาม “ท่านโทรศัพท์ถามอาการผู้ป่วยได้ตลอด” และข้อคำถาม “ท่านดูแลผู้ป่วยและดูแลคนอื่นที่บ้านด้วย”

4) ระดับการรับรู้ความความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย กลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย พบว่า มีระดับการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.19 (ตารางที่ 9)

ด้านการได้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาและความศรัทธา จำแนกรายข้อการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย อยู่ในระดับมากที่สุดทั้ง 10 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถาม “ทุกครั้งที่ได้จับมือผู้ป่วย ร่วมกันขอพรจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ท่านศรัทธา ทำให้ท่านมีกำลังใจ” ข้อคำถาม “ท่านรู้สึกอบอุ่นใจที่ได้นำวัตถุมงคล ที่เป็นตัวแทนความศรัทธามาไว้ใกล้ๆ ผู้ป่วย” ข้อคำถาม “ท่านสุขใจทุกครั้งที่ได้นำพาตัวแทนทางศาสนา นักบวชมาให้ผู้ป่วยร่วมทำบุญ” ข้อคำถาม “ท่านรู้สึกสุขใจ ที่ได้ดูแลใกล้ชิด สัมผัสผู้ป่วย เพื่อส่งผ่านความห่วงใยไปยังผู้ป่วย” ข้อคำถาม “ทุกครั้งเมื่อท่านอ่านหนังสือที่เป็นคำสอนทางศาสนาให้ผู้ป่วยฟัง ท่านผ่อนคลาย” ข้อคำถาม “ท่านสุขใจที่ได้นำพาบุคคลที่มีความหมายและผูกพันทางใจให้มาเยี่ยมผู้ป่วย” ข้อคำถาม “ท่านได้รับความช่วยเหลือและสนับสนุนจากพยาบาลให้ได้ทำตามสิ่งที่ท่านศรัทธา” ข้อคำถาม “ท่านไปทำบุญ สวดมนต์ ไหว้พระ ท่านสบายใจที่ได้ส่งผ่านผลบุญไปคุ้มครองผู้ป่วย” ข้อคำถาม “ท่านสุขใจได้ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้ ทำบุญขณะอยู่โรงพยาบาล” และข้อคำถาม “ท่านตั้งใจทุกครั้งในการสัมผัส นวด บริหารแขนขา ข้อพับเพื่อให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย”

ด้านการรับรู้ถึงการมีคุณค่าของการมีชีวิต จำแนกรายข้อ การรับรู้การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย อยู่ในระดับมากที่สุดทั้ง 10 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถาม “ท่านภูมิใจที่ได้รับการไว้วางใจจากพยาบาลให้เช็ดตัว” ข้อคำถาม “ท่านภูมิใจที่ช่วยจัดวางสายเครื่องช่วยชีวิตต่างๆอย่างระมัดระวังได้” ข้อคำถาม “เสียงสัญญาณเตือนดัง ท่านบอกพยาบาล ท่านภูมิใจที่มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย” ข้อคำถาม “ท่านได้พูดคุยถึงบุคคลในครอบครัวที่ผู้ป่วยรัก ท่านพอใจที่ได้ทำสิ่งที่ดีที่สุดในชีวิต” ข้อคำถาม “ท่านระวังเกี่ยวกับสายเครื่องช่วยหายใจ ท่านช่วยระวังรักษาการมีชีวิตอยู่”

ข้อคำถาม “ท่านช่วยจัดท่านอน ตามที่ได้เรียนรู้จากพยาบาล” ข้อคำถาม “ท่านช่วยจัดวางสายเครื่องช่วยหายใจไม่ให้ดึงรั้ง ท่านภูมิใจที่ช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบาย” ข้อคำถาม “ผู้ป่วยไอ ท่านได้แจ้งให้พยาบาลทราบ ท่านได้มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบาย” ข้อคำถาม “พยาบาลบอก ท่านช่วยจัดท่านอนให้ผู้ป่วยได้ถูกต้อง ท่านได้ทำสิ่งที่ดีมีให้กับผู้ป่วย” และข้อคำถาม “ท่านรู้สึกถึงความมีคุณค่าในตนเองที่ท่านได้เห็นการกระทำที่ใส่ใจจากพยาบาล”

ด้านการปรับตัวให้เข้ากับสถานะของชีวิตจำแนกรายข้อ การรับรู้การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย อยู่ในระดับมากที่สุดทั้ง 10 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถาม “ท่านจัดเวลาให้ตัวเองพักผ่อนและมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ทุกวัน” ข้อคำถาม “ท่านได้ร่วมกิจกรรมกับครอบครัวและมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ทุกวันด้วย” ข้อคำถาม “ท่านได้ทำงานบ้านและมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ทุกวันด้วย” ข้อคำถาม “ท่านได้พูดคุยถึงบุคคลในครอบครัวที่ผู้ป่วยรัก ท่านพอใจที่ได้ทำสิ่งที่ดีที่สุดให้ผู้ป่วย” และข้อคำถาม “ท่านดูแลตัวเองให้แข็งแรงและมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ทุกวัน” ข้อคำถาม “ท่านทำงานในหน้าที่ได้ปกติและมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ทุกวัน” ข้อคำถาม “ท่านวางแผนล่วงหน้าช่วยให้งานมีคุณภาพเพื่อมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ทุกวัน” ข้อคำถาม “ท่านโทรศัพท์ถามอาการผู้ป่วยได้ตลอด” ข้อคำถาม “ท่านดูแลผู้ป่วยและดูแลคนอื่นที่บ้านด้วย” และข้อคำถาม “พยาบาลโทรศัพท์ให้ท่านทราบการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเร็วที่สุดเสมอ” และข้อคำถาม “ท่านปรับเวลาเพื่อมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ทุกวัน”

5.1.2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ระหว่างกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย และกลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ ด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test (ตารางที่ 17-24)

เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย กลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย สูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ ทั้งโดยรวมและรายด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

ด้านการได้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาและความศรัทธา จำแนกรายข้อการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมทุกข้อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ด้านการรับรู้ถึงการมีคุณค่าของการมีชีวิต จำแนกรายข้อ การรับรู้การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ทุกข้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ด้านการปรับตัวให้เข้ากับสภาวะของชีวิตจำแนกรายข้อ การรับรู้การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ทุกข้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5.1.3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย กลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ด้วยสถิติ Wilcoxon-Signed Ranks Test (ตารางที่ 21- 24)

เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย กลุ่มทดลองหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย สูงวก่อก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ทั้งโดยรวมและรายด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

ด้านการได้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาและความศรัทธา จำแนกรายข้อ การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย หลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย สูงวก่อก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ทุกข้อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ด้านการรับรู้ถึงการมีคุณค่าของการมีชีวิต จำแนกรายข้อ การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย หลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย สูงวก่อก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายทุกข้อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ด้านการรับรู้ถึงการมีคุณค่าของการมีชีวิต จำแนกรายข้อ การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย หลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย สูงวก่อก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ทุกข้อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

## 5.2 การอภิปรายผล

5.1.2 การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย หลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย สูงกว่าการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ที่ใช้รูปแบบการพยาบาลแบบที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายที่ตรวจพบ จากผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ข้างต้น สามารถอธิบายได้ว่า การใช้แนวทางการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายมีผลทำให้การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายสูงขึ้นเป็นผลมาจากการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลตามแนวทางการสนับสนุนทางสังคม Weiss (1974) ที่บูรณาการขึ้น

**รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมต่อการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย**

ชุดกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติต่อผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ในการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยวิกฤตในการสร้างสัมพันธภาพที่ใกล้ชิดในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน ได้ถ่ายทอดความรู้สึกทางใจ ดูแลเอาใจ และทำในสิ่งที่ผู้ดูแลผู้ป่วยรู้ว่าผู้ป่วยชอบอย่างเข้าใจในช่วงเวลาที่สำคัญและจำกันี้ รวมทั้งผู้ดูแลผู้ป่วยได้กระทำกิจกรรมอื่นๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย โดยพยาบาลเป็นผู้ให้คำแนะนำ มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาล ผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อส่งผ่านความรักและความห่วงใยนั้น ไปยังผู้ป่วย รวมทั้งพยาบาลยังเป็นผู้ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้ป่วยรู้สึกถึงความเป็นผู้มีคุณค่าในบทบาทของตนเอง ในสิ่งที่ตนได้กระทำให้ผู้ป่วย และได้ดูแล ปฏิบัติต่อผู้ป่วยในช่วงเวลาที่มีค่านี้โดยใช้กรอบแนวคิดของ Weiss (1974) มีกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สนับสนุนและส่งเสริมให้มีการสร้างสัมพันธภาพที่ใกล้ชิด ระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วย และผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย หมายถึง พยาบาลเป็นผู้สนับสนุนและส่งเสริมในการสร้างสัมพันธภาพที่ใกล้ชิด ระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย

กิจกรรมที่ 2 ช่วยเหลือและสนับสนุนให้มีการแสดงถึงความเป็นคุณค่าอันเป็นที่ยอมรับของสังคมของผู้ป่วยจากบุคคลอื่น หมายถึง พยาบาลเป็นผู้สนับสนุนให้มีการนำพาบุคคลที่มีความหมายในความรู้สึกที่ดีสำหรับผู้ป่วยเมื่อนึกถึงมาเยี่ยมเยียน หรือติดต่อให้พูดคุยทางโทรศัพท์เพื่อแสดงความเป็นคุณค่าอันเป็นที่ยอมรับทางสังคมของผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 3 ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้ป่วยรู้สึกถึงความเป็นผู้มีคุณค่าในบทบาทของตนเอง หมายถึง พยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้ป่วยรู้สึกถึงความเป็นผู้มีคุณค่าในบทบาทของตนเอง ภูมิใจในสิ่งที่ตนได้กระทำให้ผู้ป่วย และได้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

ส่วนการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบที่มุ่งแก้ปัญหาเร่งด่วนตามอาการทางกายโดยมีขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล 4 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ประเมินสภาพผู้ป่วย โดยการวัดสัญญาณชีพและการตรวจร่างกายเพื่อค้นหาความผิดปกติ

กิจกรรมที่ 2 แก้ไขภาวะผิดปกติจากการตรวจพบ โดยรายงานแพทย์ และให้การพยาบาลตามคำสั่งการรักษาของแพทย์

กิจกรรมที่ 3 ประเมินผลการพยาบาลหลังการให้การพยาบาลตามคำสั่งการรักษาของแพทย์

กิจกรรมที่ 4 แจ้งอาการและการเปลี่ยนแปลงให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายทราบ

เป็นการปฏิบัติงานที่ผสมผสานเพื่อให้การปฏิบัติงานเสร็จตามเวลา ผู้ดูแลผู้ป่วยและญาติมักไม่ค่อยได้รับข้อมูลจากพยาบาล และพยาบาลมักมุ่งอยู่กับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลจนลืมถึงความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วย และญาติ ทำให้การดูแลที่เข้าถึงด้านจิตใจมีค่อนข้างน้อย เนื่องจากมีภาระงานที่เร่งรีบ มุ่งช่วยเหลือภาวะวิกฤตทางกายที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญเป็นหลักไม่ได้คำนึงถึงปัญหาด้านอื่นๆ ร่วมด้วย จนลืมนึกไปว่าจิตใจของญาติก็วิกฤตไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากัน จากการศึกษาพบว่าพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตมุ่งให้ความสนใจดูแลและตอบสนองความต้องการเฉพาะตัวผู้ป่วยเป็นสำคัญ (Jacono et al., 1990) ให้ความสำคัญกับความต้องการของบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยไม่เท่าที่ควร อาจเนื่องจากมีข้อจำกัดของเวลาขาดความรู้ ความเข้าใจความต้องการของบุคคลในครอบครัวหรืออาจมองไม่เห็นความสำคัญของความต้องการของบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (O'Malley et al., 1991) และพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยไม่สามารถเข้าใจปัญหาของผู้รับบริการแต่ละรายได้อย่างแท้จริง ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยและญาติ จึงถูกละเลยไป บางครั้งผู้ดูแลผู้ป่วยอาจต้องการความช่วยเหลือ เพียงพยาบาลรับฟัง อำนวยความสะดวกและเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้กระทำตามความเชื่อทางศาสนาและศรัทธาของตนที่ไม่ขัดต่อแผนการรักษาเพียงเท่านี้ก็มิพผลด้านจิตใจเป็นอย่างมาก

จากผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายข้างต้น อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายก่อนการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย มีระดับการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ทั้งโดยรวมและรายด้านมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์มาก และภายหลังการได้รับการดูแลด้วยรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์มากที่สุด

### 5.3 ข้อเสนอแนะ

ผลจากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยพบว่า ผลของการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลบูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายต่อการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ในด้านต่างๆ ดังนี้

#### 5.3.1 ด้านการบริหารการพยาบาล

1) ผู้บริหารควรมีนโยบายในการดูแลผู้ดูแลและญาติด้วยแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Weiss (1974) ด้วยการจัดเป็นโครงการนำร่อง โดยมีห้องผู้ป่วยหนักที่ดำเนินการวิจัยเป็นที่เลี้ยงหรือเป็นที่ศึกษาฐานเพื่อให้การบริการการพยาบาลเกิดลักษณะของวิชาชีพการพยาบาลอย่างจริงจัง

2) ให้ห้องผู้ป่วยหนักเป็นแกนนำ ในการนำแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Weiss (1974) มาสร้างรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย และให้ญาติได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยให้เป็นรูปธรรมมากขึ้น

#### 5.3.2 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1) ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย จะเห็นว่าผู้มีบทบาทสำคัญที่เข้ามามีส่วนร่วม คือ ญาติของผู้ป่วย พยาบาลจึงควรให้ความสำคัญในการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้ป่วย หรือญาติได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายนี้ที่สำคัญ

2) พยาบาลห้องผู้ป่วยหนักควรจัดทำแบบแผนในการดูแลผู้ป่วยและญาติ ด้วยแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Weiss (1974) ที่ให้ความสำคัญในเรื่องสัมพันธภาพ ให้ญาติได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายขณะที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายนี้ยังมีชีวิตอยู่

#### 5.3.3 ด้านการวิจัย

1) ควรสนับสนุนให้มีการวิจัยเกี่ยวกับการนำรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายในห้องผู้ป่วยหนัก

2) ควรสนับสนุนให้มีการวิจัยรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลผู้ป่วยอื่น เพื่อให้เกิดแนวทางที่ชัดเจนในการปฏิบัติการพยาบาลยิ่งขึ้นทางสังคมของ Weiss (1974) ที่ให้ความสำคัญในเรื่องสัมพันธภาพเพื่อเป็นการตอบสนองความต้องการของผู้ดูแลและญาติอย่างแท้จริง และให้นำคู่มือรูปแบบการปฏิบัติโดยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Weiss (1974) ในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายนี้ มาประกอบในการปฐมนิเทศ โดยจัดให้มีพี่เลี้ยงสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่จบใหม่ เพื่อปลูกจิตสำนึกในการให้การพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายเข้าไปด้วย

## บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2544). *ฐานข้อมูลเพื่อการจัดการบริการพยาบาล ในโรงพยาบาล*. กรุงเทพฯ: สามเจริญ
- คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี. (2547). *การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต = Critical care nursing*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: นิติบรรณาการ
- ฉวีวรรณ ไพรวัลย์. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลการปฏิบัติงานทางศาสนา พฤติกรรมการดูแลทางการพยาบาลกับความผาสุกด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลบำราศนราดูร*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชันนาฏ ณ นคร และคณะ (2538). บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายที่บ้าน. *วิทยาสารพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย*. 20(3), 331-338.
- ชอลดา พันธุเสนา. (2536). *การพยาบาลจิตสังคมในผู้ป่วยภาวะวิกฤตตามแบบแผนสุขภาพ*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง กรุ๊ป.
- ทัศนีย์ ทองประทีป, นงลักษณ์ นฤวัตร, สุณี พนาสกุลการ, นุศ ทิพย์แสนคำ และบุญทิศา สุ่วิทย์. (2544). *ความสัมพันธ์ของความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตวิญญาณของพยาบาล ในสังกัดสำนักงานการแพทย์*. *วารสารสภาการพยาบาล*, 16(4), 12-27.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2546). *พุทธธรรมเพื่อการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: เอกพิมพ์ไท.
- ธิดิมา วทานิยเวช. (2540). *ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตตามการรับรู้ของตนเอง และของพยาบาล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุบผา ขอบใจ. (2536). *ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ประเวศ วะสี. (2543). สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์. (พิมพ์ครั้งที่ 4). สำนักงานปฏิรูปสุขภาพ  
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว, และฉันทชัย สิทธิพันธุ์. (บรรณาธิการ).  
(2548). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย *End of life care: Improving care of the dying*. กรุงเทพฯ:  
โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ปัทมา วาจาฉัน. (2534). ความสามารถทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงาน  
จักษุวิทยาของประเทศไทย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล  
เวชปฏิบัติชุมชน. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

พระธรรมปิฎก. (2539). ลักษณะแห่งพระพุทธศาสนา. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: มูลนิธิพุทธธรรม

พระมหาธีรพงษ์ มีไธสง. (2541). แรงจูงใจในการตัดสินใจบรรพชาเป็นสามเณรในพระพุทธศาสนา .  
ศึกษาเปรียบเทียบแรงจูงใจในการตัดสินใจบรรพชาของสามเณรในจังหวัดนครศรีธรรมราช  
กับจังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์อักษรศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาศาสนาเปรียบเทียบ.  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

พรจันทร์ สุวรรณชาติ. (2534). การพยาบาลกับการดูแล. ใน อรุณีย์ วีระนัต (บรรณาธิการ), *การประชุม  
วิชาการ เรื่อง การพยาบาลในมิติจิตวิญญาณ วันที่ 26-27 พฤศจิกายน 2533 (หน้า 8-15)*.  
กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. (2538). *การนิเทศและการสอนการพยาบาลในคลินิก*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). ชลบุรี: คณะ  
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. (2544). *ก้าวใหม่สู่บทบาทในการบริหารการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: วังใหม่  
บลูพรีนซ์.

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ และ Basanti Majumdar. (2544). การเรียนรู้โดยใช้ปัญหา = Problem - based  
learning. กรุงเทพฯ : ธนาเพรส,

ฟาริดา อิบราฮิม. (2551). ปฏิบัติการพยาบาลตามกรอบทฤษฎีการพยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ :  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ยุวดี ฤาชา, มาลี เลิศมาลีวงศ์ และเยาวลักษณ์ เล่าหะจินดา. (2540). *วิจัยทางการแพทย์พยาบาล*. (พิมพ์ครั้งที่ 6).  
กรุงเทพฯ: สยามศิลปะการพิมพ์.

รวี เดือนดาว. (2547). *ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย: การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

รุจิ รัตนเสถียร. (2550). *การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

รุ่งทิพย์ แสงใจ. (2542). *การสนับสนุนจากคู่สมรสกับความผาสุกของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วรรณวิไล จันทราภา. (2544). *มโนคติสุขภาพและการสาธารณสุข*. ใน วรรณวิไล จันทราภา และคณะ, *สาธารณสุข 1 หน่วยที่ 1-7 (หน้า 1-60)*. (พิมพ์ครั้งที่ 20). นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช.

วันทนา สาลี. (2553). *ผลการใช้รูปแบบบริการพยาบาลที่บูรณาการการพยาบาลด้านจิตวิญญาณต่อรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตาย*. การศึกษาอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล. บัณฑิตวิทยาลัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์.

สมพร รัตนพันธ์. (2541). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

สันต์ หัตถิรัตน์. (2537). *นอนไม่หลับ*. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.

สายพิน เกษมกิจวัฒนา, วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, วัฒนา น้ำเพชร และภัสพร จำวิชา. (2539). *แบบจำลองเชิงสาเหตุภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง*. วารสารพยาบาลศาสตร์. 14. 76-92.

สาวิตรี มณีพงศ์. (2551). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หอผู้ป่วยเวชบำบัดวิกฤต  
อายุรกรรม แผนกการพยาบาลอายุรกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์. การค้นคว้าแบบอิสระ  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย  
ขอนแก่น

สิริกาญจน์ บริสุทธิบัณฑิต. (2540). ผลการใช้ระบบการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อ  
การใช้กระบวนการพยาบาล ความเป็นอิสระและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม  
การพยาบาลและความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการการพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร

สุนิสา สุขตระกูล. (2544). ความต้องการในภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย  
ภาวะใกล้ตาย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาล  
จิตเวช. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุวรรณี สุนทรสรรพ. (2541). การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจและหลอดเลือด  
โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา  
การบริหารการพยาบาล. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

American Association of Critical Care Nurse. (2002). Designing an agenda for the nursing profession on  
end-of-life care. (on line). Retrieved from <http://www.Aacn.org/AACN/practice.nst>

Burkhardt, M. A. (1989). Spirituality: an analysis of the concept. *Holistic Nursing Practice*, 3(3), 69-77.  
doi: 10.1097/00004650-198905000-00011.

Carpenito, L. J. (1997). The Extinction of the Nursing Species. *Nursing Forum*, 32(3), 3-4. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.1997.tb00203.x>

Carson, V. B. (1989). *Spiritual dimensions of nursing practice*. Philadelphia, W.B. Saunder,.

Carson, V., Soeken, K. L., Shanty, J., & Terry, L. (1990). Hope and spiritual well-being: Essentials for  
Living with AIDS. *Perspectives in Psychiatric Care*, 26(2), 28-35. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.1990.tb00306.x>

- Carson, V. B., & Green, H. (1992). Spiritual well-being : A predictor of hardiness in patient with acquired immuno-deficiency syndrome. *Journal of Professional Nursing*, 8(4), 209-220. doi: 10.1016/ 8755-7223(92)90082-a.
- Cotton, S. P., Levine, E. G., Fitzpatrick, C. M., Dold, K. H., & Targ, E., (1999). Exploring the relationships among spiritual well-being, quality of life, and psychological adjustment in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 8(5), 429-438. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1611\(199909/10\)8:5<429::AID-PON420>3.0.CO;2-P](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1611(199909/10)8:5<429::AID-PON420>3.0.CO;2-P)
- Ellison, C. W. (1983). Spiritual well-being: conceptualization and measurement. *Journal of Psychology and Theology*, 11(4), 330-340.
- Fehring, R. J., Miller, J. F., & Shaw, C. (1997). Spiritual well-being, religiosity, hope, depression, and other mood states in elderly people coping with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 24(4), 663-671.
- Fernsler, J. I., Klemm, P., & Miller, M. A. (1999). Spiritual well-being and demands of illness in people with colorectal cancer. *Cancer Nursing*, 22(2), 134-140; quiz 141-2. doi: 10.1097/00002820-199904000-00005.
- Fernsler, J. I., Klemm, P., & Miller, M. A. (1999). Spiritual well-being and demands of illness in people with colorectal cancer. *Cancer Nursing*, 22(2), 134-140, quiz 141-142. doi: 10.1097/00002820-199904000-00005.
- Ferrell, B. R., Grant, M. M., Funk, B. M., Otis-Green, S. A., & Garcia, N. J. (1998). Quality of life in breast cancer survivors: implications for developing support services. *Oncology Nursing Forum*, 25(5), 887-895.
- Ferrell, O. C., & Skinner, S. J. (1988). Ethical Behavior and bureaucratic structure in marketing research organizations. *Journal of Marketing research*, 25, 103-109.
- Gill, T. M. (1995). Quality of life assessment: values and pitfalls. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 88(12), 680–682. PMID: 8786588.

- Henemen, E. A., & Cardin, S. (2002). Family-centered critical care: A practical approach to making it happen. *Critical Care Nurse*, 22(6), 12-19.
- Highfield, M. F. (1992). Spiritual health of oncology patient: Nurse and patient perspectives. *Cancer Nursing*, 15(1), 1-8.
- Highfield, M. F., & Carson, C. (1983). Spiritual needs of patient: are the recognized. *Cancer Nursing*, 6(3), 187-192.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. California: Addison-Wesley Publishing.
- Hungelmann, J., Kenkel-Rossi, E., Klassen, I., & Stollenwerk, R. (1996). Focus on spiritual well-being: Harmonious interconnectedness of mind-body-spirit--use of the JAREI spiritual well-being scale. *Geriatric Nursing*, 17(6), 262-266. Doi: 10.1016/s0197-4572(96)80238-2.
- Jocono, J., Hicks, G., Atonioni, C., O'Brien, K., & Rami, M. (1990). Comparison of perceive needs of family members between registered nurse and family members of critically ill patients in intensive care and neonatal intensive care units. *Heart & Lung : The Journal of Critical Care*. 19(1), 72-78.
- Johnson, A., & Bourgeois, S. (2003). Essence of caring for a person dying. *Nursing and Health Sciences*, 5(2), 133-138. <https://doi.org/10.1046/j.1442-2018.2003.00144.x>
- Kubler-Ross, E. (1969). *On Death and Dying*. New York, NY: Macmillan Publishing.
- Landis, B. J. (1996). Uncertainty, spiritual well-being, and psychosocial adjustment to chronic illness. *Issues in Mental Health Nursing*, 17(3), 217-231. doi: 10.3109/01612849609049916.
- Mickley, J. R. (1990). *Spiritual well-being, religiousness, and hope: Some relationships in a sample of women with breast cancer*. Doctoral dissertation, University of Maryland, Dissertation Abstracts International, 51, 2288.
- Mickley, J., Soeken, K., & Belcher, A. (1992). Spiritual well-being, religiousness and hope among women with breast cancer. *Image : The Journal of Nursing Scholarship*, 24(4), 267-72. doi: 10.1111/j.1547-5069.1992.tb00732.x.

- Moree, L. J. (1998). *Predictors of spiritual well-being in women in ministry*. (Doctoral dissertation, Florida State University, Tallahassee, 1998). Dissertation Abstracts International, 59, 858.
- O'Malley, P., Favaloro, R., Anderson, B., Anderson, M. L., Siewe, S., Benson-Landau, M., et al. (1991). Critical care nurse perceptions of family needs. *Heart & lung : The Journal of Critical Care*, 20(2), 189—201.
- Paloutzian, R. F. & Ellison, C. W. (1982). Loneliness, spiritual well-being and quality of life. In Peplau, L. A., & Perlman, D., (Eds.). *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*. New York: Wiley.
- Peri, T. C. (1995). Promoting spirituality in persons with acquired immunodeficiency syndrome: a nursing intervention. *Holistic Nursing Practice*, 10(1), 68-76. doi: 10.1097/00004650-199510000-00011.
- Piles, C. L. (1990). Providing spiritual care. *Nurse Educator*. 15(1), 36-41. doi: 10.1097/00006223-199001000-00014.
- Portenoy, R. K. (1996). Opioid therapy for chronic nonmalignant pain: clinicians' perspective. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 24(4), 296-309. <https://doi.org/10.1111/j.1748-720X.1996.tb01871.x>
- Ross, L. A. (1995). Elderly patients' perceptions of their spiritual needs and care: a pilot study. *Journal of Advanced Nursing*, 26(4), 710-715. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.00393.x>
- Ross, C. E., & Van Willigen, M. (1997). Education and the subjective quality of life. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(3), 275-297.
- Robb, Y. A. (1998). Family nursing in intensive care part one: is family nursing appropriate in intensive care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 14( 3) , 203- 207. [https://doi.org/10.1016/S0964-3397\(98\)80363-7](https://doi.org/10.1016/S0964-3397(98)80363-7).
- Sheehan, D. C., & Forman, W. B. (1996). *Hospice and palliative care: Concepts and practice*. Boston: Jones & Bartlett.

Taylor, E. J. (1993). Factors associated with meaning in life among people with recurrent cancer. *Oncology Nursing Forum*, 20(9), 1399–1405 ; discussion 1406-1407.

Thelan, A. L. Davie, J. K., & Urden, L. D. (1990). *Text book of critical care nursing : diagnosis and monagement / quick cirtical care*. Philadelphia: Mosby.

Thoits, P. A. (1982). Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 23(2), 145–159. <https://doi.org/10.2307/2136511>.

Weiss, R. (1974). The provision of social relationship. In Rubin, Z. (Ed.), *Doing unto others*. New Jersey: Practice Hall.

World Health Organization : WHO, (2002). *World Health Organization Definition of Palliative Care*. Geneva: World Health Organization. [www.who.int/cancer/main.cfm.2/23/2003](http://www.who.int/cancer/main.cfm.2/23/2003).



## ภาคผนวก



## ภาคผนวก ก

### รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ



## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

### 1. ดร.อนัญญา มานิตย์

#### การศึกษา

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

#### ตำแหน่ง/สถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

จังหวัดลพบุรี

### 2. นางกาญจนาณัฐ ทองเมืองรัฐเทพ

#### การศึกษา

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล)

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

#### ตำแหน่ง/สถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน)

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท

### 3. อาจารย์มาลี วิชัยดิษฐ์

#### การศึกษา

อนุปริญญา การพยาบาลผดุงครรภ์

พยาบาลศาสตรบัณฑิต (ต่อเนื่อง)

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

#### ตำแหน่ง/สถานที่ทำงาน

อาจารย์ประจำ

วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

## ภาคผนวก ข

เอกสารรับรองการวิจัยด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และ  
แบบพิกษลัทธิผู้ป่วยของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย





## เอกสารรับรองด้านจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์

เลขที่ 37/56

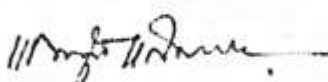
คณะกรรมการบริหารหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล ขอให้  
การรับรองว่า

โครงงานวิจัยเรื่อง: "ผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทาง  
สังคมในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย"

ของ: นางสาวร้อยสน พามา

นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

ผ่านการพิจารณาจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยตามกระบวนการของคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการ  
วิจัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ และเป็นการวิจัยที่มีลักษณะตรงตามหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล

เรือโทหญิง 

(ดร.แก้ววิบูลย์ แสงพลสิทธิ์)

ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

### คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิของผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤติระยะสุดท้าย

ผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤติระยะสุดท้าย คือ บุคคลที่มีความผูกพันใกล้ชิดกันในด้านอารมณ์ ความรู้สึกและมีการตอบสนองความต้องการในด้านความรัก เศรษฐกิจและสังคม บุคคลผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤติในครั้งนี้มากที่สุดเมื่อเทียบกับสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว ท่านเป็นบุคคลหนึ่งที่มีประสบการณ์โดยตรงเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง ข้อมูลเกี่ยวกับรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤติระยะสุดท้ายจะเป็นข้อมูลที่เป็นประโยชน์ สำหรับใช้เป็นแนวทางในการศึกษาและปรับปรุงการให้บริการการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการหยาเครื่องช่วยหายใจ เพื่อให้ความช่วยเหลือท่านและผู้ป่วยคนอื่นๆ ต่อไป ท่านจึงเป็นบุคคลสำคัญที่เป็นตัวแทนในการตอบแบบสอบถามประมาณ 10-15 นาที และท่านมีสิทธิ์ที่ไม่ตอบคำถามข้อใดข้อหนึ่งก็ได้

ข้าพเจ้าขอให้ความยินยอมด้วยความสมัครใจที่จะเข้าเกี่ยวข้องในการวิจัยเรื่อง ผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมต่อการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤติระยะสุดท้าย ที่ห้องผู้ป่วยหนักซึ่งผู้วิจัยคือ นางสาวร้อยสน พามา ได้อธิบายต่อข้าพเจ้าเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้แล้ว และภายหลังต้องการยกเลิก ท่านมีสิทธิบอกเลิก โดยไม่ต้องอธิบายเหตุผลใดๆ ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยเฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย และผู้วิจัยจะได้ปฏิบัติในสิ่งที่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย หรือจิตใจของข้าพเจ้า ตลอดการวิจัยนี้

ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ และสามารถที่จะถอนตัวจากการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ ทั้งนี้โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับ และในกรณีที่เกิดข้อข้องใจหรือปัญหาที่ข้าพเจ้าต้องการปรึกษากับผู้วิจัย ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับผู้วิจัยได้ที่วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ กรุงเทพฯ โทร 089-0822233

ลงนาม.....

ผู้ยินยอม

ในกรณีที่ผู้ตอบแบบสอบถามยังไม่บรรลุนิติภาวะตามกฎหมาย ไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง ข้าพเจ้า.....ในฐานะเป็นผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ยินยอมอนุญาตให้..... เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ได้

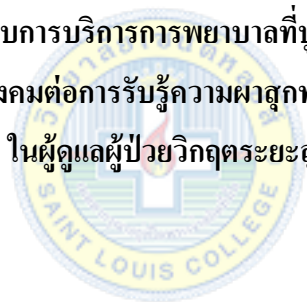
ลงนาม.....

ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ยินยอม

ภาคผนวก ก

โครงการอบรมวิชาการ

เรื่อง “ผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุน  
ทางสังคมต่อการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ  
ในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย”



## โครงการอบรมวิชาการ

### เรื่อง “ผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมต่อการรับรู้ ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย”

#### หลักการและเหตุผล

ผู้ป่วยวิกฤตในระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นผู้ป่วยที่มีอาการหนัก มีความล้มเหลวในระบบต่างๆ ของร่างกายหรือโรคต่างๆ ที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ มีความดันโลหิตที่ต่ำลงต้องใช้ยากระตุ้นให้ความดันโลหิตสูงขึ้น มีอาการเปลี่ยนแปลง ไม่คงที่ เป็นจุดวิกฤตของการเป็นโรคที่ทำให้มีอาการดีขึ้นหรือตายได้ในทันที ซึ่งไม่สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้า โดยผู้ป่วยในสภาวะนี้มีโอกาสของความเป็นความตายได้เท่ากันถือว่าเป็นผู้ป่วยในระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤตที่ต้องติดตามประเมินอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดต่อเนื่องเป็นระยะๆ และบันทึกอาการสำคัญต่างๆ ของผู้ป่วย ทำให้พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยมุ่งให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะวิกฤตนี้ตามแผนการรักษาของแพทย์ และช่วยเหลือแพทย์ในการทำหัตถการต่างๆ ทำให้ขาดการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยซึ่งวิตกกังวลไม่ทราบว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับผู้ป่วยในภาวะวิกฤตอย่างทันทีทันใด พยาบาลวิชาชีพต้องตระหนักเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตไปพร้อมกัน เช่น การให้ข้อมูลต่างๆ การช่วยเหลือให้บุคคลในครอบครัวผู้ป่วยเผชิญกับระยะสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วย รวมทั้งการตัดสินใจทางด้านจริยธรรม เช่น กรณีที่แผนการรักษาของแพทย์งดการช่วยชีวิตผู้ป่วย เป็นต้น (Thelan et al, 1990) จากความรู้สึกสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักของบุคคลในครอบครัวผู้ป่วย ถือเป็นความทุกข์อย่างแสนสาหัสต่อบุคคลในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วย รูปแบบการบริการพยาบาลในปัจจุบันพบว่า ระบบการให้บริการมีการมอบหมายงานตามหน้าที่ (ฟาริดา อิบราฮิม, 2551) ส่วนใหญ่เน้นการจัดการดูแลผู้ป่วยโดยยึดคำสั่งการรักษาของแพทย์ ไม่มีการกำหนดเป้าหมาย ผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาล ไม่มีความชัดเจนในการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบในการปฏิบัติการพยาบาล (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2544) การมอบหมายงานเน้นการมอบหมายงานประจำและหน้าที่พิเศษให้แก่บุคลากรแต่ละคนรับผิดชอบ ไม่ได้มอบหมายการดูแลให้รับผิดชอบผู้ป่วยเฉพาะจึงทำให้ขาดการวิเคราะห์ความต้องการ การดูแลผู้ป่วยไม่มีการกำหนดและประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นระบบที่เฉพาะเจาะจงต่อความต้องการของผู้ป่วย และในการดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่องส่วนมากเป็นข้อมูลการรักษาของแพทย์และอาการผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัดเจนเท่านั้น ไม่มีข้อมูลการพยาบาลที่ครอบคลุมถึงปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งทำให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลเฉพาะรายสำหรับผู้ป่วย การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณไม่ชัดเจน

ดังนั้นการศึกษาผลการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมต่อการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ซึ่งใช้แนวทางการสนับสนุนทางสังคม Weiss (1974) และแนวทางการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย Kubler-Ross (1969) และแนวทางการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต AACN (2002) โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติการพยาบาลมีหัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้าเวรเป็นผู้บริหารจัดการให้พยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานมีองค์ความรู้ในด้านการประเมินความต้องการและให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ตามแนวคิดความผาสุกทางจิตวิญญาณของ Paloutzian & Ellison (1982) เพื่อนำไปสู่เป้าหมายการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายต่อไป

### วัตถุประสงค์

เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้และความเข้าใจในการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมต่อการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย

### รูปแบบโครงการ

เป็นโครงการอบรมวิชาการ เรื่อง รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมต่อการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพสามารถนำแนวคิดมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### วิธีดำเนินการ

- บรรยายเนื้อหาทางทฤษฎี
- การอภิปรายและซักถามปัญหา

### วิทยากร

รองศาสตราจารย์ ดร. พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์

### สถานที่

ห้องประชุมชวนชม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี

### วันและเวลาในการอบรม

วันที่ 12 สิงหาคม 2556 เวลา 08.30 – 10.30 น.

### ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. พยาบาลวิชาชีพที่เข้ารับการอบรมมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับ แนวคิดและทฤษฎีก่อนการดำเนินการทดลองจริง
2. พยาบาลวิชาชีพที่เข้ารับการอบรมสามารถนำความรู้และความเข้าใจในการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมต่อการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายมาใช้อย่างมีประสิทธิภาพ



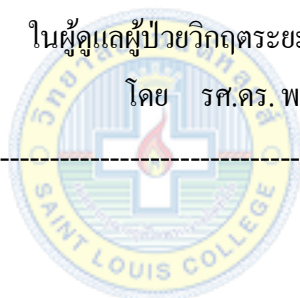
### กำหนดการอบรม

เรื่อง “รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม  
ต่อการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย”  
ณ ห้องประชุม ชวนชม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช  
วันที่ 12 สิงหาคม 2556 เวลา 08.30 – 10.30 น.

วันที่ 12 สิงหาคม 2556

|                  |                                                                                                                                                |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 08.30 - 08.40 น. | ลงทะเบียน                                                                                                                                      |
| 08.40 - 08.45 น. | พิธีกรแนะนำวิทยากร                                                                                                                             |
| 08.45 - 10.30 น. | บรรยาย “รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิด<br>การสนับสนุนทางสังคมต่อการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ<br>ในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย” |

โดย รศ.ดร. พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์



## ภาคผนวก ง

คู่มือรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม  
ในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย  
(ตัวอย่างบางส่วน)



คู่มือ

รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุน  
ทางสังคมในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย



โดย

นางสร้อยสน พามา

ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์

## สารบัญ

|                                                                                                                                                                        | หน้า |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| วัตถุประสงค์                                                                                                                                                           | 1    |
| วิธีการใช้คู่มือ                                                                                                                                                       | 1    |
| คุณลักษณะของผู้ใช้คู่มือ                                                                                                                                               | 1    |
| ส่วนประกอบของคู่มือ                                                                                                                                                    | 1    |
| 1. รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมและ<br>แนวทางการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย                                                             | 2    |
| 1.1 แนวคิดที่เกี่ยวข้อง                                                                                                                                                | 2    |
| 1.1.1 แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม                                                                                                                                        | 2    |
| 1.1.2 แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤต                                                                                                        | 3    |
| 1.1.3 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย                                                                                                                             | 4    |
| 1.2 ความหมายของรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะ<br>สุดท้ายที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมและแนวทางการดูแลผู้ป่วย<br>วิกฤตระยะสุดท้าย         | 5    |
| 2. ขั้นตอนการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤต<br>ระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมและแนวทางการดูแลผู้ป่วย<br>วิกฤตระยะสุดท้าย | 6    |
| 2.1 การบูรณาการแนวทางการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย และแนวทางการ<br>สนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย                                                   | 6    |
| 2.2 การนำแนวคิดทฤษฎีมาใช้ในการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ดูแล<br>ผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่บูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมและ<br>แนวทางการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย   | 14   |
| 3. บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพที่เป็นผู้ร่วมวิจัย                                                                                                                     | 19   |
| 3.1 บทบาทหน้าที่ของพยาบาลหัวหน้าทีม                                                                                                                                    | 19   |
| 3.2 บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ                                                                                                                                       | 20   |
| บรรณานุกรม                                                                                                                                                             | 21   |
| ภาคผนวก                                                                                                                                                                |      |
| แบบฟอร์มที่ใช้ประกอบการปฏิบัติ                                                                                                                                         | 24   |

## ภาคผนวก จ

แบบสอบถามการรับรู้ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ



### แบบสอบถาม เรื่องการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย

**คำชี้แจง :** แบบสอบถามเพื่อรวบรวมข้อมูลนี้ เป็นเรื่องการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลแห่งนี้ โดยแบบสอบถามจะแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

#### ส่วนที่ 1 แบบสอบถามการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ

**คำชี้แจง :** แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรับทราบการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณของท่าน โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับการรับรู้ของท่านเพียงคำตอบเดียว และกรุณาตอบให้ครบทุกข้อโดยมีการให้คะแนนดังนี้

- มากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงตามระดับการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณของท่านตาม  
ข้อรายการที่กำหนดไว้จริงทั้งหมดให้ระดับคะแนนเท่ากับ 5
- มาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงตามระดับการรับรู้ ความผาสุกทางจิตวิญญาณของท่านตาม  
ข้อรายการที่กำหนดไว้จริงเกินครึ่งแต่ไม่ทั้งหมดของข้อรายการ ให้ระดับ  
คะแนนเท่ากับ 4
- ปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงตามระดับการรับรู้ ความผาสุกทางจิตวิญญาณของท่านตาม  
ข้อรายการที่กำหนดไว้จริงครึ่งหนึ่งของข้อรายการ ให้ระดับคะแนนเท่ากับ 3
- น้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงตามระดับการรับรู้ ความผาสุกทางจิตวิญญาณของท่านตาม  
ข้อรายการจริงน้อยกว่าครึ่งหนึ่งของข้อรายการ ให้ระดับคะแนนเท่ากับ 2
- น้อยที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นท่านไม่ได้รับรู้ ความผาสุกทางจิตวิญญาณตามข้อรายการที่  
กำหนดไว้ ให้ระดับคะแนนเท่ากับ 1

#### ตัวอย่างการตอบแบบสอบถาม

| ข้อความ                                                 | ระดับการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ |            |                |             |                   |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------|----------------|-------------|-------------------|
|                                                         | มากที่สุด<br>(5)                    | มาก<br>(4) | ปานกลาง<br>(3) | น้อย<br>(2) | น้อยที่สุด<br>(1) |
| ท่านนอนหลับพักผ่อนในเวลากลางวันอย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมง | ✓                                   |            |                |             |                   |

**แบบสอบถามการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ**

| ข้อที่ | ข้อความ                                                                                                                                                     | ระดับความเป็นจริง |            |                |             |                   |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------|----------------|-------------|-------------------|
|        |                                                                                                                                                             | มากที่สุด<br>(5)  | มาก<br>(4) | ปานกลาง<br>(3) | น้อย<br>(2) | น้อยที่สุด<br>(1) |
|        | <b>ด้านที่ 1 การได้ปฏิบัติ ตามความเชื่อทางศาสนาและความศรัทธา</b>                                                                                            |                   |            |                |             |                   |
| 1.     | ท่านมีความสุขทุกครั้งที่ได้จับมือผู้ป่วย ร่วมกันขอพรจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ท่านและผู้ป่วยศรัทธา ทำให้ท่านมีกำลังใจ                                           |                   |            |                |             |                   |
| 2.     | ท่านรู้สึกอบอุ่นใจที่ได้นำวัตถุมงคล สิ่งของที่เป็นตัวแทนของศาสนาหรือรูปภาพที่ท่านเชื่อถือและศรัทธามาไว้ใกล้ๆ ผู้ป่วย เพื่อเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจให้ผู้ป่วย |                   |            |                |             |                   |
| 3.     | ท่านสุขใจทุกครั้งที่ได้นำพาตัวแทนทางศาสนา นักบวชที่ท่านและผู้ป่วยศรัทธามาให้ผู้ป่วยร่วมทำบุญ ให้บุญกุศลนั้นไปคุ้มครองผู้ป่วย                                |                   |            |                |             |                   |
| 4.     | ขณะที่เข้าเยี่ยมผู้ป่วย ท่านรู้สึกสุขใจ ทุกครั้งที่ได้ดูแลใกล้ชิด สัมผัสร่างกายผู้ป่วย จนท่านรู้สึกได้ว่า ท่านได้ส่งผ่านความรู้สึกห่วงใยนั้นไปยังผู้ป่วย    |                   |            |                |             |                   |
| 5.     | ทุกครั้งเมื่อท่านอ่านหนังสือที่เป็นคำสอนทางศาสนาให้ผู้ป่วยฟัง ทำให้ท่านรู้สึกผ่อนคลายจากความทุกข์ ความกังวลใจ                                               |                   |            |                |             |                   |
| 6.     | ท่านสุขใจทุกครั้งที่ได้นำพานุคคลอื่นที่มีความหมายและผูกพันทางใจกับผู้ป่วยให้มาเยี่ยมหรือพูดคุยทางโทรศัพท์ให้ผู้ป่วยฟัง                                      |                   |            |                |             |                   |
| 7.     | ท่านรู้สึกสบายใจทุกครั้งที่ท่านได้รับความช่วยเหลือและสนับสนุนจากพยาบาลให้ท่านได้ทำสิ่งที่เป็ความเชื่อ ความศรัทธาของท่านต่อผู้ป่วย                           |                   |            |                |             |                   |
| 8.     | ทุกครั้งที่ท่านไปทำบุญ สวดมนต์ ไหว้พระ ท่านได้พูดคุยให้ผู้ป่วยฟัง ท่านรู้สึกสบายใจที่ได้ส่งผ่านผลบุญนั้นไปคุ้มครองผู้ป่วย                                   |                   |            |                |             |                   |

| ข้อที่ | ข้อความ                                                                                                                                                                                                  | ระดับความเป็นจริง |            |                |             |                   |
|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------|----------------|-------------|-------------------|
|        |                                                                                                                                                                                                          | มากที่สุด<br>(5)  | มาก<br>(4) | ปานกลาง<br>(3) | น้อย<br>(2) | น้อยที่สุด<br>(1) |
| 9.     | ทุกครั้งที่ท่านได้ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้ ทำบุญ ทำทาน ขณะอยู่โรงพยาบาล ท่านพอใจที่ได้ช่วยส่งผ่านผลของบุญกุศลนั้นไปคุ้มครองผู้ป่วย                                                                         |                   |            |                |             |                   |
| 10.    | ท่านตั้งใจทุกครั้งในการสัมผัส นวด บริหารแขนขาและข้อพับต่างๆ ให้ผู้ป่วยให้ได้รับความสุขสบายและผ่อนคลาย                                                                                                    |                   |            |                |             |                   |
|        | <b>ด้านที่ 2 การรับรู้ถึงการมีคุณค่าของการมีชีวิต</b>                                                                                                                                                    |                   |            |                |             |                   |
| 11.    | ท่านรู้สึกภูมิใจทุกครั้งที่ได้รับ ความไว้วางใจจากพยาบาลให้เช็ดตัว และจัดท่านอนให้ผู้ป่วยสุขสบายทุกครั้ง ที่เข้าเยี่ยม                                                                                    |                   |            |                |             |                   |
| 12.    | ทุกครั้งท่านเห็นผู้ป่วยนอนในท่าที่ไม่สุขสบาย ท่านช่วยจัดท่านอน ตามที่ได้เรียนรู้จากพยาบาล ท่านรู้สึกมีความสุขที่ได้ทำให้ผู้ป่วยสุขสบาย                                                                   |                   |            |                |             |                   |
| 13.    | ทุกครั้งที่ท่านช่วยเช็ดตัวให้ผู้ป่วยร่วมกับพยาบาล พยาบาลอธิบายกับท่านในเรื่องการจัดวางสายเครื่องช่วยชีวิตต่างๆอย่างระมัดระวังและท่านสามารถทำได้ ทำให้ท่านรู้สึกภูมิใจที่ได้รักษาความมีชีวิตให้แก่ผู้ป่วย |                   |            |                |             |                   |
| 14.    | ท่านเห็นการติดตั้งของสายเครื่องช่วยหายใจ ท่านช่วยจัดวางสายเครื่องช่วยหายใจไม่ให้ดึงรั้ง โดยมีพยาบาลให้ความช่วยแนะนำ ท่านรู้สึกภูมิใจที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย                                     |                   |            |                |             |                   |
| 15.    | ขณะที่ท่านเข้าเยี่ยมทุกครั้งที่มีเสียงสัญญาณเตือนจากเครื่องช่วยหายใจดัง ท่านทราบทันทีว่าเป็นสัญญาณที่ บ่งบอกถึงอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วย ท่านบอกพยาบาลทันที ท่านภูมิใจที่มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย    |                   |            |                |             |                   |

| ข้อที่ | ข้อความ                                                                                                                                                                                                                                                | ระดับความเป็นจริง |            |                |             |                   |
|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------|----------------|-------------|-------------------|
|        |                                                                                                                                                                                                                                                        | มากที่สุด<br>(5)  | มาก<br>(4) | ปานกลาง<br>(3) | น้อย<br>(2) | น้อยที่สุด<br>(1) |
| 16.    | ทุกครั้งที่ท่านช่วยชีวิตตัวให้ผู้ป่วยท่านได้พูดคุยถึงบุคคลในครอบครัวที่ผู้ป่วยรัก ท่านรู้สึกพอใจที่ได้ทำสิ่งที่ดีที่สุดในผู้ป่วย                                                                                                                       |                   |            |                |             |                   |
| 17.    | ทุกครั้งที่ท่านสัมผัสตัวผู้ป่วย ท่านระมัดระวังอย่างเคร่งครัดเกี่ยวกับสายเครื่องช่วยหายใจที่ติดอยู่กับตัวผู้ป่วย ท่านภูมิใจที่ท่านได้มีส่วนช่วยระวังรักษาการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วย                                                                       |                   |            |                |             |                   |
| 18.    | ท่านภูมิใจทุกครั้งเมื่อไปเยี่ยม ผู้ป่วยไอ มีเสมหะในคอ ท่านได้แจ้งให้พยาบาลทราบ พยาบาลได้ทำการดูดเสมหะให้ทันที ทำให้ท่านรู้สึกถึงความมีคุณค่าในตนเองที่ได้มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยสบาย                                                                      |                   |            |                |             |                   |
| 19.    | ทุกครั้งที่คุณพยาบาลบอกกับท่าน ว่าท่านสามารถช่วยจัดท่านนอนให้ผู้ปวยนอนในท่าที่สบายได้ถูกต้อง ท่านภูมิใจที่ได้ทำสิ่งที่ดีและมีประโยชน์ให้กับผู้ป่วย                                                                                                     |                   |            |                |             |                   |
| 20.    | ทุกครั้งที่คุณเยี่ยม เมื่อท่านสังเกตเห็นผู้ป่วยมีเสมหะและท่านได้บอกพยาบาล พยาบาลได้ช่วยดูดเสมหะให้ผู้ป่วยอย่างนุ่มนวล ทำให้ผู้ป่วยหายใจสะดวกขึ้น ท่านรู้สึกถึงความมีคุณค่าในตนเองที่ท่านได้ทำให้ผู้ป่วยได้รับความสบาย จากการกระทำที่ใส่ใจนั้นจากพยาบาล |                   |            |                |             |                   |
|        | <b>ด้านที่ 3 การปรับตัวให้เข้ากับสถานะของชีวิต</b>                                                                                                                                                                                                     |                   |            |                |             |                   |
| 21.    | ท่านตั้งใจปรับเปลี่ยนเวลาในการดำเนินชีวิตประจำวันเพื่อมาเยี่ยมผู้ป่วยทุกวัน ให้ผู้ป่วยได้รับความสบาย ท่านมีความสุข                                                                                                                                     |                   |            |                |             |                   |
| 22.    | ท่านภูมิใจทุกครั้งที่ท่านสามารถจัดเวลาสำหรับตนเองได้พักผ่อน และมาเยี่ยมผู้ป่วยที่โรงพยาบาลได้ทุกวัน                                                                                                                                                    |                   |            |                |             |                   |

| ข้อที่ | ข้อความ                                                                                                                                                                            | ระดับความเป็นจริง |            |                |             |                   |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------|----------------|-------------|-------------------|
|        |                                                                                                                                                                                    | มากที่สุด<br>(5)  | มาก<br>(4) | ปานกลาง<br>(3) | น้อย<br>(2) | น้อยที่สุด<br>(1) |
| 23.    | ท่านพอใจทุกครั้ง ที่สามารถจัดเวลาให้ตนเองได้ร่วมกิจกรรมในโอกาสสำคัญของครอบครัว ทำให้ได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ผ่อนคลาย และสามารถมาเยี่ยมผู้ป่วยทุกวัน                         |                   |            |                |             |                   |
| 24.    | ท่านพอใจทุกครั้ง ที่ท่านแบ่งเวลาในการทำงานบ้าน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการช่วยเหลือครอบครัวเป็นประจำ และมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ทุกวัน                                                       |                   |            |                |             |                   |
| 25.    | ท่านภูมิใจที่ท่านสามารถดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาลได้ทุกวัน และสามารถดูแลสุขภาพของตัวท่านเองให้แข็งแรงด้วย                                                                             |                   |            |                |             |                   |
| 26.    | ท่านพอใจทุกครั้ง ที่จัดเวลาให้มาเยี่ยมผู้ป่วยวันละ 1 ครั้ง และทำงานในหน้าที่ได้ตามปกติ                                                                                             |                   |            |                |             |                   |
| 27.    | ท่านพอใจทุกครั้ง ที่ท่านวางแผนการทำงาน ล่วงหน้าทุกวัน ช่วยให้งานมีคุณภาพ ลดความเร่งรีบจากการทำงาน และมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ทุกวันด้วย                                                  |                   |            |                |             |                   |
| 28.    | ท่านสบายใจทุกครั้งเมื่อท่านเป็นห่วงผู้ป่วยในขณะที่ทำงาน ท่านสามารถโทรศัพท์ถามอาการ การเปลี่ยนแปลงจากพยาบาล ทำให้ท่านทำงานได้อย่างสบายใจ                                            |                   |            |                |             |                   |
| 29.    | ท่านพอใจทุกครั้งที่ท่านสามารถจัดเวลาในการดูแลบุคคลอื่นที่บ้านและมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ทุกวันด้วย                                                                                       |                   |            |                |             |                   |
| 30.    | ท่านอบอุ่นใจทุกครั้ง แม้ไม่ได้อยู่ดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา แต่พยาบาลได้แจ้งข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญต่างๆ ของผู้ป่วยด้วยการโทรศัพท์ ทำให้ท่านทราบการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเร็วที่สุดเสมอ |                   |            |                |             |                   |

## ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ป่วย

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ / ตอบ ลงในช่องเครื่องหมาย □ หน้าข้อความที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน

### 1. เพศ

- ☐ 1. หญิง ☐ 2. ชาย

### 2. อายุ

- ☐ 1. 15 – 19 ปี ☐ 2. 20 – 29 ปี  
☐ 3. 30 – 39 ปี ☐ 4. 40 – 49 ปี  
☐ 5. 50 – 59 ปี ☐ 6. มากกว่า 60 ปีขึ้นไป

### 3. ศาสนา

- ☐ 1. พุทธ ☐ 2. คริสต์  
☐ 3. อิสลาม ☐ 4. อื่น ๆ ระบุ.....

### 4. อาชีพ

- ☐ 1. รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ ☐ 2. พนักงาน / ลูกจ้างเอกชน  
☐ 3. แม่บ้าน/พ่อบ้าน ☐ 4. ค้าขาย / ประกอบธุรกิจส่วนตัว  
☐ 5. นักเรียน/นักศึกษา ☐ 6. รับจ้างทั่วไป  
☐ 7. เกษตรกร ☐ 8. อื่น ๆ ระบุ.....

### 5. ระดับการศึกษาสูงสุด

- ☐ 1. ไม่ได้เข้ารับการศึกษ ☐ 2. ประถมศึกษา  
☐ 3. มัธยมศึกษาตอนต้น ☐ 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย  
☐ 5. ปวส./ ปวช. ☐ 6. ปวท. / อนุปริญญา  
☐ 7. ปริญญาตรี ☐ 8. สูงกว่าปริญญาตรี  
☐ 9. อื่น ๆ ระบุ.....

### 6. สถานะของผู้ดูแลที่เป็นบุคคลที่มีความผูกพันใกล้ชิด ดูแลผู้ป่วย และเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในช่วง

ทำการทดลองครบ 3 วันติดต่อกัน

- ☐ 1. บุตร ☐ 2. ภรรยา  
☐ 3. สามี ☐ 4. พี่ น้อง  
☐ 5. หลาน ☐ 6. อื่น ๆ ระบุ.....

## ภาคผนวก จ

หนังสือของความอนุเคราะห์เก็บข้อมูล





### วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

19 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120 โทรศัพท์ 0 2675 5304 (-12) โทรสาร 0 2675 5313  
19 South Sathon Rd, Yannawa Sathon Bangkok Thailand 10120 Tel. (662) 675 5304 (-12) Fax. (662) 675 5313



ที่ บท.1บพ.087/56

สำนักงานบัณฑิตศึกษา วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

14 สิงหาคม 2556

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. โครงการวิจัย
  2. เครื่องมือวิจัย
  3. จดหมายอนุมัติจริยธรรมการวิจัย

ด้วย นางสาวสร้อยสน พามา นักศึกษานักศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ได้ดำเนินการทำสารนิพนธ์ เรื่อง "ผลการใช้รูปแบบการบริหารการพยาบาลที่บูรณาการแนวความคิดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย" โดยมี รศ.ดร.พวงรัตน์ บุญญาภิรักษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาและอยู่ระหว่างการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

ในการนี้ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ พิจารณาเห็นว่าโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชเป็นสถานที่ที่เหมาะสมต่อการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยในหัวข้อดังกล่าวเป็นอย่างยิ่ง จึงใคร่ขออนุญาตให้นักศึกษาได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยในหน่วยงานของท่าน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

เรือโทหญิง

(ดร.แก้ววิบูลย์ แสงพลสิทธิ์)

ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

สำนักงานบัณฑิตศึกษา

โทรศัพท์ 0-2675-5304-12 ต่อ 63115, 63116, 63117

โทรสาร 0-2675-5313



### วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

19 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120 โทรศัพท์ 0 2675 5304 (-12) โทรสาร 0 2675 5313  
19 South Sathon Rd, Yannawa Sathon Bangkok Thailand 10120 Tel. (662) 675 5304 (-12) Fax. (662) 675 5313



ที่ บพ.1บพ.088/56

สำนักงานบัณฑิตศึกษา วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

14 สิงหาคม 2556

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระพุทธบาท

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. โครงการวิจัย
  2. เครื่องมือวิจัย
  3. จดหมายอนุมัติจริยธรรมการวิจัย

ด้วย นางสาวรียสน พามา นักศึกษานักศึกษาระดับปริญญาตรีสาขาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ได้ดำเนินการทำสารนิพนธ์ เรื่อง "ผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวความคิดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย" โดยมี รศ.ดร.พวงรัตน์ บุญญาบุรุษ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาและอยู่ระหว่างการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

ในการนี้ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ พิจารณาเห็นว่าโรงพยาบาลพระพุทธบาทเป็นสถานที่ที่เหมาะสมต่อการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยในหัวข้อดังกล่าวเป็นอย่างยิ่ง จึงใคร่ขออนุญาตให้นักศึกษาได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยในหน่วยงานของท่าน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

เรือโทหญิง

(ดร.แก้ววิบูลย์ แสงพลสิทธิ์)

ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

สำนักงานบัณฑิตศึกษา

โทรศัพท์ 0-2675-5304-12 ต่อ 63115, 63116, 63117

โทรสาร 0-2675-5313

## ประวัติผู้วิจัย

|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ชื่อ                         | นางสร้อยสน พามา                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| วัน เดือน ปี เกิด            | 10 กันยายน 2512                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| สถานที่เกิด                  | จังหวัดสุพรรณบุรี                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| ประวัติการศึกษา              | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ประกาศนียบัตรพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นต้น<br/>วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสายนาท</li> <li>- ประกาศนียบัตรพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นสูง<br/>วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพรัตน์ราช พิชญ์โลก</li> <li>- พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารการพยาบาล)<br/>วิทยาลัยเซนต์หลุยส์</li> </ul> |
| ตำแหน่ง/สถานที่ทำงานปัจจุบัน | <p>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ<br/>งานห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม<br/>โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี<br/>โทรศัพท์ 089-0822233</p>                                                                                                                                                                          |